











CHSLD : _____

UNITE : _____ / chambre : _____

SUIVI DES SELLES ET SYMPTÔMES DE C.DIFFICILE À CHAQUE QUART DE TRAVAIL

***Indiquez le # nombre (Nb), l'aspect des selles (avec l'échelle de Bristol et en utilisant la lettre correspondante F- SL et L), si présence de glaise G et/ou sang S et si autres symptômes**

DATE	NUIT		JOUR		SOIR		Inscrire s'il y a lieu, autres symptômes tels : crampes abd, fièvre, V°	ÉCHELLE DE BRISTOL <small>(Université de Bristol, Angleterre, 1999)</small> ASPECT DES SELLES	
	# Nb de selles et l'aspect F-SL-L	Glaire ou sang G/S	# Nb de selles et l'aspect F-SL-L	Glaire ou sang G/S	# Nb de selles et l'aspect F-SL-L	Glaire ou sang G/S			
									Formées
									
									
									Semi-Liquide
									
									
									Liquides
									
									
									Liquides
								