

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ F M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom de la mère : _____

CONSTAT CLINIQUE DE DÉCÈS PAR L'INFIRMIÈRE EN CHSLD

Conditions d'application de la PRO-10194 respectées.

A. IDENTIFICATION / INFORMATIONS MÉDICALES / ENTREPRISE FUNÉRAIRE	
IDENTIFICATION	
Nom de famille : _____	Prénom : _____ N° de dossier : _____
NAM : _____	Date expiration : _____ / _____ <small>Année Mois</small>
Date de naissance : _____ <small>aaaa/mm/jj</small>	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse au moment du décès : N° civique : _____ Rue : _____	
Municipalité : _____ Code postal : _____	
Nom de famille de la mère : _____ Prénom de la mère : _____	
Nom de famille du père : _____ Prénom du père : _____	
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire [jamais marié(e)] <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement	
Nom du conjoint(e) : _____ Prénom du conjoint(e) : _____	
Si marié(e), indiquer l'âge du (de la) conjoint(e) si vivant(e) : _____	
Lieu de naissance : <input type="checkbox"/> Québec <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Langue d'usage à la maison : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____	
INFORMATIONS MÉDICALES	
Diagnostic principal de l'utilisateur : _____	
Antécédents médicaux pertinents (MCAS, AVC, cancer, pacemaker) : _____	
Ordonnance de non-réanimation complétée (AH-744) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'utilisateur est-il atteint d'une maladie à déclaration obligatoire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : _____	
Signature de la carte pour autorisation de don d'organes et de tissus : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si la carte d'autorisation du don d'organes et de tissus est signée, la famille accepte-elle le don? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de la personne qui autorise le don : _____	
ENTREPRISE FUNÉRAIRE	
Nom de l'entreprise funéraire : _____	
Adresse : _____	Numéro de téléphone : _____
Adresse courriel : _____	Numéro de télécopieur : _____

Nom :

Prénom :

#Dossier :

B. CONSTAT DU DÉCÈS / ÉVALUATION CLINIQUE

CONSTAT DU DÉCÈS

Nom de famille du défunt : _____ Prénom du défunt : _____

- Identification du défunt : Données nominatives inscrites sur la photographie d'identification
 Témoignage d'un membre du personnel régulier ou l'accompagnateur
 Bracelet d'identité en place et concordant (si présent)

Nom et numéro de téléphone de la personne à contacter par l'entreprise funéraire (atteignable dans l'immédiat) : _____

ÉVALUATION CLINIQUE

Type de décès : Mort naturelle Mort suspecte (violente, traumatique) La présente procédure ne s'applique pas
Circonstances et lieu du décès : _____

Moment précis de la dernière fois où la personne a été vue vivante : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Examen physique du corps (temps 0) : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Examen physique du corps (temps 5) : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Si requis

Constat clinique du décès fait : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Signes vitaux et neurologiques

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune réponse à la stimulation | <input type="checkbox"/> Absence de respiration |
| <input type="checkbox"/> Absence de pouls à l'apex | <input type="checkbox"/> Non réactivité des pupilles (dilatées et fixes) |
| <input type="checkbox"/> Absence de tension artérielle | <input type="checkbox"/> Aucune réaction à la douleur |

Rigidité

- | | | |
|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Mâchoire | <input type="checkbox"/> Absence | <input type="checkbox"/> Présence |
| Membres supérieurs | <input type="checkbox"/> Absence | <input type="checkbox"/> Présence |
| Membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Absence | <input type="checkbox"/> Présence |

Signes de traumatisme(s)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lacération(s) | <input type="checkbox"/> Abrasion(s) | <input type="checkbox"/> Plaie(s) |
| <input type="checkbox"/> Déformation(s) | <input type="checkbox"/> Œdème localisé | <input type="checkbox"/> Plaie(s) pénétrante(s) |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) _____ | | |

Lividité Absence Présence Site(s) : _____

C. TRANSFERT D'INFORMATIONS

Appel au médecin traitant ou responsable : Dr _____aaaa/mm/jj_____hh:mm_____

Complète le bulletin de décès/SP3

Constat de décès à distance : Acceptation Refus Demande d'autopsie Cas de coroner

Proches avisés Effets personnels remis à : _____

Entreprise funéraire contactée : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Formulaire transmis au médecin : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Moyen de transmission : _____

Bulletin de décès (SP3) reçu du médecin : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Notes d'évolution infirmières

Départ de la dépouille : Date : _____aaaa/mm/jj_____ Heure : _____hh:mm_____

Nom de l'infirmière qui a fait le constat clinique : _____

Signature de l'infirmière : _____ No. de téléphone : _____ Date : _____aaaa/mm/jj_____