Nom et Prénom : **Date de naissance :**

Date														
Traitement per os														
Injection / Perfusion dont les tt spécifiques														
TA														
TT														
T°														
Fréquence respiratoire = FR														
<u>Echelle de sédation</u> = ES 0 = éveillé 3 = confus 1 = somnolent 4 = comateux 2 = très somnolent **Si ES › 2 et FR ‹ 10 = surdosage = Appel Médecin**														
Poids														
Echelle d'évaluation Douleur = EVA														
Selles														
Urines														
Vomissement / Nausées														
Sonde vésicale (ch)														
Aiguille de Huber Modèle														
Pansement														
Retour veineux (O / N)														

Pansement														