

Autonomie Physique

	Possible seul	Avec aide (préciser)	Impossible
Déplacement dans la Chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement avec escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incontinence urinaire oui non Rééducation en cours oui non
 Incontinence fécale oui non à poursuivre / à prévoir oui non

Autonomie Psychique

Totale	Lucide	Troubles du comportement intermittent	Fugue	incohérence - désorientation	sénilité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez :

Régime

<input type="checkbox"/> Alimentation normale	<input type="checkbox"/> Sans sel	<input type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Hépatique	<input type="checkbox"/> Sonde gastrotomie	<input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/> Perfusion

Soins infirmiers

Héparine sous cutanée	<input type="checkbox"/>	Voie vein. Centrale	<input type="checkbox"/>	Chambre implantée	<input type="checkbox"/>	Glycémies Percutanées	<input type="checkbox"/>
Cystostomie	<input type="checkbox"/>	Colostomie	<input type="checkbox"/>	Sonde vésicale	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>
Oxygène	<input type="checkbox"/>	Aérosol	<input type="checkbox"/>	Trachéotomie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pansements journaliers	<input type="checkbox"/>	Soins escarres	<input type="checkbox"/>	Plâtre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Précisez :

Motif d'admission, Diagnostics

.....

Traitement

(POUR TOUT TRAITEMENT SPECIFIQUE : MEDICAMENTS A FOURNIR POUR LA JOURNEE) :

.....

Allergies

.....

Antécédents

Diagnostic	Intervention Chirurgicale	Date