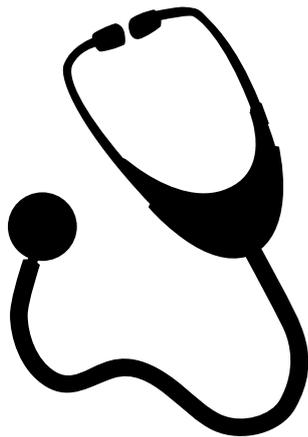




Nom :

Prénom :

Date de naissance :



DOSSIER DE SOINS



Site internet

CPTS LITTORAL EN NORD

www.cpts-littoralnord.fr
cpts.littoral.en.nord@gmail.com



Dossier de soins partagé

Je soussigné(e) Mr/Mme.....,
(ou représentant légal)
autorise les professionnels de santé à utiliser ce dossier de soin
pour une bonne coordination de mes soins.

Date :

Signature du patient ou du représentant légal :



Attestation de remise des clés :

Je soussigné(e) né(e) le demeurant au
....., atteste sur l'honneur donner l'autorisation à
infirmier, de pénétrer dans mon domicile pour effectuer mes soins.

A cet effet, je lui remets, ce jour, un double des clés de mon domicile et/ou badge d'entrée. Ces clés lui sont remises pour le seul usage précisé ci-dessus. Elles devront rester en sa possession et ne pas être confiées à une tierce personne sans demande préalable de mon autorisation.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier



Attestation de remise des clés :

Je soussigné(e) né(e) le demeurant au
....., atteste sur l'honneur donner l'autorisation à
infirmier, de pénétrer dans mon domicile pour effectuer mes soins.

A cet effet, je lui remets, ce jour, un double des clés de mon domicile et/ou badge d'entrée. Ces clés lui sont remises pour le seul usage précisé ci-dessus. Elles devront rester en sa possession et ne pas être confiées à une tierce personne sans demande préalable de mon autorisation.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier



cpts.littoral.en.nord@gmail.com

Attestation de restitution des clés :

Je soussigné(e) né(e) le
demeurant au.....
atteste sur l'honneur que en tant que cabinet infirmier m'a restitué de mon double des clés et/ou badge d'entrée.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier



Attestation de restitution des clés :

Je soussigné(e) né(e) le
demeurant au.....
atteste sur l'honneur que en tant que cabinet infirmier m'a restitué de mon double des clés et/ou badge d'entrée.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier

Informations patient



Nom	Prénom	Date de naissance	Age	Sexe
Numéro sécurité sociale	Téléphone	Adresse mail		
Adresse	Prise en charge	Mutuelle		
<input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Cmu <input type="checkbox"/> Ald <input type="checkbox"/> At <input type="checkbox"/> Mp <input type="checkbox"/> Ame	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Organisme..... N° Adhérent.....		
	<input type="checkbox"/> Accès à "Mon espace santé"			

Situation personnelle

Situation familiale	Personne de confiance
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> En concubinage Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Enfant(s) :	Nom : Prénom : Qualité : Téléphone : Adresse mail :
Situation professionnelle	Personne à prévenir
<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Sans Emploi Profession :	Nom : Prénom : Qualité : Téléphone : Adresse mail :

Directives Anticipées	Don d'organes
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Accessibilité : <input type="checkbox"/> " Mon espace santé" <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Accessibilité : <input type="checkbox"/> " Mon espace santé" <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

Informations médicales :



Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies :

Habitudes de vie :

Initial :
Date :



Mobilité

- Autonome Aide Partielle Aide totale
- Fauteuil Lit Se déplace avec aide Déambulateur
- Canne Prothèse :

Toilette

- Autonome Aide partielle Aide totale
- Douche Lavabo Au lit

Alimentation

- Autonome Aide Partielle Aide totale GPE/Jéjuno
- SNG

- Régime : Normal Mixé Diabétique Sans sel
- Complément Alimentaire Autre :

Hydratation

- Autonome Stimulation

Elimination

- Normale Constipation Diarrhées
- Incontinence urinaire Incontinence fécale
- Stomie : Urinaire Fécale
- Sonde Vésicale Sonde à demeure
- Change jour Change nuit Etui pénien

Appareillage

- Auditif Dentaire Autre :

Respiration

- Normal Dyspnée Appareillage :
- Oxygénothérapie Aérosols

Traitement médical

- Autonome Préparé par la famille
- Préparé par un professionnel de santé

Habitudes de vie :

Réévaluation :

Date :



Mobilité

- Autonome Aide Partielle Aide totale
- Fauteuil Lit Se déplace avec aide Déambulateur
- Canne Prothèse :

Toilette

- Autonome Aide partielle Aide totale
- Douche Lavabo Au lit

Alimentation

- Autonome Aide Partielle Aide totale GPE/Jéjuno
- SNG

- Régime : Normal Mixé Diabétique Sans sel
- Complément Alimentaire Autre :

Hydratation

- Autonome Stimulation

Elimination

- Normale Constipation Diarrhées
- Incontinence urinaire Incontinence fécale
- Stomie : Urinaire Fécale
- Sonde Vésicale Sonde à demeure
- Change jour Change nuit Etui pénien

Appareillage

- Auditif Dentaire Autre :

Respiration

- Normal Dyspnée Appareillage :
- Oxygénothérapie Aérosols

Traitement médical

- Autonome Préparé par la famille
- Préparé par un professionnel de santé

**Diagramme de surveillance
de perfusions**

**Nom,
prénom :**



		Date & Heure															
		Soins															
Voie d'abord																	
Traitement																	
Douleur	Evaluation de la douleur																
	Zone douloureuse																
	Traitement donné																
Constantes	Température																
	Tension artérielle																
	Pulsations																
	Saturation en Oxygène																
	Glycémie Capillaire																
	Paraphes IDE																

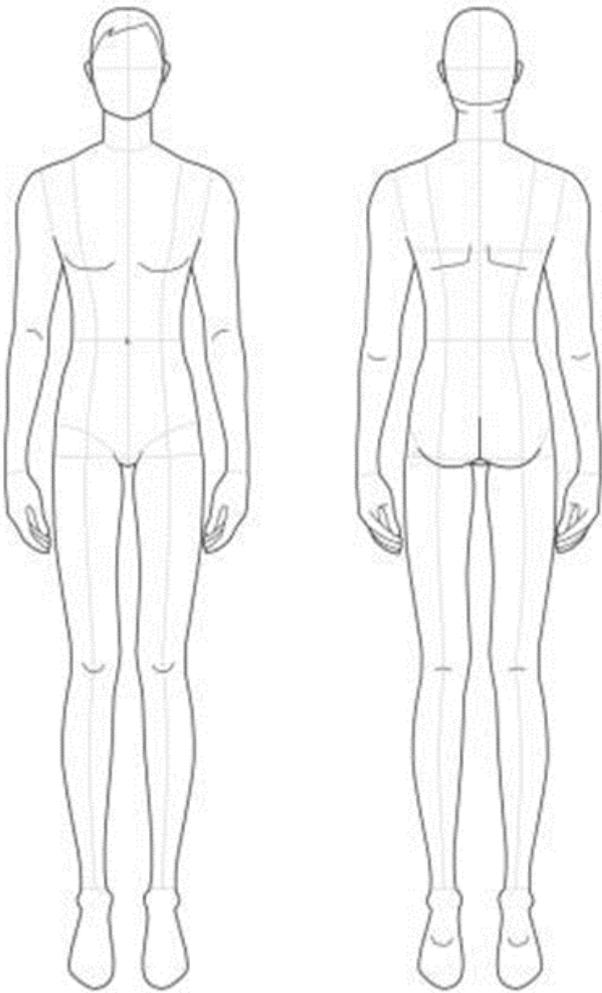
Bilan initial de plaie :

Date du bilan initial de plaie : / /

Date d'apparition de la plaie : / /

Localisation :

Localisation	Largeur	Longueur	Profondeur



Type de plaie :

- Brûlure Escarre Kyste pilonidal
- Pied diabétique Plaie cancéreuse Plaie chirurgicale
- Plaie traumatique Stomie
- Ulcère / Origine : Veineuse Artérielle Mixte
- Autre :

Stade :

- | | | | |
|---------|---------|----------------|---------------|
| ● | ● | ● | ● |
| Nécrose | Fibrine | Bourgeonnement | Epider-sation |
|% |% |% |% |

Aspect berges:

- Saines Berges abruptes
- Hyperkératose
- Macérées Inflammatoires

Peau périlésionnelle

- Saine Eczéma
- Macérée Erythème
- Indurée Lésée
- Sèche
- Autre :

Exsudat :

- Aspect :
-
- Quantité :
-

Autorisation de prise de photo de la plaie :

Date :

Signature du patient :

Protocole :

Protocole mis en place :

Protocole de soin :

Date de mise en place :

Nom Prénom

	Date			
Taille	Localisation			
	Longueur			
	Largeur			
	Profondeur			
Type de plaie	Brûlure / Escarre / Kyste pilonidal / Pied diabétique / Plaie cancéreuse / Plaie chirurgicale / Plaie traumatique / Stomie / Ulcère (Veineuse/Artérielle/Mixte) / Autre			
Stade	● Nécrose			
	● Fibrine			
	● Bourgeonnement			
	● Epidermisation			
Berges	Saines / Berges abruptes / Hyperkératose / Macérées / Inflammatoires			
Peau Périlésionnelle	Saine / Eczéma / Macérée / Erythème / Indurée / Lésée / Sèche / Autre			
Exsudat	Aspect & Quantité à préciser			
Protocole	Protocole mis en place			
	Paraphes IDE			

Surveillance alimentaire & hydrique

/...../...../...../...../...../...../.....
Petit déjeuner 							
Déjeuner 							
Goûter 							
Dîner 							
Commentaire 							
Paraphes IDE							

Fiche de suivi diurèse

Nom :

Prénom :



Mictions

Matin (heure)

Soir (heure)

Mois de :	Heure + Quantité	Heure + Quantité	Heure + Quantité	Heure + Quantité	Heure + Volume	Commentaires	Paraphases IDE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
Paraphes IDE							

Surveillance Transit

Nom,
prénom :



Mois				Commentaires	Paraphes IDE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Fiche de liaison en cas d'hospitalisation



Synthèse des soins infirmiers

Etat	Heure	Soins du rôle propre	Soins sur prescription
Fait			
A faire			

Soins de base

Alimentation & Hydratation		Elimination	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Régime :	Urines	<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent
Hydratation	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	Selles	<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Incontinent
Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre(s):	
Hygiène & Confort		Locomotion et mobilisation	
Hygiène	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	
Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	Autre(s) :	
Sommeil	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		

Soins relationnels & éducatifs

S'exprime avec : <input type="checkbox"/> Cohérence <input type="checkbox"/> Difficulté	
Altération des sons : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prothèse auditive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Perception du danger : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lunettes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comportement : <input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Incohérent	

Objectifs en cours

--

A venir

Examens et consultations prévus	Perspectives
	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Etablissement de soins <input type="checkbox"/> Autres

Devis pour les actes et prestations infirmiers non remboursables par l'Assurance maladie

Date du devis :	Durée de validité :	
<p style="text-align: center;"><u>Infirmier(e) libéral(e) ayant réalisé le devis</u></p> <p>Nom, Prénom : Adresse cabinet :</p> <p>Numéro ADELI :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Identité du patient :</u></p> <p>Nom, Prénom : Date de naissance : Adresse :</p> <p>Numéro de sécurité sociale :</p>	
<p><u>Actes et/ou prestation de l'infirmier(e) libéral(e) non remboursés par l'Assurance Maladie :</u></p> <p>Début des soins le :</p> <p>Durée des soins :</p> <p>Nombre de soins par jour :</p> <p>Nombre de soins par semaine :</p>	<p style="text-align: center;"><u>Sans ordonnance médicale</u></p> <p>Description de l'acte :</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la prise de médicaments sous forme non injectable et vérification de leur prise hors patients traités pour troubles psychiatriques.</p> <p><input type="checkbox"/> Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement</p> <p><input type="checkbox"/> Instillation de collyre non médicamenteux</p> <p><input type="checkbox"/> Aide et soutien psychologique</p> <p><input type="checkbox"/> Prise de tension artérielle</p> <p><input type="checkbox"/> Pose de bas de contention</p> <p><input type="checkbox"/> Glycémie à lecture instantanée hors patient diabétique insulino-dépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Préparation d'un pilulier semainier</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirations endotrachéales ou pas sonde nasale</p> <p><input type="checkbox"/> Changement de poche à urines, relevé de diurèse, soins de sonde vésicale.</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Sur prescription médicale</u></p> <p>Dr.....</p> <p>En date du :</p> <p>Pour une durée de : (PM fournie)</p> <p><input type="checkbox"/> Instillation de collyres médicamenteux</p> <p><input type="checkbox"/> Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets</p> <p><input type="checkbox"/> Poses de bandes de compression veineuse</p> <p><input type="checkbox"/> Application de topique Autre(s) :</p>
<p>Montant unitaire de l'acte ou prestation : €</p>	<p>Majoration spécifique pour dimanche et jour fériés :€</p>	<p>Déplacement :€</p>
<p>Montant total des honoraires pour la durée des soins : €</p>	<p>Modalités de paiement :</p> <p><input type="checkbox"/> A la semaine</p> <p><input type="checkbox"/> Au mois</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Moyens de Paiement :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque bancaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement ou de son suivi infirmier.</p>		
<p>Date et signature du patient ou du (ou des) responsables(s)</p>		<p>Signature de l'infirmier (e) légal (légaux) libéral(e)</p>
<p>Fait en double exemplaire</p>		