

Date : ____/____/____ Nom de l'établissement : Service :
Téléphone : ____/____/____/____ Coordonnées service de diététique: ____/____/____/____

PATIENT :

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le : ____/____/____
Adresse : Téléphone : ____/____/____/____
.....

PERSONNE A PREVENIR :

Nom / Prénom : Lien de parenté :
Téléphone : ____/____/____/____
La personne est-elle prévenue de la mutation ? OUI / NON

PERSONNE DE CONFIANCE :

Nom / Prénom : Lien de parenté :
Téléphone : ____/____/____/____
La personne de confiance est-elle prévenue de la mutation ? OUI / NON

RESUME DES SOINS INFIRMIERS :

Résumé des soins infirmiers du ____/____/____ au ____/____/____

.....
.....

Motif de mutation :
.....

Dernières constantes	Température :	Pouls	Tension :
.....

Antécédents / allergies connus :
.....
.....

RENDEZ-VOUS PREVUS (NATURE, LIEU ET DATE) :

.....
.....

PSYCHOLOGIE

Etat psychologique du patient :
 Entourage :

AUTONOMIE

	seul	aide partielle	Aide totale	Soins particuliers :
Lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ETAT DE CONSCIENCE - COMMUNICATION - SOMMEIL

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

RESPIRATION

KINESITHERAPIE

NORMALE <input type="checkbox"/>	Encombrement : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>	Respiratoire : <input type="checkbox"/> Locomotrice : <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/>
	Trachéotomie : <input type="checkbox"/> n° Date de changement : ___/___/___ O ₂ * <input type="checkbox"/> Aérosols <input type="checkbox"/> Médicaments * :	

* Ordonnance à joindre obligatoirement

ÉTAT CUTANÉ

NORMAL <input type="checkbox"/>	Rougeurs <input type="checkbox"/>	Erosion simple <input type="checkbox"/>	Escarre constitué <input type="checkbox"/>	Plaie chirurgicale <input type="checkbox"/>
	Localisation : fesses <input type="checkbox"/> talons <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> :			
	Dernier protocole appliqué* :			

* Ordonnance à joindre obligatoirement

DOULEUR

ABSENCE <input type="checkbox"/>	Aiguë <input type="checkbox"/>	Localisation :
	Chronique <input type="checkbox"/>	
	Nocturne <input type="checkbox"/>	Dernière EVA <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
	Mobilisation <input type="checkbox"/>	Date de dernière modification du traitement : ___/___/___
Traitements en cours * :		

* Ordonnance à joindre obligatoirement

NUTRITION - ALIMENTATION

Poids pesé : Taille : Poids il y a 6 mois :

Poids il y a 3 mois pour les plus de 75 ans :

Consultation diététique réalisée OUI NON

Risque de dénutrition OUI NON

Régime alimentaire en cours OUI NON

Si oui, Lequel :

Allergies alimentaires OUI NON

Si oui, Le(s)quel(s) :

Facteurs liés à la prise alimentaire

Problème bucco-dentaire OUI NON :

Trouble de la déglutition OUI NON :

Aide aux repas (courses, préparation, prise) OUI NON :

Portage des repas OUI NON :

Porteur stomie digestive OUI NON :

Autre :

Support nutritionnel mis en place à la sortie de l'hospitalisation

Alimentation orale enrichie OUI NON

Compléments nutritionnels oraux OUI NON

Nutrition entérale OUI NON

Sonde naso-gastrique OUI NON

Stomie d'alimentation OUI NON

Nutrition parentérale OUI NON

Autre :

ELIMINATION

NORMALE <input type="checkbox"/>	<u>Urinaire</u> : Incontinence <input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> n° SAD : n° Date de changement : ___/___/___
NORMALE <input type="checkbox"/>	<u>Fécale</u> : Incontinence <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Type de poche : Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Dernière selle ___/___/___
Observations :	

TRAITEMENTS REÇUS CES DERNIERES 24 HEURES*

Traitement per os : nature dose du médicament, mode, horaire d'administration		Traitement injectable : nature, dose du médicament, mode, horaire d'administration	
Voie d'abord			
SANS <input type="checkbox"/>	Cathéter veineux court <input type="checkbox"/> Posé le __/__/__	PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter Central tunnelisé <input type="checkbox"/> Pansement fait le __/__/__	Chambre implantable <input type="checkbox"/> Aiguille posée le __/__/__
	Autre <input type="checkbox"/>		Rinçage pulsé réalisé le : __/__/__
Observations particulières :			

* Ordonnance à joindre obligatoirement

DERNIER BILAN SANGUIN (TYPE ET DATE)

.....

Nom IDE :	Signature :