

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

HYGIENE			
	seul	avec aide partielle	avec aide totale
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appareil dentaire haut <input type="checkbox"/>	bas <input type="checkbox"/>
Surdité gênante	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Appareil auditif	un <input type="checkbox"/> deux <input type="checkbox"/>
C�civit� gênante	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Lunettes	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Besoin de matelas anti-escarre	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Besoin de lève-personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amène ses sangles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut tenir debout pour les manipulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etat cutané	Bon <input type="checkbox"/>	�ryth�me <input type="checkbox"/>	escarre <input type="checkbox"/>
Localisation		
Pansements	<input type="checkbox"/>		
Localisation		
Protocole		
		

ALIMENTATION			
	seul	avec aide partielle	avec aide totale
Couper aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime :	viande hachée <input type="checkbox"/>	diabétique <input type="checkbox"/>	
	mix� lisse <input type="checkbox"/>	sans sel <input type="checkbox"/>	
	autre <input type="checkbox"/>	
		

Troubles de déglutition	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Nécessité	Eau g�lif�e <input type="checkbox"/>	
	Eau gazeuse <input type="checkbox"/>	
	Paille <input type="checkbox"/>	
Nutrition entérale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire :	
	

ELIMINATION		
	oui	non
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P�nilex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde � demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomie urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomie digestive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPIRATION		
	Jour	Nuit
O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée débit
Aérosols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRISE DU TRAITEMENT	
<input type="checkbox"/>	autonome
<input type="checkbox"/>	traitement laissé dans la chambre avec aide à la prise
<input type="checkbox"/>	traitement non laissé dans la chambre et à donner sous surveillance

Renseignements complémentaires : joindre fiche de transmission si nécessaire