

Association Loi 1901

*Groupe de Recherche et d’Etudes S.S.I.A.D*

*Touraine*

*St Pierre des Corps*

DOSSIER DE SOINS

N° DOSSIER :

NOM :

PRENOM :

@@@@@@@

Date de prise en charge N°1 [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de fin de prise en charge [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de prise en charge N°2 [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de fin de prise en charge [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de prise en charge N°3 [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de fin de prise en charge [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de prise en charge N°4 [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de fin de prise en charge [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

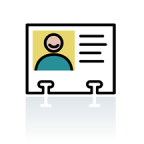
Date de prise en charge N°5 [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

Date de fin de prise en charge [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_] [\_\_]\_\_]

95 rue Paul Vaillant Couturier – 37700 St Pierre des Corps 🕿 02.47.44.99.04 FAX 02.47.44.07.02

E.mail : [ssiad.spc@wanadoo.fr](mailto:ssiad.spc@wanadoo.fr)

APE 8690 D – SIRET 394 628 234 000 38 – FINESS 37 010 4663

IDENTIFICATION DU PATIENT

BENEFICIAIRE :

**NOM** : Prénom :

Nom de jeune fille : Situation de famille :

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Adresse

:

Profession antérieure :

Lien avec l’assuré :

ASSURE :

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance :

**Caisse d’assurance maladie** :

Prise en charge 100% du bénéficiaire : OUI ❒ NON ❒

N° immatriculation : .....................................................................................................................

Code gestion : ........................................................................................................................................

**Mutuelle** : ..........................................................................................................................

..........................................................................................................................

Caisse de retraite :

Pension d’invalidité :

Allocation Compensatrice Tiers Personne :

Allocation Retour d’Hospitalisation :

Allocation Personnalisée Autonomie :

Allocation Adulte Handicapé :

Autres :

**NOM** :

SITUATION FAMILIALE ET ENVIRONNEMENT

Personne(s) vivant au foyer :

Nombre d’enfants :

Personnes à contacter :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | LIEN | ADRESSE | 🕿 | CLE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Tuteur - curateur :

Médecin traitant :

Médecin spécialiste :

..........................................................................................................................

Infirmière :

Kinésithérapeute :

Pédicure :

Orthophoniste :

Pharmacien :

Assistante sociale :

**NOM** :

Accueil de jour :

Hospitalisation de jour :

EADSP (Equipe d’Appui Départementale De Soins Palliatifs) :

EMA (Equipe Mobile Alzheimer) :

Prestataire matériel médical :

Télé surveillance :

Portage repas à domicile :

Service lavage du linge :

Coiffeur :

Autres :

Aide à domicile :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVICE | 🕿 | Jours / Heures d’intervention | TACHES |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

MCj01557670000[1]**NOM** :

PRISE EN CHARGE

Date d'entrée initiale :

PRESENTATION DE LA PRISE EN CHARGE :

Origine de l’appel :

Circonstance de la prise en charge :

Conditions de vie :

Aidant principal :

Type d’habitat :

HABITAT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DONNEES SUPPLEMENTAIRES** | | | |
|  | OUI | NON | OBSERVATIONS |
| Ville |  |  |  |
| Campagne |  |  |  |
| Maison |  |  |  |
| Collectif |  |  |  |
| Ascenseur |  |  |  |
| Eau chaude |  |  |  |
| Chauffage |  |  |  |
| Chambre individuelle |  |  |  |
| W.C |  |  |  |
| Lavabo – évier |  |  |  |
| Facilité de déplacement |  |  |  |
| Salubrité |  |  |  |
| Confort |  |  |  |

**MCj01557670000[1]**

**NOM** :

MATERIEL MEDICAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DONNEES SUPPLEMENTAIRES** | | | |
|  | OUI | NON | OBSERVATIONS |
| Lit médicalisé |  |  |  |
| Matelas anti-escarre |  |  |  |
| Potence |  |  |  |
| Barrières |  |  |  |
| Adaptable |  |  |  |
| Bassin |  |  |  |
| Urinal |  |  |  |
| Montauban |  |  |  |
| Réhausseur W.C |  |  |  |
| Fauteuil roulant |  |  |  |
| Fauteuil coquille |  |  |  |
| Déambulateur |  |  |  |
| Canne/canne anglaise |  |  |  |
| Baignoire/douche |  |  |  |
| Siège baignoire |  |  |  |
| Planche |  |  |  |
| Monte escalier |  |  |  |
| Lève-malade/verticalisateur |  |  |  |
| Coussin anti-escarre |  |  |  |
| Aspiration |  |  |  |
| Oxygène/extracteur |  |  |  |

**MCj01557670000[1]**

**NOM** :

PRESENTATION DU PATIENT :

Physique :

Psychologique :

Histoire de vie / projet de vie:

DIAGNOSTIC DE PRISE EN CHARGE :

ANTECEDENTS MEDICAUX / CHIRURGICAUX :

TRAITEMENT à l’entrée  ☞ Préparé par :

Distribué par :

ALLERGIES :

MCj01557670000[1]

**NOM** :

SOINS INFIRMIERS :

SOINS AIDE-SOIGNANTE :

SOINS KINE :

Nature des aides (extérieur au service) Autres intervenants

❑ aide concernant l’orientation ou la cohérence ❑ aide à domicile (aide ménagère, garde à domicile…)

❑ aide à la toilette ou à l’habillage ❑ service de portage de repas

❑ aide à l’alimentation ❑ entourage ou famille

❑ aide aux transferts et/ou aux déplacements ❑ autre intervenant paramédical

❑ aide administrative, à la gestion ❑ accueil ou centre de jour

❑ aide au ménage ou à la cuisine ❑ autre

❑ aide au suivi du traitement ❑ pédicure

❑ aide pour l’entretien du linge ❑ secteur psychiatrique

❑ aide pour plus de trois des items précédents ❑ aucun

❑ aucune

MCj04042730000[1]**NOM :**

ANAMNESE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BESOINS** | DATE | DATE | DATE | DATE | DATE | DATE |
| **RESPIRER** |  |  |  |  |  |  |
| **Respiration normale** |  |  |  |  |  |  |
| Tabagisme |  |  |  |  |  |  |
| Dyspnée d’'effort |  |  |  |  |  |  |
| Dyspnée de repos |  |  |  |  |  |  |
| Encombrement |  |  |  |  |  |  |
| Toux |  |  |  |  |  |  |
| Cyanose |  |  |  |  |  |  |
| Oxygénothérapie |  |  |  |  |  |  |
| **BOIRE ET MANGER** |  |  |  |  |  |  |
| **Prothèse dentaire** |  |  |  |  |  |  |
| Haut |  |  |  |  |  |  |
| Bas |  |  |  |  |  |  |
| Ne les porte pas |  |  |  |  |  |  |
| Problème dentaire |  |  |  |  |  |  |
| **Alimentation : Su suffisante SP spontané I insuffisante (indiquer S ou SP ou I)** |  |  |  |  |  |  |
| Perte d'appétit |  |  |  |  |  |  |
| Perte de poids |  |  |  |  |  |  |
| Perte de goût |  |  |  |  |  |  |
| Difficultés Déglutition |  |  |  |  |  |  |
| Troubles digestifs |  |  |  |  |  |  |
| Régime : |  |  |  |  |  |  |
| Nutrition entérale : |  |  |  |  |  |  |
| Complément alimentaire : |  |  |  |  |  |  |
| Aide pour préparer : |  |  |  |  |  |  |
| Aide pour se servir : |  |  |  |  |  |  |
| Aide pour manger : |  |  |  |  |  |  |
| **Hydratation : Su suffisante SP spontané I insuffisante (indiquer S ou SP ou I)** |  |  |  |  |  |  |
| Troubles de la déglutition |  |  |  |  |  |  |
| Eau gélifiée : |  |  |  |  |  |  |
| **ELIMINER** |  |  |  |  |  |  |
| **Continence urinaire** |  |  |  |  |  |  |
| Incontinence urinaire occasionnelle |  |  |  |  |  |  |
| Incontinence urinaire diurne |  |  |  |  |  |  |
| Incontinence urinaire nocturne |  |  |  |  |  |  |
| Aide à satisfaire (humaine) |  |  |  |  |  |  |
| **Continence anale** |  |  |  |  |  |  |
| Incontinence anale occasionnelle |  |  |  |  |  |  |
| Incontinence anale diurne |  |  |  |  |  |  |
| Incontinence anale nocturne |  |  |  |  |  |  |
| Colostomie |  |  |  |  |  |  |
| Aide à satisfaire ( humaine) |  |  |  |  |  |  |
| **Troubles du transit** |  |  |  |  |  |  |
| Constipation |  |  |  |  |  |  |
| Selles liquides |  |  |  |  |  |  |
| Fécalome |  |  |  |  |  |  |
| Douleurs abdominales |  |  |  |  |  |  |

**MCj04042730000[1]**

**NOM** :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BESOINS** | DATE | DATE | DATE | DATE | DATE | DATE |
| ELIMINER |  |  |  |  |  |  |
| **DISPOSITIFS** |  |  |  |  |  |  |
| SONDE / taille : |  |  |  |  |  |  |
| ETUI PENIEN/ taille : |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |
| PROTECTION |  |  |  |  |  |  |
| JOUR |  |  |  |  |  |  |
| NUIT |  |  |  |  |  |  |
| MOYENS |  |  |  |  |  |  |
| W.C |  |  |  |  |  |  |
| Bassin |  |  |  |  |  |  |
| Montauban |  |  |  |  |  |  |
| Urinal |  |  |  |  |  |  |
| SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE |  |  |  |  |  |  |
| POSTURE |  |  |  |  |  |  |
| Droitier |  |  |  |  |  |  |
| Gaucher |  |  |  |  |  |  |
| **Transferts** |  |  |  |  |  |  |
| Se couche seul(e) |  |  |  |  |  |  |
| Avec aide (préciser) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Se lève du lit seul(e) |  |  |  |  |  |  |
| Avec aide (préciser) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| S’assoit seul(e) |  |  |  |  |  |  |
| Avec aide (préciser) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Se lève du fauteuil seul(e) |  |  |  |  |  |  |
| Avec aide (préciser) |  |  |  |  |  |  |
| **Déplacements** |  |  |  |  |  |  |
| Se déplace habituellement seul(e) |  |  |  |  |  |  |
| A l'intérieur |  |  |  |  |  |  |
| A l'extérieur |  |  |  |  |  |  |
| Se déplace avec du matériel : |  |  |  |  |  |  |
| En se tenant aux meubles |  |  |  |  |  |  |
| Avec aide humaine |  |  |  |  |  |  |
| Descend les escaliers |  |  |  |  |  |  |
| Risque de chutes |  |  |  |  |  |  |
| Lit / fauteuil |  |  |  |  |  |  |
| Alitement permanent |  |  |  |  |  |  |
| Douleur à la mobilisation |  |  |  |  |  |  |
| Peur de tomber |  |  |  |  |  |  |
| **PARTICULARITES** |  |  |  |  |  |  |
| Rétractions : |  |  |  |  |  |  |
| Paralysies : |  |  |  |  |  |  |
| Prothèses orthopédiques : |  |  |  |  |  |  |
| Amputations : |  |  |  |  |  |  |
| Contention prescrite : |  |  |  |  |  |  |

**MCj04042730000[1]**

**NOM** :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BESOINS** | DATE | DATE | DATE | DATE | DATE | DATE |
| DORMIR ET SE REPOSER |  |  |  |  |  |  |
| **Sommeil en qualité et quantité suffisante** |  |  |  |  |  |  |
| Insomnie |  |  |  |  |  |  |
| Angoisse |  |  |  |  |  |  |
| Besoin d'uriner |  |  |  |  |  |  |
| Difficulté d'endormissement |  |  |  |  |  |  |
| Prise de somnifère : |  |  |  |  |  |  |
| Sieste |  |  |  |  |  |  |
| SE VETIR ET SE DEVETIR |  |  |  |  |  |  |
| **S’habille  seul(e)** |  |  |  |  |  |  |
| **Se déshabille seul(e)** |  |  |  |  |  |  |
| Aide habituelle d'un tiers |  |  |  |  |  |  |
| Partiellement |  |  |  |  |  |  |
| Totalement |  |  |  |  |  |  |
| Difficulté à attacher ou détacher les vêtements |  |  |  |  |  |  |
| Capable de préparer ses vêtements |  |  |  |  |  |  |
| Contention : |  |  |  |  |  |  |
| ETRE PROPRE, SOIGNER ET PROTEGER SES |  |  |  |  |  |  |
| TEGUMENTS |  |  |  |  |  |  |
| **Toilette au lavabo** |  |  |  |  |  |  |
| Aide partielle |  |  |  |  |  |  |
| Aide totale |  |  |  |  |  |  |
| Stimulation |  |  |  |  |  |  |
| **Douche/Bain** |  |  |  |  |  |  |
| **Toilette intime au lit** |  |  |  |  |  |  |
| **Toilette totale au lit** |  |  |  |  |  |  |
| Hygiène bucco dentaire seul(e) |  |  |  |  |  |  |
| **Rasage** |  |  |  |  |  |  |
| Seul |  |  |  |  |  |  |
| Avec aide |  |  |  |  |  |  |
| Rasage mécanique |  |  |  |  |  |  |
| Rasage électrique |  |  |  |  |  |  |
| **Etat cutané** |  |  |  |  |  |  |
| Peau saine |  |  |  |  |  |  |
| Rougeur |  |  |  |  |  |  |
| Escarres |  |  |  |  |  |  |
| Ulcères |  |  |  |  |  |  |
| Oedèmes |  |  |  |  |  |  |
| EVITER LES DANGERS |  |  |  |  |  |  |
| Risque de fugue |  |  |  |  |  |  |
| Sait avertir en cas de danger |  |  |  |  |  |  |
| Risque de chutes |  |  |  |  |  |  |
| Vit seul au domicile |  |  |  |  |  |  |
| Risque lié au suivi du traitement |  |  |  |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**MCj04042730000[1]NOM** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BESOINS** | | DATE | | DATE | | DATE | | DATE | DATE | | DATE |
| COMMUNIQUER / SE COMPORTER | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Vie familiale / sociale | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Communication adaptée | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Communication non adaptée | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Maîtrise de la langue française | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Troubles de l’expression | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Trachéotomie | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Audition correcte | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Appareillage | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Vision correcte | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Lunettes | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Communication non verbale | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Isolement volontaire | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Isolement involontaire | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Perte de mémoire | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Gestes déplacés | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Violences verbales | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Violences physiques | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Agitation | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Apathie / repli sur soi | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| S’ORIENTER | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Bonne orientation temporelle | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Perturbé épisodiquement | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Aucun repère | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Bonne orientation spatiale | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Perturbé épisodiquement | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Aucun repère | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| ETAT PSYCHOLOGIQUE | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| **Bon état psychologique** | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Etat dépressif | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Angoisse | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Agressivité | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Agitation | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Indifférence | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Incohérence | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Troubles psychiatriques | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| AGIR SELON SES CROYANCES, SES VALEURS | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Frustration | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Perte de l’estime de soi | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Croyances religieuses | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| S’OCCUPER | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Accomplit seul ses formalités | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Les accomplit avec aide | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Ne les accomplit pas du tout | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Accomplit ses tâches ménagères | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Les accomplit avec une aide | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Ne les accomplit pas du tout | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| A des activités de loisirs | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| APPRENDRE | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| Cherche à s’informer sur l’extérieur | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| MCj04415100000[1]GRILLE D’EVALUATION  AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE  GROUPE ISO-RESSOURCE | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **AGGIR** | | | | | | | | | | | | |
| **VARIABLES** | | | DATE | | DATE | | DATE | | | DATE | | DATE |
|  | |  | |  | | |  | |  |
| COHERENCE | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ORIENTATION | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| TOILETTE | Haut | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Bas | |  | |  | |  | | |  | |  |
| HABILLAGE | Haut | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Moyen | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Bas | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ALIMENTATION | Se servir | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Manger | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ELIMINATION | Urinaire | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Fécale | |  | |  | |  | | |  | |  |
| TRANSFERTS | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| DEPLACEMENTS INTERIEUR | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| DEPLACEMENT EXTERIEUR | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| COMMUNICATION A DISTANCE | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| GESTION | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| CUISINE | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| MENAGE | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| TRANS¨PORTS | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ACHATS | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| SUIVI DU TRAITEMENT | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ACTIVITES DU TEMPS LIBRE | | |  | |  | |  | | |  | |  |
| **SCORE** | | |  | |  | |  | | |  | |  |

**EVALUATION RISQUE ESCARRE**

**ECHELLE DE NORTON**

**NOM** : Prénom :

**DATE** : **TOTAL =**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONDITION PHYSIQUE | | ETAT MENTAL | | ACTIVITE | | MOBILITE | | INCONTINENCE | |
| BONNE | 4 | BON, ALERTE | 4 | AMBULANT | 4 | TOTALE | 4 | AUCUNE | 4 |
| MOYENNE | 3 | APATHIQUE | 3 | AVEC AIDE / MARCHE | 3 | DIMINUEE | 3 | OCCASIONNELLE | 3 |
| PAUVRE | 2 | CONFUS | 2 | ASSIS | 2 | TRES LIMITEE | 2 | URINAIRE | 2 |
| TRES MAUVAISE | 1 | INCONSCIENT | 1 | TOTALEMENT ALITE | 1 | IMMOBILE | 1 | URINAIRE ET FECALE | 1 |

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

**DATE** : **TOTAL =**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONDITION PHYSIQUE | | ETAT MENTAL | | ACTIVITE | | MOBILITE | | INCONTINENCE | |
| BONNE | 4 | BON, ALERTE | 4 | AMBULANT | 4 | TOTALE | 4 | AUCUNE | 4 |
| MOYENNE | 3 | APATHIQUE | 3 | AVEC AIDE / MARCHE | 3 | DIMINUEE | 3 | OCCASIONNELLE | 3 |
| PAUVRE | 2 | CONFUS | 2 | ASSIS | 2 | TRES LIMITEE | 2 | URINAIRE | 2 |
| TRES MAUVAISE | 1 | INCONSCIENT | 1 | TOTALEMENT ALITE | 1 | IMMOBILE | 1 | URINAIRE ET FECALE | 1 |

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

**DATE** : **TOTAL =**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONDITION PHYSIQUE | | ETAT MENTAL | | ACTIVITE | | MOBILITE | | INCONTINENCE | |
| BONNE | 4 | BON, ALERTE | 4 | AMBULANT | 4 | TOTALE | 4 | AUCUNE | 4 |
| MOYENNE | 3 | APATHIQUE | 3 | AVEC AIDE / MARCHE | 3 | DIMINUEE | 3 | OCCASIONNELLE | 3 |
| PAUVRE | 2 | CONFUS | 2 | ASSIS | 2 | TRES LIMITEE | 2 | URINAIRE | 2 |
| TRES MAUVAISE | 1 | INCONSCIENT | 1 | TOTALEMENT ALITE | 1 | IMMOBILE | 1 | URINAIRE ET FECALE | 1 |

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

MCj03316400000[1]**EVALUATION DU MATERIEL**

NOM : Prénom : Date :

**Risque escarre Echelle de Norton** SCORE :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDITION PHYSIQUE** | **ETAT MENTAL** | **ACTIVITE** | **MOBILITE** | **INCONTINENCE** |
| BONNE 4 | BON, ALERTE 4 | AMBULANT 4 | TOTALE 4 | AUCUNE 4 |
| MOYENNE 3 | APATHIQUE 3 | AVEC AIDE/MARCHE 3 | DIMINUEE 3 | OCCASIONNELLE 3 |
| PAUVRE 2 | CONFUS 2 | ASSIS 2 | TRES LIMITEE 2 | URINAIRE 2 |
| TRES MAUVAISE 1 | INCONSCIENT 1 | TOTALEMENT ALITE 1 | IMMOBILE 1 | URINAIRE ET FECALE 1 |

MCj03590550000[1]

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

AMENAGEMENT DU DOMICILE

MATERIEL INDICATIONS

Patient ne pouvant se déplacer et assurer ses transferts seul ❒

Surcharge pondérale ❒

Aucune participation du patient ❒

Difficulté d’installation sur les toilettes ❒

Lève-malade ❒

Verticalisateur ❒

Patient restant longtemps assis ❒

Patient ayant une impossibilité de se maintenir assis sans soutien ❒

Patient ayant des difficultés à se relever ❒

Patient amené à se déplacer à l’extérieur et/ou intérieur ❒

MCj03707220000[1]

Fauteuil roulant ❒

Fauteuil coquille ❒

Fauteuil repos, releveur ❒

Patient atteint d’affection neuromusculaire entraînant un déficit fonctionnel ❒

Lit médicalisé à hauteur variable ❒

Matelas à mémoire de forme Classe 2 ❒ 🡪 Pour patient à moyen et haut risque d’escarres

Matelas gaufrier 3 éléments ❒ 🡪 Pour patient à faible risque et souhaitant être confortablement installé

Barrières ❒

Potence ❒

**ACCESSOIRES DIVERS INDICATIONS**

Anti-escarre

Talonnière en peau de mouton ❒ Patient assis au fauteuil avec risque ≥ 14 ❒

Talonnière en gel ❒ Patient assis au fauteuil avec risque ≤ 14 ❒

MCj02328550000[1]

Coussin gel visco-fluide ❒ Patient souhaitant être confortablement installé dont le risque est faible ≤ 14 ❒ classe I

Coussin visco-flex ❒ Forme anatomique à risque faible ou moyen entre 12 et 14 ❒ classe II

Coussin mousse viscoélastique ❒ Patient assis plus de 10 heures, ayant antécédent d’escarre ❒ classe II

Cale de décubitus semi-latérale ❒ Réduction des points d’appui au niveau des régions sacrée et trochantérienne ❒

Permettre d’éviter que le drap ou la couverture frotte sur les membres blessés ❒

Arceau de lit ❒

MCj03080990000[1]

Patient ayant des difficultés à se déplacer pour se rendre aux toilettes ❒

Patient manquant d’autonomie pour les transferts et les déplacements ❒

Fauteuil garde robe fixe ❒

Fauteuil garde robe à roulettes ❒

Accoudoirs fixes ❒

Accoudoirs escamotables ❒

**AUTRES**

Surélévateur de toilettes ❒ Ayant des difficultés à s’asseoir et se relever ❒

Planche de bain ❒ Manque d’équilibre, besoin de sécurité pour entrer dans sa baignoire ❒

Siège de bain pivotant ❒ Sécurité supérieur ❒

Tabouret ou siège de douche ❒ Difficulté pour prendre une douche seul, manque d’équilibre, de stabilité ou de force ❒

Barre de maintien ❒ Prévention des risques de chutes. Manque d’équilibre. Aide aux transferts, à se relever ❒

TRANSMISSIONSMCEN00906_0000[1]

NOM :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATE / HEURE  NOM / FONCTION | CIBLES | DONNEES / ACTIONS / RESULTATS |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

DIAGNOSTICS INFIRMIERS

MCj04042390000[1]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM : |  |  | DATE : |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  |  |  |  |
| Incapacité d’effectuer ses | liée | \* troubles cognitifs [\_\_]  \* déficit moteur [\_\_]  \* manque de coordination [\_\_]  \* faiblesse / fatigue [\_\_]  \* déficience visuelle [\_\_]  \* manque de motivation [\_\_] | se | \* incapacité à se laver totalement [\_\_] |
| soins personnels | à | manifestant | \* Incapacité à se laver partiellement [\_\_] |
|  |  | par | \* incapacité à s’habiller totalement [\_\_]  \* incapacité à s’habiller partiellement [\_\_] |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
|  |  | \* disposer les vêtements dans l’ordre d’habillage  \* installer le patient dans une position confortable  \* fournir les dispositifs d’adaptation nécessaire  pour favoriser le maximum d’autonomie  \* apprendre au patient à se servir de ces  dispositifs  \* mettre tout le matériel à portée de sa main  \* solliciter la participation du patient  \* valoriser le patient pour ce qu’il a accompli  \* rassurer, déculpabiliser par rapport à son incapacité  \* valoriser le patient pour ce qu’il a accompli  \* assurer la toilette partielle  \* assurer la toilette totale  \* procurer de l’intimité pendant la toilette  \* éduquer l’entourage par rapport aux soins | ….. |  |
| \* le patient développera sa |  | ….. | \* le patient se lave en partie |
| capacité à : |  | ….. | \* le patient se lave en totalité |
| - se laver seul | ….. |  | \* le patient s’habille en partie |
| - se vêtir seul | ….. | ….. | \* le patient s’habille en totalité |
|  |  | ….. | \* le patient a retrouvé une hygiène et un confort satisfaisant |
|  |  | ….. |  |
|  |  | ….. |  |
| \* le patient pourra accepter et « supporter » une toilette adaptée à son état du jour | ….. | …..  ….. |  |
|  |  | …..  …..  ….. |  |
|  |  | ….. |  |

MCj04042390000[1]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM : |  |  | DATE : |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  |  |  |  |
| Altération de l’élimination urinaire | liée | \* déficit cognitif [\_\_] | se | \* incapacité à gérer les mictions le jour [\_\_] |
|  | à | \* perturbation du contrôle des sphincters [\_\_] | manifestant | \* incapacité à gérer les mictions la nuit [\_\_] |
|  |  | \* troubles de la mobilité [\_\_] | par | \* rétention d’urines [\_\_] |
|  |  | \* inadaptation des locaux [\_\_]  \* insuffisance ou incapacité de l’entourage [\_\_] |  |  |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient participe à la gestion de son élimination dans la limite de ses capacités | ….. | \* proposer le bassin et l’urinal à intervalle régulier  \* éduquer le patient à l’utilisation du matériel adapté à intervalles réguliers  \* en cas de sonde urinaire, assurer les soins de  sonde  \* garnir, assurer des changes réguliers avec une toilette | …..  …..  ….. | \* le patient conservera son confort |
| \* le patient obtiendra un confort maximum | ….. | ….. | \* utilisation adaptée du matériel |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  |  | se  manifestant  par |  |
| Altération de l’élimination anale | liée  à | \* altération neuro-musculaire [\_\_]  \* immobilité [\_\_]  \* déficit cognitif [\_\_]  \* traitement [\_\_]  \* déshydratation [\_\_]  \* déséquilibre alimentaire [\_\_]  \* perturbation du contrôle des sphincters [\_\_]  \* difficulté aux déplacements, perte mobilité [\_\_]  \* Inadaptation des locaux ou matériel [\_\_]  \* insuffisance / incapacité d’aide de l’entourage [\_\_] | \* absence de selles pendant plusieurs jours [\_\_]  \* incapacité à gérer l’élimination anale [\_\_]  \* selles dures [\_\_]  \* fécalome [\_\_]  \* selles liquides [\_\_]  \* diarrhée [\_\_] |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | |
| NOM : |  |  | DATE : |  | |
|  |  |  |  |  | |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient participe à la gestion de son élimination dans la limite de ses capacités | ….. | \* expliquer au patient les raisons de sa constipation  \* aider le patient à trouver une position optimale  \* favoriser l’exercice physique  \* proposer une hydratation suffisante  \* conseiller une alimentation riche en fibres  \* garnir et assurer des changes et toilettes régulières  \* proposer bassin ou installation WC à intervalle régulier | …..  …..  …..  …..  …..  …..  ….. | \* fréquence des selles  \* aspect des selles  \* le patient conservera son confort |

MCj04042390000[1]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  | \* déficit moteur et / ou sensoriel [\_\_]  \* altération de la conscience [\_\_]  \* faiblesse [\_\_]  \* douleur [\_\_] |  | \* chutes [\_\_]  \* incapacité à assurer les transferts [\_\_]  \* incapacité à assurer les déplacements [\_\_] |
| Altération de la mobilité | liée | se  manifestant  Par |
| physique | à |
|  |  |
|  |  |  |  |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient utilisera ou acceptera l’utilisation du matériel adapté  \* Maintenir ou améliorer l’autonomie de la personne | …..  ….. | \* expliquer les risques encourus et les mesures de protection qui sont prises  \* prévoir les moments où les chutes peuvent se  produire  \* mettre le lit en position basse  \* mettre les barrières  \* aménager les sangles abdominales quand le patient est au fauteuil  \* aménager l’environnement de manière à éviter les chutes  \* insister auprès du patient sur la nécessité de  demander de l’aide pour se lever  \*mettre en place les moyens humains et/ou le matériel nécessaire | …..  ….. | \* les propos du patient indiquent qu’il a compris les mesures  de sécurité mises en place  \*Le patient se déplace en partie ou totalement seul |
|  |  | …..  ….. |
|  |  |  |
|  |  | ….. |
|  |  | ….. |
|  |  |  |
|  |  | ….. |
|  |  |  |
|  |  | ….. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| NOM : |  |  | DATE : |  |
|  |  |  |  |  |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  |  |  | *MCj04042390000[1]* |
| Altération de la nutrition et | liée | \* difficultés pour mastiquer [\_\_] | se | \* perte de poids [\_\_]  \* prise d’aliments et de liquide insuffisamment [\_\_]  \* troubles trophiques [\_\_]  \* surcharge pondérale [\_\_] |
| de l’hydratation | à | \* difficulté pour déglutir [\_\_] | manifestant |
|  |  | \* faiblesse [\_\_] | par |
|  |  | \* excès d’alimentation [\_\_]  \* insuffisance de l’entourage [\_\_]  \* manque de motivation [\_\_] |  |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient absorbera de la |  | \* conseiller d’installer le patient en position ½ assis ou assis  \* conseiller de donner des aliments de consistance adaptée  \* faire boire régulièrement, utiliser le canard si besoin ou de l’eau gélifiée  \* conseiller de varier les aliments en fonction des  goûts  \* conseiller de prendre le temps nécessaire pour les  repas avec des temps de repos  \* encourager le patient à mettre ses prothèses  dentaires  \* conseiller des suppléments riches en calories et en  protéines, avec l’accord du médecin  \* expliquer les règles d’hygiène alimentaire de base  \* expliquer les dangers d’un excès de poids  \* conseiller l’importance de l’hygiène buccale (soins de bouche) | ….. | \* courbe de poids |
| nourriture et du liquide en |  |  | \* état général |
| quantité suffisante et |  | ….. | \* état de la peau  \* surveiller les signes de déshydratation |
| équilibrée | ….. | ….. |  |
|  |  |  |  |
|  |  | …..  ….. |  |
|  |  | ….. |  |
| \* le patient perdra du poids si besoin |  | ….. |  |
|  |  | ….. |  |
|  |  | ….. |  |
|  |  | ….. |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

MCj04042390000[1]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| NOM : |  |  | DATE : |  |
|  |  |  |  |  |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  |  |  |  |
| Risque d’altération de | liée | \* l’immobilité [\_\_] | se | \* rougeur [\_\_]  \* escarre [\_\_]  \* œdème [\_\_] |
| l’intégrité de la peau | à | \* troubles cognitifs [\_\_] | manifestant |
|  |  | \* déséquilibre de la masse corporelle [\_\_]  \* troubles nutrition [\_\_]  \* incontinence [\_\_] | par |
|  |  |  |  |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient conservera une | ….. | \* expliquer les conséquences possibles de | ….. |  |
| peau saine |  | l’immobilité et les mesures de prévention |  | \* absence d’érosion cutanée |
|  |  | entreprises |  |  |
|  |  | \* utiliser les moyens de prévention | ….. |  |
|  |  | (cerceau, matelas anti-escarres …) |  |  |
|  |  | \* surveiller les points de pression pour prévenir les | ….. |  |
|  |  | érosions |  |  |
|  |  | \* pratiquer des préventions d’escarres | ….. |  |
|  |  | \* faire participer le patient et son entourage aux | ….. |  |
|  |  | changements de position dans la mesure du possible  \*Appliquer les protocoles établis en prescription si pathologie cutanée | ….. |  |
|  |  | \* si incontinence : surveiller +++ la peau, garder les alèses propres et sèches, laver et sécher le | ….. |  |
|  |  | siège aussi souvent que possible |  |  |
|  |  | \* enseigner l’importance d’une bonne alimentation | ….. |  |
|  |  | et hydratation |  |  |
|  |  | \* lever au fauteuil si possible | ….. |  |
|  |  |  |  |  |

MCj04042390000[1]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM : |  |  | DATE : |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *DIAGNOSTIC INFIRMIER* |  |  |  | \*désorientation temporelle partielle [\_\_]  \*désorientation temporelle totale [\_\_]  \*désorientation spaciale partielle [\_\_]  \*désorientation spaciale totale [\_\_]  \*troubles du comportement [\_\_]  \*altération de la communication [\_\_] |
| Altération des opérations de la pensée | liée à | \*facteurs psychologiques [\_\_]  \*facteurs psychologiques ou contextuels [\_\_] | Se manifestant par |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \*Le patient conservera un minimum de repères dans le temps et l’espace | ….. | \*Stimuler la personne, l’aider à se repérer (calendrier, indication, horloge …) | ….. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DIAGNOSTIC INFIRMIER | li  liée à | \* isolement [\_\_]  \* difficulté à parler [\_\_]  \* aphasie globale [\_\_]  \* surdité [\_\_]  \* la langue parlée  \* troubles cognitifs [\_\_] | Se  manifestant  par | \* difficultés à trouver ses mots [\_\_]  \* difficultés à prononcer [\_\_]  \* paroles inappropriées ou répétitives [\_\_]  \* communication par gestes [\_\_] |
| Altération de la  communication |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient communiquera  avec l’équipe soignante et  son entourage (verbalement  et/ou non verbalement) pour  exprimer ses besoins  et/ou non verbalement) pour  exprimer ses besoins | …..  ….. | \* parler lentement et distinctement  \* formuler des questions auxquelles on peut  répondre par oui, non ou par signes  \* encourager le patient à parler  \* le féliciter pour ses efforts  \* évaluer la capacité de paroles, d’écriture et de  lecture  \* fournir d’autres moyens de communication  (ardoise ….) | …..  …..  …..  …..  …..  ….. | \* le patient se fait comprendre  - non verbalement  - verbalement |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM : |  |  | DATE : | MCj04042390000[1] |
| *DIAGNOSTIC INFIRMIER* | liée  à | \* pathologie [\_\_]  \* problème mobilité [\_\_]  \* altération état cutané [\_\_]  \* environnement inadapté [\_\_]  \* incapacité à assumer ses activités quotidiennes [\_\_]  \* sentiment de dévalorisation [\_\_]  \* modification dynamique familiale [\_\_] | se  manifestant  par | \* description verbale de la douleur [\_\_]  \* comportement défensif ou protecteur [\_\_]  \* faciès d’expression douloureuse [\_\_]  \* cris - pleurs – gémissements [\_\_]  \* réactions neuro-végétatives [\_\_]  \* refus de soin [\_\_]  \* modification du statut social [\_\_] |
| Altération du bien être  = douleur (physique/morale) |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient dira qu’il a moins  mal, ou qu’il n’a plus mal  \* Le patient pourra exprimer et évaluer sa douleur | …..  ….. | \* expliquer au patient les causes de sa douleur  \* informer le médecin traitant  \* administrer les antalgiques prescrits, vérifier leur prise et leur efficacité  \* rechercher des méthodes pour réduire l’intensité  \* rechercher à évaluer sa douleur pour la comprendre  \* expliquer que la douleur augmente la sensation de  fatigue  \*faire participer la famille au traitement | …..  …..  …..  …..  …..  …..  ….. | \* ne souffre plus  \* le patient souffre moins et supporte sa douleur  \* le patient est calme  \* le patient est détendu  \* ses constantes sont normales |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  |  |  |  |
| Perturbation du concept de |  | \* perte d’une fonction corporelle [\_\_] | se | \* sentiment de dévalorisation [\_\_] |
| soi, image corporelle, estime | liée | \* incapacité à assumer ses activités quotidiennes [\_\_] | manifestant | \* perception négative de soi [\_\_] |
| de soi | à | \* modification du statut social [\_\_] | par | \* pleurs [\_\_] |
|  |  |  |  | \* agressivité [\_\_] |
|  |  |  |  | \* repli sur soi, dépressif [\_\_] |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* le patient reconnaîtra la |  | \* encourager le patient à exprimer ses sentiments | ….. | \* le patient parle de son état |
| modification de son image |  | \* éviter les critiques négatives | ….. | \* le patient ne pleure plus |
| corporelle | ….. | \* éviter la surprotection | ….. | \* le patient n’est plus agressif envers les autres |
| \* le patient exprimera plus |  | \* encourager le patient à accepter l’aide des autres | ...... |  |
| de confiance dans ses |  | \* examiner avec le patient ses ressources, ses points | ….. |  |
| Aptitudes à (préciser) | ….. | forts |  |  |
|  |  | \* faire participer le patient à ses soins | …... |  |
|  |  | \* féliciter le patient pour ce qu’il a accompli | …… |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM : |  |  | DATE : | MCj04042390000[1] |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *DIAGNOSTIC* *INFIRMIER* |  |  | se  manifestant  par |  |
| Incapacité à gérer son traitement | liée | \* déficit moteur [\_\_]  \* déficit cognitif [\_\_]  \* contexte familial [\_\_] | \* incapacité à préparer son traitement [\_\_]  \* incapacité à prendre son traitement [\_\_] |
|  | à |  |
| OBJECTIFS | DELAI | ACTIONS | A FAIRE | EVALUATION |
| \* Le patient recevra le traitement conformément à la prescription médical en toute sécurité | ….. | \* s’assurer de la préparation du traitement et de sa distribution par un tiers  participer au maintien à domicile | ….. | \* la prescription médicale est respectée |
|  |  |  |  |  |