

# Plan de gestion de la capacité en cas d'affluence aux soins intensifs : Réponse à une affluence modérée

## Formulaire SBAR - Hôpital indice

<b>Rapport SBAR</b>	Date :
Heure du début de l'appel préambule :	Numéro à appeler chez CritiCall : Code de participant :
Hôpital indice et RLISS :	
Nom du chef de la direction ou délégué de l'hôpital indice : (titre de délégué) :                      numéro de téléphone :	
<b>Situation : Résumez la situation dans la section ci-dessous</b>	
Quel est votre statut actuel ? Insérez le chiffre : _____ capacité en soins intensifs au niveau d'affluence modérée (> 115 %) _____ capacité en lits de soins intensifs (insérez le taux d'occupation des lits du SISMP – Système d'information sur les soins aux malades en phase critique)	
Confirmez-vous que le SISMP est mis à jour quotidiennement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Confirmez-vous que l'équipe de la haute direction de l'hôpital a été informée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Contexte : Quels facteurs ont mené à l'affluence modérée ?</b>	
<b>Évaluation : Quelles menaces pèsent sur les patients ou les opérations (à savoir, manque d'aération, de lits, de personnel)</b>	
Quelle est la composition actuelle de vos patients ? (Inscrivez le nombre de patients dans chaque catégorie)	

\_\_\_ nombre de patients au rouge (ils resteront dans l'USI)

\_\_\_ nombre de patients à l'orange (possibilité de transfert sous 36 heures)

\_\_\_ nombre de patients au vert (prêts à quitter l'USI immédiatement)

**Quelles réponses ont été exécutées ? (à savoir, diffusion activée, appels au travail, autres sites appelés)**

**Liste des patients nécessitant un transfert possible ? Remplissez la section ci-dessous :**

*REMARQUE : Afin de respecter la confidentialité des patients, cette partie du formulaire est réservée à l'usage interne.*

**Formulaire de rapport SBAR : Patients nécessitant un transfert**

Pt n°	Identification du patient	Âge	Masc/ Fém	Diagnostic	Ventilé ? O/N	Emplacement	Service MRP	Nécessité d'isolement ? O/N
1								
2								
3								
4								
5								

**Recommandation**

**Quelles mesures sont recommandées au cours de l'appel préambule pour maintenir et assurer la sécurité des soins aux patients ?**