



- CH Du Fargy
- CH Yvonne-Sylvain
- CH Saint-Augustin
- CH Alphonse-Bonenfant
- CH Charlesbourg
- CH Loretteville
- Hôpital Chauveau
- Hôpital Ste-Anne de Beaupré

GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE

Cette case doit contenir :
No dossier, Nom et prénom, Date de naissance (aaaa-mm-jj).

Observation de l'efficacité d'une ou des mesure(s) de remplacement suivante(s) : _____

Évaluation de la pertinence de maintenir la ou les mesure(s) de remplacement suivante(s) : _____

Évaluation de la pertinence de maintenir la ou les mesure(s) de contrôle suivante(s) : _____

Autre (détailler) : _____

DATE ET HEURE	CONTEXTE (ACTIVITE EN COURS) DESCRIPTION DU COMPORTEMENT	INTERVENTION(S)	RESULTAT(S)	INITIALES
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		

N.B. : CETTE GRILLE PEUT ETRE COMPLETEE PAR L'INFIRMIERE, L'INFIRMIERE AUXILIAIRE OU LE PREPOSE AUX BENEFICIAIRES (PAB).

Date et heure	Contexte (activité en cours) Description du comportement	Intervention(s)	Résultat(s)	Initiales
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		
	----- ----- -----	----- ----- -----		

N.B. : CETTE GRILLE PEUT ETRE COMPLETEE PAR L'INFIRMIERE, L'INFIRMIERE AUXILIAIRE OU LE PREPOSE AUX BENEFICIAIRES (PAB).