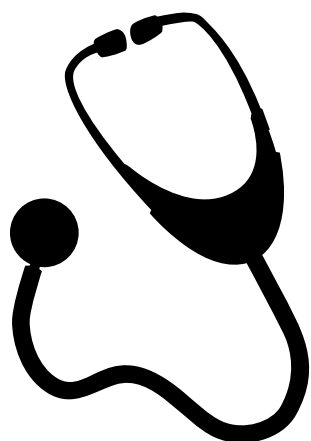




Nom :

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 , en tant que cabinet
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 , en tant que cabinet
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 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		
☐ Escaliers ☐ Ascenseur	☐ Cmu ☐ Ald ☐ At ☐ Mp ☐ Ame	☐ Oui ☐ Non Organisme..... N° Adhérent.....		
		☐ Accès à "Mon espace santé"		

Situation personnelle

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

Directives Anticipées	Don d'organes
☐ Oui ☐ Non Date : Accessibilité : ☐ " Mon espace santé ☐ Autre (préciser) :	☐ Oui ☐ Non Date : Accessibilité : ☐ " Mon espace santé" ☐ Autre (préciser) :



Intervenants

[illegible]

Informations médicales :



Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies :

Poids & Taille

[illegible]

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 soins infirmiers / Nursing

**Nom,
prénom :**

[illegible]

Diagramme de surveillance de perfusions

**Nom,
prénom :**

[illegible]

Bilan initial de plaie :

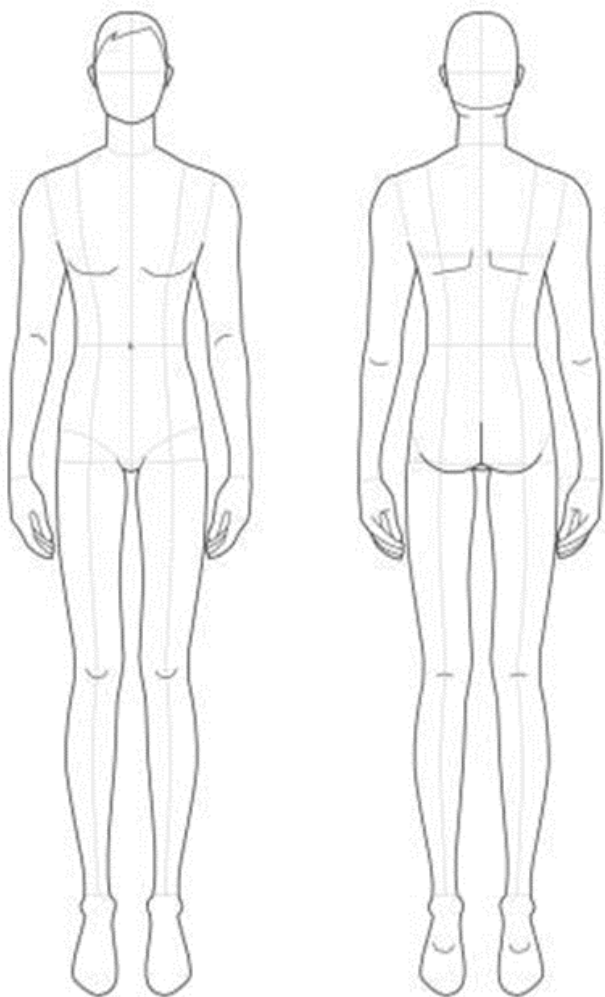


Date du bilan initial de plaie : / /

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 :
-

Protocole :

Protocole mis en place :

Protocole de soin :

Date de mise en place :

Nom Prénom

Autorisation de prise de photo de la plaie :

Date :

Signature du patient :

[illegible]

	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 Glycémie

**Nom,
prénom :**

[illegible]

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	Paraphaes 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							

Mois				Commentaires	Paraphes 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					



Rendez-vous médicaux

Nom :

Prénom :

[illegible]



Nom :
Prénom :

Transmissions

[illegible]

Fiche de liaison en cas d'hospitalisation



Date :

Nom	Prénom	Date de naissance	Age	Sexe
Situation familiale		Personne à prévenir		
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ En concubinage Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non Enfant(s) :		Nom : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone : _____ Adresse mail : _____		

CABINET INFIRMIER	
Nom cabinet	
Nom Prénom de l'IDE	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	
MÉDECIN TRAITANT	
Nom Prénom	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	
Motif du transfert : (Résumé)	

Traitements & Soins en cours			
Ordonnance	Bilan Sanguin :	Kiné :	Autre :
Soins techniques			
Allergies :			

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	☐ Normale ☐ Mixée ☐ Régime :	Urines	☐ Continent ☐ Incontinent
Hydratation	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	Selles	☐ Continent ☐ Incontinent
Prothèse dentaire	☐ Oui ☐ Non	Autre(s):	
Hygiène & Confort		Locomotion et mobilisation	
Hygiène	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	
Habillage	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	Autre(s) :	
Sommeil	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale		

Soins relationnels & éducatifs

S'exprime avec : ☐ Cohérence ☐ Difficulté	
Altération des sons : ☐ Oui ☐ Non	Prothèse auditive : ☐ Oui ☐ Non
Perception du danger : ☐ Oui ☐ Non	Lunettes : ☐ Oui ☐ Non
Comportement : ☐ Calme ☐ Agité ☐ Désorienté ☐ Incohérent	

Objectifs en cours

--

A venir

Examens et consultations prévus	Perspectives
	☐ Retour à domicile ☐ Etablissement de soins ☐ Autres

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

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