



Nom :

Prénom :

## Planning des intervenants auprès du patient

Profession	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Médecin							
Infirmière							

Exemples d'intervenants : famille, kiné, aide-ménagère, assistante sociale, auxiliaire de vie, portage des repas...

Nom :

Prénom :

## DOSSIER MEDICAL PARTAGE

Histoire succincte de la maladie

Antécédents Médicaux - Chirurgicaux

Médecin :

Allergies, Intolérances :











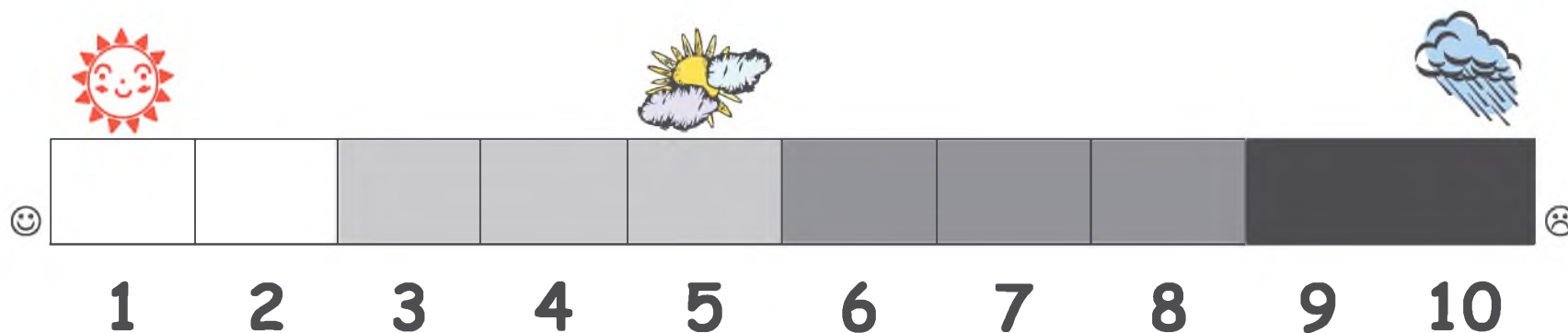






# OUTILS D'EVALUATION

## Evaluation de la DOULEUR



## ECHELLE DE NORTON

(Evaluation du risque d'Escarres)

Présence d'Escarres au début de la prise en charge			Oui	Non
ETAT GENERAL	ETAT MENTAL	ACTIVITE AUTONOMIE	MOBILITE ALITE	INCONTINENCE
BON 4	BON 4	SANS AIDE 4	TOTALE 4	AUCUNE 4
MOYEN 3	APATHIQUE 3	AVEC AIDE 3	DIMINUEE 3	PARFOIS 3
MAUVAIS 2	CONFUS 2	ASSIS 2	TRES LIMITEE 2	URINAIRE 2
TRES MAUVAIS 1	INCONSCIENT 1	TOTALEMENT ALITE 1	IMMOBILE 1	URINAIRE ET FECALE 1
Additionner les chiffres correspondants. Un patient sondé n'est pas considéré comme incontinent. Compter 3 pour un patient porteur d'un étui pénien en l'absence d'incontinence fécale.				
SCORE SUPERIEUR A 14 : SANS RISQUE			SCORE INFERIEUR A 14 : RISQUE	

Les résultats de ces évaluations sont à reporter sur le Diagramme Soins Infirmiers

## LEGENDES SOINS AU PATIENT

BESOINS FONDAMENTAUX <i>V. Henderson</i>	DIAGNOSTIC INFIRMIER Exemples	SOINS DE BASE Hygiène Observation Surveillance Prévention	SOINS TECHNIQUES Divers
<b>1 RESPIRER</b> <b>2 BOIRE MANGER</b>	Mode de respiration inefficace Déficit nutritionnel Risque de fausse route	<b>ALIMENTATION</b> Repas Normal Mixé 1/4 1/2 R Rien Ration Hydrique Verres/Bols	Aspiration bronchique  <b>TRAITEMENTS</b> Préparation Administration Surveillance Injection IV IM SC ... <b>SURVEILLANCE Paramètres</b> Poids dextrO diUrèse
<b>3 ELIMINER</b>	Altération de l'élimination urinaire Constipation	<b>ELIMINATION</b> Bassin Urinal Penilex Stomie Installation WC / Garde-robe Change Protection poche Urines Vomissement Aliment Sang Bile	<b>ELIMINATION</b> Microlax Suppo Normacol Lavement évacuateur Pose Sonde Vésicale
<b>4 SE MOUVOIR</b> Maintenir une bonne posture	Altération de la mobilité physique	<b>LOCOMOTION MOBILISATION</b> Mobilisation Active Aide à la marche Canne Installation Fauteuil Déambulateur Fauteuil roulant Réfection lit Coussin anti-escarre	Pose sonde gastrique Alimentation par sonde Pansement Stonies Pansements Pansement simple
<b>5 DORMIR et SE REPOSER</b>	Perturbation des habitudes de sommeil	<b>HYGIENE CONFORT</b> Stimulation Toilette Toilette Lit L Lavabo la Soins Bucco-dentaires Rasage Soins Oculaires Bain B Aide Partielle / Totale Habillage Déshabillage Capiluve Pédiluve Protection Cutanée Visage Jambe Bras Mains... Prévention Escarre Talon Sacrum...	Prélèvements Soins oculaires collyre médicamenteux  Pose perfusion simple périphérique SC IV
<b>6 SE VETIR ET SE DEVETIR</b>	Incapacité partielle ou totale de se vêtir Incapacité à soigner son apparence Hypothermie / Hyperthermie	<b>RELATION EDUCATION</b> Accueil du malade Recueil de données Information Malade / Famille Relation d'aide Entretien Apprentissage Aménagement cadre de vie Matériels Rangement attaches Barrières	<b>ELIMINATION Déchets</b> Pose Perfusion Continue Chimiothérapie Court Lourd Très lourd Dialyse péritonéale Héparinisation Gripper
<b>7 MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS</b> Dans les limites de la normale	Atteinte à l'intégrité de la peau		
<b>8 ETRE PROPRE</b> Protéger ses téguments	Douleur Risque d'accident Négligence de l'hémicorps Altération de la perception sensorielle Altération de la communication verbale Troubles de la mémoire		
<b>9 EVITER LES DANGERS</b>	Détresse spirituelle		
<b>10 COMMUNIQUER</b>	Sentiment d'impuissance Perturbation de l'estime de soi Perturbation dans l'exercice du rôle		
<b>11 AGIR selon ses croyances et ses valeurs</b>	Manque de loisirs		
<b>12 S'OCCUPER en vue de SE REALISER</b>	Manque de connaissances		
<b>13 SE RÉCRÉER</b>			
<b>14 APPRENDRE</b>			

# LEGISLATION ET RECOMMANDATIONS

## A L'ATTENTION DES INFIRMIERES et INFIRMIERS LIBERAUX

### A LEGISLATION

L'infirmière est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers (Article 2 Décret n° 93-345 du 15 mars 1993)

### B LE DOSSIER DE SOINS

Le DOSSIER DE SOINS est un document individualisé et actualisé regroupant les informations concernant une personne soignée.

Élément fondamental pour la cohérence et la continuité des soins, il est le support du processus de soins infirmiers (Terminologie des Soins Infirmiers - B.O. N° 86/21 bis). Ce dossier de soins permet l'identification du rôle propre infirmier, la concrétisation du diagnostic infirmier qui constitue une aide aux pratiques de soins et à l'évaluation.

### C LE DOSSIER DE SOINS AU DOMICILE

L'expérience et l'évolution du système de soins montrent qu'une équipe pluridisciplinaire, au domicile du patient, participe à une meilleure prise en charge globale de la personne soignée. Cette pluridisciplinarité met en évidence la nécessité d'un outil professionnel permettant l'amélioration de la qualité des soins dans leur efficacité et leur continuité.

## A L'ATTENTION DES AIDANTS PROFESSIONNELS ET DE LA FAMILLE

### RECOMMANDATIONS

La mise en œuvre de méthodes de travail permet de mieux connaître la personne à aider, de comprendre ses demandes et donc de proposer une réponse plus personnalisée et un meilleur suivi de l'aide et des soins auprès du patient. Les transmissions doivent se faire par écrit, par tout soignant, aidant naturel ou professionnel (fiche observations transmissions...) en mentionnant la date, l'heure, le nom de l'intervenant et la synthèse des faits importants à rapporter.

En cas **d'urgence**, il est impératif de joindre par téléphone le médecin, l'infirmière ou la famille selon le cas (rappel des numéros de téléphone en première page de ce dossier). Cet appel sera notifié par écrit.

### CADRE DU MAINTIEN A DOMICILE

#### Rendre compte et transmettre l'information

Il est fréquent que dans une même catégorie de personnel, ce ne soit pas toujours la même personne qui intervienne.

Il est donc absolument indispensable qu'une transmission se fasse pour un bon suivi de la personne aidée et une cohésion dans le travail.

D'autre part, rendre compte à la famille, au responsable du service d'aide à domicile, est également indispensable pour la personne aidée et pour les personnes intervenant.

Il faut donc que la personne intervenante fasse une synthèse de son travail et des faits importants à relater.

**ARCHIVAGE  
DES DIAGRAMMES DE SOINS  
INFIRMIERS**



Nom :

Prénom :

## DIAGRAMME SOINS INFIRMIERS

Date

Heure

**SOINS DE BASE HYGIENE OBSERVATION PREVENTION**

Légendes choisies

Score de Norton

**SOINS TECHNIQUES**

Légendes choisies

Traitements donnés

**RELATION EDUCATION**

Légendes choisies

Evaluation Douleur, EVA, 1à10

**SURVEILLANCE**

Diurèse     $\pi$     TA     $\theta$     Poids :

2000    110    16    40°

500    80    10    37°

Transit

Signature I.D.E



Nom :

Prénom :

## DIAGRAMME SOINS INFIRMIERS

Date

Heure

**SOINS DE BASE HYGIENE OBSERVATION PREVENTION**

Légendes choisies

Score de Norton

**SOINS TECHNIQUES**

Légendes choisies

Traitements donnés

**RELATION EDUCATION**

Légendes choisies

Evaluation Douleur, EVA, 1à10

**SURVEILLANCE**

Diurèse  $\pi$  TA  $\theta$  Poids :

2000 110 16 40°

500 80 10 37°

Transit

Signature I.D.E

Nom :

Prénom :

## DIAGRAMME SOINS INFIRMIERS

Date

Heure

**SOINS DE BASE HYGIENE OBSERVATION PREVENTION**

Légendes choisies

Score de Norton

**SOINS TECHNIQUES**

Légendes choisies

Traitements donnés

**RELATION EDUCATION**

Légendes choisies

Evaluation Douleur, EVA, 1à10

**SURVEILLANCE**

Diurèse  $\pi$  TA  $\theta$  Poids :

2000 110 16 40°

500 80 10 37°

Transit

Signature I.D.E

Nom :

Prénom :

## DIAGRAMME SOINS INFIRMIERS

Date

Heure

*SOINS DE BASE HYGIENE OBSERVATION PREVENTION*

Légendes choisies

Score de Norton

*SOINS TECHNIQUES*

Légendes choisies

Traitements donnés

*RELATION EDUCATION*

Légendes choisies

Evaluation Douleur, EVA, 1à10

*SURVEILLANCE*

Diurèse  $\pi$  TA  $\theta$  Poids :

2000 110 16 40°

500 80 10 37°

Transit

Signature I.D.E

Nom :

Prénom :

## DIAGRAMME SOINS INFIRMIERS

Date

Heure

**SOINS DE BASE HYGIENE OBSERVATION PREVENTION**

Légendes choisies

Score de Norton

**SOINS TECHNIQUES**

Légendes choisies

Traitements donnés

**RELATION EDUCATION**

Légendes choisies

Evaluation Douleur, EVA, à10

**SURVEILLANCE**

Diurèse  $\pi$  TA  $\theta$  Poids :

2000 110 16 40°

500 80 10 37°

Transit

Signature I.D.E















## DOCUMENTS A CONSERVER

1. Fiche de Liaison

2. Prescriptions Médicales

3. Résultats d'Examens

4. Démarches de Soins Infirmiers



A conserver dans la pochette  
du classeur



# FICHE DE LIAISON DES SOINS INFIRMIERS

NOM DU SERVICE	N° tél :
Fiche élaborée par :	Fait le :

<b>IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNEE</b>			
Nom :	Prénom :	Né(e) le :	Age :
Langue :	Religion :	Coutumes :	
Personne à prévenir :	N° Tél :		
Personne prévenue :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

<b>ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL</b>			
Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
Vit en famille <input type="checkbox"/>	Vit seul <input type="checkbox"/>	En établissement <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
<b>SUIVI SOCIAL :</b> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Nom :	

MEDECIN GENERALISTE :	IDE LIBERALE :
-----------------------	----------------

<b>MOTIF DU TRANSFERT, RESUME :</b>
-------------------------------------

## SOINS DE BASE

ALIMENTATION ET HYDRATATION	ELIMINATION
Normale <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/>	Urines : continent <input type="checkbox"/> incontinent <input type="checkbox"/>
Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/>	Selles : continent <input type="checkbox"/> incontinent <input type="checkbox"/>
Prothèse dentaire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Respiration : normale <input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/>
HYGIENE ET CONFORT	LOCOMOTION - MOBILISATION
Hygiène : Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/>	Autonome <input type="checkbox"/>
Habillage : Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>
Sommeil : Normal <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Suppléance <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>

## SOINS TECHNIQUES

Allergies :	

## SOINS RELATIONNELS ET EDUCATIF

<p><b>S'exprime :</b> avec cohérence <input type="checkbox"/>      avec difficultés <input type="checkbox"/></p> <p><b>Altération des sens :</b> OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/> prothèse auditive      OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/> lunettes      OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>Perception du danger :</b> OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p> <p><b>Comportement :</b> agité <input type="checkbox"/>      désorienté <input type="checkbox"/> incohérent <input type="checkbox"/>      calme <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Se rendre utile :</b></p> <p><b>Centres d'intérêt :</b></p> <p><b>Compréhension et connaissance de la maladie :</b></p>
---	---

## SYNTHESE DES SOINS INFIRMIERS EN COURS

	Heure	Soins du rôle propre	Soins sur prescription médicale
Fait			
A faire			Voir prescription médicale

## OBJECTIFS EN COURS

Examens et consultations prévus	Perspectives
	Retour à domicile <input type="checkbox"/> Etablissement de soins <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>