

Nom du patient.....

## FICHE DE SOINS

Nous voyageons en bus. La durée du trajet est environ de 12h, durant lesquelles le patient pourra être couché si nécessité, assis dans son fauteuil ou installé en siège confortable.

Merci de bien vouloir faire une « X » dans les cases correspondant à l'état du patient.

MOTRICITE					
	seul		avec aide partielle		avec aide totale
Se déplacer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Monter dans un car	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Se lever	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Passer du lit au fauteuil	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Passer du fauteuil au lit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

DEPLACEMENT - VOYAGE					
	oui	non		oui	non
Besoin de cannes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	les emmène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin de déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l'emmène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l'emmène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manuel <input type="checkbox"/> électrique <input type="checkbox"/> à coque <input type="checkbox"/> contention au fauteuil <input type="checkbox"/>					
le fauteuil est-il pliable pour être mis dans la soute du car    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					
Voyage en car :					
<input type="checkbox"/>	assis dans le siège du car (après transfert du fauteuil roulant si mobilité en fauteuil roulant )				
<input type="checkbox"/>	assis dans son fauteuil roulant				
<input type="checkbox"/>	allongé dans une couchette du car :				
	- pour une partie du voyage				<input type="checkbox"/>
	- pour la totalité du voyage				<input type="checkbox"/>
nécessité d'être allongé pour les cérémonies à Lourdes    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>					

CONSCIENCE		
	Normal	Perturbé
Conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	oui	non
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrières (au lit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>HYGIENE</b>				Appareil dentaire haut <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/>			
	seul	avec aide partielle	avec aide totale	Surdité gênante oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Appareil auditif un <input type="checkbox"/> deux <input type="checkbox"/>			
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cécité gênante oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Lunettes oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Etat cutané Bon <input type="checkbox"/> érythème <input type="checkbox"/> escarre <input type="checkbox"/>			
				Localisation .....			
				Pansements <input type="checkbox"/>			
				Localisation .....			
				Protocole .....			
				.....			
<b>ALIMENTATION</b>							
	seul	avec aide partielle	avec aide totale	Troubles de déglutition oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Couper aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nécessité Eau gélifiée <input type="checkbox"/> Eau gazeuse <input type="checkbox"/> Paille <input type="checkbox"/>			
Prise des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nutrition entérale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Régime : viande hachée	<input type="checkbox"/>	diabétique	<input type="checkbox"/>	Allergie alimentaire :			
mixé lisse	<input type="checkbox"/>	sans sel	<input type="checkbox"/>	.....			
autre	<input type="checkbox"/>	.....		.....			
.....							
<b>ELIMINATION</b>							
		oui	non	oui non			
Incontinence urinaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protections <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
anale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Constipation chronique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénilex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Sonde à demeure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Stomie urinaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Stomie digestive <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>RESPIRATION</b>				<b>PRISE DU TRAITEMENT</b>			
	Jour	Nuit		<input type="checkbox"/> autonome			
O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> traitement laissé dans la			
Durée	....			chambre avec aide à la prise			
débit	....			<input type="checkbox"/> traitement non laissé dans la			
Aérosols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		chambre et à donner sous surveillance			
VNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**Renseignements complémentaires :** joindre fiche de transmission si nécessaire