



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 :



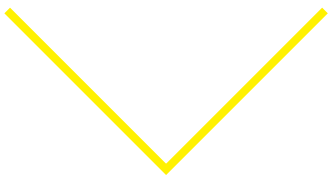
Ce dossier de soins partagé est téléchargeable sur le site internet de l'URPS Infirmière PACA :

<http://goo.gl/am8DbF>

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		Etat mental		Activité / autonomie		Mobilité / alité		Incontinence *		Total	
Bon	4	Bon	4	Sans aide	4	Totale	4	Aucune	4	Score > 14	
Moyen	3	Apathique	3	Avec aide	3	Diminuée	3	Parfois	3	Sans risque	
Mauvais	2	Confus	2	Assis	2	Très limité	2	Urinaire	2	Score < 14	
Très mauvais	1	Inconscient	1	Totalement alité	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1	Risque	
Additionner les chiffres			+		+		+		+	=	

* 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

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

<input type="checkbox"/> IMC < 19	0
<input type="checkbox"/> 19 ≤ IMC < 21	1
<input type="checkbox"/> 21 ≤ IMC < 23	2
<input type="checkbox"/> IMC > 23	3

2- Circonférence brachiale (en cm)

<input type="checkbox"/> CB < 21	0
<input type="checkbox"/> 21 ≤ CB ≤ 22	0,5
<input type="checkbox"/> CB > 23	1

3- Circonférence du mollet (en cm)

<input type="checkbox"/> < 31	0
<input type="checkbox"/> ≥ 31	1

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

<input type="checkbox"/> > 3 kg	0
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	1
<input type="checkbox"/> De 1 à 3 kg	2
<input type="checkbox"/> Pas de perte	3

ÉVALUATION GLOBALE

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

<input type="checkbox"/> Non	0
<input type="checkbox"/> Oui	1

6- Prend-il plus de 3 médicaments ?

<input type="checkbox"/> Oui	0
<input type="checkbox"/> Non	1

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

<input type="checkbox"/> Oui	0
<input type="checkbox"/> Non	1

8- Motricité

<input type="checkbox"/> Du lit au fauteuil	0
<input type="checkbox"/> Autonome à l'intérieur	1
<input type="checkbox"/> Sort du domicile	2

9- Problèmes neurologiques

<input type="checkbox"/> Démence / dépression sévère	0
<input type="checkbox"/> Démence / dépression modérée	1
<input type="checkbox"/> Pas de problèmes psychologiques	2

10- Escarres ou plaies cutanées

<input type="checkbox"/> Oui	0
<input type="checkbox"/> Non	1

ÉVALUATION SUBJECTIVE

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

<input type="checkbox"/> Malnutrition sévère	0
<input type="checkbox"/> Ne sait pas ou malnutrition modérée	1
<input type="checkbox"/> 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 ?

<input type="checkbox"/> Moins bonne	0
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	0,5
<input type="checkbox"/> Aussi bonne	1
<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> 1 repas	0
<input type="checkbox"/> 2 repas	1
<input type="checkbox"/> 3 repas	2

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

<input type="checkbox"/> 0 point si 0 ou 1 fois	0
---	---

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

<input type="checkbox"/> 0,5 si 2 oui	0,5
---------------------------------------	-----

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

<input type="checkbox"/> 1 point si 3 oui	1
---	---

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

<input type="checkbox"/> Non	0
<input type="checkbox"/> 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 ?

<input type="checkbox"/> Anorexie sévère	0
<input type="checkbox"/> Anorexie modérée	1
<input type="checkbox"/> Pas d'anorexie	2

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

<input type="checkbox"/> Moins de 3 verres	0
<input type="checkbox"/> De 2 à 5 verres	1
<input type="checkbox"/> Plus de 5 verres	2

18- Manière de se nourrir

<input type="checkbox"/> Nécessite une assistance	0
<input type="checkbox"/> Se nourrit seul avec difficultés	1
<input type="checkbox"/> 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



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

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



	SCORE	Date : / /	Commentaire :
--	-------	------------------	---------------

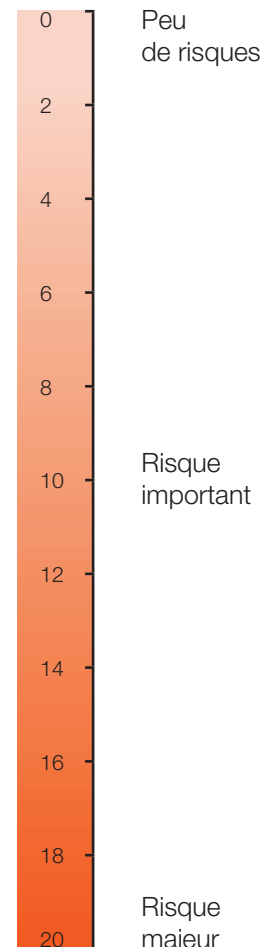


Diagramme de soins infirmiers

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)	<input type="text"/>	Insuline(s)	<input type="text"/>	Insuline(s)	<input type="text"/>	Insuline(s)	<input type="text"/>
Protocole	<input type="text"/>	Protocole	<input type="text"/>	Protocole	<input type="text"/>	Protocole	<input type="text"/>

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

Surveillance diabétique : Type 1 ou insulino-traité

Insuline(s) <input type="text"/>	Insuline(s) <input type="text"/>	Insuline(s) <input type="text"/>	Insuline(s) <input type="text"/>
Protocole <input type="text"/>	Protocole <input type="text"/>	Protocole <input type="text"/>	Protocole <input type="text"/>

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

Surveillance diabétique : Type 1 ou insulino-traité

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

Surveillance diabétique : Type 1 ou insulino-traité

Insuline(s) <input type="text"/>	Insuline(s) <input type="text"/>	Insuline(s) <input type="text"/>	Insuline(s) <input type="text"/>
Protocole <input type="text"/>	Protocole <input type="text"/>	Protocole <input type="text"/>	Protocole <input type="text"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2

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

	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3

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

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

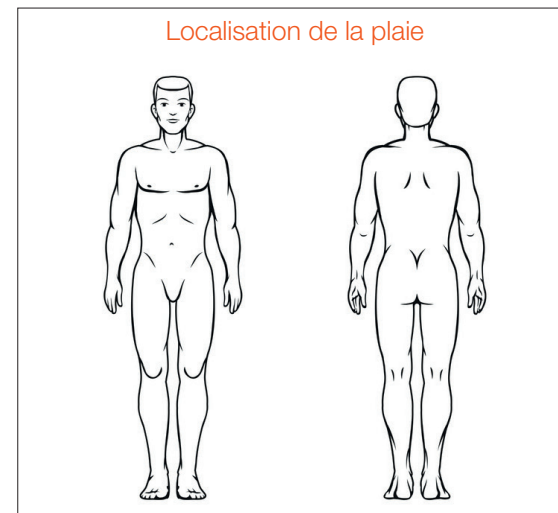
	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient

/ 10

Surveillance de plaie chronique

Date de début des soins : / /



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 cm ²)	Profondeur (en mm)	P / I / CS *	EVA			
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	

* 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	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>	Poids	<input type="text"/>	Taille	<input type="text"/>	IMC	<input type="text"/>
Date ordonnance	<input type="text"/>	Date de début	<input type="text"/>	Médecin prescripteur <input type="text"/>					

Site de la perfusion	<input type="checkbox"/> Voie Veineuse Centrale	<input type="checkbox"/> Voie Veineuse Périphérique	<input type="checkbox"/> Sous-cutanée
Solutés	1- NaCl	2- Glucosé	3- Nutrition
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 Entérale Parentérale Poids =
 Normale SNG n° Posée le : / / Nocturne Nom du produit :
 Hachée / mixée Gastrostomie 24h/24 Voir prescription médicale
 Gélifiée Jéjunostomie Diurne Nocturne
 Liquide Compléments alimentaires 24h/24
 Régime : (joindre une copie du régime) Voir prescription médicale 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 Dououreux 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** **Troubles cognitifs**
 Agitation Agressivité verbale Confusion Désorientation temporo-spatiale
 Somnolence Agressivité physique Hallucinations Démence

Etat psychologique

- Anxiété Troubles de l'humeur Autre : **Souffrance morale** Patient
 Angoisse Insomnie 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