

SSIAD de
PROJET DE SOINS PERSONNALISÉ
Avenant n° au document individuel de prise en charge

NOM : **PRÉNOM :** **Date :** .. / .. / ..

Date de première prise en charge : .. / .. / ..

Personnes présentes pour l'entretien :

ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL

INTERVENANTS EXTERIEURS

Aide à domicile : Oui Non Nom de l'association :

Mode d'intervention :

Aides financières : AP PCH

Infirmière libérale : Oui Non
 Nom :

Soins, fréquence, horaires :

Kinésithérapeute : Oui Non
 Nom :

Fréquence, horaires :

Accueil de jour : Oui Non Journée Demi-journée

Jours d'accueil : L Ma Me J V

Equipe Spécialisée Alzheimer : Oui Non

Portage repas : Oui Non Nom :

Télé assistance : Oui Non Nom :

Autre intervenant paramédical (préciser) : Oui Non

EVALUATION DE L'AUTONOMIE :

Cohérence : oui perturbée non

Orientation : oui perturbée non

Toilette : Autonome Aide partielle Aide totale

Alimentation / hydratation : Autonome Aide partielle Aide totale

Incontinence urinaire : Oui Occasionnelle Non Aide à satisfaire
 Protections Etui pénien Sonde urinaire Poche de cystostomie

Incontinence anale : Oui Occasionnelle Non Aide à satisfaire
 Protections Poche de colostomie

Transferts : Autonome Aide partielle Aide totale

Déplacements : Autonome Aide partielle Aide totale

EXPRESSION PAR LA PERSONNE DE SES CAPACITES :

.....

.....

.....

.....

HABITUDES DE VIE / HABITUDES SPIRITUELLES / LOISIRS ET CENTRES D'INTERET :

.....

.....

.....

.....

EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE :

Echelle de Norton : oui non

EVALUATION DE LA DOULEUR

EN EVA DOLOPLUS

CONTENTION

Type de contention date dernière prescription :

.....

MATERIEL MEDICAL D'AIDE AUX SOINS A METTRE EN PLACE

.....

ATTENTES

De la personne soignée :

.....

De l'aidant principal :

.....

OBJECTIFS PERSONNALISES

Objectifs	Moyens / actions	Modalités d'évaluation / résultats

PLAN DE SOINS AIDE SOIGNANTRéévaluation : oui non**PRECONISATIONS COMPLEMENTAIRES****FREQUENCE DES INTERVENTIONS**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Matin
<input type="checkbox"/> Après midi	<input type="checkbox"/> Après midi	<input type="checkbox"/> Après midi	<input type="checkbox"/> Après midi	<input type="checkbox"/> Après midi	<input type="checkbox"/> Après midi	<input type="checkbox"/> Après midi
<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/> Soir

À :**Le Bénéficiaire ou son représentant légal****Nom :****Signature :****Ne peut pas signer :** _**en deux exemplaires****L'infirmière coordinatrice****Nom :****Signature :**