

## ADMINISTRATIF



NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ NUM SS : \_\_\_\_\_ MUTUELLE : \_\_\_\_\_

NOM ET PRENOM DU MEDECIN : \_\_\_\_\_ NUMERO FINESS : \_\_\_\_\_ DEBUT DES SOINS : \_\_\_\_\_

SOINS EN RAPPORT AVEC : ALD AT AUTRE \* TA : \* Fréquence respiratoire :

Critères de majoration (choix multiples possibles) : IMC&gt;30 - trétraplegie - grabataire - patient opposant ou agité - soins palliatifs / fin de vie - enfants de moins de 15 ans - locaux insalubres - sanitaire non adaptés absence d'aidant ou aidant inadapté - matériel médical d'aide au soins refusés ou non utilisable au domicile

## ENVIRONNEMENT / TEST SEGA

AIDANT NATUREL :	OUI	NON	AIDANT PROFESSIONNELS :	OUI	NON	si oui lesquels (kine, ergo, etc...) :
POIDS :		TAILLE :	GIR (entre 1 et 6) :			NOMBRE DE MEDICAMENTS PAR JOUR :
HUMEUR :			NORMALE		PARFOIS ANXIEUX OU TRISTE	DEPRIME
PERCEPTION DE SANTE (par rapport aux personnes du même âge) :			MEILLEURE SANTE		SANTE EQUIVALENTE	MOINS BONNE SANTE
CHUTE DANS LES 6 DERNIER MOIS :			AUCUNE CHUTE		UNE CHUTE SANS GRAVITE	CHUTES MULTIPLES OU COMPLIQUEES
NUTRITION :			POIDS STABLE		PERTE D'APPETIT DEPUIS 15J OU PERTE DE 3KG EN 3 MOIS	DENUTRITION FRANCHE
MALADIES ASSOCIEEES :			ABSENCE DE MALADIE		DE 1 A 3 MALADIES	PLUS DE 3 MALADIES
VIE QUOTIDIENNE (repas, médicaments, téléphone, transports) :			INDEPENDANCE		AIDE PARTIELLE	INCAPACITE
MOBILITE (se lever/marcher) :			INDEPENDANCE		SOUTIEN	INCAPACITE
CONTINENCE (urinaire et/ou fécale) :			CONTINENCE		INCONTINENCE OCCASIONNELLE	INCONTINENCE PERMANENTE
PRISE DES REPAS :			INDEPENDANCE		AIDE PONCTUELLE	ASSISTANCE COMPLETE
FONCTIONS COGNITIVES (mémoire orientation) :			NORMALES		PEU ALTEREES	TRES ALTEREES(confusion aigüe, démence)
HOSPITALISATION AU COURS DES 6 DERNIER MOIS :			AUCUNE		1 HOSPIT < à 3 mois	PLUSIEURS HOSPIT >3 MOIS
VISION :			NORMALE		DIMINUEE	TRES DIMINUEE
AUDITION :			NORMALE		DIMINUEE	TRES DIMINUEE
ENTOURAGE :			COUPLE (ou famille)		SEUL SANS AIDE	SEUL AVEC AIDE
AIDE A DOMICILE PRO :			AUCUN BESOIN		AIDE UNIQUE OCCASIONNELLE	AIDE QUOTIDIENNE OU MULTIPLE
AIDANT NATUREL :			AUCUN BESOIN		AIDE UNIQUE OCCASIONNELLE	AIDE QUOTIDIENNE OU MULTIPLE
PERCEPTION DE LA CHARGE PAR LES PROCHES :			SUPPORTABLE		IMPORTANTE	TROP IMPORTANTE
HABITAT :			ADPATE		PEU ADAPTE	INADEQUAT
SITUATION FINANCIERE :			PAS DE PROBLEME		AIDE DÉJÀ EN PLACE	PROBLEME IDENTIFIE ET ABSENCE D'AIDE
PERSPECTIVE D'AVENIR SELON LA PERSONNE :			MAINTIEN LIEU DE VIE ACTUEL		MAINTIEN AVEC RENFORCEMENT DES AIDES	CHANGEMENT DE LIEU DE VIE SOUHAITE
PERSPECTIVES D'AVENIR SELON L'ENTOURAGE :			INDEPENDANCE		AIDE PONCTUELLE	ASSISTANCE COMPLETE

## INTERVENTIONS INFIRMIERS

## DESCRIPTION EXACTES DES SOINS ET NOMBRES DE PASSAGES PAR JOUR/SEMAINE:

**Soins de base** : sur les plans de l'alimentation ; respi cardio ; élimination ; hygiène ; mobilisation et ttt et douleur**Relationnel** précisez si : communication non verbale - tb comportementaux importants et chroniques - anxio dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement sur l'activité - tb démentiels - tb psychiatriques sévère avec incurie - situation de crise (annonce)**Educatif** : (pathologie chronique ? Laquelle ?) (suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe ? Lequel ?) apprentissage d'autosoins ?**Technique** : (bio, psmt, saignées, injections, aérosols, pénilex, SAD, perf, extraction fécalomes, DID, dialyses, etc..)

\* possibilité de télécharger gratuitement sur portable, pour vous aider, l'application "MemoIDE" sur le store (utilisation sans avoir besoin d'internet)