

Personne concernée :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Demande urgente Oui
 Non

Contexte de la demande :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Changement d'établissement | <input type="checkbox"/> Fin/Retour d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Maintien à domicile difficile |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) | <input type="checkbox"/> Date de sortie envisagée : | <input type="checkbox"/> Directives anticipées |

Etat actuel :

Appareil cardio vasculaire

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie hypertensive | <input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique | <input type="checkbox"/> Trouble du rythme |
| <input type="checkbox"/> Artériopathie | <input type="checkbox"/> Maladie thromboembolique | <input type="checkbox"/> Insuffisance veineuse |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Stimulateur | <input type="checkbox"/> Autre |

Appareil respiratoire

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Autre | |

Système nerveux

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hémiplégie droite- gauche | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Autre | |

Appareil locomoteur

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose symptomatique hanche(s) - genoux - rachis - épaule(s) | <input type="checkbox"/> Osteoporoses |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme inflammatoire | <input type="checkbox"/> Prothèse(s) hanche(s) - genou(x) |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

Appareil digestif

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colopathie | <input type="checkbox"/> Encoprésie | <input type="checkbox"/> Hernie hiatale |
| <input type="checkbox"/> Lithiase | <input type="checkbox"/> Néoplasie digestive | <input type="checkbox"/> Reflux gastro oesophagien |
| <input type="checkbox"/> Sonde gastrique | <input type="checkbox"/> Stomie | |
| Risque de fausse route | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Appareil urinaire

- | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Incontinence |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|

Métabolisme - Endocrinologie - Etat nutritionnel

- | | | |
|---|--|--|
| Taille : | Poids : | <input type="checkbox"/> Amaigrissement récent |
| <input type="checkbox"/> DID | <input type="checkbox"/> DNID | <input type="checkbox"/> Complications |
| <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> Autre |

Ophthalmologie

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cataracte OD/OG | <input type="checkbox"/> Opéré |
| <input type="checkbox"/> Glaucome OD/OG | <input type="checkbox"/> Opéré |
| <input type="checkbox"/> Cécité | |

Surdité

- | | | | | | |
|----------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------|---|
| | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | | |
| appareil | droit | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | gauche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Soins palliatifs

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Autonomie

	Trouble :	Aucun	Léger	Important	Majeur
Désorientation T-S		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capable d'alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tr de la mémoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tr du caractère - agressivité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tr du sommeil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat d�pressif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D�ambulation - fugue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idées délirantes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apathie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désinhibition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conduite a risque

Alcoolisme Oui Non
 Tabac Oui Non
 BMR Oui Non Si oui préciser

Dépendance

	Aide	Aucune	Légère	Importante	Totale
Alimentation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lève du lit / se couche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va aux toilettes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille : se déshabille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monte / descend un escalier		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manœuvre un fauteuil roulant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareillage

<input type="checkbox"/> Cannes	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Prothèses
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Alimentation mixée	<input type="checkbox"/> Appareils dentaires
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Matelas anti escarres	<input type="checkbox"/> Autres

ANTECEDENTS**Médicaux****Chirurgicaux****Psychiatriques****Allergies, intolérances****VACCINATION**

Pneumocoque Oui Non *Dernier rappel le*
 DTP *Dernier rappel le*

ALD

Oui Non Pour quelle pathologie(s) :

TRAITEMENTS ACTUELS ET SOINS**Médicamenteux****Autres**

Kinésithérapie :

Orthophonie :

Soins Infirmiers :

Identité Médecin traitant

Rempli par le Docteur

Date :

Signature et cachet

EVALUATION DES SOINS TECHNIQUES INFIRMIERS

Document médical à mettre sous pli confidentiel

Personne concernée :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

PANSEMENT	Localisation	Stade	Durée du soins	Type pansement
<input type="checkbox"/> Soins d'ulcères				
<input type="checkbox"/> Soins d'escarres				
<input type="checkbox"/> Pansements divers				

Appareillage

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> à oxygène | <input type="checkbox"/> Colostomie | <input type="checkbox"/> Pompe (morphine, insuline...) |
| <input type="checkbox"/> Nasogastrique | <input type="checkbox"/> Urétérostomie | <input type="checkbox"/> Chambre implantable / PICC Line |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Appareillage

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cannes | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Prothèses (dont prothèse dentaire) |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Alimentation mixée | <input type="checkbox"/> Orthèse |
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Matelas anti escarres | <input type="checkbox"/> Appareils dentaires |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |