

# DOSSIER DE SOINS PARTAGÉ



Je soussigné( e ) .....  
Autorise les professionnels de santé à utiliser ce dossier pour une bonne coordination des soins.

Date

Signature

*Ce dossier reste au domicile du patient pendant la durée des soins mais reste la propriété du cabinet infirmier responsable des soins qui en assurera l'archivage.*



# CONTACTS-ÉTAT CIVIL

## CONTACTS ET INTERVENANTS

MÉDECIN \_\_\_\_\_

INFIRMIER (IÈRES) \_\_\_\_\_

MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE \_\_\_\_\_

LABORATOIRE \_\_\_\_\_  
PHARMACIE \_\_\_\_\_

MATÉRIEL MÉDICAL-PRESTATAIRE \_\_\_\_\_

AMBULANCE \_\_\_\_\_

SERVICE DE SOINS \_\_\_\_\_  
ASSISTANTE SOCIALE \_\_\_\_\_

ASSOCIATION \_\_\_\_\_

CURATEUR/TUTEUR \_\_\_\_\_

LIVRAISON DE REPAS \_\_\_\_\_

AIDE-MÉNAGÈRE \_\_\_\_\_

AMIS-VOISIN \_\_\_\_\_

TÉLÉALARME \_\_\_\_\_

## ÉTAT CIVIL

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

N° TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_

PERSONNES À PRÉVENIR

NOM \_\_\_\_\_

QUALITÉ \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

QUALITÉ \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

QUALITÉ \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_



# RENSEIGNEMENTS

NOM: \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_ DDN: \_\_\_\_\_

MOTIF DE LA PRISE EN CHARGE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX-  
CHIRURGICAUX

ALLERGIES CONNUES

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES





# PLANNING DES INTERVENANTS AUPRÈS DU PATIENT

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_ DDN: \_\_\_\_\_

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
INFIRMIER							

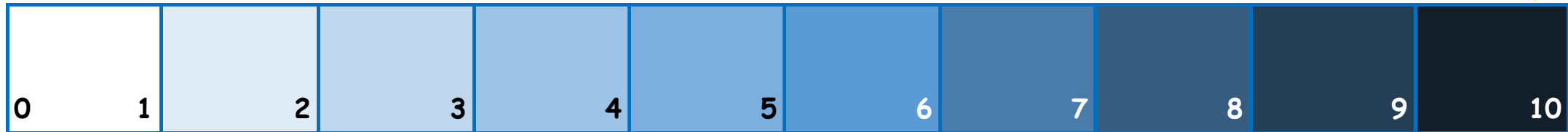
Exemples d'intervenants: famille, kiné, aide-ménagère, assistante sociale, auxiliaire de vie, portage des repas...





# OUTILS D'ÉVALUATION

## ÉVALUATION DE LA DOULEUR



## ÉCHELLE DE NORTON

PRÉSENCE D'ESCARRES AU DÉBUT DE LA PRISE EN CHARGE			OUI	NON
ÉTAT GÉNÉRAL	ÉTAT MENTAL	ACTIVITÉ AUTONOMIE	MOBILITÉ	INCONTINENCE
BON 4	BON 4	SANS AIDE 4	TOTALE 4	AUCUNE 4
MOYEN 3	APATHIQUE 3	AVEC AIDE 3	DIMINUÉE 3	PARFOIS 3
MAUVAIS 2	CONFUS 2	ASSIS 2	TRÈS LIMITÉE 2	URINAIRE 2
TRÈS MAUVAIS 1	INCONSCIENT 1	TOTALEMENT ALITÉ 1	IMMOBILE 1	URINAIRE ET FÉCALE 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 SUPÉRIEUR À 14: SANS RISQUE**

**SCORE INFÉRIEUR À 14: RISQUE**



# OBSERVATIONS-TRANSMISSIONS-SURVEILLANCE-PROBLÈMES

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_ DDN: \_\_\_\_\_

DATE/HEURE		SIGNATURE











# FICHE DE LIAISON INFIRMIÈRE-1

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_ DDN: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

## CONTACTS

CABINET INFIRMIER: \_\_\_\_\_

FICHE ÉLABORÉE PAR: \_\_\_\_\_

FAIT LE: \_\_\_\_\_

MÉDECIN GÉNÉRALISTE: \_\_\_\_\_

## MOTIF DU TRANSFERT

## ANTÉCÉDENTS/ALLERGIES CONNUES

## ENTOURAGE DE LA PERSONNE SOIGNÉE

PERSONNE A PRÉVENIR: \_\_\_\_\_

N° TEL: \_\_\_\_\_

PERSONNE A PRÉVENIR: \_\_\_\_\_

N° TEL: \_\_\_\_\_

PERSONNE PRÉVENUE: OUI  NON

## ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

CÉLIBATAIRE  MARIÉ(E)  VEUF(VE)

VIT EN FAMILLE  VIT SEUL(E)

SUIVI SOCIAL : OUI  NON  NOM: \_\_\_\_\_

## RENDEZ-VOUS PRÉVUS (NATURE, LIEU, DATE)



# FICHE DE LIAISON INFIRMIÈRE-2

## PSYCHOLOGIE

### ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT

### ENTOURAGE

## AUTONOMIE

	Seul	Aide partielle	Aide totale	<u>SOINS PARTICULIERS:</u>
LEVER				
MARCHE				
REPAS				
TOILETTE				

## ÉTAT DE CONSCIENCE-COMMUNICATION-SOMMEIL

NORMAL <input type="checkbox"/>		Non	Un peu	Oui	Lunettes <input type="checkbox"/>
	Désorientation				Prothèses auditives <input type="checkbox"/>
	Somnolence				Observations:
	Agitation				
	Difficultés à s'exprimer				
	Difficultés à dormir				

## RESPIRATION

NORMALE <input type="checkbox"/>	Encombrement <input type="checkbox"/> Autre.....	KINÉSITHÉRAPIE
	Trachéotomie <input type="checkbox"/> n°..... Date de changement:	
	O2 <input type="checkbox"/> Débit:..... Aspiration <input type="checkbox"/> Aérosol <input type="checkbox"/>	Locomotrice <input type="checkbox"/>
	Médicaments (*ordonnance à joindre obligatoirement): .....	Autre: .....
	.....	



# FICHE DE LIAISON INFIRMIÈRE-3

## NUTRITION- ALIMENTATION

NORMALE

Régime:

Prothèse dentaire

Fausse route

Sonde d'alimentation  
Type:

Gavage

Nausées

Vomissements

Observations:

## ÉLIMINATION

NORMALE

URINAIRE

Incontinence

Diurne

Nocturne

Stomie

Étui pénien  n°

SAD n°:

Date de changement:

NORMALE

FÉCALE

Incontinence

Stomie

Type de poche:

Diarrhée

Constipation

Dernières selles:

Observations:

## ÉTAT CUTANÉ

NORMAL

Rougeurs

Érosion simple

Escarre constituée

Localisation: Fesses  Talons  Autre:

Ulcères  Localisation:

Plaie chirurgicale  Localisation:

Brûlure  Localisation:

Protocole appliqué:



# FICHE DE LIAISON INFIRMIÈRE-4

## DOULEUR

<b>ABSENCE</b>	Aigue <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/>  Mobilisation <input type="checkbox"/>	Localisation:
		Dernière EVA: <span style="float: right;">Autre:</span>
		Traitement en cours (*ordonnance à joindre obligatoirement):

## VOIE D'ABORD

<b>SANS</b> <input type="checkbox"/>	Cathéter veineux court <input type="checkbox"/>	Voie veineuse centrale <input type="checkbox"/>	Chambre implantable <input type="checkbox"/>	Cathlon sous-cutané <input type="checkbox"/>
	Posé le :	Pansement fait le:	Aiguille posée le:	Posé le:
Observations particulières:				

DERNIER BILAN SANGUIN (type et date)

--



# FICHE DE LIAISON INFIRMIÈRE-5

## TRAITEMENT EN COURS (\*ordonnance à joindre obligatoirement)

Traitement per os: nature, dose du médicaments, mode, horaire d'administration.

Traitement injectable: nature, dose du médicament, mode, horaire d'administration

NOM IDE:

SIGNATURE