



#### IDENTIFICATION PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
N° registre national : .....  
Date de la prise en charge : ..... Age : .....  
Téléphone fixe : .....  
GSM : .....

Vignette mutuelle

#### INFIRMIÈRE RÉFÉRENTE

Nom : ..... Prénom : .....  
Fixe : ..... Fax : ..... GSM : .....

#### COLLABORATRICES

| Nom, Prénom | GSM |
|-------------|-----|
|             |     |
|             |     |
|             |     |
|             |     |
|             |     |
|             |     |

## ANAMNESE

| Antécédents médicaux | Dates |
|----------------------|-------|
|                      |       |
|                      |       |
|                      |       |
|                      |       |
|                      |       |

| Antécédents chirurgicaux | Dates |
|--------------------------|-------|
|                          |       |
|                          |       |
|                          |       |
|                          |       |
|                          |       |

| Motif de la prise en charge |
|-----------------------------|
|                             |
|                             |
|                             |

| Conditions de vie du patient  |
|---|
| <input type="checkbox"/> vit seul <input type="checkbox"/> vit avec ..... Lien de parenté: .....<br><input type="checkbox"/> valide <input type="checkbox"/> semi-valide <input type="checkbox"/> non valide <input type="checkbox"/> immeuble à étage <input type="checkbox"/> de plain-pied <input type="checkbox"/> lit médicalisé <input type="checkbox"/> perroquet<br><input type="checkbox"/> barrières de sécurité <input type="checkbox"/> chaise roulante <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> coussin anti-escarre<br><b>matelas</b> <input type="checkbox"/> alternating <input type="checkbox"/> à eau <input type="checkbox"/> mousse <input type="checkbox"/> gel |

## ÉVALUATION DE DÉPART

### Communication et état cognitif

- Satisfaisants  Difficiles  Désorientation TS  Agitation  Agressivité  
 **Troubles de la vue:**  lunettes  lentilles  autre: .....  
 **Troubles de l'ouïe:**  appareil auditif  autre: .....  
 **Troubles du langage:**  IMC  aphasie  autre: .....

### Hygiène

- Autonome  Aide partielle  Aide totale

### Etat cutané

- Peau:**  normale  sèche  grasse  déshydratée  fragile  
**Lésion/plaie:**  escarre  ulcère  brûlure  abcès  plaie opératoire  stomie  eczema  psoriasis  mycoses  
 autre: .....

### Mobilisation

- Autonome  Aide partielle  Aide totale  Auxiliaire mécanique: .....  
 **Kiné:**  oui  non  autre: .....

### Elimination

- Autonome pour les urines  Autonome pour les selles  
 **Incontinent pour les urines:**  diurne  nocturne  **Incontinent pour les selles:**  diurne  nocturne  
**Matériel d'incontinence:**  protections  étui pénien  sonde urinaire  stomie  autre: .....  
**Transit:**  normal  diarrhées  constipations **Aide pour se rendre aux toilettes:**  aucune  partielle  totale

### Alimentation

- Autonome  Aide partielle  Aide totale **Appétit:**  bon  moyen  mauvais  à stimuler  
 Troubles de la déglutition  Port de prothèse dentaire  Soins de bouche  
 Régime spécifique: .....

### Sommeil

- Satisfaisant:  sans médicament  avec médicament  
 Insomnie  Difficultés d'endormissement

### Respiration

- Satisfaisante  Dyspnée au repos  Dyspnée à l'effort  Encombrement broncho-pulmonaire  Toux chronique  
 BPCO  Expectorations  Trachéotomie  
 **Oxygène:** débit: .....  
 **Aérosol:** fréquence: ..... / jour - produits: .....  
 **Kiné:** fréquence: ..... / semaine  
 Autre: .....

### Allergies

- Antibiotique:  Iode  Autre médicament  Autre: .....

## PLAN DE SOINS

### Evaluation la douleur

- Localisation  Fréquence  Intensité (de 1 à 10): .....

### Soins d'hygiène

- Toilette au lit  Toilette au lavabo  Douche  Bain  Raser  Phanères  Prothèses  Soins de bouche  
 Soins oculaires  Soins auriculaires

### Prise des paramètres

- TA  Pulsations  Température  Fréquence respiratoire  Glycémie  
 Poids  BMI (= P/T<sup>2</sup>)

### Prévention des escarres

- Massages/frictions  Coussin anti-escarre  talonnettes  Matelas alternating  à eau  mousse  gel  
 **Changement de position:** fréquence: .....  
 Pansement préventif: .....  
 Autre: .....

### Injections

- SC  IM  Perfusion hypodermoclyse  Perfusion IV  Pompe à débit  
 Produit: ..... Dosage: ..... Fréquence: .....  
**Moment:**  Matin  AM  Soir

### Soins de plaies

- Simple  Complexe  Spécifique  Plan de soins de plaie en annexe

### Alimentation

- Normale  Entérale  Parentérale  Autre: .....  
 Produit: ..... Quantité / 24h: ..... Débit: .....

### Traitement médicamenteux

- Préparé par:**  le patient  la famille  l'infirmier **Par:**  jour  semaine (le: ..... )  
**Administré par:**  le patient  la famille  l'infirmier / **le:**  matin  midi  soir  couché

### Prestations techniques:

- Lavage vessie  Sondage vésical in/out  Sondage à demeure  Lavement  Irrigation vaginale  
 Autre: .....

