

Guide de rédaction des documents cliniques

à l'intention
des techniciens
ambulanciers
paramédics

3^e édition
Avril 2009



**CE DOCUMENT A ÉTÉ PRODUIT PAR LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ DANS LE CADRE DU PROJET
PROVINCIAL DU NOUVEAU RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE POUR LES TECHNICIENS
AMBULANCIERS PARAMÉDICS**

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Dr Michel Loyer, directeur des affaires médicales et de l'encadrement clinique
M. Claude Desrosiers, adjoint au directeur et chef du programme d'amélioration continue de la qualité
M. Martin B. Poirier, paramédic instructeur
Mme Diane Verreault, conseillère en soins cliniques
Mme Lise Émond, archiviste médicale
Mme Diane Lamarre, secrétaire

© Corporation d'urgences-santé, 2009
ISBN : 978-2-550-55523-0 (imprimé)
978-2-550-55524-7 (pdf)

3^e édition
Dépôt légal : 2^e trimestre
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

RÉFÉRENCES :

CÉTAM, *Le rapport d'intervention préhospitalière (AS-803) et le refus de soins*.
Guide de rédaction du MSSS, *Rapport d'intervention préhospitalière du paramédic*, 1994.
Corporation d'urgences-santé, octobre 1991, *Dossier médical, guide de rédaction*, révision novembre 1994.
Corporation d'urgences-santé, octobre 1991, *Guide de rédaction des documents cliniques*, révision 2006.
Armandos S. Bevelacqua. *Prehospital Documentation A Systematic Approach*, Prentice Hall, 1992.
Saint-Germain, Diane. *Notes au dossier: guide de rédaction pour l'infirmière*, Édition du Renouveau Pédagogique Inc., 2001.

NOTES AU LECTEUR

Tout d'abord ce nouveau RIP vise à améliorer la qualité de la documentation clinique, en présentant une information chronologique associée à l'évolution de l'intervention. Comme ce document sera complet, il éliminera toute redondance avec d'autres formulaires. De plus, seule l'information réellement pertinente s'y retrouvera.

Le nouveau RIP se veut aussi un outil pour diminuer les irritants sur le terrain, par sa facilité à le rédiger et en éliminant le dédoublement de l'information. De l'espace pour la prise de notes sera aussi disponible, de même que des légendes et aides à la rédaction.

Enfin, le dernier objectif vise à écourter le temps requis pour compléter les formulaires, en stimulant le développement d'un projet d'informatisation des formulaires. L'exercice de révision de l'outil-papier est un prérequis à ce projet, dont les échéanciers sont encore inconnus.

Le RIP et ses annexes sont des documents légaux témoignant de l'intervention préhospitalière. Ils protègent à la fois l'utilisateur, le technicien ambulancier paramédic et l'employeur. Il est donc important que le RIP et ses annexes appropriées soient adéquatement remplis pour toute affectation comportant une interaction avec un usager.

En conclusion, nous espérons que ce guide saura répondre à toutes les attentes et qu'il sera un outil de référence pour la rédaction de vos rapports professionnels.

Bonne lecture !

L'équipe de rédaction

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION ET OBJECTIFS DU GUIDE	5
OBJECTIFS DES DOCUMENTS CLINIQUES	5
PRINCIPES RELATIFS AUX DOCUMENTS CLINIQUES	5
Normes de rédaction	5
Accès et communication	6
Demande de rectification	6
Demandes d'accès par l'usager	6
FORMULAIRES	7
Délai de rédaction	7
Critères de rédaction	7
Saisie électronique	9
Transmission des formulaires	10
Délai de conservation	10
RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE	11
Procédure de rédaction	12
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence	12
Statut juridique du RIP	13
Description des cases du formulaire	14
Section En-tête	14
Section Histoire présente	17
Section Évaluation par système	22
Section Signes vitaux et traitements	29
Section Interventions	33
Section Transport	37
Section Assistance policière	39
Section Refus de services	40
Section Authentification	41
RAPPORT COMPLÉMENTAIRE	43
Description des cases et cheminement du formulaire	44
Section En-tête	44
Section Rapport	49
Section Type d'événement	50
Section Mesures prises	51
Section Authentification	52
Annexe 1 – Définitions	53
Annexe 2 – Mnémotechniques	55
Annexe 3 – Éléments de terminologie médicale	59
Annexe 4 – Médicaments et abréviations	63

DÉFINITION ET OBJECTIF DU GUIDE

Les formulaires complétés par les techniciens ambulanciers paramédics sont des documents à la fois cliniques, administratifs et légaux. Comme tous les professionnels de la santé, le technicien ambulancier paramédic engage ses responsabilités légale et professionnelle chaque fois qu'il porte une inscription, même la plus banale, dans l'un des formulaires cliniques. Il doit comprendre que le fait de remplir les formulaires cliniques constitue un acte de soins préhospitaliers à part entière, lequel reflète la qualité des soins qu'il a offert au moment de la prise en charge. De plus, le RIP sert d'élément de protection juridique tant pour les techniciens ambulanciers paramédics que pour le patient. En effet, plus le RIP sera complet, plus il sera utile pour attester des événements survenus. Ce qui n'a pas été noté, n'a pas en principe été fait¹.

Ils sont également des documents nominatifs soumis à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels ou à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

Le but de ce guide est de définir les paramètres de chaque document clinique et de normaliser les critères de rédaction.

OBJECTIFS DES DOCUMENTS CLINIQUES

- Rapporter les informations pertinentes sur l'état de l'utilisateur et les soins prodigués, afin de permettre un suivi adéquat par le personnel clinique du centre hospitalier receveur.
- Fournir un outil d'évaluation de la qualité des soins, d'enseignement et de recherche
- Documenter de façon pertinente les étapes de l'intervention afin de protéger légalement l'utilisateur, les techniciens ambulanciers paramédics et la Corporation d'urgences-santé.

PRINCIPES RELATIFS AUX DOCUMENTS CLINIQUES

NORMES DE RÉDACTION

Conformément aux protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics - 2007 (PICTAP - 2007) dans la section Généralités, **un formulaire AS-803 doit être rédigé pour toutes les interventions où le technicien ambulancier paramédic a eu un contact avec un patient, ceci inclut : transports primaires URGENTS ou NON URGENTS, transports secondaires (interétablissements) avec ou sans escorte, retours à domicile et, tout particulièrement, les interventions qui se concluent par un refus de transport.** Dans le présent document, vous trouverez une section relative à la façon de bien documenter les interventions impliquant un transport secondaire (interétablissements) ou un refus de services. Les documents cliniques doivent être lisibles et rédigés selon l'éthique professionnelle, conformément à la procédure de rédaction décrite dans le présent guide.

¹ Heenan Blaikie « Droit de la santé au Québec », Bulletin, vol. V (2), juillet 2003

Les langues de rédaction autorisées sont le français et l'anglais, au choix de l'intervenant clinique, conformément à l'article 27 de la Charte de la langue française. Seules les abréviations des termes médicaux acceptées à l'annexe II doivent être utilisées. Les abréviations courantes, quant à elles, doivent être utilisées lorsqu'une abréviation officielle n'existe pas. Elle doit répondre aux normes de l'Office québécois de la langue française. On supprime les dernières lettres et on coupe le mot **après** une consonne **et** avant une voyelle. Les intervenants cliniques ont l'obligation de signer² les formulaires afin d'authentifier les renseignements.

ACCÈS ET COMMUNICATION

L'établissement receveur, l'utilisateur concerné ainsi que tout employé dont les fonctions l'exigent ont accès aux formulaires cliniques, conformément à l'article 78 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels ou à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé.

DEMANDE DE RECTIFICATION

En général, un document clinique ne peut être modifié; seules les données mesurables et quantifiables peuvent être corrigées. Le technicien ambulancier paramédic peut donc corriger un document clinique ultérieurement à sa rédaction initiale, et ce, pour une information erronée ou un ajout d'information. À Urgences-santé, vous pouvez contacter la personne responsable des archives médicales au numéro suivant : (514) 723-5763. Pour les entreprises ambulancières autres, vous devez faire la demande à votre employeur.

DEMANDE D'ACCÈS PAR L'USAGER

Il est possible pour l'utilisateur d'exercer son droit de demander une rectification, et ce, en s'adressant à la personne responsable de l'accès à l'information au sein de l'entreprise ambulancière.

² Collège des médecins du Québec, tenue du dossier.

FORMULAIRES

Tous les formulaires sont de format 11" x 17". Ils sont imprimés en français, à l'exception de la section REFUS DE SERVICES du RIP (français et anglais) devant être lue par l'utilisateur, son représentant, un proche ou un tiers.

DÉLAI DE RÉDACTION

Les formulaires cliniques doivent refléter le plus fidèlement possible la situation observée par les intervenants cliniques. Cependant, leur rédaction **ne doit en aucun temps** retarder la prestation des soins et le transport de l'utilisateur.

Si la situation ne permet pas la rédaction complète des documents sur les lieux de l'intervention, elle doit être terminée au centre receveur. Si aucun transport n'est effectué, leur rédaction doit être faite immédiatement, à la fin de l'intervention.

CRITÈRES DE RÉDACTION

Puisque dans plusieurs régions, les formulaires font l'objet d'une saisie électronique, il est donc important que les cases soient noircies (■), sans toutefois déborder dans les autres cases. Elles ne doivent jamais être cochées (☒ ou ☑) ni raturées si un groupe de cases ne s'applique pas.

Si une case a été noircie par erreur, vous devez :

- Rayer les mots à côté de la case à corriger.
- Noircir la case appropriée et encercler les mots à côté de cette case.
- **Parapher** à côté, dans la marge si possible.

Exemple :

4- Parapher

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX				
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> AVC	<i>MBP</i>	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Néoplasie
<input checked="" type="checkbox"/> Inconnu	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiaque		<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
<input type="checkbox"/> Asthme, MPOC	<input type="checkbox"/> Chx abdominale	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> AUTRE	

1- Rayer les mots à côté de la case erronée

2- Noircir la case appropriée

3- Encercler le texte de la case appropriée sans empiéter sur d'autres cases



SAISIE ÉLECTRONIQUE

- **Vous devez utiliser un stylo à bille à l'encre bleu foncé ou noire.** Ne jamais utiliser un stylo à pointe feutrée à cause de la seconde copie ou à encre brillante ou trop pâle pour des considérations de numérisation.
- L'identification de l'utilisateur doit être écrite à la main et non pas imprimée à l'aide de la carte d'hôpital ou d'un adressographe.
- Le logo ministériel, le code à barres, le numéro séquentiel imprimé ainsi que l'espace les entourant doivent être laissés intacts.
- **Ne jamais écrire dans les marges et au verso.** Si l'espace est insuffisant, utiliser le rapport complémentaire.
- **Ne jamais coller ou brocher les documents.** Le lecteur optique est ajusté en fonction d'une épaisseur uniforme de papier et le ruban gommé ou les attaches font obstruction. En cas de déchirure accidentelle, remplir un autre formulaire*.
- Tout document annexé doit être identifié à l'aide du numéro d'événement et en aucun cas ne doit être broché, collé ou assemblé.
- Éviter la transmission de documents souillés par des liquides biologiques. Au besoin, remplir de nouveaux formulaires*.

* Si vous devez remplir un autre formulaire, indiquer qu'il s'agit d'une copie conforme à l'original. Détruire les documents déchirés ou souillés. Dans l'éventualité où il y a impossibilité de remplir un autre formulaire (ex.: refus de transport), mettre dans l'enveloppe avec les autres formulaires.



TRANSMISSION DES FORMULAIRES

- ***Technicien ambulancier paramédic – Urgences-santé***

À la fin du quart de travail, les originaux de chaque formulaire doivent être insérés dans une enveloppe scellée et déposés dans la boîte prévue à cet effet au point de service du centre opérationnel. Par la suite, ces enveloppes seront acheminées à l'amélioration continue de la qualité de la Direction des affaires médicales et de l'encadrement clinique.

Pour les formulaires possédant une copie (RIP), la seconde page doit être remise à la salle d'urgence, afin qu'elle soit insérée dans le dossier médical de l'utilisateur. S'il n'y a pas eu de transport, elle accompagnera l'original.

- ***Technicien ambulancier paramédic – Autres régions***

À la fin du quart ou de la semaine de travail, les copies des formulaires **AS-803** devront être laissées à l'employeur selon la directive locale.

L'original (copie blanche) doit être laissé à la salle d'urgence afin qu'il soit inséré dans le dossier médical de l'utilisateur. S'il n'y a pas eu de transport, l'original sera remis à l'employeur avec les deux autres copies.

- ***Superviseur / chef aux opérations***

Le superviseur doit compléter les documents cliniques requis par l'intervention dès qu'une décision clinique est prise. La procédure de transmission des documents est similaire à celle décrite précédemment.

DÉLAI DE CONSERVATION

Les images numérisées de tous les documents cliniques sont conservées sur disque compact durant une période de cinq ans. Pour les usagers de moins de 18 ans, les images numérisées sont conservées cinq ans après qu'ils aient atteint leur majorité.

PROCÉDURE DE RÉDACTION

Documenter – Communiquer – Rechercher – Former

Dans une perspective préhospitalière, le RIP doit contenir les éléments suivants :

- Histoire et observations cliniques initiales
- Interventions effectuées
- Étapes de l'administration des médicaments
- Évolution du patient

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (Loi 96, L.R.Q. c. S-6.2)

Article 65

Un technicien ambulancier fournit à une personne dont l'état requiert l'intervention des services préhospitaliers d'urgence les soins nécessaires conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le ministre.

Le technicien ambulancier vérifie chez la personne concernée la présence de signes ou symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de l'état de cette personne et, le cas échéant, la transporte avec diligence vers un centre exploité par l'établissement receveur désigné ou entre des installations maintenues par un ou des établissements.

Article 82

Commet une infraction et est passible d'une amende de 2 500 \$ à 5 000 \$ quiconque fournit sciemment au ministre, à l'agence ou à toute autre personne des renseignements, rapports ou autres documents dont la communication est exigée en vertu de la présente loi, d'un règlement pris pour son application ou d'un contrat conclu conformément à la présente loi et qui sont faux ou trompeurs.

Statut juridique du RIP

L'existence du dossier est indissociable de son statut juridique. Son utilité ne doit pas être celle d'un simple document servant à évaluer la qualité clinique des interventions ou la preuve que des soins ont été prodigués.

Le RIP est un document clinique, administratif et légal devant être complété conformément aux critères de rédaction, et contenir les informations pertinentes pour le suivi du patient au centre hospitalier. Ce formulaire a été conçu dans le but de respecter l'approche systématisée proposée par le principe de C.H.A.R.T.E. (page 63), lequel respecte une certaine chronologie dans le déroulement d'une intervention préhospitalière. Il respecte également les PICTAP élaborés par la Table des directeurs médicaux régionaux. Ainsi, le formulaire est élaboré selon les différentes étapes de l'intervention en reflétant la situation clinique du patient et son contenu statistique est maintenu afin de faciliter la saisie des données menant à la production des différents rapports organisationnels et de recherche.

Le RIP unifié intègre en un seul formulaire les différents formulaires existants : le rapport d'intervention préhospitalière (AS-803), le dossier ACR, le formulaire d'administration de médicaments (PH-802), ainsi que le formulaire de refus de services. Tout au long de ce document, les écrits en rouge servent à attirer l'attention du lecteur sur un élément particulier d'une section alors qu'une section complète encadrée en rouge attire notre attention sur un groupe d'éléments pouvant mettre la vie ou la sécurité du patient ou des intervenants en danger.

DESCRIPTION DES CASES DU FORMULAIRE

Section EN-TÊTE

En plus de porter le logo ministériel et l'identification du document sous forme d'un code à barres, l'en-tête du document identifie l'événement au moment de la réception de l'appel.

			IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Numéro de dossier CH		Nom		Prénom
Date		Numéro d'assurance maladie		Date de naissance
AA MM JJ	Séq. événement	Patient	Véhicule	Code clinique
				Priorité
				<input type="checkbox"/> Disponibilité spéciale
				<input type="checkbox"/> Événement imprévu
				Prise en charge
				<input type="checkbox"/> Interétablissements
				<input type="checkbox"/> Soutien technique

NUMÉRO DE DOSSIER CH

Inscrire le numéro de dossier du patient au centre hospitalier receveur, s'il existe et s'il est connu, tel qu'il apparaît sur sa carte d'hôpital.

DATE / SÉQU. ÉVÉNEMENT / PATIENT / VÉHICULE

Urgences-santé

Il s'agit du numéro d'événement complet de l'intervention, lequel comprend d'abord la date (format « AA MM JJ »), le numéro séquentiel de l'événement généré par la RAO (un numéro à 4 chiffres compris entre 0001 et 9999), le numéro du patient visé par ce formulaire suivi du numéro du véhicule ambulancier présent sur l'intervention.

Exemple :

Numéro de dossier CH

Date	Séq. événement	Patient	Véhicule
08 03 27	0198	1	401

Dans le cas où une équipe évaluerait deux patients lors du même appel (par exemple les deux conjoints), le premier aurait comme numéro séquentiel **080327-0198-1-401** et le second **080327-0198-2-401**. Alors que dans le cas où deux équipes de techniciens ambulanciers paramédics sont sur les lieux et que chacune prend en charge un des deux patients, ces deux équipes auraient, par exemple, respectivement les numéros : **080327-0198-1-401** et **080327-0198-1-512** car chacune de ces équipes prend en charge le patient n° 1 attribué à son véhicule ambulancier.

Autres régions

Inscrire la date, le numéro séquentiel généré par la RAO. En région, ce numéro varie de 3 à 6 caractères et il exclut la date.

Pour ce qui est du numéro de véhicule, graduellement les numéros de véhicules deviendront des numéros à quatre chiffres, le premier étant un chiffre qui identifie le CCS auquel le véhicule appartient. Par exemple, tous les véhicules des régions de Laurentides et Lanaudière débiteront par le chiffre 9, le CCS Laurentides-Lanaudière étant le dernier à être mis en place.

CODE CLINIQUE

Code clinique tel que transmis par le Centre de communication santé verbalement ou vers le terminal véhiculaire de l'ambulance sous le format 00X00x. Ce code est généré au moment de la prise de l'appel.

Exemple :

Code clinique	Priorité	Prise en charge
26A1	<input type="checkbox"/> Disponibilité spéciale <input type="checkbox"/> Événement imprévu	<input type="checkbox"/> Interétablissements <input type="checkbox"/> Soutien technique

PRIORITÉ

Priorité de 1 à 8 accordée à l'appel telle que transmise par le Centre de communication santé. Dans le cas d'une demande de ressource supplémentaire faite par une équipe déjà présente sur un appel, on écrira 16 (10-16 = non urgent) ou 30 (10-30 = urgent), reflétant ainsi ce que désire l'équipe qui a fait la demande. Indiquer en noircissant la case appropriée s'il s'agit d'une présence en disponibilité spéciale (10-90) ou d'un événement imprévu (10-08).

PRISE EN CHARGE

Lieu où le patient a été pris en charge sous la forme d'un code numérique. Une liste des codes acceptables se trouve au verso du RIP (légendes et aides à la rédaction). Les codes sont composés de deux chiffres correspondant au lieu de prise en charge et sont tirés du dictionnaire du Système d'information pour les services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ). On pourra préciser davantage ce lieu ultérieurement tel qu'on le verra dans la sous-section PLAINTÉ PRINCIPALE.

Exemple :

Code clinique	Priorité	Prise en charge
	<input type="checkbox"/> Disponibilité spéciale <input type="checkbox"/> Événement imprévu	<input type="checkbox"/> Interétablissements <input type="checkbox"/> Soutien technique

 20

Indiquer s'il s'agit d'un transport interétablissements ou d'un soutien technique en noircissant la case appropriée. Dans ce dernier cas, indiquer le numéro de la ressource ambulancière qui a fait la demande.

Exemple :

Code clinique	Priorité	Prise en charge
	<input type="checkbox"/> Disponibilité spéciale <input type="checkbox"/> Événement imprévu	<input type="checkbox"/> Interétablissements <input checked="" type="checkbox"/> Soutien technique

 121

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom de famille à la naissance et prénom usuel du patient en lettres moulées, numéro d'assurance maladie et date de naissance sous le format « AAAA MM JJ ». Si l'une ou l'autre de ces informations est inconnue ou manquante, inscrire INCONNU ou laisser simplement le champ vide.

Exemple :

IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Nom	Marty
Prénom	
Numéro d'assurance maladie	1966 03 15
	Date de naissance

Section HISTOIRE PRÉSENTE

La section HISTOIRE PRÉSENTE documente l'histoire de la maladie ou de l'accident présent ainsi que les antécédents médicaux. On inclut aussi ici l'état du patient au moment de prendre contact avec lui (donc, avant toute forme d'évaluation). Quelle est la plainte principale? Quand ont débuté les symptômes? Quels sont les symptômes accompagnateurs? Pourquoi le patient a-t-il appelé le 9-1-1 (de lui-même ou de la part d'un tiers)? Quelle était son apparence? Comment se comportait-il? Comment a-t-il été retrouvé?

HISTOIRE PRÉSENTE	PLAINTÉ PRINCIPALE		
	<input type="checkbox"/> M. _____ <input type="checkbox"/> F. _____ Âge _____ <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer ou non-coopération		
	BIOMÉCANISMES	GROSSESSE	ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE
	<input type="checkbox"/> Pénétrant SPÉCIFIER _____ <input type="checkbox"/> Contondant SPÉCIFIER _____ <input type="checkbox"/> Impact à haute vitesse (IHV) <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé _____ <input type="checkbox"/> Déformation > 50 cm _____ <input type="checkbox"/> Désincarcération > 20 min _____ <input type="checkbox"/> Chute SPÉCIFIER _____ Hauteur _____ m > IHV si > 6 m <input type="checkbox"/> Impact _____ km/h IHV si > 64 km/h; piéton ou cycliste > 8 km/h; moto > 35 km/h <input type="checkbox"/> Autre mécanisme de blessure à considérer SPÉCIFIER _____	<input type="checkbox"/> Enceinte G _____ <input type="checkbox"/> Indéterminée P _____ A _____ Dernières menstruations _____ Gestation _____ sem. Contractions _____ min <input type="checkbox"/> Perte liquide amniotique <input type="checkbox"/> Grossesse à risque	<input type="checkbox"/> Vu ou entendu ► HH : MM <input type="checkbox"/> Réanimation impraticable <input type="checkbox"/> DNIR <input type="checkbox"/> Mort évidente Rythme initial PI ► <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> CHOC PR ► <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> CHOC PSP, PSA ► <input type="checkbox"/> Défibrillateur <input type="checkbox"/> CHOC Début des manœuvres ► HH : MM Premier choc donné ► HH : MM <input type="checkbox"/> Retour de pouls ► HH : MM <input type="checkbox"/> Pouls toujours présent au CH
	ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	MÉDICAMENTS	MALADIES INFECTIEUSES
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Néoplasie <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Asthme, MPOC <input type="checkbox"/> Chx abdominale <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> AUTRE _____	<input type="checkbox"/> Oui ► <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Apportés au CH <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> Sx resp. fébrile <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Hépatite _____ <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> AUTRE _____	
ALLERGIES			
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> AINS <input type="checkbox"/> Morphine, codéine <input type="checkbox"/> Salbutamol <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Nitrates <input type="checkbox"/> Sulfa <input type="checkbox"/> AAS <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> AUTRE _____			

PLAINTÉ PRINCIPALE

Cette section débute en spécifiant le sexe et l'âge du patient suivie de la plainte principale et de l'heure de début des symptômes. De quoi se plaint-il ou de quoi la scène a-t-elle l'air au moment de l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics (par exemple : lors d'un accident de la route ou d'un arrêt cardiorespiratoire)?

Exemple :

PLAINTÉ PRINCIPALE	
<input type="checkbox"/> M. <input checked="" type="checkbox"/> F. Âge 42 <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer ou non-coopération	Depuis son retour à la maison il y a trois jours, après avoir subi une chirurgie d'un jour pour un kyste ovarien, a des douleurs abdominales lancinantes.

S'il est impossible de communiquer avec le patient (par exemple dans des cas de barrière linguistique, d'inconscience, etc.) ou si le patient est non coopératif (par exemple s'il refuse de parler ou est agressif physiquement ou même verbalement envers l'équipe), on indique ces informations à l'aide de la case DIFFICULTÉ À COMMUNIQUER OU NON COOPÉRATION. Un espace est prévu afin d'en expliquer la notion; il est important de justifier la raison pour laquelle la plainte principale n'a pu être obtenue en raison d'une difficulté à communiquer ou d'un patient non coopératif.

BIOMÉCANISMES

En présence d'un traumatisme, indiquer le type de trauma (pénétrant ou contondant) et en spécifier la nature. On retrouve de façon très spécifique les critères d'impact à haute vitesse¹ et on peut préciser certaines autres informations relatives à l'impact dont sa vitesse ou s'il y a eu chute (spécifier la hauteur en mètres). Enfin, on peut documenter la présence de tout autre mécanisme de blessure à considérer s'il y a lieu. Selon le cas, plus d'une case pourrait être noircie, par exemple dans le cas d'un accident auto-vélo à haute vitesse où le cycliste portait son casque.

Exemple :

BIOMÉCANISMES		
<input type="checkbox"/> Pénétrant	SPÉCIFIER _____	<input type="checkbox"/> Déploiement du ballon
<input checked="" type="checkbox"/> Contondant	Balle de baseball	<input type="checkbox"/> Port de ceinture ou casque
<input checked="" type="checkbox"/> Impact à haute vitesse (IHV)		
<input type="checkbox"/> Autre occupant décédé	<input type="checkbox"/> Éjection _____ m	<input type="checkbox"/> Piéton écrasé
<input type="checkbox"/> Déformation > 50 cm	<input type="checkbox"/> Intrusion dans l'habitacle	<input type="checkbox"/> Tête dans le pare-brise
<input type="checkbox"/> Désincarcération > 20 min	<input type="checkbox"/> Moto chute sans casque	<input type="checkbox"/> Tonneaux
<input type="checkbox"/> Chute	SPÉCIFIER _____ Hauteur _____ m	<input type="checkbox"/> IHV si > 6 m
<input type="checkbox"/> Impact _____ km/h	<input type="checkbox"/> IHV si > 64 km/h; piéton ou cycliste > 8 km/h; moto > 35 km/h	
<input type="checkbox"/> Autre mécanisme de blessure à considérer	SPÉCIFIER _____	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Quelques suggestions d'antécédents médicaux couramment rencontrés y sont rapportées. Si le patient n'a aucun antécédent médical, noircir la case AUCUN, si l'information n'est pas disponible, noircir la case INCONNU et pour tout autre antécédent qui ne serait pas dans la liste, une case et un espace ont été ajoutés à la toute fin de la liste afin d'en spécifier la nature. Selon le cas, plus d'une case pourrait être noircie et, si nécessaire, préciser davantage à la section PLAINTÉ PRINCIPALE.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Néoplasie
<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
<input type="checkbox"/> Asthme, MPOC	<input type="checkbox"/> Chx abdominale	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> AUTRE

Pour être inscrits dans cette section, les problèmes rapportés par l'utilisateur ou un témoin doivent déjà avoir été diagnostiqués par un médecin :

- **ASTHME, MPOC** : Personne connue comme souffrant de cette affection des voies respiratoires.
- **AVC** : Personne ayant déjà eu un accident vasculaire cérébral.
- **CARDIAQUE** : Personne connue comme ayant au moins une pathologie cardiovasculaire.
- **CHX ABDOMINALE** : Antécédent de chirurgie abdominale.
- **DIABÈTE** : Personne connue diabétique.
- **HYPERCHOLESTÉROLÉMIE** : Personne connue pour un taux élevé de cholestérol dans le sang.
- **HYPERTENSION** : Personne connue comme souffrant d'une élévation anormale de la pression sanguine même si elle est contrôlée par une médication.

³ Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédicaux, Troisième édition, 2007, p. 190

- NÉOPLASIE : Personne connue atteinte de tumeur maligne (cancer) ou ayant déjà été traitée.
- PSYCHIATRIE : Personne connue comme atteinte de maladie mentale (diagnostiquée et suivie en psychiatrie).
- AUTRE : Toute autre pathologie diagnostiquée.

ALLERGIES

S'il y a présence d'allergie, spécifiez-le dans l'espace disponible. Quelques suggestions d'allergies couramment rencontrées ou qui représentent des exclusions à l'administration de médicaments y sont rapportées. Si le patient n'a aucune allergie connue, noircir la case AUCUNE, si l'information est indisponible, noircir la case INCONNUE et pour toute autre allergie qui ne serait pas dans la liste, une case et un espace ont été ajoutés à la toute fin de la liste afin d'en spécifier la nature. Selon le cas, plus d'une case pourrait être noircie. Cette section est en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire.

ALLERGIES			
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> AINS	<input type="checkbox"/> Morphine, codéine	<input type="checkbox"/> Salbutamol
<input type="checkbox"/> Inconnue	<input type="checkbox"/> Iode	<input type="checkbox"/> Nitrates	<input type="checkbox"/> Sulfa
<input type="checkbox"/> AAS	<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Pénicilline	<input type="checkbox"/> AUTRE

GROSSESSE

Cette section s'adresse à toute patiente enceinte ou en âge de procréer et qui présente des douleurs abdominales. De cette patiente, on devrait minimalement relever la date des dernières menstruations et vérifier la possibilité de grossesse en cours.

Tout d'abord, indiquer s'il y a certitude ou non de grossesse en cours; ne rien écrire implique une réponse négative. Puis, vient la date du premier jour des dernières menstruations sous un format « AAAA MM JJ » ou la période de gestation (en nombre de semaines révolues dans le cas de certitude de grossesse). Histoire obstétricale (G-P-A) : une table se trouve au verso du formulaire (légendes et aides à la rédaction). Un espace est disponible pour y indiquer le temps moyen entre les contractions, s'il y a lieu, ainsi que s'il y a eu perte de liquide amniotique et enfin, s'il s'agit d'une grossesse à risque élevé (GARE).

Une grossesse à risque élevé inclut : grossesse multiple, décollement placentaire, placenta previa, diabète de grossesse, décès d'un enfant lors d'une grossesse antérieure, prééclampsie, et toute pathologie maternelle significative.

GROSSESSE	
<input type="checkbox"/> Enceinte	G _____
<input type="checkbox"/> Indéterminée	P _____
	A _____
Dernières menstruations	
AAAA MM JJ	
Gestation _____ sem.	
Contractions _____ min	
<input type="checkbox"/> Perte liquide amniotique	
<input type="checkbox"/> Grossesse à risque	

MÉDICAMENTS

Indiquer si l'usager prend **actuellement** des médicaments et indiquer s'il prend des anticoagulants parmi ces médicaments. Une liste d'anticoagulants communs se trouve au verso du formulaire unique (légendes et aides à la rédaction). La politique préconisée consiste à apporter les médicaments au centre hospitalier receveur; dans ce cas, noircir la case APPORTÉS AU CH. Il est acceptable d'emmener simplement une liste des médicaments à condition de s'assurer qu'elle soit à jour. **Ne pas lister** de médicaments sur le formulaire unique.

MÉDICAMENTS	
<input type="checkbox"/> Oui ▶	<input type="checkbox"/> Anticoagulants
	<input type="checkbox"/> Apportés au CH
<input type="checkbox"/> Non	

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE

Dans l'ordre : spécifier l'heure à laquelle un témoin a vu ou entendu l'arrêt s'il y a lieu (inscrire l'heure selon le système international de 00:00 à 23:59). Puis, spécifier l'applicabilité des protocoles d'arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable (MED.-LEG. 2), de directives de non-initiation de la réanimation (MED.-LEG. 3) et de mort évidente (MED.-LEG. 4). Indiquer ensuite le rythme initial au moment de débuter l'intervention : une table des rythmes valides se trouve au verso du formulaire unique (légendes et aides à la rédaction). Noircir la case appropriée si un premier intervenant (témoin) ou un premier répondant (PR) a débuté la RCR avant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics. Noter qu'un policier ou un pompier qui n'intervient pas à titre officiel de premier répondant (PR) est considéré comme un secouriste (PI) au sens de la loi, indépendamment de son niveau de formation médicale. S'il y a eu utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA) par l'un ou l'autre de ces intervenants, noircir la case et spécifier le nombre de chocs donnés, s'il y a lieu. S'il y a eu utilisation d'un défibrillateur par les techniciens ambulanciers paramédics (PSP, PSA), noircir la case appropriée et spécifier le nombre de chocs donnés, s'il y a lieu. Spécifier l'heure à laquelle l'intervention **des techniciens ambulanciers paramédics** a débuté et celle à laquelle le premier choc a été donné **peu importe par qui**, techniciens ambulanciers paramédics inclus. Si l'un des intervenants, **peu importe lequel**, rapporte un retour de pouls durant son intervention (même si on le perd par la suite), on indique l'heure et dans ce dernier cas, on indique si le pouls était toujours présent à l'arrivée au centre hospitalier. Cette section est en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire.

ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE	
<input type="checkbox"/> Vu ou entendu ▶	HH : MM
<input type="checkbox"/> Réanimation impraticable	
<input type="checkbox"/> DNIR	
<input type="checkbox"/> Mort évidente	
Rythme initial	
PI ▶ <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA	CHOC
PR ▶ <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA	CHOC
PSP, PSA ▶ <input type="checkbox"/> Défibrillateur	CHOC
Début des manœuvres ▶	HH : MM
Premier choc donné ▶	HH : MM
<input type="checkbox"/> Retour de pouls ▶	HH : MM
<input type="checkbox"/> Pouls toujours présent au CH	

MALADIES INFECTIEUSES

S'il y a présence de maladie infectieuse, spécifiez-le dans l'espace disponible. Quelques suggestions de maladies infectieuses couramment rencontrées et présentant un danger potentiel pour les intervenants y sont rapportées. Dans le cas de l'hépatite, spécifier de quel type il s'agit (de A à H). Si le patient n'a aucune maladie infectieuse, noircir la case AUCUNE, si l'information est indisponible, noircir la case INCONNUE et pour toute autre maladie infectieuse, qui ne serait pas dans la liste, une case et un espace ont été ajoutés à la fin de la liste afin d'en spécifier la nature. Selon le cas, plus d'une case pourrait être noircie. Cette section est en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire.

MALADIES INFECTIEUSES		
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> Sx resp. fébrile
<input type="checkbox"/> Inconnue	<input type="checkbox"/> Hépatite _____	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> <i>Clostridium difficile</i>	<input type="checkbox"/> SARM _____	<input type="checkbox"/> AUTRE

Section ÉVALUATION PAR SYSTÈME

Dans la section ÉVALUATION PAR SYSTÈME, le technicien ambulancier paramédic procède à l'évaluation du patient. Il faudra segmenter l'évaluation du patient plutôt que d'en faire un tout comme c'était traditionnellement le cas.

L'évaluation du patient a été divisée en 4 systèmes :

- Système cardiovasculaire.
- Système respiratoire.
- Système neurologique.
- Système musculo-squelettique.

Un encadré supplémentaire a été ajouté à la fin (PARTICULARITÉS, ÉVOLUTION) afin d'y indiquer tout problème qui ne figure pas dans les quatre systèmes énumérés ci-dessus ou d'y inscrire l'évolution du patient durant le transport ou encore d'y consigner des informations pertinentes concernant l'état du patient ou les circonstances cliniques de l'appel. On y consignera, entre autres, les actes médicaux prodigués par le stagiaire s'il y a lieu. Il est possible d'ajouter au bas de cette sous-section le numéro d'un formulaire clinique supplémentaire au présent document (par exemple, le numéro d'un rapport complémentaire).

ÉVALUATION PAR SYSTÈME	Heure auprès pt Nature du cas	SOUTIEN MÉDICAL	<input type="checkbox"/> Médecin sur place	<input type="checkbox"/> Radio ou téléphone	ÉVALUATION DE LA DOULEUR	
	HH : MM	HH : MM	Dr	<input type="checkbox"/> Aucune réponse		O _____ HH : MM
	CARDIOVASCULAIRE	<input type="checkbox"/> DTCOP			P _____	
		Remplir ÉVALUATION DE LA DOULEUR			Q _____	
		<input type="checkbox"/> Oedème membres inférieurs			R _____	
		<input type="checkbox"/> Palpitations			S _____	
	RESPIRATOIRE	<input type="checkbox"/> S. O.			T _____	
	<input type="checkbox"/> Angio-oedème			APPARENCE DE LA PEAU		
	<input type="checkbox"/> Obstruction des VR			<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Sèche
	<input type="checkbox"/> Orthopnée			<input type="checkbox"/> Pâle	<input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Moite
	<input type="checkbox"/> Sibilances, wheezing			<input type="checkbox"/> Cyanosée	<input type="checkbox"/> Froide	<input type="checkbox"/> Diaphorétique
	NEUROLOGIQUE	<input type="checkbox"/> S. O.			ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ	
	<input type="checkbox"/> Los Angeles	<input type="checkbox"/> Positif				
	<input type="checkbox"/> Cincinnati	<input type="checkbox"/> Négatif				
	OD mm Réaction					
	OS mm Réaction					
	MUSCULO-SQUELETTIQUE	<input type="checkbox"/> S. O.			<input type="checkbox"/> Pénétrant <input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> Crânien significatif <input type="checkbox"/> Thoracique significatif	
	<input type="checkbox"/> Douleur non traumatique			BRÛLURE(S) _____ % surface corporelle		
	<input type="checkbox"/> Traumatisme(s)					
	Remplir ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ					
	PARTICULARITÉS, ÉVOLUTION	<input type="checkbox"/> S. O.				
	<input type="checkbox"/> Hématémèse					
	<input type="checkbox"/> Hématurie					
	<input type="checkbox"/> Hémorragie vaginale					
	serviettes à l'heure					
	<input type="checkbox"/> Méléna					
	<input type="checkbox"/> Alcool, drogue					
	<input type="checkbox"/> Rectorragie					
	<input type="checkbox"/> Troubles de comportement					
	Incontinence ▶ <input type="checkbox"/> Fécale					
	<input type="checkbox"/> Urinaire					
	<input type="checkbox"/> Nausées, vomissements					
	Suite sur document n°					

Seuls les éléments pertinents à l'évaluation et à la stabilisation de l'utilisateur doivent être consignés sur le RIP. Celui-ci ne doit en aucun temps servir de véhicule à des remarques ayant trait à un jugement de valeur, à des conflits interpersonnels ou à des problèmes administratifs. Il faut se rappeler que de telles remarques pourraient être préjudiciables à son auteur, à l'utilisateur ou à d'autres personnes. On évalue les quatre systèmes de façon indépendante tels que décrits précédemment.

Documenter dans la sous-section appropriée les informations objectives et subjectives pertinentes à l'évaluation de l'intervention en cours. Par exemple, si le patient présente un problème neurologique, inscrire ce qui y est pertinent et passer à la sous-section suivante. Si une de ces sous-sections ne s'applique pas, noircir la case S. O. (sans objet) et passer à la sous-section suivante. Des cases rapportant des pathologies, signes ou symptômes couramment rencontrés ont été inscrites comme suggestions : noircir seulement si elles s'appliquent. Selon le cas, plus d'une case pourrait être noircie. La suite des informations doit être écrite dans les lignes au milieu de la sous-section concernée.

HEURE AUPRÈS PT

Il s'agit de l'heure d'arrivée **auprès de l'utilisateur**. Elle peut être différente de l'heure rapportée sur les lieux à l'aide de la RAO. Cette heure est approximative et vise à justifier les délais possibles (ex. : difficulté à atteindre l'utilisateur à l'arrivée sur les lieux). Inscrire l'heure selon le système international de 00:00 à 23:59.

Heure auprès pt	Nature du cas
HH : MM	

NATURE DU CAS

Définir la **nature réelle** du cas telle que perçue par les techniciens ambulanciers paramédics : la nature réelle du cas peut être différente du code émis par le Centre de communication santé (CCS). La nature du cas décrit une situation actuelle ou passée (ex. : conscience altérée avant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics et retour à la normale entretemps). Il ne s'agit pas de poser un diagnostic, mais de choisir le meilleur terme descriptif de la situation; **un seul code de nature de cas doit être inscrit**. Une liste des codes de nature réelle des cas se trouve au verso du document (légendes et aides à la rédaction); il s'agit d'une liste simplifiant les codes 1 à 33 de la codification émise par le CCS. Les définitions suivantes ont pour but d'uniformiser l'usage des termes descriptifs par les techniciens ambulanciers paramédics. Il sera maintenant possible de comparer entre ce que les techniciens ambulanciers paramédics constatent réellement sur le terrain et le code clinique déterminé au Centre de communication santé pour des fins d'analyse, de recherche et d'évaluation des protocoles. (Voir la liste des codes et leur description à la page suivante)

CODES	DESCRIPTION
CODE 1	DOULEUR ABDOMINALE, PROBLÈMES ABDOMINAUX Sensation douloureuse dans la région abdominale (définie selon les PICTAP 2007, sous l'ombilic) à divers degrés. On pourrait également retrouver ici les problèmes reliés au système reproducteur féminin, excluant ceux reliés à la grossesse ou à l'accouchement.
CODE 2	ALLERGIES (RÉACTIONS), EMPOISONNEMENTS (PIQÛRES, MORSURES) Manifestations diverses exagérées en réponse à un agent causal.
CODE 3	MORSURE, ATTAQUE D'ANIMAUX Morsure d'animal ou blessure suite à l'attaque d'un animal.
CODE 4	AGRESSION, AGRESSION SEXUELLE Voie de fait ou voie de fait présumée à caractère sexuel.
CODE 5	DOULEUR AU DOS (NON TRAUMATIQUE OU TRAUMA NON RÉCENT) Douleur située au niveau de la région dorsale, qui s'étend de la tête jusqu'au bassin de nature présumée non traumatique.
CODE 6	PROBLÈMES RESPIRATOIRES Difficulté à respirer autre que suite à une obstruction des voies respiratoires supérieures.
CODE 7	BRÛLURES, EXPLOSION Brûlure d'une ou de plusieurs parties du corps suite au contact ou à la proximité d'une source de chaleur. Ce code englobe également les victimes d'explosion.
CODE 8	MONOXYDE DE CARBONE, INHALATION, PRODUITS DANGEREUX Problèmes reliés à la manipulation ou à l'exposition à des produits dangereux dont le monoxyde de carbone dans l'environnement immédiat.
CODE 9	ARRÊT CARDIAQUE OU RESPIRATOIRE, DÉCÈS Arrêt complet de la respiration et/ou absence de pouls. Il est à noter que dans le contexte de l'intervention préhospitalière, un arrêt cardiorespiratoire de plusieurs heures demeure considéré comme tel malgré le délai.
CODE 10	DOULEUR THORACIQUE (NON TRAUMATIQUE) Douleur ou malaise d'origine non traumatique persistant, ou disparu, dans la région entre l'ombilic et la mâchoire incluant le dos et les bras, ayant été à l'origine de l'appel des SPU. (PICTAP 2007, page 109)

CODES	DESCRIPTION
CODE 11	ÉTOUFFEMENT Obstacle empêchant la libre circulation de l'air jusqu'aux poumons.
CODE 12	CONVULSIONS Contractions musculaires tonico-cloniques involontaires et survenant par crise.
CODE 13	PROBLÈMES DIABÉTIQUES Problèmes reliés au diabète, une maladie diagnostiquée antérieurement par un médecin, confirmée par l'utilisateur, un témoin ou une documentation pertinente (médicaments, bracelet, etc.) et dont les symptômes actuels semblent directement reliés à cette maladie.
CODE 14	NOYADE (QUASI), ACCIDENT DE PLONGEUR, PLONGÉE SOUS-MARINE (SCUBA) Noyade : mort apparente par immersion dans l'eau. Accident de plongeur : accident impliquant un traumatisme suite à un plongeur. Accident de plongée sous-marine : toute forme d'accident impliquant la pratique de la plongée sous-marine.
CODE 15	ÉLECTRISATION, Foudre Toute forme de contact d'un courant électrique avec le corps humain pouvant impliquer une ou plusieurs brûlures au point de contact ou un traumatisme au point de sortie.
CODE 16	PROBLÈMES, BLESSURE AUX YEUX Toute forme de blessure ou de problème impliquant les yeux, mais non pas la vue elle-même.
CODE 17	CHUTES Toute forme de chute menant ou non à un traumatisme.
CODE 18	MAL DE TÊTE Douleurs au niveau de la tête de nature non traumatique.
CODE 19	PROBLÈMES CARDIAQUES, DÉFIBRILLATEUR CARDIAQUE AUTOMATIQUE IMPLANTÉ (DCAI) Tout problème d'origine cardiaque soupçonnée ne causant pas de douleur thoracique.
CODE 20	EXPOSITION À LA CHALEUR OU AU FROID Exposition à des températures menant à une élévation anormale de la température du corps ou à un abaissement de la température du corps au-dessous de la normale.

CODES	DESCRIPTION
CODE 21	HÉMORRAGIE, LACÉRATIONS Hémorragie de cause médicale (hématurie, méléna, hématomèse, etc.) ou de nature traumatique (lacération).
CODE 22	INCIDENT INACCESSIBLE, PERSONNE COINCÉE (NON VÉHICULAIRE) Une situation impliquant chez une victime l'empêchement de se sauver et où il y aurait une plus grande menace de blessure, de maladie ou de mort en raison d'un effondrement de structure, d'une personne dans un espace clos, d'un glissement de terrain, d'une avalanche ou de tout autre type de machine ou de machinerie mais n'incluant pas un véhicule.
CODE 23	OVERDOSE, EMPOISONNEMENT (INGESTION) Malaises produits par l'action d'une substance toxique (poison) sur l'organisme; l'absorption, volontaire ou non, peut se faire par voie orale, respiratoire ou intraveineuse.
CODE 24	GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, FAUSSE-COUCHE Problème relié à la grossesse (état d'une femme enceinte) ou accouchement (naissance du bébé). En vertu des articles 111 et 112 du Code civil du Québec, l'accoucheur doit remplir et signer un CONSTAT DE NAISSANCE (formulaire SP-1) pour chaque naissance qu'il aura assistée.
CODE 25	PROBLÈME PSYCHIATRIQUE OU DE COMPORTEMENT, TENTATIVE DE SUICIDE État mental ou attitude démontrant la perte du contrôle des actes et des pensées. Ce code implique également les difficultés reliées à la vie familiale ou sociale (ex. : problèmes relevant de la Direction de la protection de la jeunesse, des conditions de vie, de l'éducation, du travail, de la légalité, etc.)
CODE 26	PERSONNE MALADE (DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE) On retrouvera généralement sous ce code les patients qui ne présentent aucune plainte spécifique comme par exemple les épisodes ou sensation de faiblesse généralisée sans perte de conscience, les épisodes de faiblesse avec pâleur, ceux de faiblesse avec diaphorèse, étourdissements ou malaise généralisé.
CODE 27	ARME BLANCHE, ARME À FEU, TRAUMA PÉNÉTRANT Trauma pénétrant spécifiquement causé par une arme blanche, une arme à feu ou qui se solde néanmoins par un traumatisme pénétrant.
CODE 28	ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC), PARALYSIE Manifestations d'un accident vasculaire cérébral ou trouble fonctionnel du système nerveux pouvant être causé par différentes pathologies et provoquant des symptômes au niveau de la sensibilité, de la motricité, de l'élocution ou de l'équilibre.

CODES	DESCRIPTION
CODE 29	ACCIDENT DE LA ROUTE, TRANSPORT Tout accident de la route ou de véhicule à moteur qui se solde par la présence ou non d'un traumatisme.
CODE 30	BLESSURES TRAUMATIQUES (SPÉCIFIQUES) Ensemble de lésions corporelles causées par des agents extérieurs.
CODE 31	INCONSCIENCE, ÉVANOUISSEMENT (QUASI) Diminution (quasi-syncope) ou perte de l'état de conscience, de plus ou moins longue durée.
CODE 32	PROBLÈME INCONNU (PERSONNE GISANTE) Problème ne pouvant être défini par aucun des 31 codes précédents. À préciser lors de l'évaluation ou au niveau de la plainte principale.
CODE 33	TRANSFERT, INTERÉTABLISSEMENTS, SOINS PALLIATIFS Intervention ayant eu lieu lors d'un transfert interétablissements.

SOUTIEN MÉDICAL

Remplir au besoin l'heure à laquelle le contact a été établi ainsi que le type de contact (en personne, par radio ou par téléphone). Inscrire l'heure selon le système international de 00:00 à 23:59. Si possible et si cela s'applique, indiquer le nom du médecin contacté. Cette section doit également être utilisée lorsqu'un médecin est présent sur les lieux afin de documenter sa présence. Ajouter le numéro de pratique de ce médecin lorsque disponible.

SOUTIEN MÉDICAL	
<input type="checkbox"/> Médecin sur place	<input type="checkbox"/> Radio ou téléphone
HH : MM Dr	<input type="checkbox"/> Aucune réponse

Urgences-santé

S'il n'y a aucune réponse de la part du support médical, inscrire l'heure à laquelle la tentative infructueuse a été initiée et noircir la case appropriée.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Dans tous les cas de patients qui présentent des douleurs l'O-P-Q-R-S-T de l'événement doit ici être rapporté en termes ou en mots simples pour référence rapide d'un simple coup d'œil. Il est entre autres essentiel que l'heure (même si approximative) de l'apparition des signes et symptômes soit inscrite dans les cas très précis de douleurs thoraciques d'origine cardiaque probable (DTCOP).

ÉVALUATION DE LA DOULEUR	
O	HH : MM
P	
Q	
R	
S	
T	

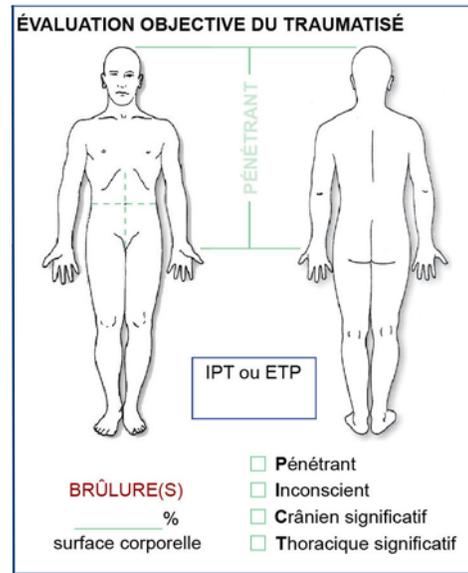
APPARENCE DE LA PEAU

Une dernière sous-section, celle de l'apparence de la peau, nous permet de rapporter ce qui a trait à la coloration, la température ou la texture de la peau du patient.

APPARENCE DE LA PEAU		
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Sèche
<input type="checkbox"/> Pâle	<input type="checkbox"/> Chaude	<input type="checkbox"/> Moite
<input type="checkbox"/> Cyanosée	<input type="checkbox"/> Froide	<input type="checkbox"/> Diaphorétique

ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ

Dans le cas du système musculo-squelettique, une ouverture à droite de cette section nous dirige à l'ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ où on peut indiquer sur le dessin l'endroit précis des traumatismes que présente le patient. La légende à observer se trouve au verso (légendes et aides à la rédaction). Les critères de traumatologie tertiaire (P-I-C-T) se présentent sous forme de cases à noircir au besoin au bas du dessin. Il a été identifié sur le dessin ce qui est considéré comme un traumatisme pénétrant (tête, cou, thorax, abdomen) pour calcul de l'IPT ainsi que l'orientation du patient vers un centre tertiaire. L'abdomen a également été divisé en quatre quadrants.



Un espace résumant le pourcentage de la surface corporelle atteinte est prévu. Un résumé de la règle des « 9 » pour les bébés, les enfants et les adultes a été ajouté au verso (légendes et aides à la rédaction). Enfin, indiquer le résultat du calcul de l'un ou l'autre des indices de traumatologie (IPT ou ETP); cet outil permet de classer les traumatismes, il est de plus en plus utilisé dans les systèmes d'urgences et il a été scientifiquement validé. Les éléments permettant de calculer l'indice préhospitalier traumatique (IPT) et l'échelle traumatique pédiatrique (ETP) sont disponibles au verso (légendes et aides à la rédaction).

Section SIGNES VITAUX ET TRAITEMENTS

Cette section dispose de cinq sections horizontales complètes pour y inscrire les informations relatives aux signes vitaux ainsi que dix sections réservées aux médicaments ou aux traitements à administrer au patient. Ainsi cette section intègre le formulaire d'administration de médicaments au rapport d'intervention préhospitalière et le remplace en entier. Le rapport complémentaire devrait être complété en cas de débordement, tout comme la pratique actuelle l'exige². On y retrouve pour chacune des heures rapportées les informations suivantes :

HEURE	RESP.	POULS	TA	SpO ₂	AVPU	GCS	GLYCÉMIE	DYSPNÉE	HEURE	R _x OU Tx	DOSE	VOIE	RYTHME
•	/min	/min		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	•				AVANT
1	<input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	<input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂			TEMPÉRATURE	DOULEUR	•				APRÈS
•	/min	/min		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	•				AVANT
2	<input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	<input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂			CAPNOMÉTRIE	DOULEUR	•				APRÈS
•	/min	/min		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	•				AVANT
3	<input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	<input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂			CAPNOMÉTRIE	DOULEUR	•				APRÈS
•	/min	/min		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	•				AVANT
4	<input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	<input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂			CAPNOMÉTRIE	DOULEUR	•				APRÈS
•	/min	/min		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	•				AVANT
5	<input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	<input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂			CAPNOMÉTRIE	DOULEUR	•				APRÈS

La partie de gauche de cette section concerne la prise des signes vitaux du patient.

HEURE

Heure à laquelle l'information a été saisie selon le système international de 00:00 à 23:59.

RESPIRATION

Calcul du rythme respiratoire (nombre de respirations par minute). Spécifier s'il s'agit d'une respiration SUPERFICIELLE, LABORIEUSE et/ou s'il y a présence de TIRAGE. Ne rien spécifier sous le calcul du rythme respiratoire implique une respiration normale, ample et régulière.

POULS

Pulsations cardiaques à la minute. Spécifier si le pouls a été pris au niveau de l'artère RADIALE ou CAROTIDIENNE, et également si le pouls est IRRÉGULIER. Ne pas noircir cette dernière case sous-entend que le patient a un pouls régulier.

² On sous-entend un second Rapport d'intervention préhospitalière ou le formulaire Rapport complémentaire.

TENSION ARTÉRIELLE

Prise de la tension artérielle (^{SYSTOLIQUE}/_{DIASTOLIQUE}), qu'elle soit effectuée par le technicien ambulancier paramédic lui-même ou à l'aide d'un appareil à pression non invasive. Lorsque la tension artérielle est prise par palpation radiale, la notation ^{SYSTOLIQUE}/_P doit être utilisée.

SATURATION

Indiquer la saturation sanguine en oxygène selon son pourcentage et spécifier si la lecture a été prise à l'air ambiant (case A/A) ou alors que le patient était déjà sous oxygène (case O₂).

ÉTAT DE CONSCIENCE

Indiquer le niveau de conscience (échelle A-V-P-U) qui décrit le mieux l'état du patient. Pour les patients avec un niveau de conscience A ou V, noter aussi si le patient était ORIENTÉ dans les 3 sphères (s'il y a lieu). L'état de conscience doit être évalué et noté pour chaque patient. Quatre niveaux de conscience sont possibles et l'évaluation d'un patient ne peut correspondre qu'à **un seul** de ces niveaux à un moment précis.

ÉCHELLE DE COMA DE GLASGOW

Calculer (s'il y a lieu) clairement l'échelle de coma de Glasgow en y inscrivant chacun des chiffres ayant servi au calcul : Y (ouverture des yeux) sur 4, V (réponse verbale) sur 5, M (réponse motrice) sur 6 et le total sur 15. La légende de ce calcul se trouve au verso du formulaire (légendes et aides à la rédaction).

GLYCÉMIE

Prise de la glycémie capillaire exprimée en millimoles par litre de sang.

TEMPÉRATURE

Prise de la température, exprimée en degrés Celsius. Notez que contrairement aux autres signes vitaux qui peuvent être pris jusqu'à 5 fois tout au long d'une intervention, un seul endroit est réservé à la température qui ne devrait varier que de très peu.

TEMPÉRATURE
°C

ÉCHELLE DE DYSPNÉE

Difficulté respiratoire exprimée par le patient, selon une échelle de 0 à 10 (aucune difficulté respiratoire à difficulté respiratoire extrême).

ÉCHELLE DE DOULEUR

N'importe quel type de douleur (donc pas exclusivement de nature cardiaque) exprimée par le patient, selon une échelle de 0 à 10 (aucune douleur à douleur extrême). Cette case permet de documenter l'évolution de la douleur qui a déjà été observée chez le patient et consignée dans la section ÉVALUATION DE LA DOULEUR.

CAPNOMÉTRIE

Lecture du capnographe exprimée en millimètres de mercure.

CAPNOMÉTRIE
mm Hg

La partie de droite de cette section concerne l'administration de médicaments et est écrite en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire.



HEURE	RESP.	POULS	TA	SpO ₂	AVPU	GCS	GLYCÉMIE	DYSPNÉE	HEURE	R _x OU Tx	DOSE	VOIE	RYTHME	
1	/min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	/min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	TEMPÉRATURE DOULEUR °C					AVANT
							mmol/L	/10						APRÈS
2	/min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	/min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		%	<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂	Y + V + M =	mmol/L	/10	CAPNOMÉTRIE DOULEUR					AVANT
							mm Hg	/10						APRÈS
3	/min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	/min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	CAPNOMÉTRIE DOULEUR					AVANT
							mm Hg	/10						APRÈS
4	/min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	/min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		%	<input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂	Y + V + M =	mmol/L	/10	CAPNOMÉTRIE DOULEUR					AVANT
							mm Hg	/10						APRÈS
5	/min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	/min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		%	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	/10	CAPNOMÉTRIE DOULEUR					AVANT
							mm Hg	/10						APRÈS

SIGNES VITAUX ET TRAITEMENTS

HEURE

Heure à laquelle la médication ou le traitement a été administré.

Exemple :

HEURE	RESP.	POULS	T.A.	SpO ₂	AVPU	GCS	GLYCÉMIE	DYSPNÉE	HEURE	R _x ou Tx	DOSE	VOIE	RYTHME	
1	20 /min <input checked="" type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	118 /min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.	110 /70	99 % <input type="checkbox"/> AA <input checked="" type="checkbox"/> O ₂	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	Y + V + M =	mmol/L	0 /10	TEMPÉRATURE DOULEUR °C					13:25 AAS 320 PO
							mmol/L	8 /10						13:26 TNG 0,4 SL

R_x OU Tx

Code de 3 lettres du médicament administré au patient. La légende des médicaments acceptables se trouve au verso (légendes et aides à la rédaction). L'administration de chocs à l'aide d'un défibrillateur est considérée comme étant un traitement : on écrira alors dans cette case le mot CHOC.

DOSE

Dose exacte du médicament exprimée en microgrammes ou milligrammes. **Pour les techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés seulement** : mesure de l'énergie électrique administrée exprimée en nombre de joules.

VOIE

Voie d'administration du médicament administré au patient. La légende des voies d'administration acceptables se trouve au verso (légendes et aides à la rédaction).

RYTHME

Rythme cardiaque AVANT l'administration des médicaments (**obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés**). La légende des voies d'administration acceptables se trouve au verso (légendes et aides à la rédaction).

Section INTERVENTIONS

Dans cette section, il importe de consigner tous les soins autres que l'administration des médicaments ou des traitements qui ont été prodigués au patient. Légalement, **ce qui n'est pas inscrit est réputé non fait ou non constaté**. Au moins une case de cette section doit être remplie si aucun traitement n'a été effectué, noircir la case AUCUNE. Le cas échéant, noircir autant de cases qui s'appliquent au cas présent et spécifier les informations requises lorsque nécessaire. Par exemple, l'heure dans le cas de l'administration d'oxygène :

■ O₂ 10 lpm ► 20:12

INTERVENTIONS	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Intervention psychosociale
	<input type="checkbox"/> O ₂ _____ lpm ► <u>HH : MM</u>	<input type="checkbox"/> Monitoring ► <input type="checkbox"/> ECG 12D
	Canule ► <input type="checkbox"/> Oropharyngée	<input type="checkbox"/> ECG 15D
	<input type="checkbox"/> Nasopharyngée	<input type="checkbox"/> Cardioversion
	<input type="checkbox"/> Suction	<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque externe
	<input type="checkbox"/> Assistance ventilatoire	<u>FRÉQU.</u> _____ mA
	<input type="checkbox"/> Oxylator® _____ cm H ₂ O ► Mode <input type="checkbox"/> Autom.	<input type="checkbox"/> Contentions
	<input type="checkbox"/> Manuel	<input type="checkbox"/> Attelle immobilisatrice
	<input type="checkbox"/> CPAP _____ cm H ₂ O	<input type="checkbox"/> Glace
	Intubation ► <input type="checkbox"/> Endotr. n° _____ mm	<input type="checkbox"/> Nettoyage de plaie
	<input type="checkbox"/> Œsophago-trachéale	<input type="checkbox"/> Pansements
	VPO ► <input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Collet cervical ► Taille _____
	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Kendrick Extrication Device®
	_____ * tentative réussie ► <u>HH : MM</u>	<input type="checkbox"/> Matelas immobilisateur
	Capnométrie max. atteinte _____ mm Hg	<input type="checkbox"/> Pedi-Pac®
Perfusion NS 0,9 % n° 1	<input type="checkbox"/> Planche dorsale	
<input type="checkbox"/> IO _____ g ► <u>HH : MM</u>	<input type="checkbox"/> Scoop	
<input type="checkbox"/> IV Site _____ Débit _____	<input type="checkbox"/> Sortie rapide	
Perfusion NS 0,9 % n° 2	<input type="checkbox"/> Exérèse corps étranger des VR	
<input type="checkbox"/> IO _____ g ► <u>HH : MM</u>	Accouchement ► <u>HH : MM</u>	
<input type="checkbox"/> IV Site _____ Débit _____	Indices d'APGAR ► <u>1 min</u> <u>5 min</u>	
Volume total <u>PERF. N° 1 + N° 2</u> ml	<input type="checkbox"/> <u>AUTRE</u>	
<input type="checkbox"/> Thoracocentèse à l'aiguille		
<input type="checkbox"/> Cricothyroïdotomie		
Protocoles utilisés ►		

O₂

Indiquer si de l'oxygène a été administré au patient et, dans l'affirmative, en spécifier la quantité délivrée à la minute ainsi que l'heure à laquelle le traitement a débuté.

CANULE

Spécifier si une canule oropharyngée ou nasopharyngée a été utilisée.

ASSISTANCE VENTILATOIRE

Noircir la case si le patient a bénéficié d'assistance ventilatoire de la part des techniciens ambulanciers paramédics, que ce soit à l'aide d'un masque de poche ou d'un ballon masque.

SUCCION

Noircir cette case si la poire, la succion portative, la succion murale ou tout autre dispositif de succion buccale a été utilisé afin d'aider à libérer les voies aériennes supérieures.

OXYLATOR™

Noircir la case si utilisé et spécifier à combien de centimètres d'eau (cm H₂O) l'appareil « cyclait » adéquatement, que ce soit en mode automatique ou manuel.

INTUBATION

Spécifier s'il s'agissait d'une intubation endotrachéale ou par canule œsophago-trachéale. Dans le premier cas, préciser la grandeur et le nombre de millimètres d'insertion. Indiquer l'état du vérificateur de positionnement œsophagien (VPO) ainsi que l'heure à laquelle la X^e tentative d'intubation a été réussie. **Concernant la canule œsophago-trachéale, inscrire à la sous-section RESPIRATOIRE de la section ÉVALUATION PAR SYSTÈME, le conduit utilisé servant à la ventilation du patient.**

CAPNOMÉTRIE MAXIMALE ATTEINTE

Indiquer le nombre de millimètres de mercure (mm Hg) de la capnométrie maximale atteinte chez le patient, s'il y a lieu.

PERFUSION NS 0,9 %

Indiquer s'il s'agissait d'une perfusion intra-osseuse (IO) ou intraveineuse (IV), le calibre de l'aiguille ainsi que l'heure à laquelle la perfusion a débuté. On peut indiquer jusqu'à deux perfusions par patient. Pour chacune d'entre elles, spécifier le site exact de perfusion, le débit utilisé (indiquer s'il ne s'agissait que de tenir la veine ouverte - TVO) ainsi que le nombre de grammes, le volume total administré et l'heure à laquelle le geste a été posé.

THORACOCENTÈSE À L'AIGUILLE

Noircir la case s'il y a lieu.

CRICOTHYROIDOTOMIE

Noircir la case s'il y a lieu.

INTERVENTION PSYCHOSOCIALE

Noircir la case s'il y a lieu.

MONITORAGE

S'il y a lieu, indique que le patient a été placé sous monitoring cardiaque. Spécifier par la suite si l'ECG a eu lieu en 12 ou en 15 dérivations.

CARDIOVERSION

Noircir la case s'il y a lieu.

STIMULATEUR CARDIAQUE EXTERNE

Noircir la case s'il y a lieu et spécifier la fréquence de stimulation ainsi que la quantité d'énergie administrée, exprimée en milliampères.

CONTENTIONS

Noircir la case si utilisées. Le rôle des techniciens ambulanciers paramédics est de fournir les premiers soins d'urgence dans un contexte préhospitalier et de transporter les bénéficiaires vers un établissement de santé. Les techniciens ambulanciers paramédics ne sont pas, de par leurs fonctions, des personnes chargées de l'application et de l'exécution de la Loi sur la protection de la personne qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui (loi P-38.001) au sens du Code criminel. L'application du protocole TECH. 2 (contentions) ne peut donc être effectuée qu'en support aux policiers présents.

ATTELLE DE FIXATION

Noircir la case si utilisée pour un membre. Dans le cas d'une attelle sous vide utilisée pour immobiliser totalement un enfant en bas âge, noircir la case réservée au **MATELAS IMMOBILISATEUR**.

GLACE

Noircir la case si toute forme de cryothérapie a été utilisée.

NETTOYAGE DE PLAIE

Noircir la case s'il y a lieu.

PANSEMENTS

Noircir la case si utilisés. Ceci implique toute application de gazes stériles, de bandes de gaze ainsi que de pansements autocollants dans le but de contrôler une hémorragie ou de couvrir une partie affectée du corps.

COLLET CERVICAL

Noircir la case si utilisé et spécifier la taille choisie.

KENDRICK EXTRICATION DEVICE™

Noircir la case si le KED a été utilisé.

MATELAS IMMOBILISATEUR

Noircir la case si utilisé. Dans le cas d'une attelle sous vide utilisée pour immobiliser totalement un enfant en bas âge, noircir cette case.

PÉDI-PAC™

Noircir la case si utilisé.

PLANCHE DORSALE

Noircir la case si utilisée, même temporairement (par exemple, dans le cas d'une descente rapide au sol).

SCOOP

Noircir la case si utilisé.

SORTIE RAPIDE

Noircir la case si appliquée. Ce choix est en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire.

EXÉRÈSE D'UN CORPS ÉTRANGER DES VOIES RESPIRATOIRES

Noircir la case s'il y a lieu. Cette case n'implique pas la méthode de désobstruction des voies aériennes de Heimlich; on devrait plutôt retrouver l'application de cette méthode à la case **AUTRE**.

ACCOUCHEMENT

Noircir la case s'il y a lieu et indiquer l'heure à laquelle l'accouchement en préhospitalier a eu lieu.

INDICES D'APGAR

Calculer et rapporter l'indice d'APGAR à la 1^{ère} et la 5^e minute de vie du bébé. La table permettant le calcul de l'indice d'APGAR se trouve au verso (légendes et aides à la rédaction).

PROTOCOLES UTILISÉS

Inscrire jusqu'à trois protocoles utilisés **sauf** les protocoles APP. et TRAU.APP. qui sont implicites à toute intervention préhospitalière.

AUTRE

Inscrire toute intervention pour laquelle ne correspond aucune case précitée. Ne pas y écrire la notion de « TLC » qui est occasionnellement ajoutée et qui n'est pas un traitement.

Section TRANSPORT

Cette section traite des modalités de déplacement du patient vers le véhicule ambulancier et de transport vers un centre hospitalier.

TRANSPORT	<input type="checkbox"/> Refusé (remplir section REFUS DE SERVICES)	DÉPLACEMENT DE L'USAGER
	<input type="checkbox"/> Annulé	<input type="checkbox"/> À la marche ou dans les bras
	Destination _____	<input type="checkbox"/> Civière-chaise
	Répartition ► <input type="text" value=""/>	Civière ► <input type="checkbox"/> Pos. semi-assise
	Départ pour CH ► <input type="text" value="HH:MM"/>	<input type="checkbox"/> Décubitus dorsal
	Arrivée au CH ► <input type="text" value="HH:MM"/>	<input type="checkbox"/> Décubitus latéral
	Début du triage ► <input type="text" value="HH:MM"/>	<input type="checkbox"/> Position assise ou Pedi-Mate®
	ETG ►	TRANSPORT
		<input type="checkbox"/> Non urgent
		<input type="checkbox"/> Immédiat
	<input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> CH avisé	

REFUSÉ

Remplir la section REFUS DE SERVICES si l'utilisateur refuse spécifiquement le transport vers un centre hospitalier receveur. Ne pas noircir cette case dans les cas de refus de civière ou de refus de soins si un transport a tout de même été effectué.

ANNULÉ

Le transport est considéré annulé s'il y a eu contact avec le patient mais qu'il n'est finalement pas pris en charge par les techniciens ambulanciers paramédics. Par exemple : le patient est pris en charge par les policiers ou lors de l'application de MED.-LEG. 4 (mort évidente). Il faudra aussi cocher cette case si le constat de décès est fait sur les lieux dans les cas de MED.-LEG. 2 (arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable), MED.-LEG. 3 (directives de non-initiation de la réanimation), RÉA. 2 (arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine médicale) ou RÉA. 4 (arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique). S'il s'agissait spécifiquement d'une prise en charge par les policiers, remplir la section ASSISTANCE POLICIÈRE.

DESTINATION

Spécifier le centre hospitalier receveur à l'aide de son nom complet ou de son code à 4 lettres, si connu.

RÉPARTITION (Cette section ne s'applique qu'à Urgences-santé seulement)

Indiquer le code de répartition des patients entre les centres hospitaliers selon la procédure Pro-8005 (Règles de désignation d'un centre hospitalier). Ce code comprend une lettre suivie de deux chiffres; la légende de ces codes se trouve au verso (légendes et aides à la rédaction).

HEURES DE DÉPART VERS CH, D'ARRIVÉE AU CH ET DE TRIAGE

Écrire les heures de départ vers le centre hospitalier receveur et d'arrivée à ce centre, peu importe le niveau d'urgence du transport effectué. Indiquer également l'heure à laquelle le triage en milieu hospitalier a débuté.

ETG

Ne rien inscrire dans cette case.

DÉPLACEMENT DE L'USAGER ET TRANSPORT

Ce groupe de cases concerne les modalités de déplacement de l'utilisateur, d'abord vers l'ambulance puis vers le centre hospitalier receveur. Plus d'une case peut être noircie. Une case CH AVISÉ a été ajoutée pour spécifier si le centre hospitalier receveur a été avisé par téléphone ou par radio de l'arrivée de l'équipe. Ce choix est en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire.

Section ASSISTANCE POLICIÈRE

Cette partie concerne les interventions réalisées en présence des policiers. Spécifier le corps policier, le numéro de véhicule, le matricule des policiers concernés ainsi que le numéro d'événement lorsque nécessaire et noircir la case d'accompagnement à bord de l'ambulance s'il y a lieu. En situation de crise, lorsqu'un intervenant est présent et demande aux policiers d'appliquer la loi P-38.001 (transport sans consentement), noircir la case appropriée. Utiliser également cette section pour spécifier l'identité des policiers lorsqu'ils prennent en charge le patient (voir la section REFUS DE SERVICES) ou dès que les policiers sont impliqués dans une intervention. Cette section est en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire.

ASSISTANCE POLICIÈRE	
Corps policier _____	Événement n° _____
Véhicule n° _____	Matricule(s) n° _____
<input type="checkbox"/> Pol. accompagnent au CH	<input type="checkbox"/> Intervenant en situation de crise présent

Section REFUS DE SERVICES

Cette section intègre le formulaire de refus de services au rapport d'intervention préhospitalière et le remplace en entier. Quelques énoncés servent d'abord à établir si le patient est apte à refuser un service ou le transport. Cette section est en rouge afin d'attirer l'attention à la fois du rédacteur et du lecteur du formulaire. **Le texte en français ou en anglais doit être lu au patient et être bien compris afin de lui permettre un choix libre et éclairé.** Le patient et idéalement un témoin (autre que les techniciens ambulanciers paramédics sur place) signent et on indique l'identité du répondant qui signe au nom du patient, s'il y a lieu. Si un policier signe en tant que témoin du refus, remplir la section ASSISTANCE POLICIÈRE afin d'identifier ce policier. Spécifier clairement le type de service refusé. Si le patient est finalement pris en charge par les policiers, on doit absolument remplir la sous-section ASSISTANCE POLICIÈRE afin de standardiser l'identification des policiers. Indiquer les circonstances du refus. S'il y a lieu dans votre région, dans le cas d'un refus concernant le choix du centre hospitalier proposé, **indiquer l'identité du centre hospitalier refusé**; s'il s'agit de l'un des types de refus à risque, indiquer son numéro. Les numéros de type de refus se trouvent au verso du formulaire (légendes et aides à la rédaction).

	OUI	NON
Le patient communique sa compréhension de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique son appréciation des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique sa capacité de se prendre en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un adulte responsable se trouve sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« En toute connaissance de cause et après avoir été informé par les membres du service ambulancier au sujet des soins à recevoir, je refuse, personnellement ou en ma qualité de répondant*, d'être transporté à l'hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de ma déclaration, j'assume l'entière responsabilité de mon choix et dégage les intervenants du service ambulancier de toute responsabilité à cet égard pour l'ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »

"With full knowledge of the facts and having been informed by the members of the ambulance service about the necessary medical care, I personally refuse - or in my capacity of guardian* - to be transported to the hospital or that the services as listed below be dispensed. In consequence of my declaration, I assume full responsibility for my decision and release the members of the ambulance service from all responsibility in this matter for any damages incurred directly or indirectly from this refusal."

SERVICE(S) REFUSÉ(S)	RAISON(S), CIRCONSTANCE(S)
Remplir section PARTICULARITÉS au besoin	
<input type="checkbox"/> Traitement _____	<input type="checkbox"/> CH proposé _____
<input type="checkbox"/> Civière, civière-chaise _____	<input type="checkbox"/> Refus de tout conseil d'usage _____
<input type="checkbox"/> Transport _____	<input type="checkbox"/> Refus de signer ce formulaire _____
<input type="checkbox"/> Prise en charge par les policiers _____	<input type="checkbox"/> Refus d'être évalué _____
Remplir section ASSISTANCE POLICIÈRE	<input type="checkbox"/> Refus à risque n° _____
Signature _____	
Signature _____	
Signature du témoin _____	
Signature of witness _____	
*Nom du répondant _____	
*Name of guardian _____	

Les techniciens ambulanciers paramédics ont l'obligation de transporter tout usager auprès duquel ils interviennent vers un centre hospitalier approprié, à moins que ce dernier n'exerce de façon éclairée son droit de refus. En tout temps, le refus de transport doit être initié par le patient. Dans le cas d'un refus de soins ou de transport exprimé par l'utilisateur, les techniciens ambulanciers paramédics doivent spécifier clairement à cette personne que pour une question de sécurité et de bien-être, nous devons lui offrir une évaluation ainsi que le transport vers un centre hospitalier. De plus, étant donné l'impossibilité de faire une évaluation diagnostique en préhospitalier, les techniciens ambulanciers paramédics ont le devoir d'informer explicitement à ce dernier les conséquences et risques encourus, ainsi que leur désaccord face au refus du transport. Un tel refus doit être documenté adéquatement, enregistré sur le MDSA et transmis à l'équipe de l'assurance de la qualité; il doit aussi inclure obligatoirement une signature de la part des deux parties.

Section AUTHENTIFICATION

« Historiquement, le technicien ambulancier paramédic responsable de l'intervention est le préposé. Par contre, vous ne retrouvez point cette notion à l'intérieur des PICTAP 2007. Seules, les appellations TAP # 1 [sic] et TAP # 2 [sic] y apparaissent. L'intervention ambulancière requiert la présence et l'expertise des deux partenaires et ceux-ci doivent travailler ensemble. Dans certains protocoles, particulièrement techniques, pour faciliter la compréhension, il est nécessaire de définir le rôle de chacun des techniciens ambulanciers paramédics; ceci ne doit pas être interprété de façon étroite comme étant le rôle du préposé ou du conducteur. »³

La signature du document est une obligation légale car elle atteste des gestes posés par chacun. Ainsi, le technicien ambulancier paramédic n° 1 est responsable de l'intervention clinique alors que le technicien ambulancier paramédic n° 2 est en soutien à son coéquipier. Chacun d'entre eux signe pour les gestes qu'il a posés et **non pour les gestes de son partenaire**. Les initiales ne sont pas acceptées sur ce document. À gauche, l'évaluateur du patient signe, spécifie son niveau de soins et inscrit son numéro d'identification. À droite, son partenaire signe et indique également son niveau de soins ainsi que son numéro d'identification. Afin d'authentifier les soins prodigués, les techniciens ambulanciers paramédics doivent signer le formulaire. Un stagiaire ou un médecin pourra signer sur un espace réservé à cet effet, sous la signature du technicien ambulancier paramédic n° 1.

TA PARAMÉDIC n° 1

Numéro _____ Signature _____

Soins primaires Soins avancés STAGIAIRE OU MÉDECIN

TA PARAMÉDIC n° 2

Numéro _____ Signature _____

Soins primaires Soins avancés

³ Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics, 3^e édition, 2007, p. 3

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

00000000



RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

Numéro de dossier CH

Date	Séq. événement	Patient	Véhicule
AA MM JJ			

IDENTIFICATION DE L'USAGER OU DE LA PERSONNE VISÉE		
Nom	Prénom	
Numéro d'assurance maladie		Date de naissance
		AAAA MM JJ
Code clinique	Heure de l'événement	Date de rédaction
	:	AAAA MM JJ
	<input type="checkbox"/> Récolté	
	<input type="checkbox"/> Estimée	

ANNEXE AU RIP N°
Laisser la copie n° 2 au CH

INCIDENT OU ACCIDENT
Laisser la copie n° 2 au CH en cas d'accident seulement

LIEU DE L'ÉVÉNEMENT

AUTRES INTERVENANTS

SUJET

Description objective et détaillée de l'événement sans analyse, ni jugement, ni accusation

RAPPORT

Bris de confidentialité

Abus, agression ou harcèlement ▶

- Physique ou sexuel
- Psychologique ou verbal

Chute ▶

- De l'ambulance
- De la civière ou de la civière-chaïso
- Lors d'un déplacement

Erreur de médication ▶

- Critère d'exclusion présent
- Dose erronée
- Heure d'administration
- Nature de la médication
- Omission
- Voie d'administration

Erreur d'exécution de protocole ou de technique

Problème de matériel ▶

- Détectuosité
- Disponibilité
- Insalubrité

Effet personnel ▶

- Bris
- Perte

AUTRE

TYPE D'ÉVÉNEMENT

ACCÈS FORCÉ (adresse)

Lieux sécurisés au départ ▶

- Oui
- Non (indiquer ci après à qui les lieux sont remis)

Particulier

Corps policier

Véhicule n°

Événement n°

Matricule(s) n°

MESURES PRISES

NOM ET FONCTION DE LA PERSONNE AVISÉE

HEURE DE SIGNIFICATION :

TA PARAMÉDIC n° 1

Numéro _____ Signature _____

Soins primaires Soins avancés STAGIAIRE OU MEDECIN

TA PARAMÉDIC n° 2

Numéro _____ Signature _____

Soins primaires Soins avancés

AL-4038(A)-1
Rév. 2005-07-13
Imp. 2009-02

En plus d'être un complément à la rédaction du RIP, le rapport complémentaire comprend sur un seul document (formulaire DT-9180) le rapport du technicien ambulancier paramédic sur lequel ce dernier peut consigner des informations de nature administrative, un rapport d'incident ou d'accident ainsi que le formulaire d'accès forcé (US92-320).

DESCRIPTION DES CASES ET CHEMINEMENT DU FORMULAIRE

Section EN-TÊTE

Outre le port du logo ministériel et de l'identification du document sous forme d'un code à barres, l'en-tête du document identifie l'événement concerné.

				IDENTIFICATION DE L'USAGER OU DE LA PERSONNE VISÉE	
Numéro de dossier CH AA MM JJ		Séqu. événement Patient		Nom Prénom	
<input type="checkbox"/> ANNEXE AU RIP N° Laisser l'exemplaire n° 2 au CH		<input type="checkbox"/> INCIDENT OU ACCIDENT Laisser l'exemplaire n° 2 au CH en cas d'accident seulement		Numéro d'assurance maladie Date de naissance AAAA MM JJ	
Date AA MM JJ		Séqu. événement Patient		Code clinique Heure de l'événement HH : MM <input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée Date de rédaction AA MM JJ	
				LIEU DE L'ÉVÉNEMENT	
				AUTRES INTERVENANTS	
SUJET					

NUMÉRO DE DOSSIER CH

Inscrire le numéro de dossier du patient au centre hospitalier receveur, s'il existe et s'il est connu, tel qu'il apparaît sur sa carte d'hôpital.

DATE / SÉQU. ÉVÉNEMENT / PATIENT / VÉHICULE

Urgences-santé

Tel qu'inscrit sur le RIP. Il s'agit du numéro d'événement complet de l'intervention, lequel comprend d'abord la date (format « AA MM JJ »), le numéro séquentiel de l'événement généré par la RAO (un numéro à 4 chiffres compris entre 0001 et 9999), le numéro du patient visé par ce formulaire suivi du numéro du véhicule ambulancier présent sur l'intervention.

Exemple :

Numéro de dossier CH			
Date 08 03 27 JJ	Séqu. événement 0198	Patient 1	Véhicule 401

Dans le cas où une équipe évaluerait deux patients lors du même appel (par exemple les deux conjoints), le premier aurait comme numéro séquentiel **080327-0198-1-401** et le second **080327-0198-2-401**. Alors que dans le cas où deux équipes de techniciens ambulanciers paramédics sont sur les lieux et que chacune prend en charge un des deux patients, ces deux équipes auraient, par exemple, respectivement les numéros : **080327-0198-1-401** et **080327-0198-1-512** car chacune de ces équipes prend en charge le patient n° 1 attribué à son véhicule ambulancier.

Autres régions

Inscrire la date, le numéro séquentiel généré par la RAO. En région, ce numéro varie de 3 à 6 caractères et il exclut la date.

Pour ce qui est du numéro de véhicule, graduellement les numéros de véhicules deviendront des numéros à quatre chiffres, le premier étant un chiffre qui identifie le CCS auquel le véhicule appartient. Par exemple, tous les véhicules des régions de Laurentides et Lanaudière débiteront par 9, le CCS Laurentides-Lanaudière étant le dernier CCS à être mis en place.

CODE CLINIQUE

Code clinique tel que transmis par le Centre de communication santé verbalement ou vers le terminal véhiculaire de l'ambulance sous le format 00X00x. Ce code est généré au moment de la prise de l'appel.

Exemple :

Code clinique	Heure de l'événement	Date de rédaction
26A1	HH : MM <input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée	AA MM JJ

HEURE DE L'ÉVÉNEMENT

Heure (réelle ou estimée) de l'événement, s'il y a lieu dans les cas d'incident, d'accident ou de rapport du technicien ambulancier paramédic. Il est facultatif de spécifier l'heure de l'événement si le rapport complémentaire sert d'annexe à un RIP préexistant.

DATE DE RÉDACTION

Il s'agit de la date présente sous le format « AAAA MM JJ », au moment de la rédaction par le technicien ambulancier paramédic du rapport complémentaire. Cette date peut être différente de celle de l'événement telle que précédemment rapportée.

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom de famille à la naissance et prénom usuel du patient en lettres moulées, numéro d'assurance maladie et date de naissance sous le format « AAAA MM JJ ». Si l'une ou l'autre de ces informations est inconnue ou manquante, inscrire INCONNU ou laisser simplement le champ vide.

Exemple :

IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Nom	Marty
Prénom	
Numéro d'assurance maladie	1966 03 15 JJ
	Date de naissance

ANNEXE AU RIP N°

Si le rapport complémentaire sert d'annexe à un rapport d'intervention préhospitalière, indiquer le numéro du formulaire auquel il se réfère. Il s'agit du numéro imprimé et situé en haut à droite du RIP.

↓
00000000

FORMULAIRE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

HEURE	RESP.	POULS	T.A.	SpO ₂	AVPU	GCS	GLYCÉMIE	DYSPNÉE	HEURE	R _x ou Tx	DOSE	VOIE	RYTHME
.	/min Superf. Labc Tirr	/min -ial		% AA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U	Y + V + M	mmol/L TEMPERATURE °C	/10 DOULEUR	.				Avant Après Avant

Urgences-santé

Laisser la copie n° 2 (jaune) du rapport complémentaire au centre hospitalier receveur avec la copie jaune du RIP et ramener l'original du rapport complémentaire avec l'original du RIP à la fin du quart de travail. **Ne jamais brocher, coller ou assembler ces documents**; ils seront réunis ultérieurement au moment de leur saisie numérique.

Autres régions du Québec

Laisser l'original (copie blanche) du rapport complémentaire au centre hospitalier receveur avec l'original du RIP et rapporter les deux autres copies du rapport complémentaire à la fin du quart de travail et faites-les cheminer selon la directive locale. **Ne jamais brocher, coller ou assembler ces documents.**

INCIDENT OU ACCIDENT

Dans un contexte où l'objectif est d'assurer une prestation sécuritaire de services de santé, le rapport complémentaire comporte une section afin de relater des faits lors d'un incident ou d'un accident.

Selon l'article 183.2 de la LSSSS, *un incident est défini comme une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.* Exemples :

- Bris d'équipement.
- Bris d'un effet personnel du patient.
- Chute sans blessure.

Selon l'article 8 de la LSSSS, *un accident est défini comme une action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.*

Cette définition précise clairement que le « *risque inhérent à la situation ou à l'action doit s'être réalisé* », c'est-à-dire que l'événement a eu lieu et que le risque qu'il comportait s'est réalisé. Exemples :

- Erreur de médicament.
- Négligence ou omission accidentelle d'un traitement.
- Blessure accidentelle.

En conclusion ce qui caractérise un « incident », c'est qu'il est toujours sans conséquence pour la personne que le risque inhérent à la situation ou à l'action se soit réalisé ou pas ou que l'événement ait atteint la personne ou pas. Alors que pour qu'il y ait « accident », le risque inhérent à la situation ou à l'action doit s'être réalisé et il doit y avoir des conséquences pour la personne ou il y en aura à plus ou moins brève échéance.

Dans le cas d'un incident ou d'un accident, spécifier de quel type il s'agit en remplissant « TYPE D'ÉVÉNEMENT » qui se retrouve plus bas dans le document.

CHEMINEMENT DU FORMULAIRE

Urgences-santé

- S'il s'agit d'un incident, ramener les deux exemplaires à la fin du quart de travail et les joindre à l'ensemble des RIP qui seront acheminés au Centre administratif.
- S'il s'agit d'un accident, un RIP devra être produit et il est possible qu'un numéro d'événement doive manuellement être généré par le Centre de communication santé si cet accident implique une personne autre que celle pour laquelle vous intervenez, par exemple, un membre de la famille.

Autres régions du Québec

- S'il s'agit d'un incident, ramener les trois exemplaires à la fin du quart de travail et les joindre à l'ensemble des RIP.
- S'il s'agit d'un accident, un RIP devra être produit et il est possible qu'un numéro d'événement doive manuellement être généré par le Centre de communication santé si cet accident implique une personne autre que celle pour laquelle vous intervenez, par exemple, un membre de la famille.

Lors d'un **accident**, le technicien ambulancier paramédic doit procéder à une appréciation clinique du patient, il est important de noter les informations suivantes :

- Date et heure de l'incident
- Observations cliniques :
 - Si le technicien ambulancier paramédic est témoin :
Circonstances :
 - . Transfert (levier, planche de transfert, assistance d'une personne, etc.)
 - . Locomotion : aide mécanique non utilisée (béquilles, canne, marchette, etc.)
 - . Mesures de prévention non utilisées (ceinture de sécurité, siège d'auto, Pédi-Mate®)
 - Si le technicien ambulancier paramédic n'est pas témoin :
Position de la personne et lieu où l'incident ou l'accident a été constaté
 - Signes vitaux
 - Lésion
 - Douleur
 - Faiblesse
 - Fonctions sensorielles
 - État mental perturbé
- Intervention :
 - Premiers soins
 - Nom de la personne avisée
- Prévention :
 - Surveillance
 - Enseignement
 - Freins de civière

RAPPORT DU TECHNICIEN AMBULANCIER PARAMÉDIC

Dans le cas d'un rapport de nature purement administrative, le rédacteur ne noircit aucune des deux cases ANNEXE AU RIP N° ou INCIDENT OU ACCIDENT. L'original doit être remis au supérieur hiérarchique ou à l'employeur et un exemplaire peut être conservé par le technicien ambulancier paramédic **à condition qu'aucune information nominative n'apparaisse sur le document. Si le rapport contient des informations nominatives, l'ensemble du document (original et copies) doit être remis au supérieur hiérarchique ou à l'employeur.**

LIEU DE L'ÉVÉNEMENT

Dans les cas d'incident, d'accident ou de rapport du technicien ambulancier paramédic, inscrire, s'il y a lieu, avec le plus d'exactitude possible où l'événement s'est produit. Il est facultatif de spécifier le lieu de l'événement si le rapport complémentaire sert d'annexe à un RIP préexistant.

AUTRES INTERVENANTS

Indiquer la présence de tout autre intervenant avec lequel l'équipe de techniciens ambulanciers paramédics a eu à interagir, de quelque façon que ce soit, et qui serait pertinente au sujet du présent rapport.

SUJET

Sujet principal du rapport en quelques mots simples dans les cas d'incident, d'accident ou de rapport du technicien ambulancier paramédic. Il est facultatif d'écrire un sujet si le rapport complémentaire sert d'annexe à un RIP préexistant.

Section RAPPORT

La section RAPPORT permet au technicien ambulancier paramédic de décrire toute situation qu'il juge pertinente, selon la vocation donnée au rapport complémentaire (annexe à un RIP, rapport d'incident ou d'accident ou rapport du technicien ambulancier paramédic). Elle n'est composée que de lignes sur lesquelles le rédacteur peut écrire ou dessiner un croquis. Lorsqu'il y a saisie numérique de cette section, cette dernière sera numérisée dans son ensemble. Attention de ne pas déborder du cadre prescrit.

Description objective et détaillée de l'événement sans analyse, ni jugement, ni accusation

RAPPORT

Dans le cas d'annexe à un RIP préexistant, on poursuivra la rédaction du texte là où on l'avait interrompue (généralement à cause d'un manque d'espace) sur le RIP original.

Dans le cas d'un incident ou d'un accident, le technicien ambulancier paramédic devra objectivement décrire ici les circonstances entourant l'événement. Les sections TYPE D'ÉVÉNEMENT et MESURES PRISES sont alors également à compléter pour bien cerner l'événement qui s'est produit ainsi que les mesures à prendre afin d'éviter qu'il ne se reproduise. Ces sections seront expliquées plus bas. S'il s'agit d'un incident (voir définition en annexe), aucun RIP n'est produit. S'il s'agit plutôt d'un accident, un RIP devra être produit et son numéro sera rapporté à la section ÉVÉNEMENT (il s'agit du numéro séquentiel imprimé situé en haut à droite du RIP tel que démontré précédemment).

Dans le cas d'un rapport de technicien ambulancier paramédic, le rédacteur décrira objectivement la situation de nature administrative qu'il désire déclarer. Les sections TYPE D'ÉVÉNEMENT et MESURES PRISES peuvent également être complétées pour bien cerner l'événement qui

s'est produit ainsi que les mesures à prendre afin d'éviter qu'il ne se reproduise.

Peu importe la vocation que l'on désire donner au rapport complémentaire, il est important d'éviter d'y inclure des informations nominatives si ces dernières ne sont pas essentielles à sa rédaction.

Section TYPE D'ÉVÉNEMENT

Dans cette section réservée aux incidents ou aux accidents, le rédacteur précise la nature de l'événement qui inclut la possibilité d'accès forcé à un lieu ou à un véhicule.

La section TYPE D'ÉVÉNEMENT ne permet pas de spécifier quelque détail que ce soit. On indiquera plutôt le type d'incident ou d'accident et les explications seront inscrites dans la section RAPPORT adjacente.

Dans le cas d'un accès forcé, on spécifie soit l'adresse du lieu qui a été forcé avec le plus de précision possible (par exemple, 3232 Bélanger, bureau 210 ou Face au 3300 Griffith). S'il y a eu contact avec le patient et qu'un RIP est rempli, la section ASSISTANCE POLICIÈRE doit également être remplie au besoin si les policiers se présentent. Le cas échéant, spécifier si au moment du départ des techniciens ambulanciers paramédics, les lieux étaient sécurisés ou s'ils ont été remis à une tierce personne (particulier ou policier). Les informations du rapport complémentaire concernant les policiers sont les mêmes que sur le RIP.

<input type="checkbox"/> Bris de confidentialité	
Abus, agression ou harcèlement▶	<input type="checkbox"/> Physique ou sexuel <input type="checkbox"/> Psychologique ou verbal
Chute▶	<input type="checkbox"/> De l'ambulance <input type="checkbox"/> De la civière ou de la civière-chaise <input type="checkbox"/> Lors d'un déplacement
Erreur de médication▶	<input type="checkbox"/> Critère d'exclusion présent <input type="checkbox"/> Dose erronée <input type="checkbox"/> Heure d'administration <input type="checkbox"/> Nature de la médication <input type="checkbox"/> Omission <input type="checkbox"/> Voie d'administration
<input type="checkbox"/> Erreur d'exécution de protocole ou de technique _____	
Problème de matériel▶	<input type="checkbox"/> Défectuosité <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Insalubrité
Effet personnel▶	<input type="checkbox"/> Bris <input type="checkbox"/> Perte
<input type="checkbox"/> AUTRE _____	
ACCÈS FORCÉ (adresse) _____	
Lieux sécurisés au départ▶	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (indiquer ci-après à qui les lieux sont remis)
Particulier _____	
Corps policier _____	Événement n° _____
Véhicule n° _____	Matricule(s) n° _____

TYPE D'ÉVÉNEMENT

Section AUTHENTIFICATION

Tout comme c'est le cas lors de la rédaction du RIP, la signature du rapport complémentaire est une obligation légale car elle atteste des gestes posés par chacun. Les initiales ne sont pas acceptées sur ce document. À gauche, le rédacteur du rapport complémentaire signe, spécifie son niveau de soins et inscrit son numéro d'identification. À droite, son partenaire signe et indique également son niveau de soins ainsi que son numéro d'identification. Un médecin ou un stagiaire pourrait signer sur un espace réservé à cet effet, sous la signature du technicien ambulancier paramédic n° 1. Dans le cas d'un rapport du technicien ambulancier paramédic, la seconde signature est facultative, selon le cas.

TA PARAMÉDIC n° 1

Numéro: _____ Signature: _____

Soins primaires Soins avancés STAGIAIRE ou MÉDECIN

TA PARAMÉDIC n° 2

Numéro: _____ Signature: _____

Soins primaires Soins avancés

ANNEXE 1 - DÉFINITIONS

Refus de transport

Le refus de transport est défini comme étant le refus de l'usager d'utiliser les services offerts suite à son contact avec les techniciens ambulanciers paramédics. **En aucun temps, les techniciens ambulanciers paramédics ne doivent suggérer, influencer ou laisser entendre à l'usager, ni par des paroles ou attitudes, qu'il devrait signer un refus de transport. La demande de refus de transport doit être initiée par l'usager lui-même.**

Refus de soins

Le terme **refus de soins** est utilisé lorsque l'usager refuse de recevoir des soins de la part des techniciens ambulanciers paramédics alors que le terme **refus d'utilisation de la civière/civière chaise** est utilisé lorsque l'usager refuse d'utiliser la civière/civière-chaise.

Témoin

Personne présente au moment de l'intervention. Lorsque la signature d'un témoin est requise et que plusieurs témoins sont disponibles, il est préférable d'obtenir la signature d'un membre de la famille ou d'une autorité légale (policier). Un technicien ambulancier paramédic ne peut servir de témoin.

À quel moment le refus est-il considéré valable?

Le refus d'un usager d'être transporté ou de recevoir des soins est valable lorsque la décision du patient est libre et éclairée, que les conséquences et risques encourus ont été énoncés clairement par les techniciens ambulanciers paramédics et qu'aucune suggestion de la part du personnel clinique n'a pu influencer la décision du patient à signer le refus (temps d'attente dans les CH, cas non urgent pouvant aller à la clinique, etc.).

L'intervenant clinique responsable de l'intervention doit lire à l'usager l'avis de refus de services et noircir la ou les cases correspondant au type de refus. Il doit également s'assurer que l'usager ou le tiers a bien compris les conséquences possibles de son refus avant de le faire signer. S'il y a lieu, inscrire les informations concernant le tiers dans la case appropriée. Tout refus doit être enregistré sur MDSA et transmis à l'équipe de l'assurance de la qualité.

Transports secondaires (interétablissements)

Un transport secondaire inclut les interétablissements avec ou sans escorte ainsi que les retours à domicile. Selon le type de transport voici les informations devant se retrouver dans le RIP.

Interétablissements avec escorte

- Le diagnostic provisoire du patient.
- La raison du transfert ou le type d'examen prévu au centre receveur.
- L'identification de l'escorte (nom et titre).
- Le déroulement de l'intervention.
- Les gestes de support à l'escorte.
- Les signes vitaux (ne noter que ceux pris par l'escorte au besoin, mais dans ce cas, indiquer qu'il s'agit des signes vitaux pris par l'escorte).

Interétablissements sans escorte

- Le diagnostic provisoire du patient.
- La raison du transfert ou le type d'examen prévu au centre receveur.
- Les signes vitaux avant le départ.
- Les prescriptions reçues pour le transport⁶.
- Le déroulement de l'intervention.
- Le suivi du patient selon les PICTAP 2007.

Retour à domicile

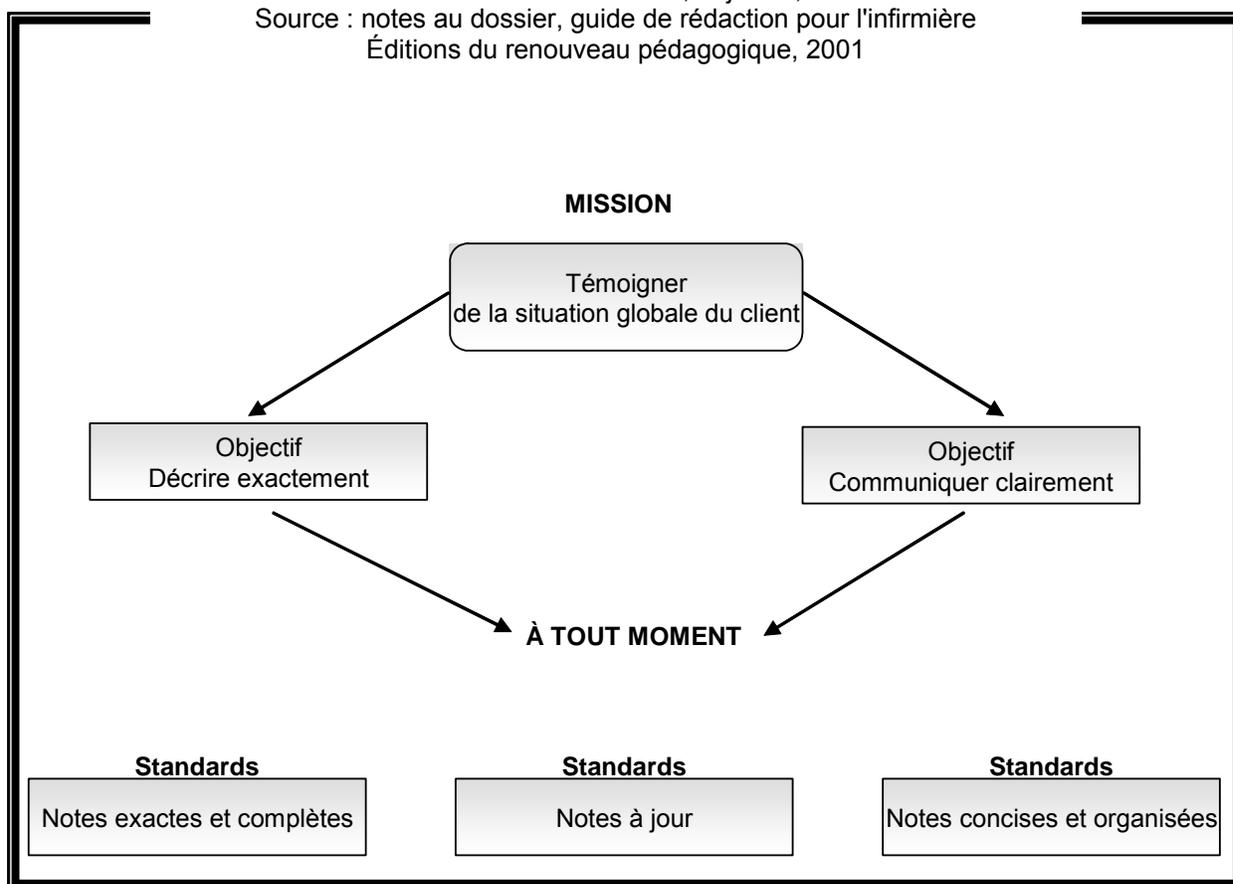
- Diagnostic d'admission au centre hospitalier.
- Raison du retour en ambulance.
- Le déroulement de l'intervention (particulièrement les plaintes ou absence de plainte de la part du patient. Ex. : inscrire : pas de plainte exprimée).
- La situation sociale (Où est laissé le patient? Exemple : maison, centre d'accueil, dans son lit, etc.).
- Y-a-t-il une personne qui accueille le patient?

⁶ Lors d'un transfert interétablissements sans escorte, légalement le patient demeure sous les soins du centre hospitalier référant. Une prescription écrite sera requise pour l'administration des médicaments autres que le glucagon et l'épinéphrine. Évidemment, en situation d'urgence, les protocoles de Combitube™ et de réanimation devront toujours d'être appliqués.

ANNEXE 2 - MNÉMOTECHNIQUE DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS PERTINENTES

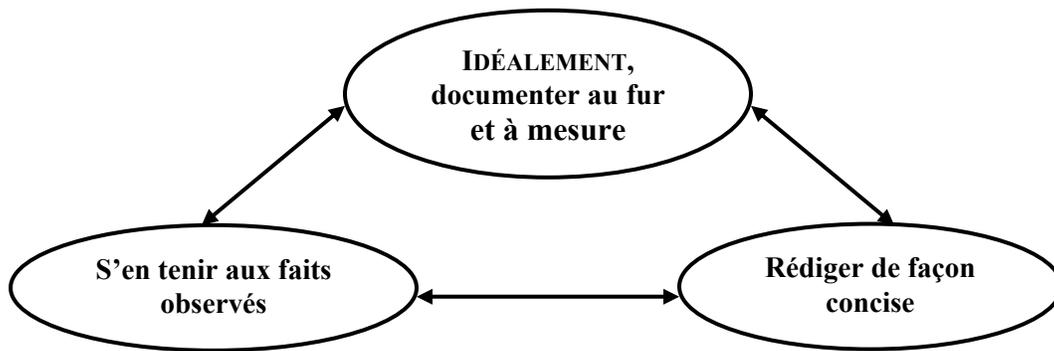
Les formulaires cliniques complétés par les techniciens ambulanciers paramédics sont lus et interprétés par plusieurs personnes dont les techniciens ambulanciers paramédics, les superviseurs, les réviseurs cliniques, les médecins, le personnel des salles d'urgence, les coroners, ainsi que les juges et juristes qui sont susceptibles d'y avoir accès. Ceux-ci attestent et justifient les actions et performances cliniques en termes de soins prodigués aux usagers.

Les notes manuscrites : mission, objectifs, standards
Source : notes au dossier, guide de rédaction pour l'infirmière
Éditions du renouveau pédagogique, 2001



Imaginez un instant qu'une intervention fasse l'objet d'une enquête du coroner ou d'une cause à la cour. Il est évident que les documents seront examinés à la loupe par plusieurs personnes. Ce qui est écrit sera jugé bon ou mauvais, mais cependant **ce qui n'est pas écrit, peu importe la raison, sera considéré non fait ou non constaté!** C'est pourquoi la documentation peut être un couteau à deux tranchants pour un juriste.

L'objectif de la mnémotechnique présentée dans ce document est de favoriser une approche systématique lors de la transmission des données et de transmettre les informations de manière adéquate compte tenu du contexte préhospitalier (intervention rapide, maintien des priorités en présence de patients instables, collecte de données parfois difficiles et retour en service rapide).



COMMUNICATION DES DONNÉES

- L'information transmise au personnel médical et hospitalier reflète directement niveau de compétence et de professionnalisme.
- Plus l'information est précise, détaillée et organisée, plus elle est prise en considération.
- Le rapport écrit est la seule preuve des interventions effectuées.

MNÉMOTECHNIQUE C.H.A.R.T.E.

Le nouveau formulaire a été conçu selon la méthode C.H.A.R.T.E. L'avantage de cette méthode est la façon particulière dont les informations reliées à l'intervention préhospitalière sont fournies. Le principe de C.H.A.R.T.E. optimise la séquence des renseignements fournis dans les rapports verbal et écrit du technicien ambulancier paramédic.

Principe de C.H.A.R.T.E.	Cas médicaux	Cas traumatiques
C <i>Chief complaint</i> Plainte principale du patient	<ul style="list-style-type: none"> De quoi le patient se plaint-il? La raison pour laquelle il a appelé l'ambulance Il faut rapporter ces faits avec les termes utilisés par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> De quoi le patient se plaint-il? L'heure de l'incident Est-ce qu'il y a eu un événement avant l'incident? Position du patient avant l'incident Mesures de sécurité (ceinture de sécurité, ballon gonflable, casque, etc.) Expliquer la biomécanique du traumatisme : <ul style="list-style-type: none"> Vélocité de l'impact (vitesse) Le type et nombre d'impacts Les déformations, intrusion, projection, etc.
H <i>Hx</i> Histoire présente	<ul style="list-style-type: none"> Depuis quand le patient présente-t-il le problème décrit? Quels sont les symptômes accompagnateurs? Le patient a-t-il des antécédents médicaux liés au problème présent? Est-il connu pour d'autres problèmes de santé? Prend-il des médicaments? Lesquels? A-t-il des allergies? Lorsque vous êtes arrivé sur les lieux, lors du premier contact avec le patient : Quel était son état de conscience selon l'A.V.P.U.? Dans quelle position était le patient? Décubitus dorsal, assis, semi-assis, décubitus ventral, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient présente quoi? (ce que vous avez constaté, décrit en termes médicaux) À votre arrivée sur les lieux, lors du premier contact avec le patient : Quel était son état de conscience selon l'A.V.P.U.? Dans quelle position était le patient? Décubitus dorsal, assis, semi-assis, décubitus ventral, etc.
A <i>Assessment</i> Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les résultats des évaluations primaire et spécifique que vous avez faites au patient : <ul style="list-style-type: none"> Auscultation, palpation Signes vitaux 	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les résultats des examens primaire et secondaire que vous avez faits au patient : <ul style="list-style-type: none"> Auscultation, palpation Signes vitaux
R <i>R_x</i> Médicaments et traitements administrés	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer ce que vous avez administré comme médication au patient (administrer signifie aussi assister le patient dans la prise d'une médication). Indiquer : <ul style="list-style-type: none"> L'heure et le dosage La fréquence à laquelle le médicament a été administré 	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer ce que vous avez administré comme traitement au patient. Indiquer : <ul style="list-style-type: none"> Les éléments de prise de décisions de l'immobilisation
T <i>Transportation and treatment</i> Transport et traitement	<ul style="list-style-type: none"> Quel traitement avez-vous administré au patient? Lors du transport, est-ce qu'il y a eu des changements dans l'état du patient? 	<ul style="list-style-type: none"> Quel traitement avez-vous administré au patient? Lors du transport, est-ce qu'il y a eu des changements dans l'état du patient?
E <i>Exception</i> Événements ou problèmes rencontrés lors de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Spécifier certains points s'il y a lieu : <ul style="list-style-type: none"> Cas de DPJ Environnement insalubre, difficile d'accès, autre 	<ul style="list-style-type: none"> Spécifier certains points s'il y a lieu : <ul style="list-style-type: none"> Incarcération Autre

ANNEXE 3 - ÉLÉMENTS DE TERMINOLOGIE MÉDICALE

Préfixes communs

Préfixes	Signification
A, AN	absence de
BI	deux, double
BRADY	lent
CONTRA	contre, non indiqué
DYS	difficulté, difficile, désordonné
HÉMI	moitié
HYPER	en excès
HYPO	en manque de
IN, INTRA	à l'intérieur de
INTER	entre
ISO	égale
ORTHO	droit, à l'horizontal

Préfixes	Signification
PARA	de chaque côté
PERI	autour de
POLY	plusieurs, beaucoup
POST	après
PRÉ	avant
QUADR	quatre
RETRO	en arrière de
SUB	sous
SUPER, SUPRA	au-dessus de
TACHY	rapide
TRANS	au travers
TRI	trois

Suffixes communs

Suffixes	Signification
ALGIE	douleur
ECTOMIE	ablation
ÉMIE	dans le sang
ESTHÉSIE	sensibilité
GRAPHIE	visualisation de
ITE	Inflammation, infection
STOMIE	ouverture de
TOMIE	incision de

Suffixes	Signification
PARESTHÉSIE	perte de sensibilité de
PATHIE	maladie
PLÉGIE	paralysie de
PNÉE	respiration
RAGIE	qui jaillit (du sang)
RHÉE	perte, écoulement
SCOPIE	examen de
URIE	urine

Mots communs à combiner

Préfixes	Signification
ANGIO	vaisseaux sanguins
ARTHRO	articulation
CARDIO, CARDIE	cœur
CÉPHALO, CÉPHAL	tête
CÉRÉBRO, CÉRÉBRAL	cerveau
CORRIE	yeux
CYTE	cellule
DERMA, DERMATO	peau
ÉRYTHRO	rouge (globules)
GASTRO	estomac
GLUCO, GLYCO	sucre
HÉM, HÉMATO	sang
HÉPATO	foie
HYSTER	utérus
LEUCO	blanc (globules)
MÉNINGO	méninges
MY, MYO	muscle
NEPHR, NEPHRO	rein
NEURO	nerf
ORCHI	testicule
OSTÉO	os
OTO	oreille
PHASIE	voix, allocution
PHAGIE	avaler
PHARYNG, PHARYNGO	pharynx, gorge
PHLÉB, PHLÉBO	veine
PNEUMO	air
PULM, PULMO	poumon
PY	pus
RHINO	nez
THORAC, THORACO	thorax
UR, URO	urine, urinaire
VASO	vaisseau

Mots décrivant la position du patient

Mots	Signification
AMBULANT	debout, se déplace debout
DÉCUBITUS	couché
VENTRAL	à plat ventre
DORSAL	sur le dos
LATÉRAL	sur le côté
FŒTAL	recroquevillé, en petite boule sur soi-même

Mots décrivant un endroit

Mots	Signification
MÉDIANE	ligne imaginaire décrivant le centre d'un objet
ANTÉRIEUR	en avant, face avant de
POSTÉRIEUR	en arrière, face arrière de
SUPÉRIEUR	au-dessus de
INFÉRIEUR	en-dessous de
LATÉRAL	sur le côté de
PROXIMAL	près de, le plus près de
DISTAL	éloigné de, plus éloigné de
INTERNE	à l'intérieur de
EXTERNE	à l'extérieur de

ANNEXE 4 - MÉDICAMENTS ET ABRÉVIATIONS

MÉDICAMENTS			
Nom générique	Nom commercial	Nom commercial	Nom générique
Acide acétylsalique	A.A.S – Asaphen	A.A.S – Asaphen	Acide acétylsalique
Acétaminophène	Tylénol	Adénocard	Adénosine
Adénosine	Adénocard	Adrénaline	Épinéphrine
Amiodarone	Cordarone	Apresoline	Hydralazine
Atropine		Ativan	Lorazépam
Bicarbonate	NAHCO ₃	Atrovent	Ipratropium
CACL ₂		Bénadryl	Diphenhydramine
D50 %		Bétaxin	Thiamine
Diazépam	Valium	Cordarone	Amiodarone
Digoxine	Lanoxin	Dilantin	Phénytoïne
Dimenhydrinate	Gravol	Gravol	Dimenhydrinate
Diphenhydramine	Bénadryl	Haldol	Halopéridol
Dopamine	Intropin	Intropin	Dopamine
Épinéphrine	Adrénaline	Isoptin	Vérapamil
Fentanyl		Kétalar	Kétamine
Furosémide	Lasix	Lanoxin	Digoxine
Glucagon		Lasix	Furosémide
Glucose		Lopressor	Métropolol
Halopéridol	Haldol	NAHCO ₃	Bicarbonate
Hydralazine	Apresoline	Narcan	Naloxone
Ipratropium	Atrovent	Néo-synéphrine	Phényléphrine
Kétamine	Kétalar	Nitroglycérine	Trinitrate de glycérine
Labétalol	Trandate	Pentothal	Thiopental
Lidocaïne	Xylocaïne	Pronestyl	Procaïnamide
Lorazépam	Ativan	Quelicin	Succinylcholine
Méthylprednisolone	Solumédrol	Solu-Medrol	Méthylprednisolone
Métropolol	Lopressor	Syntocinon	Ocytocine
MGSO ₄		Trandate	Labétalol
Midazolam	Versed	Tylénol	Acétaminophène
Morphine		Valium	Diazépam
Naloxone	Narcan	Ventolin	Salbutamol
Trinitrate de glycérine	Nitroglycérine	Versed	Midazolam
Ocytocine	Syntocinon	Xylocaïne	Lidocaïne
Phényléphrine	Néo-synéphrine		
Phénytoïne	Dilantin		
Procaïnamide	Pronestyl		
Salbutamol	Ventolin		
Succinylcholine	Quelicin		
Thiamine	Bétaxin		
Thiopental	Pentothal		
Vasopressine			
Vérapamil	Isoptin		

Abréviations	
ANTIBIOTIQUE	AB
APRÈS LES REPAS (POST CIBUM)	pc
AU COUCHER (HORA SOMNI)	hs
AU BESOIN (PRO RE NATA)	PRN
AVANT LES REPAS (ANTE CIBUM)	ac
CHAQUE	q
COMPRIMÉ	co
DEUX FOIS PAR JOUR (BIS IN DIE)	bid
INTRAVEINEUX	IV
NITROGLYCÉRINE	TNG
ORDONNANCE, TRAITEMENT	Rx
PAR LA BOUCHE (PER OS)	PO
QUATRE FOIS PAR JOUR (QUATER IN DIE)	qid
TOUTES LES QUATRE HEURES	q4h
TOUTES LES SEMAINES	q sem
TROIS FOIS PAR JOUR (TER IN DIE)	tid
UNE FOIS PAR JOUR	q.d. / die

Autres abréviations	
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	AVC
BILATÉRAL	bilat
BON ÉTAT GÉNÉRAL	BEG
COMPLICATION	compl
CONDUIT AUDITIF EXTERNE	CAE
CORPS ÉTRANGER	CE
DATE PROBABLE DE L'ACCOUCHEMENT	DPA
DATE DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS	DDM
DÉCÉDÉ	DCD
DIABÈTE INSULINO-DÉPENDANT	DID
DIABÈTE	Db
DIAGNOSTIC	Dx
DOULEUR RÉTRO-STERNALE	DRS
DROIT	Droit
ÉCHOGRAPHIE	écho
ÉLECTROCARDIOGRAMME	ECG
EXAMEN	Ex
EXTERNE	ext

Autres abréviations	
FOSSE ILIAQUE DROITE/GAUCHE	FID/FIG
FRACTURE	Fx
GASTRO-ENTÉRITE	GE
GAUCHE	Gche
GLYCÉMIE	glyc
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	HTA
INCONSCIENT	ics
INFARCTUS DU MYOCARDE	IM
INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES	IVRS
INTOXICATION	intox
JUSQU'À	Ad
LUXATION (ARTICULATION)	lux
MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE	MPOC
MALADIE TRANSMISE SEXUELLEMENT	MTS
MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE	MCE
MEMBRE INFÉRIEUR	MI
MEMBRE INFÉRIEUR DROIT/GAUCHE	MID/MIG
MEMBRE SUPÉRIEUR	MS
MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT/GAUCHE	MSD/MSG
MÉTASTASE	méta
MONOXYDE DE CARBONE	CO
NÉOPLASIE	néo
NORMAL	N
NOUVEAU-NÉ	NN
OBSTÉTRIQUE	OBS
OEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS	OMI
OEDÈME AIGU DU POU MON	OAP
OEIL GAUCHE (OCULUS SINISTER)	OS
OEIL DROIT (OCULUS DEXTER)	OD
YEUX	OU
OREILLE DROITE (AURIS DEXTRA)	AD
OREILLE GAUCHE (AURIS SINISTRA)	AS
OTORHINOLARYNGOLOGIE	ORL
POST-OPÉRATOIRE	post-op
POULS	Pls
PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE	PMD
PUPILLES ÉGALES RÉAGISSANT À LA LUMIÈRE ET À L'ACCOMMODATION	PERLA
RADIOGRAPHIE	RX

Autres abréviations	
RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE	RCR
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	RAA
RIEN À NOTER / SANS OBJET	RAN / S. O.
SCHIZOPHRÉNIE	Sch
SCLÉROSE EN PLAQUES	SEP
SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE	SIDA
TENSION ARTÉRIELLE	TA
TENTATIVE DE SUICIDE	TDS
TRAITEMENT	Tr
TRAUMATISME	Tx
VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE	VIH

Symboles non alphabétiques

Mots	Symboles
DEGRÉ CELCIUS	°C
DEGRÉ FARENHEIT	°F
FRACTURE	#
POURCENTAGE DE LA SURFACE CORPORELLE	%SC

Medicine related abbreviations

Words	Abbreviations
ACETYLSALICYLIC ACID (ASPIRIN)	ASA
AFTER MEALS (POST CIBUM)	PC
ANTIBIOTIC	AB
AT BED TIME (HORA SOMNI)	hs
BEFORE MEALS (ANTE CIBUM)	AC
BY MOUTH / ORRALLY (PER OS)	po
EACH / EVERY	q
EACH WEEK	q. week
EVERY DAY (QUAQUE DIE)	q.d.
FOUR TIMES A DAY (QUATER IN DIE)	q.i.d.
INTRAVENOUS	IV
NITROGLYCERIN	NTG
PRESCRIPTION / TREATMENT	Rx
SUBLINGUAL	SL
TABLET	tab
THREE TIMES A DAY (TER IN DIE)	TID
TWICE A DAY (BIS IN DIE)	BID
WHEN REQUIRED / AS NEEDED (PRO RE NATA)	PRN

Other abbreviations	
Words	Abbreviations
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME	AIDS
ACUTE PULMONARY EDEMA	APE
BILATERAL	bilat
CANCER	CA
CARBON MONOXIDE	CO
CARDIOPULMONARY RESUSCITATION	CPR
CEREBROVASCULAR ACCIDENT	CVA
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	COPD
COMPLICATION	COMPL
DATE OF LAST MENSTRUAL PERIOD	DLMP
DIABETES	diab
DIAGNOSIS	Dx

Other abbreviations	
Words	Abbreviations
DIED / DEAD	d
ECHOGRAPHY	Echo
ELECTROCARDIOGRAM	ECG ou EKG
EXPECTED DATE OF CONFINEMENT	EDC
EXAM	Ex
EXTERNAL AUDITORY CANAL	AEC
FOREIGN BODY	FB
FRACTURE	Fx
GASTROENTERITIS	GE
GLUCOSE TOLERANCE TEST	GTT
HIGH BLOOD PRESSURE	HBP
HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS	HIV
INSULINDEPENDENT DIABETES	IDD
LEFT / RIGHT ILIAC FOSSA	LIF / RIF
LEFT EAR (AURIS SINISTRA)	AS
LEFT EYE (OCULUS SINISTER)	OS
LEFT / RIGHT LOWER EXTREMITY	LLE / RLE
LEFT / RIGHT UPPER EXTREMITY	LUE / RUE
LEFT	L
LOWER EXTREMITY	LE
MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS	MDP
METASTASIS	meta
MULTIPLE SCLEROSIS	MS
MYOCARDIAL INFARCTION	MI
NEWBORN	NB
NO COMPLAINT	NC
NO APPARENT DISTRESS	NAD
NORMAL	N
OBSTETRICS	OBS
OTORHINOLARYNGOLOGY	ORL
OVERDOSE	OD
POSTOPERATIVE	PO
LOSS OF CONSCIOUSNESS	LOC
PULSE	P/PLS
PUPILS EQUAL AND REACTIVE TO LIGHT AND ACCOMODATION	PERLA

Other abbreviations	
Words	Abbreviations
CHEST PAIN	CP
RIGHT EAR (AURIS DEXTRA)	AD
RIGHT EYE (OCULUS DEXTER)	OD
RIGHT	R
SCHIZOPHRENIA	SZ
SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE	STD
SUICIDE ATTEMPT	SA
SWELLING OF ANKLES	SOA
TREATMENT	Tr
UNCONSCIOUS	Ucs
UP TO	Ad
UPPER EXTREMITY	UE
UPPER RESPIRATORY INFECTION	URI
X-RAY	Rx
SHORTNESS OF BREATH	SOB
TRAUMA	Tx

Non-alphabetical entries

Words	Entries
DEGREE CELSIUS	°C
FRACTURE	#
PERCENTAGE OF BODY SURFACE AREA	%BSA