

DATE: ____ / ____ / ____

Domicile \rightleftarrows Structure de soins

Médecin traitant:  :

Cabinet infirmier:  :

RESEAU NEPALE:  : **01 69 63 29 70**

NOM: _____ **PRENOMS:** _____

DATE de Naissance: ____ / ____ / ____

PERSONNES à Prévenir:

NOM	Lien de Parenté	Téléphones

EVALUATION des BESOINS

Cocher les cases correspondantes

Respirer	Eliminer	Dormir, se reposer
Aérosol <input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire <input type="checkbox"/>	Perturbation sommeil <input type="checkbox"/>
Oxygène <input type="checkbox"/>	Etui pénien <input type="checkbox"/>	Agitation <input type="checkbox"/>
Si oui Débit: _____ l/mn	Sonde à demeure <input type="checkbox"/>	Fatigue <input type="checkbox"/>
Canule trachéale <input type="checkbox"/>	Posée le ____ / ____ / ____	Communication
Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Incontinence fécale <input type="checkbox"/>	Altération <input type="checkbox"/>
Gêne respiratoire <input type="checkbox"/>	Constipation <input type="checkbox"/>	Si oui préciser:
	Date dernières selles ____ / ____ / ____	Prothèse auditive <input type="checkbox"/>
	Colostomie <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>
Boire et manger	Se Mouvoir-Eviter les dangers	Hygiène corporelle
Risque de fausse route <input type="checkbox"/>	Marche avec aide <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Déshydratation <input type="checkbox"/>	Incapacité à la marche <input type="checkbox"/>	Sans aide <input type="checkbox"/>
Régime <input type="checkbox"/>	Appui autorisé <input type="checkbox"/>	Soin bouche <input type="checkbox"/>
Si oui lequel _____	Barrières <input type="checkbox"/>	Score NORTON _____
Repas mixé <input type="checkbox"/>	Déambulateur/canne <input type="checkbox"/>	
Mange seul <input type="checkbox"/>	Kinésithérapeute <input type="checkbox"/>	
Prothèse dentaire <input type="checkbox"/>	Bas de contention <input type="checkbox"/>	
Douleur	Constantes ce jour	
Localisation:	TA	Pouls
EVA : 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	FR	T°

SOINS INFIRMIERS PRESCRITS

Perfusions				
Voie:	S/C <input type="checkbox"/>	Périphérique <input type="checkbox"/>	CIP <input type="checkbox"/>	KT central <input type="checkbox"/>
Cathéter ou Aiguille de Huber Posé le ____ / ____ / ____ ou Pansement KT fait le ____ / ____ / ____				
Soluté et protocole:				
Traitement injectable/infuseurs				
Dernière injection effectuée le ____ / ____ / ____ à H				
Dernière injection effectuée le ____ / ____ / ____ à H				
Dernière injection effectuée le ____ / ____ / ____ à H				
Pompe d'Analésie Contrôlée PCA				
Produit:	Concentration:	mg/ml	Poche changée le	____ / ____ / ____
Débit:	ml/h	Bolus:	mg	Limite:
Alimentation Entérale				
Sonde nasogastrique <input type="checkbox"/>	Gastrostomie <input type="checkbox"/>	Jéjunostomie <input type="checkbox"/>		
Mélanges nutritifs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mode d'administration:	gravité	Pompe	Temps de passage	h/ ml
Protocole Pansement				
Localisation :	Dernier pansement effectué le ____ / ____ / ____			
Protocole:				
Localisation :	Dernier pansement effectué le ____ / ____ / ____			
Protocole:				
Localisation :	Dernier pansement effectué le ____ / ____ / ____			
Protocole				

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Transmission de:

Fonction:

Coordonnées: