DOSSIER DE SOINS PARTAGÉ de :

Je, soussigné(e) _____, autorise les professionnels de santé à utiliser ce dossier pour une bonne coordination de mes soins.

Date : / / Signature :

Ce dossier reste la propriété du patient qui le conservera.

Cabinet infirmier :

Ce dossier de soins partagé est téléchargeable sur le site internet de l'URPS Infirmière PACA :

http://goo.gl/am8DbF

urps Infirmière PACA
Union Régionale des Professionnels de Santé

Administratif

Dossier partagé & Traitement

Evaluation du patient

Soins infirmiers

Surveillance spécifique

Fiches de liaison

Le patient

Nom		Prénom		N° de S.S.	
Date de naissance	/ /	Âge		Mutuelle	
Adresse		Lieu de naissance		ALD	
		Téléphone		AMO %	AMC %

Personnes ressources

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

Personnes à prévenir

Nom	Prénom	Qualité	Téléphone

Contacts médicaux / paramédicaux

Profession	Nom	Téléphone
Médecin		
Pharmacien		
Prestataire matériel médical		
Masseur kiné		
Laboratoire		
Ambulance / taxi		
Autres		

Contacts cabinet infirmier

Nom	Téléphone	Signature	Initiales

Volontés du patient

Directives anticipées :	☐ oui	☐ non
Don d'organes :	☐ oui	☐ non
Date :	/ /	
Signature du patient :		

Urgences

SAMU	15
Police secours	17
Pompiers	18

Contacts sociaux

Profession	Nom	Téléphone	Commentaires
Assistance sociale			
Aide à domicile			
AVS / AMP			
Livraison de repas			
Aide ménagère			
Amis			
Voisins			
Bénévole			
Télé-alarme			
Autres			

Planning des intervenants à domicile

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	Matin / Midi / Soir	Matin / Midi / Soir	Matin / Midi / Soir	Matin / Midi / Soir	Matin / Midi / Soir	Matin / Midi / Soir	Matin / Midi / Soir
Médecin							
Infirmière							
Kiné							
Portage des repas							
Aide-ménage							
AVS							
Podologue							
Orthophoniste							
Autre							

Dossier partagé

Histoire de la maladie

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Allergies

Fiche de traitement (à remplir par le médecin)

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE			
	Matin	Midi	Soir	Coucher

Voir Ordonnances

Suivi des rendez-vous médicaux

Date	Médecin	Observations	Traitements	Examens	Divers	Prochaine visite

Suivi des rendez-vous médicaux

Date	Médecin	Observations	Traitements	Examens	Divers	Prochaine visite

Fiche d’évaluation de la douleur

Date	IDEL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Commentaires

Echelle de Norton (évaluation du risque d'escarres)

Présence d'escarres au début de la prise en charge : ☐ OUI ☐ NON

Les résultats de ces évaluations sont à reporter sur le Diagramme de Soins Infirmiers.

Etat général	
Bon	4
Moyen	3
Mauvais	2
Très mauvais	1
Additionner les chiffres	

Etat mental	
Bon	4
Apathique	3
Confus	2
Inconscient	1
+	

Activité / autonomie	
Sans aide	4
Avec aide	3
Assis	2
Totalement alité	1
+	

Mobilité / alité	
Totale	4
Diminuée	3
Très limité	2
Immobile	1
+	

Incontinence *	
Aucune	4
Parfois	3
Urinaire	2
Urinaire et fécale	1
+	

Total
Score > 14 Sans risque
Score < 14 Risque
=

* 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.

Evaluation de l'état nutritionnel (MNA - Mini Nutritional Assessment)

Âge		Sexe		Poids		Taille		Hauteur du genou	

INDICES ANTHROPOMÉTRIQUES

1- Indice de masse corporelle

$$IMC = \frac{\text{Poids (en kg)}}{\text{Taille}^2 \text{ (en m)}}$$

☐ IMC < 19	0
☐ 19 ≤ IMC < 21	1
☐ 21 ≤ IMC < 23	2
☐ IMC > 23	3

2- Circonférence brachiale (en cm)

☐ CB < 21	0
☐ 21 ≤ CB ≤ 22	0,5
☐ CB > 23	1

3- Circonférence du mollet (en cm)

☐ < 31	0
☐ ≥ 31	1

4- Perte de poids récente (moins de 3 mois)

☐ > 3 kg	0
☐ Ne sait pas	1
☐ De 1 à 3 kg	2
☐ Pas de perte	3

ÉVALUATION GLOBALE

5- Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

☐ Non	0
☐ Oui	1

6- Prend-il plus de 3 médicaments ?

☐ Oui	0
☐ Non	1

7- Maladie aigüe ou stress psychologique lors des 3 dernier mois ?

☐ Oui	0
☐ Non	1

8- Motricité

☐ Du lit au fauteuil	0
☐ Autonome à l'intérieur	1
☐ Sort du domicile	2

9- Problèmes neurologiques

☐ Démence / dépression sévère	0
☐ Démence / dépression modérée	1
☐ Pas de problèmes psychologiques	2

10- Escarres ou plaies cutanées

☐ Oui	0
☐ Non	1

ÉVALUATION SUBJECTIVE

11- Le patient se considère-t-il comme bien nourri (problèmes nutritionnels) ?

☐ Malnutrition sévère	0
☐ Ne sait pas ou malnutrition modérée	1
☐ Pas de problèmes de malnutrition	2

12- Le patient se sent-il en meilleure santé ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

☐ Moins bonne	0
☐ Ne sait pas	0,5
☐ Aussi bonne	1
☐ Meilleure	2

Evaluation de l'état nutritionnel (MNA - Mini Nutritional Assessment)

INDICES DIÉTÉTIQUES

13- Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
(petit-déjeuner, déjeuner, dîner > à 2 plats)

☐ 1 repas	0
☐ 2 repas	1
☐ 3 repas	2

14- Consomme-t-il au moins 1 fois / jour des produits laitiers ?

☐ 0 point si 0 ou 1 fois	0

Consomme-t-il 1 à 2 fois / semaine des œufs ou des légumineuses ?

☐ 0,5 si 2 oui	0,5

Consomme-t-il chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?

☐ 1 point si 3 oui	1

15- Consomme-t-il 2 fois / jour au moins des fruits ou des légumes ?

☐ Non	0
☐ Oui	1

16- Présente-t-il une perte d'appétit ?
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs ou difficulté de mastication ou de déglutition ?

☐ Anorexie sévère	0
☐ Anorexie modérée	1
☐ Pas d'anorexie	2

17- Combien de verres de boisson consomme-t-il par Jour ?
(eau, jus, café, soda, thé, lait, vin, bière)

☐ Moins de 3 verres	0
☐ De 2 à 5 verres	1
☐ Plus de 5 verres	2

18- Manière de se nourrir

☐ Nécessite une assistance	0
☐ Se nourrit seul avec difficultés	1
☐ Se nourrit seul sans difficultés	2

SCORE MNA

Date	Score	Date	Score
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30
	/ 30		/ 30

score ≥ 24 points
Etat nutritionnel satisfaisant

17 ≤ score ≤ 23,5 points
Risque de malnutrition

score < 17 points
Mauvais état nutritionnel

Evaluation du risque de chute de la personne âgée

☐	Âge > à 80 ans
☐	Sexe féminin
☐	Utilisation d'aide à la marche (déambulateur, cannes)
☐	Besoin d'assistance pour les activités de base
☐	Déficit de la force du système musculo-squeletaire
☐	Problèmes au niveau des pieds
☐	Perte de l'équilibre et perturbation de la locomotion (comme un ralentissement de la vitesse spontanée de la marche)
☐	Désorientation lors d'un changement brusque de direction (par exemple un demi-tour)
☐	Nécessité de s'arrêter pour parler
☐	Troubles cognitifs, démence de type Alzheimer, désorientation spatiale
☐	Dépression
☐	Troubles de la vue
☐	Incontinence urinaire et/ou nycturie
☐	Consommation d'alcool
☐	Vertiges
☐	Coexistence de nombreux problèmes de santé chroniques
☐	Faible Indice de Masse Corporelle [IMC = poids (en Kg) / taille ^{2} (en m)] => N = 20 à 25
☐	Maladie aigüe
☐	Maladie de Parkinson, ostéoporose, séquelle d'AVC
☐	Prise de sédatif ou de plus de 4 médicaments

↓

	SCORE	Date : / /	Commentaire :

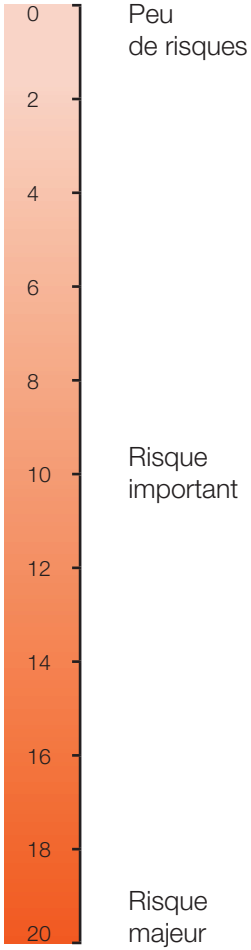


Diagramme de soins infirmiers

Dates et heures													
Soins d'hygiène													
Douche / lavabo													
Change													
Prévention d'escarres													
Capiluve													
Pédiluve													
Soins techniques													
Relation													
Education													
Surveillance des constantes													
Transit													
Signature IDEL													

Diagramme de soins infirmiers

Dates et heures													
Soins d'hygiène													
Douche / lavabo													
Change													
Prévention d'escarres													
Capiluve													
Pédiluve													
Soins techniques													
Relation													
Education													
Surveillance des constantes													
Transit													
Signature IDEL													

Observations, Transmissions, Surveillance, Problèmes

Date/heure	Observations	Qualité	Signature

Surveillance diabétique : Type 1 ou insulino-traité

Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)	
Protocole		Protocole		Protocole		Protocole	

Date	MATIN		MIDI		SOIR		COUCHER	Observations
	Test	Doses	Test	Doses	Test	Doses	Test	

Surveillance diabétique : Type 1 ou insulino-traité

Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)	
Protocole		Protocole		Protocole		Protocole	

Date	MATIN		MIDI		SOIR		COUCHER	Observations
	Test	Doses	Test	Doses	Test	Doses	Test	

Surveillance diabétique : Type 1 ou insulino-traité

Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)	
Protocole		Protocole		Protocole		Protocole	

Date	MATIN		MIDI		SOIR		COUCHER	Observations
	Test	Doses	Test	Doses	Test	Doses	Test	

Surveillance diabétique : Type 1 ou insulino-traité

Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)		Insuline(s)	
Protocole		Protocole		Protocole		Protocole	

Date	MATIN		MIDI		SOIR		COUCHER	Observations
	Test	Doses	Test	Doses	Test	Doses	Test	

Questionnaire DN4

Le questionnaire DN4 est un outil d'auto évaluation utilisé lorsqu'une douleur neuropathique est suspectée chez l'adulte.

Mode d'emploi

- L'infirmier interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- A chaque item le patient doit répondre par «oui» ou «non»
- A la fin du questionnaire, le soignant comptabilise les réponses : 1 pour chaque item «oui» et 0 pour chaque item «non»
- La somme obtenue donne le score du patient, soit une note sur 10
- Si le score est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif

QUESTION 1

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqûre	☐	☐

QUESTION 4

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

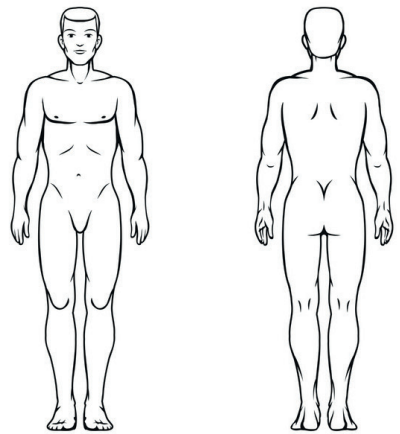
	OUI	NON
10. Le frottement	☐	☐

Score du patient	/ 10

Surveillance de plaie chronique

Date de début des soins : / /

Localisation de la plaie



Type de plaie

Si escarre, cocher le stade 1 2 3 4

Aspect coloriel de la plaie en %

Détersion				Bourgeonnement		Epithélialisation	
Nécrose	%	Fibrine	%	Bourgeon	%	Cicat.	%

Observations, évaluation

Date	Mesures		Douleurs		Protocoles, observations infirmières	Photo prise	Signature IDEL
	Surface (en cm²)	Profondeur (en mm)	P / I / CS *	EVA			
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	
						☐	

* Douleur : P : permanente I : intermittente CS : en cours de soin

Surveillance des constantes

Date	Heure	T.A.	π	T°C	SaO_2	Commentaire

Date	Heure	T.A.	π	T°C	SaO_2	Commentaire

Surveillance AVK

Valeur cible de l'INR :

Date	Dose AVK	INR	Action prescrite	Infirmière

Date	Dose AVK	INR	Action prescrite	Infirmière

Surveillance perfusion

Nom	Date de naissance	Poids	Taille	IMC
Date ordonnance	Date de début	Médecin prescripteur		

Site de la perfusion	☐ Voie Veineuse Centrale	☐ Voie Veineuse Périphérique	☐ Sous-cutanée	
Solutés	1- NaCl	2- Glucosé	3- Nutrition	4- Autre
Macronutriments				
Médicaments				

Date																
Heure																
Solutés préparés																
Retrait / Pose de la perfusion																
Rinçage / verrou																
Retour VVC																
Chgt aiguille Huber / Lock																
Pansement																
Bilan sang																
Surveillance clinique																
Diurèse																
Tension Artérielle																
Pulsations																
Température																
E.V.A.																
Essoufflement - Nausées - Vomissements																
Oedème - Diarrhée - Constipation																
Eveillé - Somnolent - Comateux																
Pompe PCA																
Infirmière																

Fiche de liaison santé

Médecin / I.D.E. / Kinésithérapeute / Pharmacien etc...

Date	De (nom et profession)	À (nom et profession)	Contenu de la liaison (état du patient, observations particulières, actions à mettre en place...)	Signature

Fiche de liaison des intervenants sociaux

Auxiliaire de vie / Intervenants sociaux etc...

Date	De (nom et profession)	À (nom et profession)	Contenu de la liaison (état du patient, observations particulières, actions à mettre en place...)	Signature

Fiche de liaison avec l'hôpital

Date : / /

Nom	Porteur BMR	Médecin traitant	Service
Prénom	Site	Cabinet infirmier	Téléphone
Date de naissance / /	Allergie(s)		Médecin référent

Autonomie

Grille AGGIR =

☐ Autonome ☐ Semi autonome ☐ Alité / dépendant ☐ Lever : ○ oui ○ non ☐ Appui : ○ oui ○ non ○ délai :

Toilette

☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide complète

Voie d'abord

☐ Cathéter central Date de pose : / / ○ Pansement

☐ PAC Date de changement aiguille : / /

Oxygénothérapie

☐ Dépendant Débit :

Trachéotomie

☐ Canule Changement le : / / ☐ Soins

Aérosols

Produits utilisés : (voir prescription médicale) Nombre / jour :

Alimentation

☐ Orale

○ Normale
○ Hachée / mixée
○ Gélifiée
○ Liquide
○ Compléments alimentaires
○ Régime :
(joindre une copie du régime)

☐ Entérale

○ SNG n° Posée le : / /

○ Gastrostomie
○ Jéjunostomie
Voir prescription médicale

○ Nocturne
○ 24h/24
○ Diurne

☐ Parentérale Poids =

Nom du produit :
Voir prescription médicale

○ Nocturne
○ 24h/24
○ Diurne

Transit

☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Stomie ☐ Diarrhée Traitement : *voir prescription médicale*

Elimination urinaire

☐ Continent ☐ Incontinent ☐ Urétérostomie ☐ Néphrostomie ☐ Sonde vésicale CH :

Changement le : / /

Fiche de liaison avec l'hôpital

Nom et prénom du patient :

Cabinet infirmier :

Etat buccal

☐ Normal ☐ Sécheresse ☐ Douloureux ☐ Mycose Autres :

☐ Soins de bouche Produits utilisés : Nombre / jour : ☐ Appareil dentaire ○ haut ○ bas ☐ Brossage des dents

Etat cutané

☐ Normal ☐ Escarre ☐ Pansement ☐ Mycose Autres :

Localisation **Stade**

Produits utilisés : ☐ Sérum physiologique ☐ Charbon ☐ Interfaces ☐ Hydrocellulaire ☐ Alginate

☐ Hydrogel ☐ Hydrocolloïde ☐ Hydrofibre ☐ Antiseptique ☐ Autre

Douleur

Evaluation ☐ EVA ☐ Autre :

☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soirée ☐ Nuit ☐ A la mobilisation

Localisation

☐ PCA Modèle : ○ IV ○ S/C

Etat neuropsychique

Comportements

☐ Agitation ☐ Agressivité verbale

☐ Somnolence ☐ Agressivité physique

Troubles cognitifs

☐ Confusion ☐ Désorientation temporo-spatiale

☐ Hallucinations ☐ Démence

Etat psychologique

☐ Anxiété ☐ Troubles de l'humeur Autre :

☐ Angoisse ☐ Insomnie

Souffrance morale

☐ Patient

☐ Entourage

Date : / /

Commentaires / observations :

Nom, fonction et signature du professionnel :

Questionnaire de satisfaction patient

Date	Critères d'évaluation	Mesure de la satisfaction				Commentaires	Signature du patient ou de la personne de confiance
		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait		
	SOIGNANTS						
	Horaire de passage des intervenants						
	Respect de ces horaires						
	Informations reçues sur votre maladie						
	Informations reçues sur le traitement						
	Explications de ces informations par l'infirmière						
	Gestion du traitement						
	Qualité au cours des soins journaliers						
	Prise en charge de la douleur						
	Respect de votre vie privée						
	Votre communication avec les soignants						
	Aisance relationnelle du professionnel						
	PERSONNEL DU MÉDICO-SOCIAL						
	Horaire de passage des intervenants						
	Respect de ces horaires						
	Informations reçues sur les services de votre aide-ménagère						
	Correspondance avec ses interventions						
	Vos repas : horaires						
	Vos repas : contenu						
	La prise en charge du ménage						
	Les courses pour votre quotidien						
	Respect de votre vie privée						
	Votre communication avec le personnel du médico-social						
	Aisance relationnelle du professionnel						

Résumé de Soins Infirmiers