

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

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

![MCj04414660000[1]]()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** :

![MPj04392890000[1]]()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 :

**![MPj04392890000[1]]()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’EVALUATIONAUTONOMIE GERONTOLOGIQUEGROUPE 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** |  |  |  |  |  |

![MPj03415130000[1]]()**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 ❒

TRANSMISSIONS![MCEN00906_0000[1]]()

NOM :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATE / HEURENOM / 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* |  |  | semanifestantpar |  |
| Altération de l’élimination anale | liéeà | \* 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 | semanifestantPar |
| 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 seproduire\* 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 dedemander 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 mesuresde 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 desgoûts\* conseiller de prendre le temps nécessaire pour lesrepas avec des temps de repos\* encourager le patient à mettre ses prothèsesdentaires\* conseiller des suppléments riches en calories et enprotéines, 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 | liliée 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 besoinset/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* | liéeà | \* pathologie [\_\_]\* problème mobilité [\_\_]\* altération état cutané [\_\_]\* environnement inadapté [\_\_]\* incapacité à assumer ses activités quotidiennes [\_\_]\* sentiment de dévalorisation [\_\_]\* modification dynamique familiale [\_\_] | semanifestantpar | \* 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 moinsmal, 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* |  |  | semanifestantpar |  |
| 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 tiersparticiper au maintien à domicile | ….. | \* la prescription médicale est respectée |
|  |  |  |  |  |