



**DOCUMENTATION  
GUIDELINES**

**LIGNES DIRECTRICES  
TIRÉES DE LA  
DOCUMENTATION**

Property of:  
Medavie HealthEd  
50 Eileen Stubbs Avenue, Unit 154  
Dartmouth, Nova Scotia

Revised: November 2023

Propriété de :  
Medavie ÉduSanté  
50, avenue Eileen Stubbs, bureau 154  
Dartmouth (Nouvelle-Écosse)

Révisé le : novembre 2023

This is an important document for the student to refer to during their experience. This document has been prepared to assist the student in properly documenting their skills and scenarios as it pertains to the didactic, simulation, clinical, and practicum settings. As part of the process of validating the student's lab experience and preparedness for entry into the Clinical and Practicum setting, we rely on the documentation provided by the student. Auditors and instructional staff, periodically review the documentation throughout the lab experience to verify that the competencies submitted by the student are supported by the documentation provided and that the student has adhered to the guidelines presented in this document.

Please read this document in its entirety and refer to it often. Utilizing the information contained within this document will help the student to mitigate potential problems before they happen and improve the likelihood of success in the lab setting.

Please note that even if the facilitator has approved a *Call Record*/competency, you may be required to make revisions based on auditor feedback and resubmit the record for approval. This process is not meant to be punitive in nature, rather, by compelling the student to adhere to these standards early in their program it will improve their documentation in the Clinical and Practicum settings.

Il s'agit d'un document important auquel l'étudiant peut se référer durant sa formation pratique. Ce document présente à l'étudiant la marche à suivre pour faire le suivi de ses compétences et des scénarios dans le cadre des volets didactique, clinique et pratique, ainsi que des simulations. Dans le cadre du processus de vérification de la formation pratique en laboratoire et du niveau de préparation d'un étudiant en vue du stage clinique et pratique, nous nous fondons sur les renseignements fournis par l'étudiant. Les vérificateurs et le personnel enseignant doivent faire une révision périodique des renseignements tout au long de la formation pratique en laboratoire pour vérifier que les compétences indiquées par l'étudiant sont étayées par les renseignements fournis et que l'étudiant a bien respecté les lignes directrices du présent document.

Veuillez lire le présent document en entier et consultez-le souvent. L'information présentée dans ce document aidera l'étudiant à éliminer les problèmes potentiels avant qu'ils ne surviennent, ainsi qu'à améliorer ses chances de réussite dans le cadre de la formation en laboratoire.

Veuillez noter que même si le facilitateur approuve un dossier d'appel/de compétence, vous pourriez devoir apporter les corrections nécessaires en fonction de la rétroaction du vérificateur et présenter de nouveau le dossier aux fins d'approbation. Ce processus ne se veut pas punitif, il vise plutôt à amener l'étudiant à respecter ces normes dès le début du programme; la qualité de sa documentation en sera meilleure au cours du stage clinique et pratique.



# TABLE OF CONTENTS/TABLE DES MATIÈRES

---

<b>DOCUMENTATION .....</b>	<b>7</b>
GENERAL LAB DOCUMENTATION STANDARDS/NORMES EN MATIÈRE DE CONSIGNATION DES RENSEIGNEMENTS – ENVIRONNEMENT GÉNÉRAL EN LABORATOIRE .....	9
SKILL COMPETENCY – DOCUMENTATION STANDARDS/NORMES EN MATIÈRE DE CONSIGNATION DES RENSEIGNEMENTS – COMPÉTENCE PARTICULIÈRE .....	10
LAB SCENARIOS /NORMES EN MATIÈRE DE CONSIGNATION DES RENSEIGNEMENTS – COMPÉTENCE DE SCÉNARIO .....	11
CLINICAL DOCUMENTATION / DOCUMENTATION CLINIQUE : .....	13
CLINICAL DOCUMENTATION / DOCUMENTATION CLINIQUE : .....	15
FIELD DOCUMENTATION / DOCUMENTATION SUR LE TERRAIN : .....	18
SKILLS AND SYSTEM ASSESSMENTS / ÉVALUATION DES COMPÉTENCES ET DES SYSTÈMES: .....	21
WEEKLY EVALUATIONS/ÉVALUATIONS HEBDOMADAIRES.....	37
AUDITING EDITING AND RESUBMISSION PROCESS/PROCESSUS DE MODIFICATION ET DE NOUVELLE PRÉSENTATION DU DOSSIER À LA SUITE D’UNE VÉRIFICATION .....	38
<b>WRITING A NARRATIVE/RÉDACTION DES COMMENTAIRES.....</b>	<b>40</b>
INTRODUCTION PATIENT CARE RECORD DOCUMENTATION/INTRODUCTION AUX DOSSIERS DE SOINS DU PATIENT .....	40
GATHERING INFORMATION USING CHART FORMAT (BODY SYSTEM)/RECUEIL D’INFORMATION AU MOYEN DE LA MÉTHODE CHART (SYSTÈME DU CORPS) .....	43
GATHERING INFORMATION USING CHART FORMAT (BODY REGION)/ RECUEIL D’INFORMATION AU MOYEN DE LA MÉTHODE CHART (PAR PARTIE DU CORPS) .....	45
NARRATIVE USING THE CHART FORMAT/COMMENTAIRES AU MOYEN DE LA MÉTHODE CHART .....	48
USING SOAP FORMAT/MÉTHODE SOAP.....	52
ILLNESS AND INJURY REFERENCE FOR COMPETENCY SIGN OFFS 4.3 AND 6.1/LISTE DE RÉFÉRENCE DES MALADIES ET DES BLESSURES AUX FINS D’APPROBATION DES COMPÉTENCES (4.3 ET 6.1) .....	52









## GENERAL LAB DOCUMENTATION STANDARDS/NORMES EN MATIÈRE DE CONSIGNATION DES RENSEIGNEMENTS – ENVIRONNEMENT GÉNÉRAL EN LABORATOIRE

- **Number your *Lab Call Records*** sequentially, starting at number 1. Continue this numbering through **all** patient contacts within the lab setting. There should be no duplicate ***Lab Call Record*** numbers.
- **Numérotez les dossiers d'appel de laboratoire**, par ordre croissant, en commençant par le numéro 1. Utilisez cette numérotation pour **toutes** les interactions avec les patients dans le cadre de la formation en laboratoire. Nous voulons connaître le nombre total de dossiers d'appel de laboratoire.
- On lab scenario testing days, complete **one *Lab Call Record* per patient** for all scenarios performed as the lead paramedic, successful or unsuccessful. This would mean that if you deliver a baby, both mother and baby need their own chart.
- Lors des jours de scénarios d'évaluation en laboratoire, veuillez remplir **un dossier d'appel de laboratoire par patient** pour tous les scénarios que vous avez réalisés en tant que travailleur paramédical responsable, que le scénario ait été réussi ou non. Ainsi, dans le cas d'un accouchement, la mère et le bébé doivent tous les deux avoir leur propre dossier.
- At the bottom of each ***Lab Call Record*** there is a section for Auditor Comments. This is where the auditor will write any suggestions to improve your charting and explain why they have contacted you regarding your documentation. You can review these comments on CompTracker website.
- Au bas de chaque dossier d'appel de laboratoire, il y a une section réservée aux commentaires des vérificateurs. Le vérificateur peut y indiquer toute suggestion visant à améliorer votre dossier et y expliquer pourquoi il a communiqué avec vous concernant votre documentation. Vous pouvez consulter ces commentaires dans CompTracker website
- The student must log onto the Comptracker website to review any Auditor comments once per week.
- Vous devez ouvrir une session sur le site Web de Comptracker une fois par semaine pour consulter les commentaires laissés par les vérificateurs.
- It is mandatory that you **complete your *Lab Call Records* by the end of the lab day**. These are to be submitted to the facilitator on your iPad by 23:59 hrs that same lab day.
- Vous devez obligatoirement **remplir vos dossiers d'appel de laboratoire avant la fin de la journée de laboratoire**. Vous devez présenter ces dossiers au facilitateur à l'aide de votre iPad avant 23 h 59 le jour même.
- It is **your responsibility** to keep your documentation up to date, and to **sync your iPad daily**.
- Il **vous incombe** de tenir la documentation à jour et de **synchroniser quotidiennement les données de votre iPad**.

## **SKILL COMPETENCY – DOCUMENTATION STANDARDS/NORMES EN MATIÈRE DE CONSIGNATION DES RENSEIGNEMENTS – COMPÉTENCE PARTICULIÈRE**

- All skill competencies in the lab setting are to be submitted and signed off by the evaluating facilitator.
- Toutes les compétences en laboratoire doivent être présentées au facilitateur chargé de l'évaluation pour qu'il puisse les approuver.
- For every specific skill competency, each time you submit a record for that skill.
- Pour chaque compétence particulière, chaque fois que vous présentez un dossier sur la même compétence, on considère qu'il s'agit d'une nouvelle tentative.
- All skill attempts must be documented and submitted by 23:59 hrs that lab day. Failure to do so will result in rejection of the competencies.
- Toutes les tentatives d'obtention d'une compétence doivent être consignées et soumises avant 23 h 59 le jour de la tenue du laboratoire. Si ce n'est pas fait, les compétences en question seront rejetées.
- Within CompTracker, a list of all required skill competencies can be found, including the corresponding minimum number of successful attempts a student must obtain for each skill.
- Une liste de toutes les compétences se trouve dans le logiciel CompTracker, y compris le nombre minimal de tentatives à réussir pour chaque compétence.
- Students acting as secondary silent partner are not able to obtain skills/competencies.
- Les étudiants qui agissent comme partenaire secondaire silencieux ne peuvent pas obtenir de compétences.

## LAB SCENARIOS /NORMES EN MATIÈRE DE CONSIGNATION DES RENSEIGNEMENTS – COMPÉTENCE DE SCÉNARIO

- The **Lab Call Record** includes all of the details of the call, narrative, assessment findings and treatments.
- Any competency attached to a **Lab Call Record** must be adequately documented in the **Lab Call Record** to confirm that it was both indicated and performed correctly.
- All red sections of the **Lab Call Record** are mandatory fields.
- The narrative section should be detailed and include all pertinent negatives, positives, and important information. See “**Writing A Narrative**” section below for a detailed description of requirements.
- Do not use any real names of any people or places in any of your student charts. These include: preceptors, nurses, hospital names, cities, streets, restaurants, etc. Use anonymous and purposefully vague terms. Example: “Arrived on scene of *local fast food eatery* to find *pt* laying on floor, transported to *emergency department*, handed over care to *nurse*”.
- Within CompTracker, a list of all required scenario competencies can be found, including the corresponding minimum number of successful attempts a student must obtain for each scenario type.
- You will be given ten (10) competencies (twelve (12) if a special population competency is applicable) a single Lab Call Record. All
- Le Dossier d’appel du laboratoire contient tous les détails de l’appel, les commentaires, les résultats de l’évaluation et les traitements. De plus, l’étudiant peut joindre des compétences au Dossier d’appel du laboratoire
- Toute compétence jointe à un **dossier d’appel de laboratoire** doit être consignée adéquatement au dossier pour confirmer qu’elle était indiquée et qu’elle a été réalisée correctement.
- Toutes les sections rouges du dossier d’appel de laboratoire sont des champs de saisie obligatoires.
- La section des commentaires doit être remplie de façon détaillée et contenir toutes les informations négatives, positives et importantes pertinentes. Voir la section **Normes en matière de commentaires** ci-après pour obtenir des précisions à ce sujet.
- Vous ne devez pas utiliser de noms réels de personnes ou de lieux dans vos dossiers d’étudiants, par exemple pour désigner des précepteurs, des infirmiers et infirmières, des hôpitaux, des villes, des rues, des restaurants, etc. Utilisez plutôt des termes anonymes ou vagues. Exemple : « À mon arrivée sur les lieux de l’appel, dans un établissement de restauration rapide, le patient était étendu par terre. Je l’ai transporté au service des urgences et j’ai fait le transfert des soins à l’infirmière. »
- Une liste de toutes les compétences de scénario requises se trouve dans le CompTracker, y compris le nombre minimal de tentatives pour chaque type de scénario qu’un étudiant doit réussir.
- Il ne doit jamais y avoir plus de dix (10) compétences (douze [12] si une compétence liée à une population particulière s’applique) soumises pour un seul dossier d’appel de

**competencies directed to attach must be done whether successful, unsuccessful, or N/A.**

**laboratoire. Toutes les compétences demandées doivent être soumises, même si elles n'ont pas été réussies ou ne s'appliquaient pas**

If you do not document the skills/assessments in full, the competency will be deleted.

Comme le Dossier d'appel du laboratoire contient les détails à l'appui des compétences jointes, s'il n'y a pas de lien entre ces deux éléments, aucun crédit ne peut être accordé et les compétences seront retirées.

## CLINICAL DOCUMENTATION / DOCUMENTATION CLINIQUE :

- **Number your patient contact records (PCRs)** sequentially, starting at number 1. Continue this numbering through all patient contacts and clinical sites. There should be no duplicate contact numbers, regardless of what site you are in. We want to know the total number of patient contacts.
- **Numérotez vos dossiers de soins du patient** par ordre croissant, en partant de 1. Utilisez cette numérotation pour toutes les interactions avec les clients et tous les domaines cliniques. Il ne doit pas y avoir de doublon, quel que soit le service où vous évoluez. Nous voulons connaître le nombre d'interactions totales avec les patients.
- Complete **one PCR per patient per shift**, with **ALL** of your requested competencies on it.
- Remplissez un **dossier par patient et par quart**, en indiquant **TOUTES** les compétences en demande d'approbation.
- You can only earn **one of each competency per patient**. (An exception is IVs because you have to do all of the steps each time you start an IV.) This means you may only attach one med admin, one O<sub>2</sub> mask competency, etc.
- Vous ne pouvez acquérir **qu'une seule compétence de chaque catégorie par patient**. (Les intraveineuses sont une exception, car il faut effectuer toutes les étapes à chaque mise en place.) Ainsi, vous ne pouvez joindre qu'une seule administration de médicament, une seule compétence liée aux masques d'oxygène, etc.
- At the bottom of each PCR there is a section for Auditor Comments. This is where the auditor will write any suggestions to improve your charting and explain why they have recalled competencies. You can review these comments on Comptracker **on a website**, but not on the app.
- Au bas de chaque rapport se trouve une section Commentaires du précepteur. Le vérificateur y indique toute suggestion visant à améliorer votre rapport et y explique pourquoi les compétences ont été invalidées. Vous pouvez consulter ces commentaires dans CompTracker **sur ordinateur**, mais pas sur le iPad.
- It is mandatory that you **complete, submit, and sync your charts** within 24 hrs of patient contact. Charts submitted outside this timeframe will have all competencies removed.
- Il est obligatoire **de remplir, de soumettre et de synchroniser vos dossiers** dans les 24 h suivant le contact avec le patient. Si le dossier est soumis après ce délai, toutes les compétences en seront retirées.
- We will **NOT** accept forms or competencies that are not approved and signed off with fourteen (14) days. regardless of if they were signed by your preceptor. It is your responsibility to keep your documentation up to date, and to sync your iPad every shift. If there are extenuating circumstances that delay you in getting these documents signed within the 2 week period than contact your auditor directly to explain. These will be reviewed on a case-by-case basis.
- Nous n'acceptons **PAS** les formulaires ou les compétences qui n'ont pas été approuvées et signées dans les quatorze (14) jours, qu'ils aient ou non été signés par votre précepteur. Il vous incombe de tenir la documentation à jour et de synchroniser les données de votre iPad à chaque quart de travail. Si des circonstances atténuantes vous empêchent de faire signer ces documents dans un délai de deux semaines, communiquez directement avec votre vérificateur pour lui

expliquer la situation. Les retards justifiés seront évalués au cas par cas.

## CLINICAL DOCUMENTATION / DOCUMENTATION CLINIQUE :

- A Student Contact and Acknowledgement Form needs to be signed by the student on the first day of Clinical.
- Vous devez signer un Formulaire de reconnaissance de responsabilités de l'étudiant le premier jour de votre stage clinique.
- A Preceptor Contact and Acknowledgement Form needs to be completed by your main preceptor during the ER time. Only one PC&A form is required. Not required to be done in Clinical sites other than ED.
- Votre précepteur principal doit remplir le formulaire Coordonnées du précepteur durant la période passée au service des urgences. Un seul formulaire est requis. Il n'est pas nécessaire de remplir le formulaire dans les lieux cliniques autres que le service des urgences.
- Attendance must be submitted each day to that shift's preceptor.
- Les entrées de présence doivent être soumises chaque jour au précepteur du quart de travail.
- You **must** submit a Patient Record or Airway form for every patient contact you have. **This a legal requirement.** However, submit only one contact record per patient – do not submit both a PR and AWF for the same person.
- Vous devez **obligatoirement** soumettre un dossier du patient ou un formulaire Assistance respiratoire pour chaque interaction que vous avez avec un patient. **Il s'agit d'une exigence de la loi.** Toutefois, vous ne devez pas soumettre plus d'un seul dossier par patient; ainsi, ne soumettez pas à la fois un dossier du patient et un formulaire Assistance respiratoire pour la même personne.
- Do **not** attach more than five (5) competencies to your clinical chart.
- **Ne joignez pas** plus de cinq (5) compétences dans votre rapport clinique.

### Patient Records:

For use in ED, ICU, PACU, Labour and Delivery.

### Airway forms:

For use in OR or equivalent (ie dental clinic). ACP only.

### Cadaver forms:

For use in cadaver lab only. ACP only.

### Dossiers de patients :

À utiliser au service des urgences, à l'unité des soins intensifs, à l'unité des soins post-anesthésiques et en salle de travail et d'accouchement).

### Formulaires Assistance respiratoire :

À utiliser au bloc opératoire ou dans un contexte équivalent (p. ex., clinique dentaire). Soins paramédicaux avancés seulement.

### Formulaires de cadavres :

À utiliser au laboratoire de modèles anatomiques seulement. Soins paramédicaux avancés seulement.

- While in clinical document in the narrative section the reason for the skill (eg: RN requested student
- Dans le document clinique, rédigez une note dans la section de commentaires afin d'indiquer la

initiate IV for pain control.) Also complete the appropriate boxes/drop down sections. Clearly document the details of the skill performed, then attach that specific skill competency.

raison de l'exercice de la compétence (p. ex., l'infirmière vous a demandé de mettre en place une intraveineuse pour la gestion de la douleur). Remplissez également les cases et les sections du menu déroulant appropriées. Indiquez clairement les détails de la compétence exercée, puis joignez la compétence spécifique qui y est associée.

- Do not use any real names of any people or places in any of your student charts. These include: preceptors, nurses, hospital names, etc. Use anonymous and purposefully vague terms. Example: "Nurse requested IV start on *pt*".
- The **only** specialty assessments (4.3s) and care for (6.1/2) competencies that you can get full approval for during clinical are: **neonatal (0-28 days of age, only available to ACP), pediatric (1 month – 18 yrs), obstetrical/labour and geriatric (age 65 and older)**.
- For these specialty competencies you need to include **\*three\* things for approval: a primary assessment (ABCDs), a focused assessment of the system of concern, and a detailed assessment of the patient with findings specific to the specialty.**
- Specialty assessments must have a **complete assessment documented**, even in Clinical, for competency approval.
- Neonatal Assessment (4.3.I)/Provide Care (6.2.a)** Should include notation on pt's gestational age at birth, any pregnancy or birth complications, delivery method, any meconium, apnea if pt has had a normal newborn course.
- Vous ne devez pas utiliser de noms réels de personnes ou de lieux dans vos dossiers d'étudiants, par exemple pour désigner des précepteurs, des infirmiers et infirmières, des hôpitaux, des villes, des rues, des restaurants, etc. Utilisez plutôt des termes anonymes ou vagues. Exemple : "L'infirmière a demandé la mise en place d'une perfusion pour le patient".
- Les **seules** compétences spécialisées (4.3s) et de soins (6.1/2) pour lesquelles vous pouvez obtenir une approbation complète en milieu clinique sont les suivantes : **compétences néonatales (nourrissons âgés de 0 à 28 jours, accessibles seulement pour la formation en soins paramédicaux avancés), pédiatriques (1 mois à 18 ans), obstétriques/travail et gériatrie (65 ans et plus)**.
- Dans le cas de ces compétences spécialisées, vous devez inclure **\*trois\* éléments aux fins d'approbation : une évaluation initiale (ABCD), une évaluation ciblée du système concerné et une évaluation détaillée du patient** présentant des résultats propres à la spécialité.
- Les évaluations spécialisées doivent s'accompagner d'un **rapport d'évaluation complet**, même en contexte clinique, pour permettre l'approbation des compétences.
- Évaluation néonatale** Le rapport doit indiquer l'âge gestationnel du bébé à la naissance, les complications survenues pendant la grossesse ou l'accouchement, la méthode d'accouchement, la présence de méconium ou la survenue d'une apnée; si aucune complication ne



s'est produite après la naissance, notez-le.

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pediatric Assessment (4.3.n)/Provide Care (6.2.b)</b> Should include notations on the pediatric assessment triangle, any modifications needed due to age.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Évaluation pédiatrique</b> Devrait inclure les informations relevées lors du triangle d'évaluation pédiatrique et de toutes les modifications nécessaires</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Obstetrical Assessment (4.3.f)/Provide Care (6.1.q)</b> Should included pt's GPA (gravida, para, abortion – critical requirement) status, gestational age of the baby, presence or absence of pregnancy complications, status of pt's membranes, presence or absence of contractions, presence or absence of PV discharge, etc. **Mom and baby cannot be on the same PCR – two patient forms required.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Évaluation obstétrique</b> Doit indiquer les données GPA (Gravida-Para-Aborta – exigence essentielle) de la patiente, l'âge gestationnel du bébé, la présence ou l'absence de complications pendant la grossesse, l'état des membranes de la patiente, la présence ou l'absence de contractions, la présence ou l'absence d'écoulement vaginal, etc. **La mère et le bébé ne peuvent pas figurer sur le même dossier de soins du patient – il faut remplir deux formulaires.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Geriatric Assessment (4.3.o)/Provide Care (6.2.c)</b> List any modifications to your assesment and/or treatment as a result of their age of 65+.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Évaluation gériatrique</b> Indiquez les aspects de votre évaluation ou du traitement que vous avez modifiés en raison du fait que le patient avait 65 ans ou plus.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• For these specialty 'care of' competencies in clinical you are required to describe actual care of the patient, as appropriate to the patient's situation (ie: ongoing assessments, personal care like toileting, personal comfort). Simply documenting skills obtained (ie IV, BW, V/S) will not be sufficient for competency approval.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour ces compétences de soins de spécialité en contexte clinique, vous devez décrire les soins prodigués au patient, en fonction de la situation du patient (p. ex. évaluations continues, soins personnels comme la toilette ou le confort personnel). La simple consignation des compétences acquises (c.-à-d. intraveineuse, analyse de sang, signes vitaux) ne suffit pas à approuver une compétence.</li> </ul>   |

## FIELD DOCUMENTATION / DOCUMENTATION SUR LE TERRAIN :

- A Student Contact and Acknowledgement Form needs to be signed by the student on the first day of Practicum.
- A Preceptor Contact and Acknowledgement Form needs to be completed by your main preceptor. If you get permanently reassigned to a new preceptor, they require a form as well.
- Attendance must be submitted each day to your preceptor. Enter an entire shift's hours (including any overtime) in one block.
- **Number your call records (CRs)** sequentially, starting at number 1. Continue this numbering through all patient contacts in your practicum time.
- You can only earn **one of each competency per patient**. (Exception is IVs because you have to do all of the steps each time you start an IV.) This means you may only attach one med admin, one O<sub>2</sub> mask competency, etc.
- At the bottom of each PCR there is a section for Auditor Comments. This is where the auditor will write any suggestions to improve your charting and explain why they have recalled competencies. You can review these comments on Comptracker **on a website**, but not on the app.
- It is mandatory that you **complete, submit, and sync your charts** within 24hrs of patient contact. Charts submitted outside this timeframe will have all competencies removed.
- Vous devez signer un Formulaire de reconnaissance de responsabilités de l'étudiant le premier jour de votre stage clinique.
- Votre précepteur principal doit remplir le formulaire Coordonnées du précepteur. Si on vous a attribué un nouveau précepteur de façon permanente, cette personne doit remplir un formulaire elle aussi.
- Vous devez soumettre votre dossier de présence chaque jour à votre précepteur. Entrez toutes les heures de votre quart de travail (en incluant les heures supplémentaires le cas échéant) en un seul bloc.
- **Numérotez vos dossiers de soins du patient** par ordre croissant, en partant de 1. Utilisez cette numérotation pour toutes les interactions avec les patients au cours de votre stage pratique.
- Vous ne pouvez acquérir qu'**une seule compétence de chaque catégorie par patient**. (Les intraveineuses sont une exception, car il faut effectuer toutes les étapes à chaque mise en place.) Ainsi, vous ne pouvez joindre qu'une seule administration de médicament, une seule compétence liée aux masques d'oxygène, etc.
- Au bas de chaque rapport se trouve une section Commentaires du précepteur. Le vérificateur y indique toute suggestion visant à améliorer votre rapport et y explique pourquoi les compétences ont été invalidées. Vous pouvez consulter ces commentaires dans CompTracker **sur ordinateur**, mais pas sur le iPad.
- Il est obligatoire **de remplir, de soumettre et de synchroniser** vos dossiers dans les 24 h suivant le contact avec le patient. Si le dossier est soumis après ce délai, toutes les compétences en seront retirées.

- Call Records must be completed for every patient contact, regardless of your role in the call or whether competencies are applicable or not. You are **LEGALLY REQUIRED** to write a chart for **EVERY** patient. Failure to do so could result in legal consequences on top of being exited from the program. This includes all transfers, non-transports, and back-ups. The only exception is when no patient is found on scene and the call is cancelled.
- Vous devez remplir un enregistrement d'appel pour chaque interaction avec un patient, peu importe votre rôle dans l'appel ou si les compétences s'appliquent ou non. La **LOI VOUS OBLIGE** à rédiger un dossier pour **CHAQUE** patient. Si vous omettez de la faire, vous vous exposez à des conséquences judiciaires en plus d'être expulsé du programme. Cette exigence s'applique également aux transferts, aux interventions sans transport de patient et aux unités de renfort. Seule exception : situations lors desquelles aucun patient n'est trouvé sur les lieux, ce qui mène à l'annulation de l'appel.
- We will NOT accept forms or competencies that are not approved and signed off with fourteen (14) days, regardless of if they were signed by your preceptor. If there are extenuating circumstances that delay you in getting these documents signed within the 2 week period than contact your auditor directly to explain. These will be reviewed on a case-by-case basis.
- Nous n'acceptons PAS les formulaires ou les compétences qui n'ont pas été approuvés et signés dans les quatorze (14) jours, qu'ils aient ou non été signés par votre précepteur. Si des circonstances atténuantes vous empêchent de faire signer ces documents dans un délai de deux semaines, communiquez directement avec votre vérificateur pour lui expliquer la situation. Les retards justifiés seront évalués au cas par cas.
- It is your responsibility to keep your documentation up to date and to sync your iPad every shift.
- Il vous incombe de tenir la documentation à jour et de synchroniser les données de votre iPad à chaque quart de travail.
- Be sure to sync from a strong WiFi network like your home. Hospital WiFi's are not reliable connections.
- Assurez-vous de synchroniser sur un réseau WIFI fiable et puissant comme votre maison. Les réseaux WIFI des hôpitaux ne sont pas toujours des connexions fiables.
- **\*\*Your narrative is the most critical part of your document\*\*.** This is the part that the hospital staff will read, and the part where you actually tell the story of this patient and your response to his/her emergency. This requires much more in-depth documentation than in your clinical narrative. In this section you need to be clear, concise and use correct grammar, spelling, punctuation, and medical terminology. You also need to document the assessment, care, and reassessments from the moment you arrive on scene until the moment you transfer care to another provider and complete the call. Please document the time of this Transfer of Care in your narrative.
- **\*\*Vos commentaires sont la partie la plus importante du document.\*\*** C'est la partie que le personnel de l'hôpital lira et où vous pouvez décrire l'histoire de ce patient et le déroulement de votre intervention d'urgence. Vous devez y consigner des informations bien plus détaillées que dans vos commentaires cliniques. Vous devez être clair, concis et utiliser une grammaire, une orthographe, une ponctuation et une terminologie médicale correctes. Vous devez également consigner l'évaluation, les soins et les réévaluations réalisés entre le moment où vous arrivez sur les lieux et le moment où vous confiez le patient à un autre fournisseur et que vous

terminez l'appel. Veuillez indiquer l'heure du transfert des soins dans vos commentaires.

- Do not use any real names of any people or places in any of your student charts. These include: preceptors, nurses, hospital names, cities, streets, restaurants, etc. Use anonymous and purposefully vague terms. Example: "Arrived on scene of local fast food eatery to find pt laying on floor, transported to emergency department, handed over care to nurse".
- Vous ne devez pas utiliser de noms réels de personnes ou de lieux dans vos dossiers d'étudiants, par exemple pour désigner des précepteurs, des infirmiers et infirmières, des hôpitaux, des villes, des rues, des restaurants, etc. Utilisez plutôt des termes anonymes ou vagues. Exemple : « À mon arrivée sur les lieux de l'appel, dans un établissement de restauration rapide, le patient était étendu par terre. Je l'ai transporté au service des urgences et j'ai fait le transfert des soins à l'infirmière. »
- **Do NOT attach more than 10 competencies to your field chart.** Attach only the most pertinent competencies, with a focus on assessments and hard skills. The softer skills (1s, 2s and 3s can be added a couple at a time throughout your OJT). Note – if you attach more than 10 competencies per chart, your auditor will only assess the first 10 and remove the rest.
- **\*\*N'indiquez PAS plus de 10 compétences dans votre rapport de terrain.** Indiquez uniquement les compétences les plus pertinentes, en mettant l'accent sur les évaluations et les compétences spécialisées. Les compétences plus générales (1, 2 et 3) peuvent être ajoutées par paires pendant votre formation en cours d'emploi. Remarque : si vous indiquez plus de 10 compétences par rapport, votre évaluateur n'examinera que les 10 premières et supprimera les autres.
- The **Chief Complaint** box is for the patient's voiced complaints. If patient is unresponsive or otherwise unable to state a complaint, document this.
- La boîte **Motif de consultation** sert à noter le motif de consultation mentionné par le patient. Si le patient ne réagit pas ou n'est pas en mesure d'exprimer le motif de la consultation, notez-le.
- The **Clinical Impression** box is for your working diagnosis. This should be one short statement. It is not for your first look at the patient or the scene. It should not include any assessments.
- La boîte **Évaluation clinique** sert à noter votre diagnostic de travail. Tenez-vous-en à un court énoncé. Ce n'est pas l'endroit pour noter vos premières impressions de l'état du patient ou de la scène, ni pour décrire les résultats des évaluations effectuées.

**Examples for above:**

**Chief Complaint:** Abdo pain

**Clinical Impression:** Appendicitis

**Exemples :**

**Motif de consultation :** Douleur abdominale

**Évaluation clinique :** Appendicite

## SKILLS AND SYSTEM ASSESSMENTS / ÉVALUATION DES COMPÉTENCES ET DES SYSTÈMES:

This next section explains how to document skills and system assessments. These pertain throughout all of lab scenarios, clinical settings, and practicum time. Failure to document as required will result in competencies being removed.

Please refer to this list below when choosing what 6.1 competencies you wish to attach to a field chart. Choose the most pertinent 6.1 system competency (non-bolded) that relates to the patient's condition. You may only attach one non-bolded system care competency. You may also add a 6.2 competency (bolded). You may not add two non-bolded or two bolded systems. IE: If a patient is complaining of chest pain and SOB, you must choose which system you will list the patient under and attach only that one 6.1 non-bolded cardiac or respiratory system care competency. However, if that person is a bariatric patient, you may add the Bariatric 6.2 alongside the 6.1 you have chosen.

La présente section explique comment consigner les compétences et les évaluations de systèmes. Cette documentation doit être réalisée tout au long des scénarios de laboratoire, des stages cliniques et des stages pratiques. Si les informations ne sont pas consignées comme prévu, les compétences visées seront retirées.

Veuillez consulter la liste ci-dessous au moment de choisir quelles compétences 6.1 joindre à un dossier de soins du patient dans le cadre d'un stage sur le terrain. Choisissez la compétence de système 6.1 (pas en gras) la plus pertinente en fonction de l'état du patient. Vous ne pouvez joindre qu'une seule compétence de soin d'un système pas en gras. Vous pouvez également ajouter une compétence 6.2 (en gras). Vous ne pouvez pas ajouter deux compétences de système pas en gras ou deux compétences de système en gras. Par exemple, si un patient se plaint de douleur à la poitrine et d'essoufflement, vous devez déterminer sous quel système vous allez inscrire le patient et joindre uniquement cette compétence 6.1 (pas en gras) de soins du système cardiovasculaire ou respiratoire. Toutefois, si la personne est obèse, vous pouvez demander la compétence 6.2 relative aux patients bariatriques en plus de la compétence 6.1 que vous avez choisie.

Scenario Competencies	Compétences de scénarios	Requirement /Exigence
• Cardiovascular	• Système cardiaque	A, P
• Neurological	• Évaluation neurologique	A, P
• Respiratory	• Système respiratoire	A, P
• Obstetrical / Labour	• Patiente obstétrique – travail	A
• Gastrointestinal	• Système gastro-intestinal	A, P
• Genitourinary	• Système génito-urinaire	
• Integumentary	• Système tégumentaire	A, P
• Musculoskeletal	• Système musculosquelettique	A, P
• EENT	• Oreilles, yeux, nez, gorge	
• Psychiatric	• Évaluation psychiatrique	A, P
• Immune	• Système immunitaire	
• Endocrine	• Système endocrinien	
• Poisoning / OD	• Syndromes des poisons et des surdoses	A

• Environmental Temperature	• Troubles environnementaux	
• Trauma Patient	• Évaluation traumatique du patient	A, P
• Neonatal	• Évaluation néonatale	A
• Pediatric Patient	• Évaluation pédiatrique du patient	A, P
• Geriatric Patient	• Évaluation gériatrique du patient	A, P
• Bariatric Patient	• Évaluation bariatrique du patient	
• Non-Urgent	• Problème médical non urgent	
• Palliative Patient	• Évaluation du patient en soins palliatifs	
• Physically Challenged	• Patient avec un handicap physique	
• Mentally Challenged	• Patient avec un handicap mental	

A, P	required in both levels/ requise pour les deux niveaux
A	required in ACP only/ requise pour les soins avancés seulement
No letter/ Aucune lettre	not required but still needs to be documented to an adequate standard as taught in didactic/ non requise, mais doit tout de même être consignée au dossier selon les normes enseignées dans le cadre du volet didactique

#### SYSTEM ASSESSMENTS/ÉVALUATIONS DE SYSTÈMES

For **system assessments** – \*\* you should include the \*MOST PERTINENT\* assessments for every pt you assess. You may include more than one system assessment, if they are pertinent to the call, but do not request all the system assessments competencies on every pt. You need to document a complete assessment, listing all positive findings as well as pertinent negatives. \*\*Note\*\* - “normal” or “no findings” is insufficient. For example:

Dans le cas des **évaluations de systèmes**, \*\*vous devriez inclure les évaluations LES PLUS PERTINENTES\*\* pour chaque patient que vous évaluez. Vous pouvez inclure plus d’une évaluation de système si elles sont pertinentes dans le cadre de l’appel, mais ne demandez pas toutes les compétences liées aux évaluations de système pour chaque patient. Vous devez consigner l’évaluation complète, en indiquant tous les résultats positifs ainsi que les résultats négatifs pertinents. \*\*Remarque : \*\* les mentions « normal » ou « rien à signaler » ne sont pas suffisantes. Par exemple :

• <b>Primary</b> (4.3.a)	A primary assessment needs to be documented on all patients in every chart. Document your general impression (based on your observations as you approach the patient), airway (patent, open), breathing (resps easy, laboured), circulation (pulse regular & strong, skin temp and colour), level of consciousness or awareness (AVPU, CA0x4, GCS) and a Rapid Body Survey (RBS) when appropriate. Baseline	• <b>Évaluation principale</b> (4.3.a)	Une évaluation initiale doit être consignée pour tous les patients dans chaque dossier. Vous devez noter vos impressions générales (en fonction de vos observations lorsque vous vous approchez du patient), les renseignements sur les voies respiratoires (perméabilité, ouverture), la respiration (respiration facile, difficile), la circulation (pouls régulier et fort, température et couleur de la peau), le niveau de conscience ou d’éveil (échelle AVPU [Alerte, voix, douleur, ne
-----------------------------	---	---	--

vitals should be obtained and documented at this point.

répond pas], échelle CAOx4 [conscience et éveil dans les quatre sphères], échelle de Glasgow) et examen rapide du corps, selon la situation. Les signes vitaux de base doivent être obtenus et consignés à cette étape.

- **LOC**  
(4.4.i)

Needs to include the GCS and CAOx?. If patient is not alert/oriented, document to what level of AVPU they are responding.

- **LOC**  
(4.4.i)

Doit inclure le score à l'échelle de Glasgow et le résultat de l'évaluation CAOx? (conscience et éveil dans les quatre sphères). Si le patient n'est pas alerte ou est désorienté, indiquez l'état d'éveil selon l'évaluation APVU.

- **Secondary**  
(4.3.b)

The components of the secondary assessment must include a second set of vitals (first set being done during the primary) and a focused assessment.

- **Deuxième évaluation**  
(4.3.b)

L'évaluation secondaire doit comprendre un deuxième examen des signes vitaux (le premier est effectué lors de l'évaluation initiale) et une évaluation ciblée.

For medical patients: A head to toe with small notes on every body system not discussed in the focused assessment.

Dans le cas des patients ayant un problème médical : Examen de la tête aux pieds avec de brefs commentaires sur chaque système de l'organisme qui n'a pas été abordé dans le cadre de l'évaluation ciblée.

For trauma patients: A head to toe by body region for DCAPBTLS.

Dans le cas des patients victimes d'un trauma : Examen de la tête aux pieds par partie du corps pour déceler les signes de déformation, de contusion, d'abrasion, de ponction, de brûlure, de traumatisme, de lacération ou de tuméfaction.

In all cases: Note improvement or worsening of the pt's condition as well as any ongoing reassessments.

Dans tous les cas : Indiquez si l'état du patient s'améliore ou s'aggrave et les réévaluations en cours.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cardiac (4.3.c)</b></li> </ul>	<p>Document a complete OPQRST including the presence or absence of chest pain, pressure, tightness, or heaviness; radiation to back, arms, teeth, jaw, etc; dyspnea or SOB; nausea, diaphoresis; general weakness, peripheral edema). Document any history of cardiovascular illness, family history of cardiovascular illness, high risk activities like smoking, drinking, or drug use. A 3 &amp; 12 lead with interpretation is required (critical recall).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système cardiaque</b></li> </ul>	<p>Consignez les résultats d’une évaluation OPQRST complète : présence ou absence de douleur thoracique, de pression, de serrement ou de lourdeur, irradiation dans le dos, les bras, les dents, la mâchoire, etc., dyspnée ou essoufflement, nausées, diaphorèse, faiblesse générale, œdème périphérique. Consignez tout antécédent personnel ou familial de maladie cardiovasculaire, les activités à risque élevé comme le tabagisme, la consommation d’alcool ou de drogue. Vous devez fournir un ECG à 3 et à 12 dérivations avec interprétation (faute de quoi la compétence sera invalidée automatiquement).</p>
	<p><b>Note:</b> You <u>cannot</u> have a cardiac system assessment (4.3.c) on a pt in cardiac arrest unless you have a ROSC and ongoing care – with a cardiac arrest you are tied to a cycle of ABCs and cannot complete the full assessment due to patient condition. You <u>are</u> able to request ‘6.1.a - care of a pt with a cardiac emergency’ for a pt in cardiac arrest.</p>		<p><b>Remarque :</b> Vous ne pouvez pas faire une évaluation du système cardiaque (4.3.c) d’un patient en arrêt cardiaque, à moins d’un rétablissement de la circulation spontanée et de soins continus. Lors d’un arrêt cardiaque, vous devez vous en tenir aux cycles ABC (voies respiratoires, respiration, circulation) et ne pouvez pas effectuer une évaluation complète du fait de l’état de santé du patient. Toutefois, vous pouvez demander la validation de la compétence 6.1.a, qui concerne les soins d’un patient en urgence cardiaque, si votre patient est en arrêt cardiaque.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Respiratory (4.3.e)</b></li> </ul>	<p>The presence or absence of SOB or dyspnea, the level of their work of breathing (accessory muscle use, tracheal tug), cough (productive or not, and if productive, colour of sputum), pulmonary edema,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Système respiratoire</b></li> </ul>	<p>Présence ou absence d’essoufflement ou de dyspnée, niveau d’efforts respiratoires (utilisation des muscles accessoires, signe de la trachée), toux (productive ou non, et si oui, couleur des expectorations),</p>



peripheral or central cyanosis. Include any past respiratory diagnoses and high risk activities like smoking. Lung sounds must be documented in depth – adventitious sounds like wheezes, crackles, etc., inspiratory or expiratory, location ie apices or bases, etc. Lack of lung sounds is a critical recall.

œdème pulmonaire, cyanose périphérique ou centrale. Consignez tout diagnostic antérieur de trouble respiratoire et les activités à risque élevé comme le tabagisme. Les bruits pulmonaires doivent être consignés en détail : bruits adventices comme la respiration sifflante, les crépitations, etc., bruits inspiratoires ou expiratoires, emplacement (apex ou base), etc. Si les bruits pulmonaires ne sont pas consignés, la compétence sera invalidée automatiquement.

- **Immune**

The presence or absence of any symptoms of illness - allergens, history of allergic reactions, skin signs, any temperature, fever/chills, malaise, nausea/vomiting/diarrhea, potential sources of infection, recent sick contacts, and any other immunological issues.

- **Système immunitaire**

Présence ou absence de tout symptôme de maladie : allergènes, antécédents de réactions allergiques, signes cutanés, température, fièvre, frissons, malaise, nausées, vomissements, diarrhée, sources d'infection possible, contact récent avec une personne malade, et tout problème immunologique.

- **Neuro (4.3.d)**

Mental status, headache, vision changes, speech clarity, facial droop, arm drift, grip strength, unilateral weakness, (Cincinnati Stroke Scale in detail), pedal strength, pupils, drooling, balance and gait problems, OPQRST if pain, history of any neurological diagnosis.

- **Évaluation neurologique**

État mental, maux de tête, changement de vision, clarté du discours, affaissement du visage, mouvement des bras, force de préhension, faiblesse unilatérale (échelle d'AVC de Cincinnati détaillée), force dans les jambes, pupilles, écoulements salivaires, problèmes d'équilibre et de démarche, résultats de l'évaluation OPQRST en présence de douleur, antécédents de diagnostic neurologique.

For CVAs: Document time of onset (critical for treatment window), any hx of CVAs or TIAs.

En cas d'AVC : Notez l'heure d'apparition (critique pour la fenêtre thérapeutique), tout antécédent d'AVC ou d'AIT.

For seizures: length of time, number of, any incontinence or injuries stemming from (ie bit tongue, hit head).

En cas de convulsions : durée, nombre, toute incontinence ou blessure qui en ont découlé (la personne s'est mordu la langue ou s'est frappé la tête).

- **GI (4.3.g)**

Document a visual and physical palpated assessment, a complete OPQRST including the presence or absence of abdominal pain/ tenderness, rigidity or softness, distention, nausea/vomiting, the colour/texture/findings of last BM, presence of blood in emesis or stool.

- **Système digestif**

Consignez les résultats de l'évaluation visuelle et physique (palpation), ainsi que les résultats d'une évaluation OPQRST complète (présence ou absence de douleur/sensibilité abdominale, rigidité ou mollesse, distension, nausées/vomissements, couleur/texture/observations des dernières selles, présence de sang dans les vomissements ou les selles).

Female patients between the ages of 10 and 55 that are reporting pain should be assessed for menstrual cycle changes and the potential for pregnancy.)

Dans le cas des patientes âgées de 10 à 55 ans qui se plaignent de douleur, il faut s'informer des changements dans le cycle menstruel et évaluer la possibilité d'une grossesse.

- **GU (4.3.h)**

Urinary changes (retention, difficulty, frequency, hematuria, changes in colour/smell), OPQRST if any pain, any past diagnoses, and the potential for active infection (temp, altered mental status, history of regular UTIs).

- **Système génito-urinaire**

Changements urinaires (rétention, difficulté, fréquence, hématurie, changement de couleur/d'odeur), évaluation OPQRST en présence de douleur, tout diagnostic antérieur et risque d'infection active (température, altération de l'état mental, antécédents d'infections urinaires fréquentes).

- **MSK (4.3.j)**

Document the Mechanism of Action (MOA), both a visual and physical (palpated) inspection and assessment of the injured MSK site(s) for DCAPBTLs. Must also include ROM, CMS, and ability to bear weight/use. Include how you treated the injury and appropriate CMS checks pre

- **Système musculosquelettique**

Consignez le mode d'action, l'inspection visuelle et physique (palpation) et l'évaluation de la zone atteinte du système musculosquelettique afin de déceler les signes de déformation, de contusion, d'abrasion, de ponction, de brûlure, de traumatisme, de laceration ou de tuméfaction. Votre rapport doit

and post treatment (ie splinting) or movement (extrication to ambulance).

également indiquer l'amplitude des mouvements, les données de circulation/mouvement/sensibilité et la capacité à supporter du poids/à utiliser le membre blessé. Indiquez comment vous avez soigné la blessure et les vérifications appropriées de la circulation, du mouvement et de la sensibilité effectuées avant et après les soins (pose d'une attelle) ou le mouvement (désincarcération et déplacement vers l'ambulance).

- **Trauma**

Include the same info as MSK for any injuries. You must then thoroughly describe the mechanism of action causing the traumatic injury.

For MVCs: Type of accident (t-bone vs rear-end vs rollover), use of seatbelts, airbag deployment, damage to vehicle, how you extricated (jaws of life or if they extricated themselves without assistance), etc.

For falls: How far/high, what did they land on, \*what caused the fall\* (slip/trip, lost balance, legs too weak to hold up, syncope, seizure, unknown reason?)

- **Psychiatric (4.3.m)**

Document the complaint, all present and past history or lack of history for self-harm behaviors (cutting, etc), ODs, suicidal ideation,

- **Évaluation traumatique**

En cas de blessure, indiquez les mêmes renseignements que pour l'évaluation musculosquelettique. Vous devez alors décrire le mode d'action qui a mené à la lésion traumatique.

En cas d'accident d'automobile : Type d'accident (impact latéral, collision arrière ou capotage), port de la ceinture de sécurité, déploiement du sac gonflable, dommages au véhicule, méthode de désincarcération (utilisation de pinces de désincarcération ou la victime est sortie du véhicule sans aide), etc.

En cas de chute : Hauteur de la chute, endroit où la personne a atterri, \*cause de la chute\* (la personne a glissé, trébuché, perdu l'équilibre, ses jambes étaient trop faibles pour lui permettre de se tenir debout, elle a été victime d'une syncope, de convulsions; raison inconnue).

- **Évaluation psychiatrique**

Consignez le motif de la consultation, les comportements actuels et passés d'autodestruction (mutilation, etc.), les surdoses, les idées

presence/absence of a plan for suicide, actual suicide attempts, any visual/auditory hallucinations or delusions, etc. Document the patient's thought processes - logical and ordered or irrational/ flight of ideas?. How are they acting – sad, angry, anxious, sad? Are they caring for self? (personal hygiene, clean house?) Are they drinking alcohol or abusing drugs?

Note: **ODs** must include a list of substances taken and amounts ingested if known.

**NOTE:** **Dementia** or **Alzheimer's** (even if accompanied by violent outbursts, hallucinations or delusions) are neurologically based and do not qualify for psychiatric competencies.

suicidaires, la présence ou l'absence d'un plan de suicide, les tentatives de suicide, les hallucinations visuelles/auditives ou les délires). Indiquez si le patient raisonne de manière logique et ordonnée ou irrationnelle et par vagues d'idées. Comment agit-il? Est-il triste, en colère ou anxieux? A-t-il une bonne hygiène personnelle, la maison est-elle en ordre? Est-ce qu'il consomme de l'alcool ou de la drogue?

Notez que dans les cas de **surdose**, une liste des substances ingérées et leur quantité doit être incluse, si elles sont connues.

**REMARQUE :** La **démence** et la **maladie d'Alzheimer** (même accompagnées de crises de violence, d'hallucinations ou de délires) sont des maladies neurologiques et ne s'appliquent pas dans le cas des compétences psychiatriques.

• **Integumentary (4.3.i)**

Document what integumentary injury or illness you are assessing. Document the location, size, length/width, and any required care (does the laceration gape open, thereby requiring sutures?).

For burns: BSA percentage, level of burn (first/second/third), how it occurred (thermal, chemical, etc), and Parkland Burn Formula if used. \*Document specific assessments like the airway for smoke inhalation in a fire.

**Tégumentaire (4.3.i)**

Consignez quelle blessure ou affection du système tégumentaire vous évaluez. Indiquez l'emplacement, la taille, la longueur et la largeur de la blessure, ainsi que les soins requis (est-ce que la plaie est béante, ce qui nécessite des points de suture?).

Pour les brûlures : pourcentage de surface corporelle atteint, niveau de brûlure (premier, deuxième ou troisième degré), type de brûlure (thermique, chimique, etc.) et formule de Parkland si vous l'avez utilisée. \*Consignez les résultats des évaluations spécifiques que vous

avez effectuées, comme l'évaluation des voies respiratoires pour déterminer si la personne a inhalé de la fumée lors d'un incendie.

- **EENT (4.3.k)** Needs a note on each of eyes, ears, nose, and throat for approval. Can be medical or trauma.
- **EENT (4.3.k)** Il faut ajouter une note sur les yeux, les oreilles, le nez et la gorge pour que la compétence soit approuvée. Il peut s'agir d'un problème médical ou d'un trauma.
- **Endocrine** Document any endocrine and metabolic diseases/diagnoses, acid/base disturbances, or electrolyte imbalances. For diabetes: What type (Type I or II, insulin dependant or not, juvenile or adult onset), the potential cause of the hyper/hypoglycemia, and any care specific to the patient.
- **Endocrine** Notez la présence de troubles endocriniens ou métaboliques, de perturbations de l'équilibre acido-basique ou de déséquilibres électrolytiques.  
En cas de diabète : Indiquez le type de diabète (type I ou II, insulinodépendant ou non, juvénile ou apparu à l'âge adulte), la cause potentielle de l'hyperglycémie ou de l'hypoglycémie, et tout soin propre au patient.
- **Physically Challenged** Include a note on HOW the patient became physically challenged – traumatic injury or genetic illness?
- **Handicapés physiques** Vous devez indiquer la CAUSE du handicap physique : lésion traumatique ou maladie génétique?
- **'Care of' competencies** requires care as appropriate to the patient's situation. This often includes paramedic treatment and transport, but if not transporting you must clearly document the plan for whatever other assistance that your patient is left with. You must include all risks of refusing transport and any consults with other medical providers regarding the situation (ie Oversight Physician for a high-risk refusal).
- Dans le cas des **compétences de soins**, les soins doivent être adaptés à la situation du patient. Ils comprennent souvent le traitement paramédical et le transport, mais si le patient n'est pas transporté, vous devez consigner clairement le plan entourant l'assistance que recevra le patient sur place. Vous devez mentionner les risques associés au refus de transport, et toute consultation effectuée auprès d'autres fournisseurs médicaux concernant la situation (c.-à-d. le médecin de surveillance en cas de refus à risque élevé).

### Examples:

A diabetic wake-up with a plan to maintain BGL with food and juice (**treated but not transported**).

Low acuity mental health complaint referred to mobile crisis line and left with family on scene (**assessed but not treated or transported but left with a clear plan for additional care**).

- **Ongoing assessments** Document a minimum of 2 sets of vitals and identify any changes to the situation as time passes (ie pain scale for chest pain after Nitro admin, lung sounds pre and post Salbutamol admin, BP after fluid admin).

- **Redirected priorities** You can request this competency when patient condition suddenly changes and you must alter what you are doing to respond to that new priority. Ie: hypotension and syncope after standing up, sudden seizure activity, choking becomes cardiac arrest etc) – document this clearly! What was the original priority? What changed? What did you do about it?

### Exemples :

Prise en charge d'un patient diabétique en hypoglycémie; plan de maintien de la glycémie avec des aliments et du jus (**traité mais non transporté**).

Problème de santé mentale mineur; patient orienté vers la ligne d'aide d'urgence mobile et laissé avec sa famille sur les lieux (**évalué mais non traité ni transporté; remise d'un plan clair pour recevoir des soins**).

- **Évaluations continues** Consignez au moins deux séries de prise des signes vitaux et notez tous les changements survenus dans la situation (c.-à-d., résultats à l'échelle de la douleur pour la douleur thoracique après l'administration de nitroglycérine, bruits pulmonaires avant et après l'administration de salbutamol, tension artérielle après l'administration de liquide).

- **Redirection des priorités** Vous pouvez demander cette compétence lorsque l'état du patient change soudainement et que vous devez modifier votre intervention pour vous adapter à cette nouvelle priorité. Exemple : hypotension et syncope après s'être levé, convulsions soudaines, étouffement qui se transforme en arrêt cardiaque, etc. Indiquez clairement de quoi il s'agit. Quelle était la priorité initiale? Qu'est-ce qui a changé? Qu'avez-vous fait à cet égard?

- **IV initiation** (5.5.d) You must record the size of intracath needle, site of insertion (which arm and spot/vein), and if the IV was capped with a lock or a line. IV attempt must be \*successful\* to be approved. All four pieces are required for competency approval. Taking bloodwork (simple blood draw) is N/A for competency.
- **Pose d'une intraveineuse** (5.5.d) Vous devez consigner la taille de l'aiguille intracathéter, le site d'insertion (quel bras et quelle zone/veine) et si l'intraveineuse a été fermée avec une canule ou un tube. La pose d'intraveineuse doit être \*réussie\* pour être approuvée. Les quatre éléments sont nécessaires pour l'approbation de la compétence. Les prélèvements sanguins simples réalisés en vue d'une analyse de sang ne s'appliquent pas à cette compétence.
- **IV maintenance** (5.5.c) You must record the type of fluid (ie: N/S, R/L, D5W), and either the rate or the total fluid given. This only includes crystalloid solutions without additives (ie Normal Saline). Competency is N/A for medications infused in a crystalloid fluid – this makes it a med admin (5.8.x). It also doesn't include IV initiation flush or post medication flush. All pieces are required for competency approval.
- **Entretien de l'intraveineuse** (5.5.c) Vous devez indiquer le type de soluté (c.-à-d. chlorure de sodium, lactate de Ringer, dextrose à 5 %) et le débit ou le volume total de soluté administré. Concerne seulement les solutions de cristalloïdes sans additif (c.-à-d. solution saline normale). La compétence ne s'applique pas aux médicaments administrés par perfusion dans une solution de cristalloïdes; il s'agit alors d'une administration de médicament (5.8.x). Elle ne s'applique pas non plus au rinçage au moment de la pose ou après l'administration de médicaments. Tous les éléments sont nécessaires pour que la compétence soit approuvée.
- **EKGs** (4.5.n/m) 3 Lead (4.5.m) and 12 Lead (4.5.n) need to be interpreted separately. You need to record the rate, rhythm, the presence or absence of abnormal findings (ST elevation or depression, flipped T waves, etc). State clearly where and what the
- **ECG** (4.5.n/m) Les ECG à 3 dérivations (4.5.m) et à 12 dérivations (4.5.n) doivent être interprétés séparément. Vous devez consigner la fréquence, le rythme, la présence ou l'absence d'anomalies (sus-décalage ou sur-décalage du segment ST, ondes T inversées,

abnormal findings are. All three pieces are needed for competency approval. 'Other', 'unremarkable', and 'normal' are insufficient for competency approval.

etc.). Indiquez clairement la nature et l'emplacement des anomalies. Les trois éléments sont nécessaires pour l'approbation de la compétence. Les mentions « autre », « rien à signaler » et « normal » ne sont pas suffisantes pour l'approbation de la compétence.

- **Medications**  
(5.8.x)

Drug name [spelled correctly!], dose (mg, g, mcg), route (ie Graval 25 mg via IV) and pt's allergy status. You are responsible for knowing this allergy status on any medication you give, regardless of who asks you to give it or why. **Any medications administered without a documented allergy status will be recalled.** All four pieces are required for any medication administration competency approval.

- **Médicaments**  
(5.8.x)

Nom du médicament (orthographié correctement!), dose (mg, g, mcg); voie d'administration (p. ex., Graval 25 mg par voie i.v.) et allergies du patient. Vous êtes responsable de savoir si le patient est allergique au médicament que vous administrez, peu importe qui vous a demandé de l'administrer et ses raisons de le faire. Votre compétence sera annulée si un médicament est administré sans que les allergies du patient aient été consignées. Les quatre éléments sont nécessaires pour faire approuver la compétence d'administration de médicament.

\*A puff/spray (ie, Ventolin MDI, Nitro spray) is not a standardized measurement – you need a numerical dose and a proper unit.

\*Une vaporisation (p. ex., Ventolin en aérosol doseur, nitroglycérine en vaporisateur) n'est pas une mesure standardisée; vous devez indiquer une dose numérique et une unité adéquate.

\*Boostrix/Adacel is a tetanus booster given often in Clinical – this is documented as 0.5 ml/dose.

\* Boostrix/Adacel sont des vaccins de rappel contre le tétanos souvent administrés lors des stages cliniques; on doit les consigner sous forme de doses de 0,5 ml.



\*Use decimals appropriately. Always put a zero before a decimal point. See here how 0.4mg and .4mg appear. Many things (printer quality, pixelated screen, poor eyesight) could lead to that decimal being missed and could have any number of outcomes, most concerning the possibility of a med admin error with adverse effects. Similarly, do not put an unnecessary zero after a decimal - consider a BGL of 8 mmol, 8.0 mmol and 80 mmol.

\*Utilisez les décimales de façon appropriée. Mettez toujours un zéro devant la virgule décimale. Voyez par exemple la différence entre 0,4 mg et ,4 mg. Plusieurs facteurs (qualité de l'impression, écran pixelisé, personne ayant une mauvaise vue) pourraient faire en sorte que la virgule passe inaperçue, ce qui serait susceptible d'entraîner différentes conséquences, dont une erreur d'administration du médicament, avec les effets indésirables qui l'accompagneraient. Pour les mêmes raisons, n'ajoutez pas de zéro superflu après une virgule décimale; songez à la différence entre une glycémie de 8 mmol, de 8,0 mmol et de 80 mmol.

- **BP**  
(4.4.d/e/f)

You must include a value and method of obtainment for approval. Auscultated (4.4.d) needs a systolic and diastolic, Palpated (4.4.e) is a systolic only, NIBP (4.4.f) is via machine.

- **Tension artérielle**  
(4.4.d/e/f)

Vous devez ajouter une valeur et une méthode d'obtention aux fins d'approbation. L'auscultation (4.4.d) doit s'accompagner d'une valeur systolique et d'une valeur diastolique. La palpation (4.4.e) doit s'accompagner d'une valeur systolique uniquement, alors que la mesure non invasive de la pression artérielle (4.4.f) est réalisée au moyen d'un tensiomètre automatique.

- **Pupils** (4.4.h)

Need to include size, rate of reaction, and a note on equality. "Normal" is not a pupil exam; PEARL alone is an incomplete assessment.

- **Pupilles**  
(4.4.h)

Il faut inclure la taille, la vitesse de réaction et une note sur l'égalité. La mention « normale » ne convient pas à un examen des pupilles; la mention « pupilles égales et rondes, réaction à la lumière et accommodation normales » seule est une évaluation incomplète.

• <b>LOC (4.4.i)</b>	Must include GCS and CA0x?. If patient is not alert/oriented, state to what level AVPU they respond to.	• <b>LOC (4.4.i)</b>	Doit inclure les résultats de l'évaluation à l'échelle de Glasgow et à l'échelle CA0x? (conscience et éveil dans les quatre sphères). Si le patient n'est pas alerte ou est désorganisé, indiquez l'état d'éveil sur l'échelle APVU.
• <b>ETT (5.1.h)</b>	Must document size and type of blade, size of tube, number of attempts, bougie used or not, stylet used or not, checks done for placement, # cm at the lip or teeth, and any airway predictors (BOOTS, Mallampati, etc).	• <b>Tube endotrachéal (5.1.h)</b>	Vous devez consigner la taille de la lame, le type de lame, la taille du tube, le nombre de tentatives, si une bougie a été utilisée ou non, si un stylet a été utilisé ou non, quelles vérifications de placement ont été faites, le nombre de centimètres au niveau de la bouche ou des dents, et toute évaluation des voies aériennes effectuée (BOOTS, Mallampati, etc).
• <b>BVM (5.4.a)</b>	Must be done using bag and *mask* - not for a patient who is intubated or with an airway (iGel, LMA, king LT, ET tube) in place. Include O2 flow rate and ventilation rate (resps/min at ?Lpm O <sub>2</sub> ) as well as any complications.	• <b>Masque et ballon d'anesthésie (5.4.a)</b>	Compétence obtenue en utilisant un ballon *masque* – ne peut pas s'appliquer pour un patient intubé ou chez qui un dispositif pour les voies respiratoires (iGel, masque laryngé, tube laryngé King LT, sonde endotrachéale) a été mis en place. Indiquez le débit d'oxygène et le débit de ventilation (respirations/minute à ? L/min d'oxygène) ainsi que les complications survenues, le cas échéant.
• <b>Oxygen Masks (5.3.x)</b>	NC, NRB or low concentration masks (venturi or simple face mask) – must document oxygen flow rate in LPM.	• <b>Masques d'oxygène (5.3.x)</b>	Canules nasales, masques sans réinspiration ou masques à concentration faible (venturi ou masque facial simple) – il faut consigner le débit d'oxygène en L/min.

- Axial Immobilization (5.7.b)**

For this competency you are required properly document immobilizing the c-spine with a c-collar. This can be used in conjunction with a backboard, a scoop stretcher, a KED. If a c-collar is required but unable to be properly situated in place then manual stabilization must be held throughout (ie must alter for airway management, a child not able to understand, etc). Must document: MOA, palpated findings (ie pain/tenderness, deformity, what number spinal vertebrae are injured).

Competency is not applicable for cases where you clear c-spine via the Canadian C-Spine Guidelines (no collar required - please chart this in full) or if the collar was put in place by someone other than yourself (a firefighter or your partner – it must be done by you to obtain the competency.)
- Immobilisation axiale (5.7.b)**

Pour cette compétence, vous devez décrire adéquatement l'immobilisation de la colonne cervicale au moyen d'un collet cervical. Le collet peut être utilisé avec une planche dorsale, une civière cuillère, une planche Kendrick. Si un collet cervical est requis mais que vous n'êtes pas en mesure de bien le mettre en place, une stabilisation manuelle doit être maintenue pendant toute la durée du transport (par exemple en présence d'un dispositif d'assistance respiratoire, chez un enfant qui n'est pas en mesure de comprendre, etc.).

Vous devez noter : le mode d'action, les observations faites à la palpation (douleur, sensibilité, déformation, nombre de vertèbres blessées). La compétence ne s'applique pas lorsque vous excluez la présence d'une blessure à la colonne cervicale après avoir évalué le patient au moyen de la Règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale (aucun collet requis; veuillez noter les résultats de votre évaluation de façon détaillée) ou lorsque le collet a été mis en place par une autre personne (un pompier ou votre partenaire; vous devez mettre en place le collet vous-même pour obtenir la compétence).
- Basic Extrication (3.2.b)**

Document the method of extrication. If how you extricate is not clearly stated, competency will be recalled. "Patient ambulated to unit" is not applicable as performing an extrication.
- Dégagement de base (3.3.c)**

Indiquez la méthode de désincarcération. Si vous ne décrivez pas clairement de quelle façon vous avez désincarcéré la personne, la compétence ne sera pas accordée. Le simple

déplacement du patient vers l'unité n'équivaut pas à une désincarcération.

- **Treat Soft Tissue Injuries (5.6.a)**

This skill is appropriate for: skin issues such as lacerations, burns, skin tears, etc that you assess, stop bleeding, clean, treat, or dress. Also applicable for sprains and strains with swelling that you wrap and elevate with ice.

Note: Competency is not applicable for putting a band-aid on a blood glucose finger stick, or gauze on a failed IV attempt. These are considered a normal final step for completion of those skills.

- **Soins des lésions des tissus mous (5.6.a)**

Cette compétence est appropriée pour : les blessures à la peau telles que les lacerations, les brûlures, les déchirures cutanées, etc. que vous évaluez, nettoyez ou traitez, ou pour lesquelles vous arrêtez un saignement ou mettez en place un pansement. S'applique aussi aux entorses et aux foulures avec enflure lorsque vous appliquez un bandage et procédez à l'élévation du membre et à l'application de glace.

Remarque : La compétence ne s'applique pas si vous avez appliqué un pansement adhésif sur le bout du doigt après une mesure de la glycémie ou de la gaze après une tentative échouée de pose d'intraveineuse. Ces activités constituent la dernière étape normale de la réalisation des compétences en question.

## WEEKLY EVALUATIONS/ÉVALUATIONS HEBDOMADAIRES

- A Weekly Evaluation is required once per week OR every 48hrs (whichever comes first).
- Complete the student self-evaluation section of the Weekly Evaluation and attach up to ten non-clinical competencies.
- Only field practicum time needs Weekly Evaluations – these are NOT required in Clinical time.
- Submit to field preceptor for them to complete the Preceptor Comments section and sign it off.
- Complete and sync at the end of that shift (reminder that you are required to syncing your iPad every day).
- You must have a minimum of **TEN (10)** WE's present to be considered for program completion.
- If your ride time continues past ten weeks, please continue to submit evaluations as per the above timeframe.
- Please write **FINAL EVALUATION** on your last evaluation form.
- This Final Evaluation must reflect a score of 5 (out of 7) to be considered a successful candidate for program completion.
- Une évaluation hebdomadaire doit être effectuée une fois par semaine OU toutes les 48 h (selon la première éventualité).
- Remplissez la section de l'auto-évaluation de l'étudiant dans l'évaluation hebdomadaire et joignez jusqu'à 10 compétences non cliniques.
- Les évaluations hebdomadaires sont requises uniquement dans le cadre des stages pratiques sur le terrain, et NON lors des stages cliniques.
- Soumettez l'évaluation au précepteur sur le terrain, qui remplira la section des commentaires du précepteur et approuvera l'évaluation.
- Remplissez l'évaluation et synchronisez votre iPad à la fin du quart (n'oubliez pas que vous devez synchroniser votre appareil chaque jour).
- Vous devez remplir au moins **DIX (10)** évaluations hebdomadaires pour réussir le programme.
- Si votre stage se poursuit au-delà de 10 semaines, veuillez continuer de soumettre des évaluations selon les délais mentionnés ci-dessus.
- Veuillez inscrire **ÉVALUATION FINALE** sur votre dernier formulaire d'évaluation.
- Vous devez obtenir une note de 5 (sur 7) à cette dernière évaluation pour réussir le programme.

## **AUDITING EDITING AND RESUBMISSION PROCESS/PROCESSUS DE MODIFICATION ET DE NOUVELLE PRÉSENTATION DU DOSSIER À LA SUITE D'UNE VÉRIFICATION**

For each class, an auditor will be assigned, and they will be responsible for auditing PCRs throughout the program. The primary intent for this will be to highlight areas of improvement for students with respect to their narrative and overall documentation. This is not meant to be a punitive measure, but rather one that will help address documentation issues early in your training.

If you have questions regarding this document, contact your auditor.

It would be great if every chart was perfect the first time out, however, we understand that occasionally details are left out of even the most practiced paramedic's chart. We also understand that you may have little to no experience with medical records initially and that is why our auditors are reviewing your submissions and providing feedback. This way, you can address any areas of concern early and avoid future documentation errors in the Clinical and Practicum settings.

***It is mandatory that you log in to the website at least once per week to review the Auditor Comments left in your charts.***

If you receive comments from the auditor that require the revision of a PCR, you will need to make the changes and resubmit that record. Such examples could include competencies with missing details (ie a respiratory assessment missing lung sounds). When this happens, you are to open the PCR, make the necessary edits, and submit the revised version to your auditor for approval. To do this you need to follow a few steps:

Un vérificateur sera assigné pour chaque cours. Il sera responsable de vérifier les enregistrements d'appel tout au long du programme. Le principal but est de faire ressortir les points que les étudiants doivent améliorer en ce qui a trait à la section des commentaires et à la consignation des renseignements en général. Il ne s'agit pas d'une mesure punitive, mais plutôt une façon d'aider à corriger dès le départ les problèmes liés à la consignation de l'information.

Si vous avez des questions au sujet de ce document, communiquez avec votre vérificateur.

Il est évident qu'il serait formidable que tous les dossiers soient corrects à la première présentation, cependant, nous comprenons qu'occasionnellement, des renseignements sont oubliés, même par les ambulanciers paramédicaux les plus aguerris. Nous comprenons également qu'initialement vous avez peu d'expérience, voire aucune, dans le domaine des dossiers médicaux et c'est pourquoi les vérificateurs révisent vos dossiers et vous font des commentaires à ce sujet. De cette façon, vous pouvez signaler tout domaine qui vous préoccupe dès le départ et ainsi éviter de commettre ultérieurement des erreurs de consignation dans les contextes cliniques et de stage.

***Vous devez obligatoirement ouvrir une session sur le site Web au moins une fois par semaine pour prendre connaissance des commentaires que le vérificateur a laissés dans vos dossiers.***

Si votre vérificateur a fait des commentaires vous demandant de réviser un dossier d'appel de laboratoire, vous devez faire les modifications voulues et présenter de nouveau le dossier. Par exemple, il pourrait manquer des renseignements sur les compétences données (c.-à-d. que vous avez oublié le menu déroulant lié à la mesure invasive de la tension artérielle près de votre tensiomètre automatique). Dans cette situation, vous devez ouvrir le dossier d'appel de laboratoire, faire les modifications nécessaires et présenter la nouvelle

version du dossier à votre vérificateur aux fins d'approbation. Pour ce faire, vous devez suivre les étapes suivantes :

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Edit the document and include the details you omitted previously.</li><li>2. Attach all the competencies that you wish to have approval for that chart (including reattaching any that were recalled).</li><li>3. Resubmit to your auditor to have the chart reviewed and re-audited for these documentation improvements.</li><li>4. Email your auditors to notify us that you have submitted a chart to us. Please include the chart number, what corrections were made, and what competency you are aiming for. You must then RE-ADD the competency that you are hoping to regain (this means you will have two of the same competency attached – one will be recalled but the second one will be approved pending documentation improvements).</li><li>5. Auditors can only approve competencies that we have recalled for documentation reasons. We cannot approve any newly-added competencies for skills/system assessments that we did not see happen – any new competencies will need to be re-submitted to the preceptor who witnessed it to approve as being done correctly.</li><li>6. Correction and re-submission of charts must be done within 14 days of first audit. After this two week period no forms with changes will be considered.</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Modifiez le document et ajoutez les renseignements que vous aviez oubliés.</li><li>2. Indiquez toutes les compétences que vous souhaitez voir approuver dans ce dossier (indiquez également celles qui ont été invalidées).</li><li>3. Soumettez le dossier de nouveau à votre vérificateur afin qu'une nouvelle vérification soit effectuée.</li><li>4. Envoyez un courriel au vérificateur afin de l'informer que vous lui avez soumis un dossier. Indiquez le numéro du dossier, les corrections apportées et la compétence que vous souhaitez obtenir. Vous devez ensuite AJOUTER UNE NOUVELLE FOIS la compétence que vous souhaitez obtenir (la même compétence sera donc jointe deux fois – une des deux sera invalidée mais la deuxième sera approuvée si les corrections sont jugées satisfaisantes).</li><li>5. Les vérificateurs peuvent seulement approuver les compétences qu'ils ont invalidées pour des raisons de documentation. Ils ne peuvent pas approuver de compétences nouvellement ajoutées qui concernent des évaluations de compétences ou de systèmes dont ils n'ont pas été témoins. Toute nouvelle compétence demandée devra être soumise au précepteur, qui pourra l'approuver si elle a été réalisée correctement.</li><li>6. La correction et la nouvelle présentation des dossiers doivent avoir lieu dans les 14 jours suivant la première vérification. Une fois ce délai écoulé, aucun formulaire modifié ne sera pris en compte.</li></ol> |
|---|--|

# WRITING A NARRATIVE

# RÉDACTION DES COMMENTAIRES

## INTRODUCTION PATIENT CARE RECORD DOCUMENTATION/INTRODUCTION AUX DOSSIERS DE SOINS DU PATIENT

Medavie HealthEd recognizes the need for students to provide detailed and accurate Patient Care Record Documentation. It is important for the student, school staff and preceptors to recognize the value of documenting patient care, in that it serves as a safety mechanism for the patient, as well as the practitioner. To that end, students, school staff and preceptors must develop the student's ability to document all aspects of the patient care they provide.

Documentation provides a written record between practitioners of the assessment and treatment they have provided. This establishes greater patient safety and the smooth transition of patient care from one provider to another.

In regard to the student and practitioner, accurate and detailed information on the Patient Care Record will serve as the primary record in any litigation that may be brought forward by a patient or their family.

**“If it's not documented then it did not happen” is a statement that is widely used in medical documentation across all health care fields.**

While in school, the Patient Care Record also serves as the formal document to validate the competencies a student has obtained. The school's staff must be able to clearly identify any competency a student has been signed off on, in the written documentation of the Patient Care Report. If designated school staff cannot clearly identify a competency as being performed, based on the student's documentation, and even if it is signed off by a preceptor/facilitator it

Medavie ÉduSanté estime qu'il est nécessaire que les étudiants fournissent des dossiers de soins du patient détaillés et précis. Il est important que les étudiants, l'établissement scolaire et les précepteurs reconnaissent l'utilité de la consignation des soins apportés aux patients, car il s'agit d'un mécanisme de sécurité à la fois pour le patient et pour le précepteur. À cette fin, les étudiants, l'établissement scolaire et les précepteurs doivent aider les étudiants à acquérir des capacités de consignation de tous les aspects des soins qu'ils prodiguent aux patients.

Cette consignation fournit aux professionnels un rapport écrit des évaluations effectuées et des soins prodigués. Cette pratique permet de garantir une meilleure sécurité des patients et d'assurer une bonne transition d'un fournisseur de soins à un autre.

Pour l'étudiant et le professionnel, la consignation de renseignements précis et détaillés sur le dossier de soins du patient permettra de disposer d'un dossier principal en cas de contentieux avec un patient ou sa famille.

**Dans le domaine des soins de santé, on dit souvent que « ce qui n'est pas écrit au dossier n'a pas été fait ».**

Le dossier de soins du patient sert également de document officiel à l'établissement scolaire pour valider les compétences acquises par l'étudiant. Le personnel de l'établissement doit être en mesure de déterminer clairement les compétences de l'étudiant qui ont été approuvées dans la documentation écrite du dossier de soins du patient. Si le personnel désigné de l'établissement scolaire n'est pas en mesure de déterminer clairement, à partir de la documentation de l'étudiant, que les compétences ont été mises en



will not be validated. This then requires the student to obtain that competency again.

**You, as a student, are legally required to make a chart for every patient contact.**

The following pages contain general guidelines for completing the narrative portion of your Patient Record. The student will complete documentation on all patients they encounter in the clinical and practicum settings. As we all know, accurate and complete documentation is vital for a paramedic in order to convey the patient's condition to other practitioners. Upon arrival at a hospital, any given patient's condition is often very different from what it was upon our arrival at their house or bedside. Other practitioners rely on our verbal and written reports to "paint a picture" of how the patient looked or felt when we arrived, and how they responded to any treatments or interventions we may have initiated.

You should be **gathering information through the entire call**. The PCR should be completed as soon as possible after patient care has been turned over to the receiving facility; so complete as much of, if not all of the PCR prior to clearing from the hospital. This is common practice and now is the time to get use to doing so.

**Student charts must be completed and synced within 24hrs of patient contact.**

**Legibility** is a very important when completing your PCR; a poorly written chart can result in improper patient care at the receiving facility (be it a nursing home, hospital or patients home). Moreover, injury to the patient may result if crucial information is misunderstood or not communicated because of illegible handwriting. Simple solutions to this problem include, printing instead of writing, use of

pratique, même si elles sont approuvées par un précepteur/un facilitateur, elles ne seront pas validées. L'étudiant doit alors acquérir à nouveau cette compétence.

**Comme étudiants, vous êtes tenus par la loi de rédiger un dossier pour chaque contact que vous avez avec un patient.**

Les pages suivantes contiennent des lignes directrices générales pour remplir le champ de commentaires du dossier du patient. L'étudiant remplira un document pour chaque patient avec lequel il interagit en milieu clinique et pratique. Comme chacun le sait, des documents précis et exhaustifs sont essentiels pour les ambulanciers paramédicaux, car ils permettent d'indiquer l'état de santé du patient aux autres professionnels. À l'arrivée à l'hôpital, l'état de santé du patient est souvent très différent de son état de santé à l'arrivée à son domicile ou à son chevet. Les autres professionnels s'appuient sur vos rapports oraux et écrits pour se faire une idée de l'état d'un patient à notre arrivée sur les lieux et de la façon dont il a réagi à tout soin prodigué ou à toute intervention que nous avons effectuée.

Il convient de **recueillir des renseignements tout au long de l'appel**. Le dossier de soins du patient doit être rempli le plus tôt possible après que les soins du patient ont été confiés à l'établissement destinataire. Il convient donc de remplir la plupart, voire l'intégralité, des renseignements avant de quitter l'hôpital. Il s'agit d'une pratique courante. Le temps est donc venu de s'y habituer.

**Les dossiers des étudiants doivent être remplis et synchronisés dans les 24 heures suivant le contact avec le patient.**

**La lisibilité** est très importante lors du remplissage du dossier de soins du patient. Une écriture illisible et peu soignée est source de confusion et peut être à l'origine de soins inadaptés dans l'établissement destinataire (qu'il s'agisse d'une maison de soins infirmiers, d'un hôpital ou de la résidence du patient). En outre, le patient peut être blessé si des renseignements essentiels sont mal compris ou mal

proper grammar/spelling, and the use of recognized abbreviations.

The PCR you complete will become a **legal document** showing what you did on the call you participated in and the care you provided. Therefore, reports should be completed as soon as possible with as much clarity and detail as possible.

And it can never be emphasized enough that **confidential patient information is required to be held in the strictest confidence**: divulging any information has severe legal repercussions.

In an effort to assist you in developing the most appropriate reports, the following rules can be applied:

**Record at the time of occurrence.** Information obtained or actions taken should be recorded at the time or as shortly as possible thereafter. Do not rely on your memory, as it has a tendency to become distorted. The document will be less accurate the longer you take to record your information. Make notes during the call (e.g. vitals, history, etc.) and start recording this information on a PCR as soon as you can.

**Record only what you saw, did or heard.** Never take responsibility for what someone else did if you did not see or participate in it. Record the actions your preceptor took on the call just as much as you record what you did on the call.

**Record in chronological order.** This allows for accuracy in the document.

communiqués en raison d'une écriture illisible. Il existe des solutions simples à ce problème, comme l'écriture à la machine plutôt qu'à la main, l'utilisation d'une grammaire/d'une orthographe appropriée et l'utilisation d'abréviations courantes.

Le dossier de soins du patient rempli devient un **document juridique** qui indique ce que vous avez fait lors de l'appel auquel vous avez participé et quels soins vous avez prodigués. Par conséquent, les rapports devraient être remplis le plus tôt possible et être aussi clairs et détaillés que possible.

Enfin, on ne saurait trop insister sur le fait que les **données confidentielles des patients doivent demeurer strictement confidentielles** : la divulgation de quelque renseignement que ce soit a des répercussions juridiques graves.

Afin de vous aider à rédiger les rapports les plus adéquats possible, il convient de respecter les règles suivantes :

**Consignez les événements au moment de leur survenance.** Les renseignements obtenus ou les mesures prises devraient être consignés au moment de l'appel ou le plus tôt possible après celui-ci. Ne vous fiez pas à votre mémoire, car elle a tendance à se déformer. Plus vous tarderez à consigner les renseignements pertinents, moins le document sera précis. Prenez des notes pendant l'appel (p. ex., signes vitaux, antécédents) et commencez à consigner ces renseignements sur un dossier de soins du patient dès que possible (p. ex. pendant le transport vers l'hôpital).

**Consignez uniquement ce que vous avez vu, fait ou entendu.** N'endosse jamais la responsabilité de ce que quelqu'un d'autre a fait si vous ne l'avez pas vu ou n'avez pas participé. Consignez les mesures déployées par votre précepteur lors de l'appel autant que les mesures que vous avez prises pendant celui-ci.

**Consignez l'information par ordre chronologique.** Cela contribue à l'exactitude du document.

**Record in a concise, factual and clear manner.**

**Consignez les renseignements de manière concise, factuelle et claire.**

**Record frequently.** The frequency of the documentation will be determined by the condition of the patient. The more critical the patient, the more extensive the documentation must be. However, it is with these patients that the least amount of time will be available to document and you will have the most information to remember. So it is imperative that the documentation be completed as soon as practical after transferring patient care to the receiving facility.

**Consignez les renseignements fréquemment.** La fréquence de la consignation dépendra de l'état de santé du patient. Plus l'état du patient est critique, plus la documentation doit être exhaustive. Cependant, c'est lors de la prise en charge de ces patients que le moins de temps est disponible pour consigner les renseignements pertinents et que vous devrez le plus solliciter votre mémoire. Il est donc impératif que la documentation soit remplie le plus tôt possible après avoir confié le patient à l'établissement destinataire.

**Record accurately.** Accuracy of the PCR is important as paramedic students you are expected to be honest and truthful in your documentation. **Falsifying a PCR or any signatures relating to any calls or evaluations constitutes misconduct, and could result in dismissal from the program.**

**Consignez les renseignements avec précision.** La précision du dossier de soins du patient est importante, car en tant qu'étudiant paramédical, vous êtes tenu de rédiger une documentation honnête et fiable. La falsification d'un dossier de soins du patient ou d'un formulaire d'évaluation lors d'un appel constitue une mauvaise conduite et pourrait entraîner l'exclusion du programme.

## **GATHERING INFORMATION USING CHART FORMAT (BODY SYSTEM)/RECUEIL D'INFORMATION AU MOYEN DE LA MÉTHODE CHART (SYSTÈME DU CORPS)**

Assessment by body system is generally used in medical situations.

Les évaluations par système de l'organisme sont généralement utilisées dans les situations médicales.

**C/C:** chief complaint as indicated by the patient or observed/reasonably assumed by the paramedic.

**M :** motif de consultation, tel qu'il est indiqué par le patient ou observé/présumé raisonnablement par le travailleur paramédical.

**H:** History of present illness/injury; include what happened, where it happened or where the pain is, when it happened, how it happened. Also ensure you include any pertinent past medical history, positive findings from a past diagnosis may help you in your decision making process on how to treat the patient. Any non-pertinent past medical history and medications should go in the appropriate drop-down box.

**C :** compte rendu de la maladie/blessure actuelle; indiquez ce qui s'est produit, où cela s'est produit ou bien où la douleur est ressentie, quand l'événement s'est produit et de quelle façon il s'est produit. Veillez également à consigner les antécédents médicaux pertinents; les résultats positifs des antécédents médicaux peuvent aider à la prise de décisions relative aux soins à prodiguer au patient.

**A:** Assessment findings;

**R :** résultats de l'évaluation.

**Primary assessment:** Assess and correct any emergent items: ABCs, c-spine, AVPU, RBS, pertinent abnormal vitals

**Secondary** (by body system, as here below):

**Cardiovascular:** presence/absence of; chest pain, palpitations, bleeding, bruising, JVD, etc.

**Respiratory:** presence/absence of; SOB, adventitious lung sounds, AMU, tracheal deviation, etc.

**Neurological:** presence/absence of; headache, dizziness, vision/speech changes, grip strengths, paralysis/parasthesia, facial droop, CSF, battle signs, raccoon eyes, etc.

**Gastrointestinal:** presence/absence of; nausea/vomiting, diarrhea, melena, foul breath, odours, bowel sounds, localized abdominal pain, recent eating habits, etc.

**Genitourinary:** presence/absence of; flank pain, foul smelling urine, colour of urine (straw, blood tinged, cloudy/clear), pain on urination, ability to urinate, amount of urine output, last menstruation, etc.

**Integumentary:** presence/absence of; abrasions, lacerations, avulsions, burns, blisters, rashes, etc.

**Musculoskeletal:** presence/absence of; obvious fractures, deformity, angulation, internal/external rotation, shortening,

**Évaluation initiale :** Évaluez ce qui suit et corrigez les nouveaux éléments : méthode ABC (voies respiratoires, respiration, circulation), colonne cervicale, échelle AVPU, examen rapide du corps, anomalies pertinentes des signes vitaux.

**Évaluation secondaire** (par système de l'organisme, comme il est indiqué ci-dessous) :

**Système cardiovasculaire :** présence/absence de douleur thoracique, de palpitations, de saignement, d'ecchymose, de distension jugulaire accrue, etc.

**Appareil respiratoire :** présence/absence d'essoufflement, de bruits adventices au niveau des poumons, d'utilisation des muscles accessoires, de déviation de la trachée, etc.

**Système neurologique :** présence/absence de céphalée, d'étourdissement, de trouble de la vision/de la parole, de force de préhension, de paralysie/paresthésie, d'affaissement du visage, de liquide céphalorachidien, de signes de Battle, d'yeux de raton laveur, etc.

**Appareil digestif :** présence/absence de nausées/vomissements, de diarrhée, de méléna, d'haleine fétide, de bruits intestinaux, de douleurs abdominales localisées, d'habitudes alimentaires récentes, etc.

**Appareil génito-urinaire :** présence/absence de douleur lombaire, d'urine à l'odeur fétide, de couleur particulière de l'urine (paille, teintée de sang, trouble/claire), de douleurs lors de la miction, capacité à uriner, quantité d'urine, dernières menstruations, etc.

**Système tégumentaire :** présence/absence d'abrasions, de lacérations, d'avulsions, de brûlures, de cloques, d'éruption cutanée, etc.

**Appareil musculosquelettique :** présence ou absence de fractures évidentes, de déformation, de déviation, de rotation interne ou externe, de rétrécissement, de crépitation,

inability to move a joint, crepitus, etc., DCAPBTLS.

**Immune:** presence/absence of; flu-like symptoms, recent history of fever/infection, etc.

**Obstetrical:** presence/absence of; crowning, urge to push/defecate, contraction frequency/duration, GPA, high risk complications, prenatal care, etc.

**Rx:** any treatment or interventions you performed; IV, O2, dressing/bandaging, splinting/immobilizing, medication administration, CPR, BVM, ECG/12 Lead, etc. **Treatment could be a simple thing such as comforting and positioning the patient appropriately.**

**T:** method of extrication to transport vehicle, any change in patient condition during transport, any additional treatment provided during transport, and any care provided at hospital if there is a delay in handing over care.

d'incapacité à bouger une articulation, etc., signes de déformation, de contusion, d'abrasion, de ponction, de brûlure, de traumatisme, de laceration ou de tuméfaction.

**Système immunitaire :** présence/absence de symptômes pseudo-grippaux, de fièvre/infection récente, etc.

**Appareil obstétrique :** présence ou absence de début d'apparition de la tête de l'enfant, d'envie urgente de pousser/déféquer, fréquence/durée des contractions, données GPA, complications à haut risque, soins prénataux etc.

**S :** tout soin prodigué ou toute intervention effectuée; intraveineuse, O2, pansement/bandage, pose d'attelle/immobilisation, administration de médicament, RCP, masque et ballon d'anesthésie, ECG à 12 dérivations, etc. **Les soins peuvent être une pratique simple comme reconforter le patient et le positionner de manière adéquate.**

**T :** méthode de désincarcération pour déplacer la personne vers le véhicule de transport, toute évolution de l'état du patient pendant le transport, tout traitement supplémentaire fourni durant le transport, et tout soin donné à l'hôpital en cas de délai dans le transfert des soins.

## **GATHERING INFORMATION USING CHART FORMAT (BODY REGION)/ RECUEIL D'INFORMATION AU MOYEN DE LA MÉTHODE CHART (PAR PARTIE DU CORPS)**

Assessment by body region is generally used for trauma situations.

**C/C:** chief complaint as indicated by the patient or observed by the paramedic.

**H:** History of present illness/injury; include what happened, where it happened or where the pain is, when it happened, how it happened (Mechanism of Injury)

Les évaluations par partie du corps sont généralement utilisées dans les situations de trauma.

**M :** motif de consultation, tel qu'il est indiqué par le patient ou observé par l'ambulancier paramédical.

**C :** compte rendu de la maladie/blessure actuelle; indiquez ce qui s'est produit, où cela s'est produit ou bien où la douleur est ressentie, quand l'événement s'est produit et de quelle façon il s'est produit (mécanisme de blessure).

**A:** Assessment findings;

**Primary assessment:** Assess and correct any emergent items: ABCs, c-spine, AVPU, RBS, pertinent abnormal vitals

**Secondary** (by body system, as here below):

**HEENT (Head, Eyes, Ears, Nose, Throat):** presence/absence of; headache/dizziness, blurred vision, auditory changes, facial droop, blood CSF (ears/nose), battle signs, raccoon eyes, tracheal deviation, JVD, AMU, foul breath odours, DCAPBTLS, etc.

**Neck/back:** C-spine and spinal column assessment for pain, palpation, step-offs, restricted movement.

**Chest:** equal rise/fall, presence/absence of; adventitious lung sounds, quality of air entry, pain (location/radiation etc), DCAPBTLS, etc.

**Abdomen/Pelvis:** presence/absence of; pain, tenderness, pelvis stability on palpation, nausea/vomiting/diarrhea, urinary changes, recent eating habits/appetite, pulsatile masses, DCAPBTLS, etc.

**R :** résultats de l'évaluation.

**Évaluation initiale :** Évaluez ce qui suit et corrigez les nouveaux éléments : méthode ABC (voies respiratoires, respiration, circulation), colonne cervicale, échelle AVPU, examen rapide du corps, anomalies pertinentes des signes vitaux.

**Évaluation secondaire** (par système de l'organisme, comme il est indiqué ci-dessous) :

**TYONG (tête, yeux, oreilles, nez et gorge) :** présence/absence de céphalée, d'étourdissement, de vision brouillée, de trouble auditif, d'affaissement du visage, de saignement de liquide céphalorachien (oreilles/nez), de signes de Battle, de yeux au beurre noir, de déviation de la trachée, de distension jugulaire accrue, d'utilisation des muscles accessoires, d'haleine fétide, de déformations/contusions/abrasions/pénétrations/brûlures/sensibilité/lacération/gonflement, etc.

**Cou/dos :** évaluation de la colonne cervicale et de la colonne vertébrale par palpation pour détecter la présence de douleur, d'un désalignement, d'une restriction des mouvements.

**Thorax :** soulèvement et abaissement régulier de la poitrine, présence ou absence de bruit adventice au niveau des poumons, qualité de l'entrée d'air, douleur (emplacement, irradiation, etc.), signes de déformation, de contusion, d'abrasion, de ponction, de brûlure, de traumatisme, de lacération ou de tuméfaction, etc.

**Abdomen/pelvis:** présence/absence de douleur, de sensibilité, de stabilité pelvienne à la palpation, de nausées/vomissements/diarrhée, de changements urinaires, d'habitudes alimentaires récentes/d'appétit, de masses pulsatiles, de déformations/contusions/abrasions/pénétra

tions/brûlures/sensibilité/lacération/gonflement, etc.

**Extremities:** long bone stability on palpation, presence/absence of pain, CMS, grip strength/movement, edema, range of motion, DCAP/BLS, shortening, rotation, etc.

**Extrémités :** stabilité des os longs à la palpation, présence ou absence de douleur et de circulation/mouvement/sensibilité, mouvement et force de préhension, œdème, amplitude des mouvements, signes de déformation, de contusion, d'abrasion, de ponction, de brûlure, de traumatisme, de lacération ou de tuméfaction, rétrécissement, rotation, etc.

**Rx:** any treatment or interventions you performed; IV, O2, dressing/bandaging, splinting/immobilizing, medication administration, CPR, BVM, ECG/12 Lead, etc. **Treatment could be a simple thing such as comforting and positioning the patient appropriately.**

**S :** tout soin prodigué ou toute intervention effectuée; intraveineuse, O2, pansement/bandage, pose d'attelle/immobilisation, administration de médicament, RCP, masque et ballon d'anesthésie, ECG à 12 dérivation, etc. **Les soins peuvent être une pratique simple comme reconforter le patient et le positionner de manière adéquate.**

**T:** method of extrication to transport vehicle, any change in patient condition during transport, any additional treatment provided during transport, and any care provided at hospital if there is a delay in handing over care.

**T :** méthode de désincarcération pour déplacer la personne vers le véhicule de transport, toute évolution de l'état du patient pendant le transport, tout traitement supplémentaire fourni durant le transport, et tout soin donné à l'hôpital en cas de délai dans le transfert des soins.

# NARRATIVE USING THE CHART FORMAT/COMMENTAIRES AU MOYEN DE LA MÉTHODE CHART

## Sample PCR Template – Medical

Dispatched code 1 to 56yo M, c/c abdo pain.

Pt found seated upright in living room in company of wife and son. Pt is awake and tracking upon approach. Grimace present on face and positioning guarding RLQ shows he appears to be in some distress.

Pt states he felt fine this am but throughout the day he gradually developed nausea and an “aching” abdominal pain. Pain started around belly button but around 1830hrs it got sharper and stronger, moved to RLQ, and he vomited. Pt took Tylenol but did not feel better after an hour so called 911.

Pt has no hx of this ever happening before. PMHx incl HTN, DLD, GERD, cholecystectomy in 2009. Drinks 1-2 beer a night most nights but none today. Denied drug or marijuana use. Meds listed below. NKDA.

Pt is CAOx4, GCS 15. A-patent, B-regular/non-laboured, C-regular strong palpated radials. Skin clammy to touch, otherwise p/w. Pupils PEARL at 3mm bilat.

V/S: WNL with the exception of HTN w/ BP 178/94. Found HR 90, RR 16, SPO2 96% r/a. Temp 37.4 C tym. BGL 4.3. Found NSR on 4 & 12 with no obvious acute ST changes. O/A pt reports aching RLQ abdo pain, developed gradually throughout the day, worsening at 1830hrs. Currently rated 6/10. Pain incr with palp and standing position, insists on sitting. Noted +rebound tenderness on palp. No obvious distention. Other quadrants soft/non-tender. Pt states nauseated all day, last ate bacon and eggs at 0730hrs. Vomit was brown bile with no blood present. Last BM was after breakfast, normal colour/consistency.

Secondary: No fever or cough/cold/flu like symptoms. No recent falls, no injuries, no visible DCAPBTLs.

HEENT: No headache, dizziness, or vision changes. Face, EENT, and cranium visually unremarkable. No facial droop or speech changes.

NECK/BACK: Trachea midline, no JVD. No neck or back pain, no difficulty moving.

CHEST: No chest pain. No SOB. LS clear in all fields with normal depth/volume and equal rise/fall.

ABDO: See above. Further - No changes to urinary habits, regular with no foul smell/dark colour/discomfort.



EXTREM: Full/normal CMS and ROM, moving x4 with no restriction, grips equal/strong bilat. Peripheral cap refill <2 sec. Normal balance/gait.

Rx: Initiated IV access, 18g lock in place in R ac. Administered 50mg Gravol via IV. Extricated via stair chair to stretcher and removed to unit.

Uneventful transport Code 2 to hospital. Pt remains A&O with no new findings or concerns. Vitals remain stable and unchanged, see documented below. Pt reports nausea resolved after med admin.

U/A pt triaged CTAS 3 and placed in amb hallway on offload delay. Pt reports pain incr to 7/10 after transport. BW obt'd from L AC by hospital staff at 2015hrs. Monitored throughout.

At 2200hrs pt was placed in dept. Report given to RN. Left in the care of RN staff.

Chief Complaint - RLQ abdo pain and nausea

Clinical Impression - Potential appendicitis

**Sample PCR Template – Medical (COVID)**

Dispatched code 1 to 76 yo F, c/c chest pain.

Pt screened negative for COVID and flu-like symptoms by Comms. Appropriate PPE donned.

Pt found sitting in kitchen in company of husband, both wearing cloth masks. Pt provided with surgical mask. Both denied any recent fever, cough, sob, sore throat, runny nose, headache. No recent travel or known COVID contacts. Screened as negative by crew.

Pt reported that she felt "sick" all day, (vague description, unable to quantify). Developed nausea and centralized CP while on the treadmill at 1400hrs. Pt thought she might just be hungry or have heartburn so she took some Tums and had a sandwich but chest pain did not resolve so she had her husband activate 911.

Pt is CAOx4, GCS 15. Answering questions normally in full sentences.

A-patent, trachea midline

B-regular & normal depth/volume

C-reg/strong radially

CARDIO: Pt reports 7/10 substernal CP w/ rdx to L jaw, occurred while walking on treadmill around 0900hrs. Described as "constant, heavy, pressure". Non-reproduceable w/ palp or resp, incr w/ exertion, decr w/ rest. Cap refill ~2sec.

RESP: Pt states no SOB. LS clear x4 to bases. Resps easy. No peripheral cyanosis.

GI/GU: Nausea w/ onset of chest pain. No abdo pain, x4 quads soft/non-tender, no distension. No vomiting. No change in BM/urinary habits.

NEURO: No headache, weakness, dizziness, or LOC. Pupils PEARL @4mm bilat. Vision and speech clear/normal. No facial droop, No unilateral arm drift. CincinnatiSS neg. Grip and pedal strength normal/strong bilat. No gait/balance difficulties.

MSK: No injuries, no recent falls/trauma, no acute exertional activities, no other pain. Full/normal CMS to limbs.

INTEG: Skin was described as “got sweaty” when pain came on but currently PWD. No DCAPBTLS.

OTHER: Eating/drinking normally. No alcohol/drug use today. No fever or recent illness.

V/S = HR 86, BP 146/84, RR 16, SPO2 95% RA. T 36.7 C tym, gluc 9.6.

EKG: 4ld found sinus arrhythmia with occasional PVCs. 12ld found same with no obvious acute ST elevation or depression, no ectopy, no acute MI markers, no blocks, no further cardiac identifiers to note.

Pt denies cardiac medical hx. States PMHx of Type 2 IDDM, COPD, past smoker (1ppd x30 yrs, non-smoker x5 yrs), arthritis, L knee replacement. Meds documented below. Allergic to penicillin.

Pt medicated with ASA 160 mg PO (chewed) followed by a spray of Nitro 0.4 mg sublingual. Declined Gravol when offered. IV 18g saline lock initiated successfully in L hand on 1st attempt. Pt extricated from home by stair chair to stretcher and secured. Placed in amb for code 2 transport to hospital.

Uneventful transport with no new findings or concerns. Serial EKGs monitored with no changes. Medicated with 2 further doses of Nitro 0.4 mg SL q 5 min with gradual reduction in pain from 7/10 to 2/10. BP subsequently decr to 95 sys so further Nitro held. Initiated NS admin wide open. Other VS stable/WNL.

At hospital pt triaged CTAS 2 and placed in amb hallway for offload delay. Monitored throughout with nothing acute to note. Pain remained 1-2/10. VSS, see charted below. After 75 min delay pt placed in bed and handover given to receiving RN.

Chief Complaint: Chest pain

Clinical Impression: Suspected angina

**Sample PCR Template – Trauma**

Responded for a 53yo F, unresponsive with injuries to head/neck/face secondary to fall from standing.

Arrived at local shopping facility to find pt laying RLR in recovery position on floor. Pt is unresponsive upon approach. Bystander tells paramedics that pt slipped in water and fell forward landing face down. She was knocked unconscious. Store staff called 911 and bystanders assisted in providing first aid by positioning safely and holding gauze against head wound. Bystanders state pt appeared to be shopping alone and do not know any personal/medical details (pmhx/meds/allergies unk). Pt is CAOxO. AVPU to pain with GCS 7 (E1 V2 M6, sternal rub and trap squeeze cause guttural cry and withdrawing from pain). A-partial obstruction with snoring resps, provided jaw thrust to clear. B-non-laboured but irregular at 30/min. C-reg/strong but bradycardic at 50bpm. Skin p/w/d. Pupils 3mm bilat but no reaction to light.

Requested additional unit for assistance. Advised that Fire would respond and assist.

RBS: No obvious life threats as bleeding is controlled.

HEENT: Golf ball sized hematoma to R side frontal cranium, 6-7 cm laceration atop, bleeding controlled by gauze but continues steadily upon removal. Nasal bone deviated to L, blood present in both nares, not actively bleeding. R side lower lip split 4cm downwards, not actively bleeding. Teeth appear intact with none broken or missing. Pupils PEARL at 3mm bilat, no reaction. No blood or CSF from ears bilat. Zygoma, maxilla, and mandible bones appear stable and intact with no crepitus.

NECK/BACK: Visually unremarkable but palpation of c-spine found crepitus with pt cry and withdraw at C4-C5. Partner assumed manual c-spine. Further spinal column and back visually unremarkable with no response to palpation. Trachea midline, no JVD.

CHEST: No visible injuries, ribs stable upon palpation. LS present and clear in all fields with equal chest rise/fall and no paradoxical movement.

ABDO: Visually unremarkable, soft/non-tender to palpated. Pelvis stable.

EXTREM: No visible injuries, long bones stable, CMS present with cap refill at 2sec. Noted Babinski reflex +present R foot.

Modified jaw thrust and manual c-spine maintained to roll pt to supine position. Measured c-collar at 'no neck' and secured. PCP obtained further vitals (WNL, see charted below) while ACP maintained manual airway (elected against insertion of airway devices due to facial trauma). Firefighters arrived to assist with extrication. Directed firefighter to maintain c-spine. Fire assisted with roll onto

backboard. Headblocks secured in place. Lifted to stretcher and extrication to unit. Backboard removed prior to departure.

Rx:

18g lock in R ac.

N/S 0.9% TKVO.

Wounds cleaned with saline and dressed with gauze and kling to hold pressure.

Initiated transport to hospital Code 1. En route GCS remains 7. Reassessment found R pupil to have dilated since initial check – now 5mm and non-responsive (L remains 3mm). No other obvious changes found. No additional treatments administered. Subsequent vitals obtained and found WNL, see charted below. Nothing further to note.

Upon arrival at ED pt was immediately placed in trauma room with report given to RN/MD staff.

Chief complaint: Fall, unconscious, facial trauma

Clinical Impression: Head injury, facial injuries

## USING SOAP FORMAT/MÉTHODE SOAP

Some people choose to document in the SOAP method (Subjective, Objective, Assessment, Plan). Medavie HealthEd recommends and generally teaches in CHART format as it produces a clear chronological story. You may choose to follow SOAP if you wish. This method is present for you to review in your student Moodle.

Certaines personnes choisissent de consigner les informations selon la méthode SOAP (SOEP en français, soit Subjectif, Objectif, Évaluation, Plan). Medavie ÉduSanté recommande et enseigne généralement l'utilisation de la méthode CHART, car elle permet d'obtenir un récit chronologique clair. Vous pouvez décider d'employer la méthode SOAP si vous le souhaitez. Cette méthode est expliquée dans votre plateforme Moodle.

## ILLNESS AND INJURY REFERENCE FOR COMPETENCY SIGN OFFS 4.3 AND 6.1/LISTE DE RÉFÉRENCE DES MALADIES ET DES BLESSURES AUX FINS D'APPROBATION DES COMPÉTENCES (4.3 ET 6.1)

The student and Preceptor should reference this section when determining sign offs for area's 4.3 and 6.1 of the National Occupational Competency Profile for Paramedicine as developed by the Paramedic Association of Canada. A student will have obtained a competency under area 4.3 Conduct Assessment and Interpret findings or 6.1 Provide care for patient if the injury or illness is found in this chart, or it (injury or illness) can be shown to involve the competency the student is seeking.

L'étudiant et le précepteur devraient se référer à cette section lors de l'approbation des compétences 4.3 et 6.1 du profil national des compétences professionnelles des ambulanciers paramédicaux élaboré par l'Association des Paramédics du Canada. L'étudiant acquiert une compétence de la catégorie 4.3 (Effectuer une évaluation et en interpréter les résultats) ou de la catégorie 6.1 (Prodiguer des soins aux patients) si la maladie ou la blessure se trouve dans ce tableau ou qu'il peut être démontré que la maladie ou la blessure

implique d'exercer la compétence que l'étudiant cherche à faire valider.

If the student or preceptor assess and treat a patient that does not meet the exact illnesses or injuries identified in this chart, they should contact the school for advice on selecting and approving the competency.

Si l'étudiant ou le précepteur évalue et soigne un patient qui ne souffre pas exactement d'une maladie ou d'une blessure figurant dans ce tableau, il convient de communiquer avec l'établissement scolaire aux fins de conseil pour choisir et approuver la compétence adéquate.

The various illnesses and injuries that apply to area 4.3 and 6.1 can be found under the following headings:

Les différentes maladies et blessures concernant les catégories 4.3 et 6.1 sont classées selon les rubriques suivantes :

- A. Cardiovascular System
- B. Neurologic System
- C. Respiratory System
- D. Genitourinary/Reproductive System
- E. Gastrointestinal System
- F. Integumentary System
- G. Musculoskeletal System
- H. Immunologic Disorders
- I. Endocrine System
- J. Ears, Eyes, Nose and Throat
- K. Toxicological Illness
- L. Adverse Environment
- M. Trauma
- N. Psychiatric Disorders
- O. Obstetrics and Neonates
- P. Multisystems Diseases and Injuries

- A. Système cardiovasculaire
- B. Système neurologique
- C. Appareil respiratoire
- D. Appareil génito-urinaire/reproducteur
- E. Appareil digestif
- F. Système tégumentaire
- G. Système musculosquelettique
- H. Troubles immunologiques
- I. Système endocrinien
- J. Oreilles, yeux, nez et gorge
- K. Maladies toxicologiques
- L. Environnement hostile.
- M. Évaluation traumatique
- N. Troubles psychiatriques
- O. Obstétrique et néonatalogie
- P. Maladies et blessures concernant plusieurs systèmes

<b>A. Cardiovascular System/Système cardiovasculaire</b>	
Vascular Disease /Affection vasculaire	Aneurysm (intracranial, abdominal aortic)/Anévrisme (intracrânien, aorte abdominale)
	Arteriosclerosis/Artériosclérose
	Deep vein thrombosis/Thrombose veineuse profonde
	Hypertension/Hypertension
	Peripheral vascular disease/Maladies vasculaires périphériques
	Thoracic aortic dissection/Dissection de l'aorte thoracique
Inflammatory disorders/Affections inflammatoires	Endocarditis/Endocardite
	Myocarditis/Myocardite
	Pericarditis/Péricardite
Valvular Disease/Maladie valvulaire	Prolapsed mitral valve/Prolapsus de la valve mitrale
	Regurgitation/Régurgitation
	Stenosis/Sténose
Acute Coronary Syndromes/Syndromes coronaires aigus	Infarction ST-elevation vs non-ST-elevation)/Infarctus (avec ou sans sus-décalage du segment ST)
	Infarction (transmural vs subendocardial)/Infarctus (transmural ou sous-endocardique)
	Ischemia/angina/Ischémie/angine
Heart Failure/Insuffisance cardiaque	Cardiomyopathies/Cardiomyopathies
	Left sided/Gauche
	Pericardial tamponade/Tamponnade péricardique
	Right sided/Droite
Cardiac Conduction Disorder/Trouble de la conduction cardiaque	Benign arrhythmias/Arythmies bénignes
	Lethal arrhythmias/Arythmies fatales
	Life threatening arrhythmias/Arythmies mettant la vie en danger
Congenital Abnormalities/Arythmies fatales	Atrial septal defect/Communication interauriculaire
	Patent ductus arteriosus/Persistance du canal artériel
	Transposition/Transposition
	Ventricular septal defect/Communication interventriculaire
Traumatic Injuries/Lésions traumatiques	Aortic disruption/Trouble aortique
	Myocardial contusion/Contusion myocardique
	Peripheral vascular disruption/Perturbation vasculaire périphérique
<b>B. Neurologic System/Système neurologique</b>	
Convulsive Disorders/Maladies convulsives	Febrile seizures/Poussée fébrile
	Generalized seizures/Convulsions généralisées
	Partial seizures (focal)/Crises épileptiques partielles (focales)
Headache and Facial Pain/Céphalée et douleur au visage	Infection/Infection
	Intracranial hemorrhage/Hémorragie intracrânienne
	Migraine/Migraine
	Tension/Tension
Cerebrovascular Disorders/Troubles cérébro-vasculaires	Ischemic stroke (thrombotic vs embolic)/AVC ischémique (thrombotique ou embolique)

	Hemorrhagic stroke/AVC hémorragique
	Transient ischemic attack/Accident ischémique transitoire
Altered Mental Status/État mental altéré	Metabolic/Métabolique
	Structural/Structurel
Chronic Neurologic Disorders/Troubles neurologiques chroniques	Alzheimers/Maladie d'Alzheimer
	Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)/Sclérose latérale amyotrophique (SLA)
	Bell's Palsy/Paralysie de Bell
	Cerebral palsy/Paralysie cérébrale
	Multiple sclerosis/Sclérose en plaques
	Muscular dystrophy/Dystrophie musculaire
	Parkinson's disease/Maladie de Parkinson
	Poliomyelitis/Poliomyélite
Infectious Disorders/Troubles d'origine infectieuse	Encephalitis/Encéphalite
	Guillain Barre syndrome/Syndrome de Guillain-Barré
	Meningitis/Méningite
Tumors/Tumeurs	Structural/Structurel
	Vascular/Vasculaires
Traumatic Injuries/Lésions traumatiques	Head injury/Traumatisme crânien
	Focal (Hematoma, epidural, subdural, subarachnoid)/Focales (hématomes, péri-durales, sous-durales, sous-arachnoïdiennes)
	Diffuse Axonal injury/Blessure axonale diffuse
	Spinal cord injury/Lésion de la moelle épinière
Pediatric/Enfants	Downs Syndrome/Syndrome de Down
	Hydrocephalus/Hydrocéphalie
	Spina bifida/Spinabifida
<b>C. Respiratory System/Appareil respiratoire</b>	
Medical Illness/Maladies médicales	Acute respiratory failure/Insuffisance respiratoire aiguë
	Adult respiratory disease syndrome/Syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte
	Aspiration/Aspiration
	Chronic obstructive pulmonary disorder/Maladie pulmonaire obstructive chronique
	Hyperventilation Syndrome/Syndrome d'hyperventilation
	Pleural effusion/Épanchement pleural
	Pneumonia/bronchitis/Pneumonie/bronchite
	Pulmonary edema/Œdème pulmonaire
	Pulmonary embolism/Embolie pulmonaire
	Reactive airways disease/asthma/Affection respiratoire réactionnelle/asthme
	Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)/Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
	Antibiotic resistant strains/Souche résistante aux antibiotiques
Traumatic Injuries/Lésions traumatiques	Aspirated foreign body/Corps étranger aspiré
	Burns/Brûlures

	Diaphragmatic injuries/Blessures du diaphragme
	Flail chest/Volet costal
	Hemothorax/Hémothorax
	Penetrating injury/Blessure par pénétration
	Pneumothorax (simple, tension)/Pneumothorax (simple, sous tension)
	Pulmonary contusion/Contusion pulmonaire
	Toxic inhalation/Inhalation toxique
	Tracheobronchial disruption /Trouble trachéobronchique
Pediatric Illness/Maladie pédiatrique	Acute respiratory failure/Insuffisance respiratoire aiguë
	Bronchiolitis/Bronchiolite
	Croup/Diphtérie laryngienne
	Cystic fibrosis/Fibrose kystique
	Epiglottitis/Épiglottite
	Sudden infant death syndrome/Syndrome de la mort subite chez le nourrisson
<b>D. Genitourinary System/Système génito-urinaire</b>	
Reproductive Disorders/Troubles de la reproduction	Bleeding/discharge/Saignement/écoulement
	Infection/Infection
	Ovarian cyst/Kyste de l'ovaire
	Testicular torsion/Torsion testiculaire
Renal/Bladder/Rein/vessie	Colic/calculi/Colique/calculs
	Infection/Infection
	Obstruction /Obstruction
	Renal failure/Insuffisance rénale
	Traumatic injuries/Lésions traumatiques
<b>E. Gastrointestinal System/Système gastro-intestinal</b>	
Esophagus/ Stomach/Œsophage/estomac	Esophageal varices/Varices oesophagiennes
	Esophagitis/Œsophagite
	Gastritis /Gastrite
	Gastroesophageal reflux/Reflux gastro-oesophagien
	Obstruction/Obstruction
	Peptic ulcer disease/Ulcère gastroduodénal
	Upper gastrointestinal bleed/Hémorragie gastrointestinale haute
Liver/Gall Bladder/Foie/vésicule biliaire	Cholecystitis/biliary colic/Cholécystite/colique biliaire
	Cirrhosis/Cirrhose
	Hepatitis/Hépatite
Pancreas/Pancréas	Pancreatitis/Pancréatite
Small/Large Bowel/Intestin grêle/gros intestin	Appendicitis/Appendicite
	Diverticulitis /Diverticulite
	Gastroenteritis/Gastroentérite
	Inflammatory bowel disease/Maladie intestinale inflammatoire
	Lower gastrointestinal bleed/Saignement gastrointestinal inférieur
	Obstruction/Obstruction
Traumatic Injuries/Lésions traumatiques	Abdominal injuries - penetrating / blunt/Blessures abdominales – pénétrantes/fermées



	Esophageal disruption/Trouble œsophagien
	Evisceration/Éviscération
<b>F. Integumentary System/Système tégumentaire</b>	
Traumatic Injuries/Lésions traumatiques	Burns/Brûlures
	Laceration/avulsions/abrasions/Lacérations/avulsions/brûlures
Infectious and inflammatory Illness/Maladies infectieuses et inflammatoires	Allergy/urticaria/Allergie/urticaire
	Infections/Infections
	Infestations/Infestations
<b>G. Musculoskeletal System/Système musculosquelettique</b>	
Soft Tissue Disorders/Affections des tissus mous	Amputations/Amputations
	Compartment syndrome/Syndrome des loges
	Contusions/Contusions
	Dislocations/Luxations
	Muscular dystrophies/Dystrophies musculaires
	Myopathies/Myopathies
	Necrotizing fascitis/Fasciite nécrosante
	Sprain/Entorse
	Strains/Foulures
	Subluxations/Subluxations
Skeletal Fractures/Fractures squelettiques	Appendicular/Appendiculaires
	Axial /Axiales
	Open/closed/Ouvertes/fermées
Inflammatory Disorders/Affections inflammatoires	Arthritis/Arthrite
	Gout/Goutte
	Osteomyelitis/Ostéomyélite
	Osteoporosis/Ostéoporose
<b>H. Immunologic Disorders/Troubles immunologiques</b>	
Anaphylaxis/Anaphylaxie	Anaphylaxis/anaphylactoid reactions/Réactions anaphylaxiques/anaphylactoïdes
	Autoimmune disorders/Affections auto-immunes
<b>I. Endocrine System/Système endocrinien</b>	
	Acid-base disturbances/Troubles acido-basiques
	Addison's disease/Maladie d'Addison
	Cushing's disease/Maladie de Cushing
	Diabetes mellitus/Diabète sucré
	Electrolyte imbalances /Déséquilibres électrolytiques
	Thyroid disease/Maladie de la thyroïde
<b>J. Ears, Eyes, Nose and Throat/Oreilles, yeux, nez et gorge</b>	
Eyes - Traumatic Injuries/Yeux – Lésions traumatiques	Burns/chemical exposure/Brûlures/exposition à des produits chimiques
	Corneal injuries/Blessures de la cornée
	Hyphema/Hyphéma
	Penetrating injury/Blessure par pénétration
Eyes - Medical Illness/Yeux – Maladies médicales	Cataracts/Cataractes
	Central retinal artery occlusion/Occlusion de l'artère rétinienne centrale

	Glaucoma/Glaucome
	Infection/Infection
	Retinal detachment/Décollement de la rétine
External, Middle and Inner Ear Disorders/Troubles de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne	Otitis externa/Otite externe
	Otitis media/Otite moyenne
	Traumatic ear injuries/Lésions traumatiques des yeux
	Vertigo/Vertiges
Face and Jaw Disorders/Troubles du visage et de la mâchoire	Dental abscess/Abcès dentaire
	Trauma injury/Traumatisme
	Trismus/Trismus
Nasal and Sinus Disorders/Troubles nasaux et sinusaux	Epistaxis/Épistaxis
	Sinusitis/Sinusite
	Trauma injury/Traumatisme
Oral and Dental Disorders/Troubles oraux et dentaires	Dental fractures/Fractures dentaires
	Penetrating injury/Blessure par pénétration
Neck and Upper Airway Disorder/Troubles cervicaux et des voies respiratoires supérieures	Epiglottitis/Épiglottite
	Obstruction/Obstruction
	Peritonsillar abscess/Abcès péritonsillaire
	Retropharyngeal abscess/Abcès rétropharyngien
	Tonsillitis/Amygdalite
	Tracheotomies/Trachéotomies
	Trauma injury-blunt/penetrating/Traumatisme fermé/pénétrant
<b>K. Toxicologic Illness/Maladies toxicologiques</b>	
	Prescription medication/Médicaments sur ordonnance
	Non-prescription medication/Médicaments en vente libre
	Recreational/Drogues à usage récréatif
	Poisons (absorption, inhalation, ingestion)/Poison (absorption, inhalation, ingestion)
	Acids and alkalis/Acides et alcalis
	Hydrocarbons/Hydrocarbures
	Asphyxiants/Asphyxiants
	Cyanide /Cyanure
	Cholinergics/Cholinergiques
	Anti-cholinergics/Anti-cholinergiques
	Sympathomimetics/Sympathomimétiques
	Alcohols/Alcool
	Food poisoning/Empoisonnement par aliments
	Vesicants (Blister agents)/Gaz vésicants (agents vésicants)
	Crowd management agents/Agents antiémeute
Alcohol related/Alcoolisme	Chronic alcoholism/Alcoolisme chronique
	Delirium tremens/Delirium tremens
	Korsakov's psychosis/Syndrome de Korsakoff
	Wernicke's encephalopathy/Encéphalopathie de Gayet-Wernicke

L. Adverse Environments/Environnements hostiles	
	Barotrauma/Barotraumatisme
	Hyperthermal injuries/Blessures hyperthermales
	Hypothermal injuries/Blessures hypothermales
	Air embolism/Embolie gazeuse
	Decompression sickness/Aéroemphysème
	Descent, ascent barotrauma/Barotraumatisme descendant/ascendant
	Heat cramps/Crampes de chaleur
	Heat exhaustion/Épuisement par la chaleur
	Heat stroke/Coup de chaleur
	High altitude cerebral edema/Cedème cérébral en haute altitude
	High altitude pulmonary edema/Cedème pulmonaire en haute altitude
	Local cold injuries/Lésions locales dues au froid
	Near drowning and drowning/Quasi-noyade et noyade
	Radiation exposure/Radioexposition
	Stings and bites/Piqûres et morsures
	Systemic hypothermia/Hypothermie systémique
M. Trauma/Évaluation traumatique	
	Assault/Agression
	Blast injuries/Lésions par souffle
	Crush injuries/Lésions par écrasement
	Falls/Chutes
	Rapid deceleration injuries/Blessures dues à une décélération rapide
N. Psychiatric Disorders/Troubles psychiatriques	
Anxiety Disorders/Troubles anxieux	Acute stress disorder/Trouble de stress aigu
	Generalized anxiety disorder/Trouble d'anxiété généralisée
	Panic disorder/Trouble panique
	Post-traumatic stress disorder/État de stress post-traumatique
	Situational disturbances/Difficultés situationnelles
Childhood Psychiatric Disorders/Troubles psychiatriques de l'enfance	Attention-deficit disorder/Trouble déficitaire de l'attention
	Autistic disorder/Trouble autistique
Cognitive Disorders/Troubles cognitifs	Delirium/Délire
Eating Disorders/Les troubles de l'alimentation	Anorexia nervosa/Anorexie mentale
	Bulimia nervosa/Boulimie mentale
Affective Disorders/Troubles affectifs	Bipolar disorder/Trouble bipolaire
	Depressive disorders/Troubles dépressifs
	Suicidal ideation/Idées de suicide
Psychotic Disorders/Troubles psychotiques	Delusional disorder/Trouble délirant
	Homicidal ideation/Idées meurtrières
	Schizophrenia/Schizophrénie
Psychosocial disorders/Troubles psychologiques	Antisocial disorder/Personnalité antisociale
O. Obstetrics and Neonates/Obstétrique et néonatalogie	
Pregnancy complications/Complications liées à la grossesse	Abruptio placenta/Abruptio placentae
	Eclampsia/Éclampsie

	Ectopic pregnancy/Grossesse extrautérine
	First trimester bleeding /Saignements du premier trimestre
	Placenta previa/Placenta prævia
	Pre-eclampsia/Pré-éclampsie
	Third trimester bleeding /Saignements du troisième trimestre
	Uterine rupture/Rupture utérine
Childbirth complications/Complications pendant l'accouchement	Abnormal presentations/Présentations anormales
	Postpartum complications /Complications postpartum
	Postpartum hemorrhage/Hémorragie du post-partum
	Prolapsed cord/Prolapsus du cordon
	Uterine inversion/Inversion utérine
Neonatal complications/Complications néonatales	Premature/Nourrisson prématuré
	Cardiovascular insufficiency/Insuffisance cardiovasculaire
	Meconium aspiration/Aspiration méconiale
	Respiratory insufficiency/Insuffisance respiratoire
	Cold Stress/Cryostress
<b>P. Multisystem Diseases and Injuries/adies et blessures concernant plusieurs systèmes</b>	
Cancer/Cancer	Malignancy/Cancers
Hematologic Disorders/Troubles hématologiques	Anemia/Anémie
	Bleeding disorders/Troubles de saignement
	Leukemia/Leucémie
	Lymphomas (Hodgkins, non-Hodgkins)/Lymphomes (hodgkiniens, non hodgkiniens)
	Multiple myeloma/Myélome multiple
	Sickle cell disease/Drépanocytose
Infectious Diseases/Maladies infectieuses	Acquired immune deficiency syndrome/Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)
	Antibiotic resistant infection/Infection résistante aux antibiotiques
	CBRNE related bacterial agents/Agents bactériens chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires ou explosifs
	CBRNE related viral agents/Agents viraux chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires ou explosifs
	Influenza virus/Virus de la grippe
	Malaria/Paludisme
	Meningococcemia/bacteremia/Méningococcémie/bactériémie
	Tetanus/Tétanos
	Toxic shock syndrome/Syndrome de choc toxique
	Tuberculosis/Tuberculose
	Varicella/Varicelle
	Rubella/Rubéole
	West Nile Virus/Virus du Nil occidental
Shock syndromes/Syndromes de choc	Anaphylactic/Anaphylactique
	Cardiogenic/Cardiogénique

	Hypovolemic/Hypovolémique
	Neurogenic/Neurogénique
	Obstructive/Obstructif
	Septic/Septique