

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

NOM :	Prénom :	Date admission en S.S.I.A.D :
ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL (situation familiale, entourage..) :		
AIDES FINANCIERES :		
Plan APA :		
Aide sociale :		
Autre :		
INTERVENANTS EXTERIEURS :		
Aide à domicile :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> Association :
Mode d'intervention :		
Infirmier(e)/ Centre de soins :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mode d'intervention :		
Kinésithérapeute :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mode d'intervention :		
Autre intervenant paramédical (préciser) :		
Mode d'intervention :		
Accueil temporaire :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Lieu :		
Accueil de jour :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mode d'intervention :		
Portage repas :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Organisme :		
Télé assistance :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Organisme :		

EVALUATION DE L'AUTONOMIE **GIR =**

Déplacements	autonome <input type="checkbox"/>	aide partielle <input type="checkbox"/>	aide totale <input type="checkbox"/>
Transferts	autonome <input type="checkbox"/>	aide partielle <input type="checkbox"/>	aide totale <input type="checkbox"/>
Continence urinaire <input type="checkbox"/>			
	Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/>	Incontinence totale <input type="checkbox"/>	Protections <input type="checkbox"/>
	Cathé sus pubien <input type="checkbox"/>	Etui pénui <input type="checkbox"/>	Sonde urinaire <input type="checkbox"/>
Continence anale <input type="checkbox"/>			
	Incontinence occasionnelle <input type="checkbox"/>	Incontinence totale <input type="checkbox"/>	Protections <input type="checkbox"/>
	Poche de stomie <input type="checkbox"/>		
Cohérence	oui <input type="checkbox"/>	perturbée <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Orientation	oui <input type="checkbox"/>	perturbée <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Alimentation/Hydratation	autonome <input type="checkbox"/>	aide partielle <input type="checkbox"/>	aide totale <input type="checkbox"/>
Observations complémentaires : _____			

SOINS Modalités détaillés dans la plan de soins aide soignante

Toilette au lit :	partielle <input type="checkbox"/>	complète <input type="checkbox"/>	Toilette lavabo :	partielle <input type="checkbox"/>	complète <input type="checkbox"/>
Douche :	<input type="checkbox"/>	Prévention d'escarres :	<input type="checkbox"/>	Change protection :	<input type="checkbox"/>
Rasage :	<input type="checkbox"/>	Capiluve :	<input type="checkbox"/>	Soins de bouche :	<input type="checkbox"/>
		Pédiluve :	<input type="checkbox"/>	Bas de contention :	<input type="checkbox"/>
Habillage :	autonome <input type="checkbox"/>	aide partielle <input type="checkbox"/>	aide totale <input type="checkbox"/>		
Lever :	<input type="checkbox"/>	Coucher :	<input type="checkbox"/>	Autres :	_____

MATERIEL MEDICAL :

Existant : _____

A mettre en place : _____

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

Surveillance de l'état général <input type="checkbox"/>	Surveillance de l'état cutané <input type="checkbox"/>
Surveillance de l'hydratation/alimentation <input type="checkbox"/>	Surveillance de l'élimination <input type="checkbox"/>
Maintenir une hygiène corporelle <input type="checkbox"/>	Surveillance de la prise thérapeutique <input type="checkbox"/>
Maintien de l'autonomie physique et psychique <input type="checkbox"/>	Aide au retour de l'autonomie <input type="checkbox"/>
Assurer des soins de confort <input type="checkbox"/>	
Autres : _____	

FREQUENCE DES INTERVENTIONS DU S.S.I.A.D **Nombre de passage :** **fois/semaine**

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI	
Matin	Après midi	Matin	Après midi	Matin	Après midi	Matin	Après midi
VENDREDI		SAMEDI		DIMANCHE		Autres passages :	
Matin	Après midi	Matin	Après midi	Matin	Après midi		

A : _____ **Le :** _____ en deux exemplaires

L'Infirmière coordinatrice :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE **GIR =**

Déplacements autonome aide partielle aide totale
Transferts autonome aide partielle aide totale

Continence urinaire
 Incontinence occasionnelle Incontinence totale Protections
 Cathé sus pubien Etui pénuï Sonde urinaire

Continence anale
 Incontinence occasionnelle Incontinence totale Protections
 Poche de stomie

Cohérence oui perturbée non
Orientation oui perturbée non

Alimentation/Hydratation autonome aide partielle aide totale

Observations complémentaires : _____

SOINS Modalités détaillés dans la plan de soins aide soignante

Toilette au lit : partielle complète **Toilette lavabo :** partielle complète
Douche : **Prévention d'escarres :** **Change protection :**
Rasage : **Capiluve :** **Pédiluve :** **Soins de bouche :** **Bas de contention :**
Habillage : autonome aide partielle aide totale
Lever : **Coucher :** **Autres :** _____

MATERIEL MEDICAL :

Existant : _____

A mettre en place : _____

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

Surveillance de l'état général Surveillance de l'état cutané
 Surveillance de l'hydratation/alimentation Surveillance de l'élimination
 Maintenir une hygiène corporelle Surveillance de la prise thérapeutique
 Maintien de l'autonomie physique et psychique Aide au retour de l'autonomie
 Assurer des soins de confort
 Autres : _____

FREQUENCE DES INTERVENTIONS DU S.S.I.A.D **Nombre de passage :** **fois/semaine**

LUNDI		MARDI		MERCREDI		JEUDI	
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
VENDREDI		SAMEDI		DIMANCHE		Autres passages :	
Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir		

A : _____ **Le :** _____ en deux exemplaires
L'Infirmière coordinatrice :