



Association Loi 1901

Groupe de Recherche et d'Etudes S.S.I.A.D Touraine

DOSSIER DE SOINS

N° DOSSIER :

NOM :

PRENOM :

@@@@@@

Date de prise en charge N°1 [] [] [] []
Date de fin de prise en charge [] [] [] []

Date de prise en charge N°2 [] [] [] []
Date de fin de prise en charge [] [] [] []

Date de prise en charge N°3 [] [] [] []
Date de fin de prise en charge [] [] [] []

Date de prise en charge N°4 [] [] [] []
Date de fin de prise en charge [] [] [] []

Date de prise en charge N°5 [] [] [] []
Date de fin de prise en charge [] [] [] []

IDENTIFICATION DU PATIENT



BENEFICIAIRE :

NOM : Prénom :
Nom de jeune fille : Situation de famille :
Date et lieu de naissance : Nationalité :

Adresse

Profession antérieure :
Lien avec l'assuré :

ASSURE :

NOM : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Caisse d'assurance maladie :

Prise en charge 100% du bénéficiaire : OUI ↘ NON ↘

N° immatriculation :
Code gestion :
Mutuelle :
.....

Caisse de retraite :

Pension d'invalidité :
Allocation Compensatrice Tiers Personne :
Allocation Retour d'Hospitalisation :

Allocation Personnalisée Autonomie :

Allocation Adulte Handicapé :
Autres :

NOM :



SITUATION FAMILIALE ET ENVIRONNEMENT

Personne(s) vivant au foyer :

Nombre d'enfants :

Personnes à contacter :

NOM	LIEN	ADRESSE	☎	CLE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tuteur - curateur :

Médecin traitant :

Médecin spécialiste :

Infirmière :

Kinésithérapeute :

Pédicure :

Orthophoniste :

Pharmacien :

Assistante sociale :

NOM :



PRISE EN CHARGE

Date d'entrée initiale :

PRESENTATION DE LA PRISE EN CHARGE :

Origine de l'appel :

Circonstance de la prise en charge :

Conditions de vie :

Aidant principal :

Type d'habitat :

HABITAT

DONNEES SUPPLEMENTAIRES			
	OUI	NON	OBSERVATIONS
Ville			
Campagne			
Maison			
Collectif			
Ascenseur			
Eau chaude			
Chauffage			
Chambre individuelle			
W.C			
Lavabo – évier			
Facilité de déplacement			
Salubrité			
Confort			

NOM :



MATERIEL MEDICAL

DONNEES SUPPLEMENTAIRES			
	OUI	NON	OBSERVATIONS
Lit médicalisé			
Matelas anti-escarre			
Potence			
Barrières			
Adaptable			
Bassin			
Urinal			
Montauban			
Réhausseur W.C			
Fauteuil roulant			
Fauteuil coquille			
Déambulateur			
Canne/canne anglaise			
Baignoire/douche			
Siège baignoire			
Planche			
Monte escalier			
Lève-malade/verticalisateur			
Coussin anti-escarre			
Aspiration			
Oxygène/extracteur			



NOM :

PRESENTATION DU PATIENT :

Physique :

Psychologique :

Histoire de vie / projet de vie:

DIAGNOSTIC DE PRISE EN CHARGE :

ANTECEDENTS MEDICAUX / CHIRURGICAUX :

TRAITEMENT à l'entrée

Préparé par :

Distribué par :

ALLERGIES :

NOM :



SOINS INFIRMIERS :

SOINS AIDE-SOIGNANTE :

SOINS KINE :

Nature des aides (extérieur au service)

- aide concernant l'orientation ou la cohérence
- aide à la toilette ou à l'habillage
- aide à l'alimentation
- aide aux transferts et/ou aux déplacements
- aide administrative, à la gestion
- aide au ménage ou à la cuisine
- aide au suivi du traitement
- aide pour l'entretien du linge
- aide pour plus de trois des items précédents
- aucune

Autres intervenants

- aide à domicile (aide ménagère, garde à domicile...)
- service de portage de repas
- entourage ou famille
- autre intervenant paramédical
- accueil ou centre de jour
- autre
- pédicure
- secteur psychiatrique
- aucun

NOM :

ANAMNESE



BESOINS	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
RESPIRER						
Respiration normale						
Tabagisme						
Dyspnée d'effort						
Dyspnée de repos						
Encombrement						
Toux						
Cyanose						
Oxygénothérapie						
BOIRE ET MANGER						
Prothèse dentaire						
Haut						
Bas						
Ne les porte pas						
Problème dentaire						
Alimentation : <u>Su</u> suffisante <u>SP</u> spontané <u>I</u> insuffisante (indiquer S ou SP ou I)						
Perte d'appétit						
Perte de poids						
Perte de goût						
Difficultés Déglutition						
Troubles digestifs						
Régime :						
Nutrition entérale :						
Complément alimentaire :						
Aide pour préparer :						
Aide pour se servir :						
Aide pour manger :						
Hydratation : <u>Su</u> suffisante <u>SP</u> spontané <u>I</u> insuffisante (indiquer S ou SP ou I)						
Troubles de la déglutition						
Eau gélifiée :						
ELIMINER						
Contenance urinaire						
Incontinence urinaire occasionnelle						
Incontinence urinaire diurne						
Incontinence urinaire nocturne						
Aide à satisfaire (humaine)						
Contenance anale						
Incontinence anale occasionnelle						
Incontinence anale diurne						
Incontinence anale nocturne						
Colostomie						
Aide à satisfaire (humaine)						
Troubles du transit						
Constipation						
Selles liquides						
Fécalome						
Douleurs abdominales						

NOM :



BESOINS	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
ELIMINER						
DISPOSITIFS						
SONDE / taille :						
ETUI PENIEN/ taille :						
JOUR						
NUIT						
PROTECTION						
JOUR						
NUIT						
MOYENS						
W.C						
Bassin						
Montauban						
Urinal						
SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE						
Droitier						
Gaucher						
Transferts						
Se couche seul(e)						
Avec aide (préciser)						
Se lève du lit seul(e)						
Avec aide (préciser)						
S'assoit seul(e)						
Avec aide (préciser)						
Se lève du fauteuil seul(e)						
Avec aide (préciser)						
Déplacements						
Se déplace habituellement seul(e)						
A l'intérieur						
A l'extérieur						
Se déplace avec du matériel :						
En se tenant aux meubles						
Avec aide humaine						
Descend les escaliers						
Risque de chutes						
Lit / fauteuil						
Alitement permanent						
Douleur à la mobilisation						
Peur de tomber						
PARTICULARITES						
Rétractions :						
Paralysies :						
Prothèses orthopédiques :						
Amputations :						
Contention prescrite :						

NOM :



BESOINS	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
DORMIR ET SE REPOSER						
Sommeil en qualité et quantité suffisante						
Insomnie						
Angoisse						
Besoin d'uriner						
Difficulté d'endormissement						
Prise de somnifère :						
Sieste						
SE VETIR ET SE DEVETIR						
S'habille seul(e)						
Se déshabille seul(e)						
Aide habituelle d'un tiers						
Partiellement						
Totalement						
Difficulté à attacher ou détacher les vêtements						
Capable de préparer ses vêtements						
Contention :						
ETRE PROPRE, SOIGNER ET PROTEGER SES TEGUMENTS						
Toilette au lavabo						
Aide partielle						
Aide totale						
Stimulation						
Douche/Bain						
Toilette intime au lit						
Toilette totale au lit						
Hygiène bucco dentaire seul(e)						
Rasage						
Seul						
Avec aide						
Rasage mécanique						
Rasage électrique						
Etat cutané						
Peau saine						
Rougeur						
Escarres						
Ulcères						
Oedèmes						
EVITER LES DANGERS						
Risque de fugue						
Sait avertir en cas de danger						
Risque de chutes						
Vit seul au domicile						
Risque lié au suivi du traitement						
Autres :						

NOM :



BESOINS	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
COMMUNIQUER / SE COMPORTER						
Vie familiale / sociale						
Communication adaptée						
Communication non adaptée						
Maîtrise de la langue française						
Troubles de l'expression						
Trachéotomie						
Audition correcte						
Appareillage						
Vision correcte						
Lunettes						
Communication non verbale						
Isolement volontaire						
Isolement involontaire						
Perte de mémoire						
Gestes déplacés						
Violences verbales						
Violences physiques						
Agitation						
Apathie / repli sur soi						
S'ORIENTER						
Bonne orientation temporelle						
Perturbé épisodiquement						
Aucun repère						

Bonne orientation spatiale						
Perturbé épisodiquement						
Aucun repère						
ETAT PSYCHOLOGIQUE						
Bon état psychologique						
Etat dépressif						
Angoisse						
Agressivité						
Agitation						
Indifférence						
Incohérence						
Troubles psychiatriques						
AGIR SELON SES CROYANCES, SES VALEURS						
Frustration						
Perte de l'estime de soi						
Croyances religieuses						
S'OCCUPER						
Accomplit seul ses formalités						
Les accomplit avec aide						
Ne les accomplit pas du tout						
Accomplit ses tâches ménagères						
Les accomplit avec une aide						
Ne les accomplit pas du tout						
A des activités de loisirs						
APPRENDRE						
Cherche à s'informer sur l'extérieur						

**GRILLE D'ÉVALUATION
AUTONOMIE
GERONTOLOGIQUE
GROUPE ISO-
RESSOURCE**

AGGIR

VARIABLES	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
COHERENCE					
ORIENTATION					
TOILETTE	Haut				
	Bas				
HABILLAGE	Haut				
	Moyen				
	Bas				
ALIMENTATION	Se servir				
	Manger				
ELIMINATION	Urinaire				
	Fécale				
TRANSFERTS					
DEPLACEMENTS INTERIEUR					
DEPLACEMENT EXTERIEUR					
COMMUNICATION A DISTANCE					
GESTION					
CUISINE					
MENAGE					
TRANS"PORTS					
ACHATS					
SUIVI DU TRAITEMENT					
ACTIVITES DU TEMPS LIBRE					
SCORE					

EVALUATION RISQUE ESCARRE ECHELLE DE NORTON

NOM :

Prénom :

DATE :

TOTAL =

CONDITION PHYSIQUE	ETAT MENTAL	ACTIVITE	MOBILITE	INCONTINENCE					
				AMBULANT	TOTALE	AUCUNE			
BONNE	4	BON, ALERTE	4	4	4	4			
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	AVEC AIDE / MARCHE	3	DIMINUEE	3	OCCASIONNELLE	3
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRES LIMITEE	2	URINAIRE	2
TRES MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT ALITE	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FECALE	1

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

DATE :

TOTAL =

CONDITION PHYSIQUE	ETAT MENTAL	ACTIVITE	MOBILITE	INCONTINENCE					
				AMBULANT	TOTALE	AUCUNE			
BONNE	4	BON, ALERTE	4	4	4	4			
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	AVEC AIDE / MARCHE	3	DIMINUEE	3	OCCASIONNELLE	3
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRES LIMITEE	2	URINAIRE	2
TRES MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT ALITE	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FECALE	1

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

DATE :

TOTAL =

CONDITION PHYSIQUE	ETAT MENTAL	ACTIVITE	MOBILITE	INCONTINENCE					
				AMBULANT	TOTALE	AUCUNE			
BONNE	4	BON, ALERTE	4	4	4	4			
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	AVEC AIDE / MARCHE	3	DIMINUEE	3	OCCASIONNELLE	3
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRES LIMITEE	2	URINAIRE	2
TRES MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT ALITE	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FECALE	1

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

EVALUATION DU MATERIEL

NOM :

Prénom :

Date :

Risque escarre Echelle de Norton

SCORE :

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE	
BONNE	4	BON, ALERTE	4	AMBULANT	4	TOTALE	4	AUCUNE	4
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	AVEC AIDE/MARCHE	3	DIMINUEE	3	OCCASIONNELLE	3
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRES LIMITEE	2	URINAIRE	2
TRES MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT ALITE	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FECALE	1

14 à 20 = risque minimum

Moins de 14 = risque élevé de développer une escarre

AMENAGEMENT DU DOMICILE

MATERIEL

INDICATIONS

Patient ne pouvant se déplacer et assurer ses transferts seul ↵
 Surcharge pondérale ↵
 Aucune participation du patient ↵
 Difficulté d'installation sur les toilettes ↵

Lève-malade ↵

Verticalisateur ↵

Patient restant longtemps assis ↵

Patient ayant une impossibilité de se maintenir assis sans soutien ↵

Patient ayant des difficultés à se relever ↵

Patient amené à se déplacer à l'extérieur et/ou intérieur ↵

Fauteuil roulant ↵

Fauteuil coquille ↵

Fauteuil repos, releveur ↵

Patient atteint d'affection neuromusculaire entraînant un déficit fonctionnel ↵

Lit médicalisé à hauteur variable ↵

Matelas à mémoire de forme Classe 2 ↵ ≠ Pour patient à moyen et haut risque d'escarres

Matelas gaufrier 3 éléments ↵ ≠ Pour patient à faible risque et souhaitant être confortablement installé

Barrières ↵

Potence ↵

ACCESSOIRES DIVERS

INDICATIONS

Anti-escarre

Talonnère en peau de mouton ↵
Talonnère en gel ↵

Patient assis au fauteuil avec risque ≥ 14 ↵
Patient assis au fauteuil avec risque ≤ 14 ↵

Coussin gel visco-fluide ↵

Patient souhaitant être confortablement installé dont le risque est faible ≤ 14 ↵ classe I

Coussin visco-flex ↵

Forme anatomique à risque faible ou moyen entre 12 et 14 ↵ classe II

Coussin mousse viscoélastique ↵

Patient assis plus de 10 heures, ayant antécédent d'escarre ↵ classe II

Cale de décubitus semi-latérale ↵

Réduction des points d'appui au niveau des régions sacrée et trochantérienne ↵

Arceau de lit ↵

Permettre d'éviter que le drap ou la couverture frotte sur les membres blessés ↵

Patient ayant des difficultés à se déplacer pour se rendre aux toilettes ↵
Patient manquant d'autonomie pour les transferts et les déplacements ↵

Fauteuil garde robe fixe ↵

Fauteuil garde robe à roulettes ↵

Accoudoirs fixes ↵

Accoudoirs escamotables ↵

AUTRES

Surélévateur de toilettes ↵

Ayant des difficultés à s'asseoir et se relever ↵

Planche de bain ↵

Manque d'équilibre, besoin de sécurité pour entrer dans sa baignoire ↵

Siège de bain pivotant ↵

Sécurité supérieur ↵

Tabouret ou siège de douche ↵

Difficulté pour prendre une douche seul, manque d'équilibre, de stabilité ou de force ↵

Barre de maintien ↵

Prévention des risques de chutes. Manque d'équilibre. Aide aux transferts, à se relever ↵



TRANSMISSIONS

NOM :

DATE / HEURE NOM / FONCTION	CIBLES	DONNEES / ACTIONS / RESULTATS

DIAGNOSTICS INFIRMIERS

NOM :

DATE :

<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>				
Incapacité d'effectuer ses soins personnels	liée à	<ul style="list-style-type: none"> * troubles cognitifs [__] * déficit moteur [__] * manque de coordination [__] * faiblesse / fatigue [__] * déficience visuelle [__] * manque de motivation [__] 	se manifestant par	<ul style="list-style-type: none"> * incapacité à se laver totalement [__] * Incapacité à se laver partiellement [__] * incapacité à s'habiller totalement [__] * incapacité à s'habiller partiellement [__]
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> * le patient développera sa capacité à : <ul style="list-style-type: none"> - se laver seul - se vêtir seul * le patient pourra accepter et « supporter » une toilette adaptée à son état du jour 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> * disposer les vêtements dans l'ordre d'habillage * installer le patient dans une position confortable * fournir les dispositifs d'adaptation nécessaire pour favoriser le maximum d'autonomie * apprendre au patient à se servir de ces dispositifs * mettre tout le matériel à portée de sa main * solliciter la participation du patient * valoriser le patient pour ce qu'il a accompli * rassurer, déculpabiliser par rapport à son incapacité * valoriser le patient pour ce qu'il a accompli * assurer la toilette partielle * assurer la toilette totale * procurer de l'intimité pendant la toilette * éduquer l'entourage par rapport aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> * le patient se lave en partie * le patient se lave en totalité * le patient s'habille en partie * le patient s'habille en totalité * le patient a retrouvé une hygiène et un confort satisfaisant

NOM :

<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>				
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
<p>Altération de l'élimination urinaire</p>	<p>liée à</p>	<ul style="list-style-type: none"> * déficit cognitif [__] * perturbation du contrôle des sphincters [__] * troubles de la mobilité [__] * inadaptation des locaux [__] * insuffisance ou incapacité de l'entourage [__] 	<p>se manifestant par</p>	<ul style="list-style-type: none"> * incapacité à gérer les mictions le jour [__] * incapacité à gérer les mictions la nuit [__] * rétention d'urines [__]
<p>* le patient participe à la gestion de son élimination dans la limite de ses capacités</p> <p>* le patient obtiendra un confort maximum</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> * proposer le bassin et l'urinal à intervalle régulier * éduquer le patient à l'utilisation du matériel adapté à intervalles réguliers * en cas de sonde urinaire, assurer les soins de sonde * garnir, assurer des changes réguliers avec une toilette 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> * le patient conservera son confort * utilisation adaptée du matériel
<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>				
<p>Altération de l'élimination anale</p>	<p>liée à</p>	<ul style="list-style-type: none"> * altération neuro-musculaire [__] * immobilité [__] * déficit cognitif [__] * traitement [__] * déshydratation [__] * déséquilibre alimentaire [__] * perturbation du contrôle des sphincters [__] * difficulté aux déplacements, perte mobilité [__] * Inadaptation des locaux ou matériel [__] * insuffisance / incapacité d'aide de l'entourage [__] 	<p>se manifestant par</p>	<ul style="list-style-type: none"> * absence de selles pendant plusieurs jours [__] * incapacité à gérer l'élimination anale [__] * selles dures [__] * fécalome [__] * selles liquides [__] * diarrhée [__]

NOM :

DATE :

OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
* le patient participe à la gestion de son élimination dans la limite de ses capacités	* expliquer au patient les raisons de sa constipation * aider le patient à trouver une position optimale * favoriser l'exercice physique * proposer une hydratation suffisante * conseiller une alimentation riche en fibres * garnir et assurer des changes et toilettes régulières * proposer bassin ou installation WC à intervalle régulier	..... ..... ..... ..... ..... .....	* fréquence des selles * aspect des selles * le patient conservera son confort

NOM :

DATE :

DIAGNOSTIC INFIRMIER				
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
Altération de la mobilité physique	liée à	<ul style="list-style-type: none"> * déficit moteur et / ou sensoriel [__] * altération de la conscience [__] * faiblesse [__] * douleur [__] 	se manifestant Par	<ul style="list-style-type: none"> * chutes [__] * incapacité à assurer les transferts [__] * incapacité à assurer les déplacements [__]
<ul style="list-style-type: none"> * le patient utilisera ou acceptera l'utilisation du matériel adapté * Maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> * expliquer les risques encourus et les mesures de protection qui sont prises * prévoir les moments où les chutes peuvent se produire * mettre le lit en position basse * mettre les barrières * aménager les sangles abdominales quand le patient est au fauteuil * aménager l'environnement de manière à éviter les chutes * insister auprès du patient sur la nécessité de demander de l'aide pour se lever *mettre en place les moyens humains et/ou le matériel nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> * les propos du patient indiquent qu'il a compris les mesures de sécurité mises en place *Le patient se déplace en partie ou totalement seul

NOM :

DATE :

<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>				
Altération de la nutrition et de l'hydratation	liée à	<ul style="list-style-type: none"> * difficultés pour mastiquer [__] * difficulté pour déglutir [__] * faiblesse [__] * excès d'alimentation [__] * insuffisance de l'entourage [__] * manque de motivation [__] 	se manifestant par	<ul style="list-style-type: none"> * perte de poids [__] * prise d'aliments et de liquide insuffisamment [__] * troubles trophiques [__] * surcharge pondérale [__]
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> * le patient absorbera de la nourriture et du liquide en quantité suffisante et équilibrée * le patient perdra du poids si besoin	.....	<ul style="list-style-type: none"> * conseiller d'installer le patient en position ½ assis ou assis * conseiller de donner des aliments de consistance adaptée * faire boire régulièrement, utiliser le canard si besoin ou de l'eau gélifiée * conseiller de varier les aliments en fonction des goûts * conseiller de prendre le temps nécessaire pour les repas avec des temps de repos * encourager le patient à mettre ses prothèses dentaires * conseiller des suppléments riches en calories et en protéines, avec l'accord du médecin * expliquer les règles d'hygiène alimentaire de base * expliquer les dangers d'un excès de poids * conseiller l'importance de l'hygiène buccale (soins de bouche) 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> * courbe de poids * état général * état de la peau * surveiller les signes de déshydratation

NOM :

DATE :

<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>				
Risque d'altération de l'intégrité de la peau	liée à	<ul style="list-style-type: none"> * l'immobilité <input type="checkbox"/> * troubles cognitifs <input type="checkbox"/> * déséquilibre de la masse corporelle <input type="checkbox"/> * troubles nutrition <input type="checkbox"/> * incontinence <input type="checkbox"/> 	se manifestant par	<ul style="list-style-type: none"> * rougeur <input type="checkbox"/> * escarre <input type="checkbox"/> * œdème <input type="checkbox"/>
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
* le patient conservera une peau saine	.....	<ul style="list-style-type: none"> * expliquer les conséquences possibles de l'immobilité et les mesures de prévention entreprises * utiliser les moyens de prévention (cerceau, matelas anti-escarres ...) * surveiller les points de pression pour prévenir les érosions * pratiquer des préventions d'escarres * faire participer le patient et son entourage aux changements de position dans la mesure du possible * Appliquer les protocoles établis en prescription si pathologie cutanée * si incontinence : surveiller +++ la peau, garder les alèses propres et sèches, laver et sécher le siège aussi souvent que possible * enseigner l'importance d'une bonne alimentation et hydratation * lever au fauteuil si possible 	<ul style="list-style-type: none"> 	* absence d'érosion cutanée

NOM :

DATE :

DIAGNOSTIC INFIRMIER	liée à	*facteurs psychologiques [__] *facteurs psychologiques ou contextuels [__]	Se manifestant par	*désorientation temporelle partielle [__] *désorientation temporelle totale [__] *désorientation spatiale partielle [__] *désorientation spatiale totale [__] *troubles du comportement [__] *altération de la communication [__]
Altération des opérations de la pensée				
OBJECTIFS	DELAJ	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
*Le patient conservera un minimum de repères dans le temps et l'espace	.....	*Stimuler la personne, l'aider à se repérer (calendrier, indication, horloge ...)	.....

DIAGNOSTIC INFIRMIER	liée à	* isolement [__] * difficulté à parler [__] * aphasie globale [__] * surdité [__] * la langue parl�e * troubles cognitifs [__]	Se manifestant par	* difficultés à trouver ses mots [__] * difficultés à prononcer [__] * paroles inappropriées ou répétitives [__] * communication par gestes [__]
Altération de la communication				
OBJECTIFS	DELAJ	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
* le patient communiquera avec l'équipe soignante et son entourage (verbalement et/ou non verbalement) pour exprimer ses besoins et/ou non verbalement) pour exprimer ses besoins	.....	* parler lentement et distinctement * formuler des questions auxquelles on peut répondre par oui, non ou par signes * encourager le patient à parler * le féliciter pour ses efforts * �valuer la capacité de paroles, d'écriture et de lecture * fournir d'autres moyens de communication (ardoise ....)	.....	* le patient se fait comprendre - non verbalement - verbalement

NOM :

DATE :

<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>	liée à	<ul style="list-style-type: none"> * pathologie <input type="checkbox"/> * problème mobilité <input type="checkbox"/> * altération état cutané <input type="checkbox"/> * environnement inadapté <input type="checkbox"/> * incapacité à assumer ses activités quotidiennes <input type="checkbox"/> * sentiment de dévalorisation <input type="checkbox"/> * modification dynamique familiale <input type="checkbox"/> 	se manifestant par	<ul style="list-style-type: none"> * description verbale de la douleur <input type="checkbox"/> * comportement défensif ou protecteur <input type="checkbox"/> * faciès d'expression douloureuse <input type="checkbox"/> * cris - pleurs – gémissements <input type="checkbox"/> * réactions neuro-végétatives <input type="checkbox"/> * refus de soin <input type="checkbox"/> * modification du statut social <input type="checkbox"/>
Altération du bien être = douleur (physique/morale)				
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> * le patient dira qu'il a moins mal, ou qu'il n'a plus mal * Le patient pourra exprimer et évaluer sa douleur 	<p>.....</p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> * expliquer au patient les causes de sa douleur * informer le médecin traitant * administrer les antalgiques prescrits, vérifier leur prise et leur efficacité * rechercher des méthodes pour réduire l'intensité * rechercher à évaluer sa douleur pour la comprendre * expliquer que la douleur augmente la sensation de fatigue *faire participer la famille au traitement 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ne souffre plus * le patient souffre moins et supporte sa douleur * le patient est calme * le patient est détendu * ses constantes sont normales

<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>				
Perturbation du concept de soi, image corporelle, estime de soi	liée à	* perte d'une fonction corporelle [] * incapacité à assumer ses activités quotidiennes [] * modification du statut social []	se manifestant par	* sentiment de dévalorisation [] * perception négative de soi [] * pleurs [] * agressivité [] * repli sur soi, dépressif []
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
* le patient reconnaîtra la modification de son image corporelle	.....	* encourager le patient à exprimer ses sentiments * éviter les critiques négatives * éviter la surprotection	..... .....	* le patient parle de son état * le patient ne pleure plus * le patient n'est plus agressif envers les autres
* le patient exprimera plus de confiance dans ses Aptitudes à (préciser)	.....	* encourager le patient à accepter l'aide des autres * examiner avec le patient ses ressources, ses points forts * faire participer le patient à ses soins * féliciter le patient pour ce qu'il a accompli	..... ..... .....

NOM

DATE :

<i>DIAGNOSTIC INFIRMIER</i>				
Incapacité à gérer son traitement	liée à	* déficit moteur [__] * déficit cognitif [__] * contexte familial [__]	se manifestant par	* incapacité à préparer son traitement [__] * incapacité à prendre son traitement [__]
OBJECTIFS	DELAI	ACTIONS	A FAIRE	EVALUATION
* Le patient recevra le traitement conformément à la prescription médical en toute sécurité	.....	* s'assurer de la préparation du traitement et de sa distribution par un tiers participer au maintien à domicile	.....	* la prescription médicale est respectée