



# 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 : APA  ..... 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 SOIGNANT**Réévaluation :  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 :** .....**en deux exemplaires****Le Bénéficiaire ou son représentant légal****L'infirmière coordinatrice****Nom :****Nom :****Signature :****Signature :****Ne peut pas signer :**