

# JOURNAL DE BORD

## Identification

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

Diagnostics : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordonnées cliniques : \_\_\_\_\_

Infirmière pivot : \_\_\_\_\_

Pédiatre pivot : \_\_\_\_\_

Autres médecins spécialistes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres partenaires impliqués (hôpital, CLSC, centre de réadaptation, DPJ, organismes communautaires, organismes privés, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

## Calendrier des rendez-vous médicaux

Date	Heure	Endroit

## Observations et commentaires

Date	

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

## Section parents

### Médicaments (dernière mise à jour)

Date	Heure	Médication

### Allergies connues

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

## Tensions artérielles

Date	Heure	Date	Heure

## Alimentation (dernière mise à jour)

Date	

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

## Diète « spéciale »

---

---

---

---

---

## Inventaire alimentaire

Semaine du		
Lundi	déjeuner	
	dîner	
	souper	
	collations	

<b>Mardi</b>	déjeuner	
	dîner	
	souper	
	collations	
<b>Mercredi</b>	déjeuner	
	dîner	
	souper	
	collations	

Jeudi	déjeuner	
	dîner	
	souper	
	collations	
Vendredi	déjeuner	
	dîner	
	souper	
	collations	

Samedi	déjeuner	
	dîner	
	souper	
	collations	
Dimanche	déjeuner	
	dîner	
	souper	
	collations	

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

## Changement dans l'état général de votre enfant depuis le dernier rendez-vous médical

Date	

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

## Routine de sommeil

Date :	Heure :	Date :	Heure :
	Lever		Lever
	Coucher		Coucher
	Sieste		Sieste
Date :	Heure :	Date :	Heure :
	Lever		Lever
	Coucher		Coucher
	Sieste		Sieste
Date :	Heure :	Date :	Heure :
	Lever		Lever
	Coucher		Coucher
	Sieste		Sieste

## Horaire de médication (dernière mise à jour)

Date	Heure	Médicament

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge/DDN : \_\_\_\_\_ N° RAMQ : \_\_\_\_\_

## Section soignants

Infirmière pivot : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Nutritionniste : \_\_\_\_\_

Psychologue : \_\_\_\_\_

Travailleuse sociale : \_\_\_\_\_

Autres professionnels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Observations et commentaires

Date	