

## **Cabinet de soins infirmiers**

Adresse :

N° de téléphone : (à faire en priorité)

Si non joignable à ce numéro, veuillez contacter un des infirmiers suivant :

B

C

D

D

# **Dossier de soins infirmiers**

Date de mise en place : .....

Date d'arrêt des soins : .....

Ce dossier de soins contient des informations médicales confidentielles, et est soumis au secret médical.



Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....



Nom Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté	Adresse



Médecin traitant : ..... N° de téléphone :.....

Adresse : .....

Spécialiste ou service hospitalier : .....

Autres renseignements (laboratoire, kinésithérapeute, pharmacie, auxiliaire de vie, HAD ...) :

.....  
.....

Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux

Allergies/Précautions particulières : .....

.....







Heure de passage nuit/matin :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Heure de passage midi :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Heure de passage après-midi/soir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



① ②

- Age supérieur à 80 ans.
- Sexe féminin.
- Utilisation d'aide à la marche (déambulateur, cannes.....).
- Besoin d'assistance pour les activités de base.
- Déficit de la force du système musculo-squelettique.
- Problèmes au niveau des pieds.
- Perte de l'équilibre et perturbation de la locomotion.
- Désorientation lors d'un changement brusque de direction.
- Nécessité de s'arrêter pour parler.
- Troubles cognitifs, démence, désorientation spatiale.
- Dépression.
- Troubles de la vue.
- Incontinence urinaire et/ou nycturie.
- Consommation d'alcool.
- Vertiges.
- Coexistence de nombreux problèmes de santé chronique.
- Faible indice de masse corporelle.
- Maladie aiguë.
- Maladie de Parkinson, arthrose, ostéoporose, séquelle AVC.
- Prise de sédatif ou plus de 4 médicaments par jour.

① Date : ..... Score : ..... /20    ② Date : ..... Score : ..... /20

0      2      4      6      8      10      12      14      16      18      20





Avril  
2017

Toilette  
EVA

Prévention  
escarre

Douche  
Shampooing

Traitement  
M M S

Bas/Bandes  
Contention  
M S

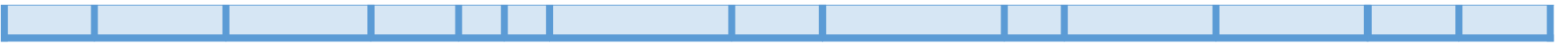
Pédicure  
Manucure

Glycémie  
Insuline  
M M S

Signature  
(initiales)  
M M S

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







Mai  
2017

Toilette  
EVA

Prévention  
escarre

Douche  
Shampooing

Traitement  
M M S

Bas/Bandes  
Contention  
M S

Pédicure  
Manucure

Glycémie  
Insuline  
M M S

Signature  
(initiales)  
M M S

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





















Date	Informations infirmiers	Signature

Date	Informations infirmiers	Signature



Date	Cibles	Données (parapher votre écrit)	Actions (parapher votre écrit)	Résultats (parapher votre écrit)

Date	Cibles	Données (parapher votre écrit)	Actions (parapher votre écrit)	Résultats (parapher votre écrit)

Date	Cibles	Données (parapher votre écrit)	Actions (parapher votre écrit)	Résultats (parapher votre écrit)

Date	Cibles	Données (parapher votre écrit)	Actions (parapher votre écrit)	Résultats (parapher votre écrit)



--	--	--	--	--



Date début des soins : ..... Localisation : ..... Type de plaie : .....

Date	Mesures	Douleur	Protocole, Observations		Signature
	Surface en cm2	O r i g i n e	EVA		
		P e r m a n e n t e			
		I n			

		t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n			

		t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n			

		s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			

Date début des soins : ..... Localisation : ..... Type de plaie : .....

Date	Mesures	Douleur	Protocole, Observations	Signature
	Surface en cm2	O r i g i n e	EVA	
		P e r m a n e n t e		
		I n t e r m i t t e n t e		
		P d t s o i n s		

		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t			

		e			
		I			
		n			
		t			
		r			
		m			
		i			
		t			
		t			
		e			
		n			
		t			
		e			
		P			
		d			
		t			
		s			
		o			
		i			
		n			
		s			
		P			
		e			
		r			
		m			
		a			
		n			
		e			
		n			
		t			
		e			
		I			
		n			
		t			
		r			
		m			
		i			
		t			

		t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s			



		o i n s			
--	--	------------------	--	--	--

Date début des soins : ..... Localisation : ..... Type de plaie : .....

Date	Mesures	Douleur	Protocole, Observations		Signature
	Surface en cm2	O r i g i n e	EVA		
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t			

		t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s			

		o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a			

		n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e			

		r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			

Date début des soins : ..... Localisation : ..... Type de plaie : .....

Date	Mesures	Douleur	Protocole, Observations		Signature
	Surface en cm2	O r i g i n e	EVA		
		P e r m a			

		n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e			

		r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			

		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P			



		e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			

Date début des soins : ..... Localisation : ..... Type de plaie : .....

Date	Mesures	Douleur	Protocole, Observations	Signature
	Surface en cm2	O r i g i n e	EVA	
		P e r m a n e n t e		
		I n t e r m i t t e n t e		
		P d t s o i n s		

		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t			

		e			
		I			
		n			
		t			
		r			
		m			
		i			
		t			
		t			
		e			
		n			
		t			
		e			
		P			
		d			
		t			
		s			
		o			
		i			
		n			
		s			
		P			
		e			
		r			
		m			
		a			
		n			
		e			
		n			
		t			
		e			
		I			
		n			
		t			
		r			
		m			
		i			
		t			

		t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s			

		o i n s			
--	--	------------------	--	--	--

Date début des soins : ..... Localisation : ..... Type de plaie : .....

Date	Mesures	Douleur	Protocole, Observations	Signature
	Surface en cm2	O r i g i n e	EVA	
		P e r m a n e n t e		
		I n t e r m i t		

		t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s			

		o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a			



		n e n t e			
		I n t e r m i t t e n t e			
		P d t s o i n s			
		P e r m a n e n t e			
		I n t e			











### RENTENTISSEMENT SOMATIQUE

1-Plaintes Somatiques	-Pas de plaintes	0 0
	-Plaintes uniquement à la sollicitation	1 1
	-Plaintes spontanées occasionnelles	2 2
	-Plaintes spontanées continues	3 3
2-Positions antalgiques au repos	-Pas de position antalgique	0 0
	-Evite certaines positions de façon occasionnelle	1 1
	-Position antalgique permanente et efficace	2 2
	-Position antalgique permanente et inefficace	3 3
3-Protection des zones douloureuses	-Pas de protection	0 0
	-Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1 1
	-Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2 2
	-Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3 3
4-Mimique	-Mimique habituelle	0 0
	-Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1 1
	-Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2 2
	-Mimique inexpressive en permanence et de manière habituelle (atone, figée, regard vide)	3 3
5-Sommeil	-Sommeil habituel	0 0
	-Difficultés d'endormissement	1 1
	-Réveils fréquents (agitation motrice)	2 2
	-Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3 3
<b>RENTENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR</b>		
6-Toilette et/ou habillement	-Possibilités habituelles inchangées	0 0
	-Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1 1
	-Possibilités habituelles très diminuées (toilette et/ou habillement difficiles et partiels)	2 2
	-Toilette et/ou habillement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3 3
7-Mouvements	-Possibilités habituelles inchangées	0 0
	-Possibilités habituelles actives limitées (le patient évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1 1
	-Possibilités habituelles actives et passives limités (même aidé, le patient diminue ses mouvements)	2 2
	-Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3 3
<b>RENTENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>		
8-Communication	-Inchangée	0 0
	-Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1 1
	-Diminuée (la personne s'isole)	2 2
	-Absence ou refus de toute communication	3 3
9-Vie sociale	-Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations..)	0 0
	-Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1 1
	-Refus partiel de participation aux différentes activités	2 2
	-Refus de toute vie sociale	3 3
10-Troubles du comportement	-Comportement habituel	0 0
	-Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1 1
	-Troubles du comportement à la sollicitation et permanente	2 2
	-Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3 3

Date : .....

Score : ...../30

Date : .....

Score : ...../30



RENTENTISSEMENT SOMATIQUE		
1-Plaintes Somatiques	-Pas de plaintes	0 0
	-Plaintes uniquement à la sollicitation	1 1
	-Plaintes spontanées occasionnelles	2 2
	-Plaintes spontanées continues	3 3
2-Positions antalgiques au repos	-Pas de position antalgique	0 0
	-Evite certaines positions de façon occasionnelle	1 1
	-Position antalgique permanente et efficace	2 2
	-Position antalgique permanente et inefficace	3 3
3-Protection des zones douloureuses	-Pas de protection	0 0
	-Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1 1
	-Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2 2
	-Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3 3
4-Mimique	-Mimique habituelle	0 0
	-Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1 1
	-Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2 2
	-Mimique inexpressive en permanence et de manière habituelle (atone, figée, regard vide)	3 3
5-Sommeil	-Sommeil habituel	0 0
	-Difficultés d'endormissement	1 1
	-Réveils fréquents (agitation motrice)	2 2
	-Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3 3
RENTENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR		
6-Toilette et/ou habillage	-Possibilités habituelles inchangées	0 0
	-Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1 1
	-Possibilités habituelles très diminuées (toilette et/ou habillage difficiles et partiels)	2 2
	-Toilette et/ou habillage impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3 3
7-Mouvements	-Possibilités habituelles inchangées	0 0
	-Possibilités habituelles actives limitées (le patient évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1 1
	-Possibilités habituelles actives et passives limités (même aidé, le patient diminue ses mouvements)	2 2
	-Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3 3
RENTENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL		
8-Communication	-Inchangée	0 0
	-Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1 1
	-Diminuée (la personne s'isole)	2 2
	-Absence ou refus de toute communication	3 3
9-Vie sociale	-Participation habituelle aux différents activités (repas, animations..)	0 0
	-Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1 1
	-Refus partiel de participation aux différentes activités	2 2
	-Refus de toute vie sociale	3 3
10-Troubles du comportement	-Comportement habituel	0 0
	-Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1 1
	-Troubles du comportement à la sollicitation et permanente	2 2
	-Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3 3
Date : .....		Score : ...../30
Date : .....		Score : ...../30



Présence d'escarre au début de la prise en charge : .....

ETAT GENERAL	ETAT MENTAL	ACTIVITE AUTONOME	MOBILITE	INCONTINENCE
Bon	Bon	Sans Aide	Totale	Aucune
4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4

Moyen 3 3 3 3	Apathique 3 3 3 3	Marche avec Aide 3 3 3 3	Diminuée 3 3 3 3	Occasionnelle 3 3 3 3
Mauvais 2 2 2 2	Confus 2 2 2 2	Assis au Fauteuil 2 2 2 2	Très limité 2 2 2 2	Urinaire ou Fécale 2 2 2 2
Très Mauvais 1 1 1 1	Inconscient 1 1 1 1	Totalement Assis 1 1 1 1	Immobile 1 1 1 1	Urinaire et Fécale 1 1 1 1

(le score doit être supérieur à 14 pour qu'il n'y ai pas de risque, inférieur à 14 risque d'escarre)

Date : ..... Score : .....+.....+.....+.....+..... = .....

Date : ..... Score : .....+.....+.....+.....+..... = .....

Date : ..... Score : .....+.....+.....+.....+..... = .....

Date : ..... Score : .....+.....+.....+.....+..... = .....

Etat général : Etat clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau.

- Bon : état clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri.
- Moyen : état clinique généralement stable, paraît en bonne santé.
- Mauvais : état clinique instable, en mauvaise santé.
- Très mauvais : état clinique critique ou précaire.

Etat mental : Niveau de conscience et orientation.

- Bon : orienté, a conscience de son environnement.
- Apathique : orienté 2 fois sur 3, passif.
- Confus : orienté 1 fois sur 2, conversation quelquefois inappropriée.
- Inconscient : généralement difficile à stimuler, léthargique.

Activité : Degré de capacité à se déplacer.

- Ambulant : capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne).
- Marche avec aide : Incapacité de marcher sans aide humaine.
- Assis au fauteuil : marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil.
- Alité : confiné au lit.

Mobilité : Degré de contrôle et de mobilisation des membres.

- Totale : bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser.
- Diminuée : capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.
- Très limitée : incapacité de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contracture.
- Immobile : incapable de bouger, de changer de position.

Incontinence : Degré de capacité à contrôler intestins et vessie.

- Aucune : contrôle totale des intestins et de la vessie, ou présence d'une sonde urinaire.
- Occasionnelle : a de 1 à 2 incontinences d'urine ou de selle/24h, a une sonde urinaire ou a un pénilex, mais incontinence fécale.
- Urinaire ou fécale : a de 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les 24h.
- Urinaire et fécale : ne contrôle ni intestins, ni vessie. A de 7 à 10 incontinences sur 24h.





Age : .....

Sexe : .....

Poids : .....

Taille : .....

Hauteur genou : .....

### INDICES ANTHROPOMETRIQUES

1. Indice de masse corporelle : IMC= P/T <sup>2</sup>	- IMC inf. à 19 - IMC compris entre 19 et 21 - IMC compris entre 21 et 23 - IMC sup. à 23	0 0 1 1 2 2 3 3
2. Circonférence brachiale	- CB inf. à 21 - CB entre 21 et 22 - CB sup. à 22	0 0 0.5 0.5 1 1
3. Circonférence du mollet	- CM inf. à 31 - CM sup. ou égale à 31	0 0 1 1
4. Perte récente de poids (inf. 3 mois)	- Perte de poids sup. à 3 kg - Ne sait pas - Perte de poids de 1 à 3 kg - Pas de perte de poids	0 0 1 1 2 2 3 3

### EVALUATION GLOBALE

5. Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?	- Non - Oui	0 0 1 1
6. Prend-il plus de 3 médicaments ?	- Non - Oui	0 0 1 1
7. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?	- Non - Oui	0 0 1 1
8. Motricité	- Du lit au fauteuil - Autonome à l'intérieur - Sort du domicile	0 0 1 1 2 2
9. Problèmes neuropsychologiques	- Démence ou dépression sévère - Démence ou dépression modérée - Pas de problème psychologique	0 0 1 1 2 2
10. Escarres ou plaies cutanées ?	- Non - Oui	0 0 1 1

### INDICES DIETETIQUES

11. Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? ( sup. à 2)	- 1 repas - 2 repas - 3 repas	0 0 1 1 2 2
12a. Consomme-t-il au moins 1 fois/jour des produits laitiers ?	- 0 pt si 0 ou 1 oui	0 0
12b. Consomme-t-il 1 ou 2 fois/semaine des œufs/légumineuses ?	- 0.5 si 2 oui - 1 pt si 3 oui	0.5 0.5 1 1
12c. Consomme-t-il chaque jour de la viande/poisson/volaille ?		
13. Consomme-t-il 2 fois/jour au moins des fruits/légumes ?	- Non - Oui	0 0 1 1
14. Présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins	- Anorexie sévère	0 0

ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problème digestif ou difficulté de mastication ou de déglutition ?	- Anorexie modérée	1	1
	- Pas d'anorexie	2	2
15. Combien de verre de boissons consomme-t-il/jour ? ( eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)	- Moins de 3 verres	0	0
	- De 3 à 5 verres	1	1
	- Plus de 5 verres	2	2
16. Manière de se nourrir	- Nécessite une assistance	0	0
	- Se nourrit seul avec difficulté	1	1
	- Se nourrit seul sans difficulté	2	2
17. Le patient se considère-t-il bien nourri ?	- Malnutrition sévère	0	0
	- Ne sait pas ou malnutrition modéré	1	1
	- Pas de problème de nutrition	2	2
18. Le patient se sent-il en meilleure santé ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	- Moins bonne	0	0
	- Ne sait pas	0.5	0.5
	- Aussi bonne	1	1
	- Meilleure	2	2

Sup. ou égal à 24 pts : état nutritionnel satisfaisant

De 17 à 23.5 pts : risque de malnutrition

Inf. à 17 pts : mauvais état nutritionnel

① Date : .....

Score : ...../30

② Date : .....

Score : ...../30



Date	Entrées	Sorties	Commentaires	Date	Entrées	Sorties	Commentaires
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			



Date	Entrées	Sorties	Commentaires	Date	Entrées	Sorties	Commentaires
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			
Matin Soir				Matin Soir			

