

Infirmier(e) libéral(e)

NOM : Prénom :

Tél :

NOM :

Prénom :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Date de naissance : Age :

Numéro de Sécurité Sociale :

Complémentaire santé :

ALD : Autres :

Environnement familial :

Personne de confiance : Lien parental :

Médecin traitant : Tél/Fax :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX	ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX
.....
.....
.....

Allergie(s) :

TRAITEMENT NOM DU PRODUIT ET/OU GÉNÉRIQUE	MODE D'ADMINISTRATION	DATE DE DÉBUT	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER	MÉDECIN PRESCRIPTEUR	TRAITEMENT PRIS CE JOUR

TRAITEMENT ANTICOAGULANT	POSOLOGIE	DATE DE LA DERNIÈRE PRISE	INR CIBLE	DATE DU DERNIER INR/TP
		<.....<.....	

INSULINE(S) ET PROTOCOLE	HGT	DATE ET HEURE DE LA DERNIÈRE INJECTION

ÉVALUATION DE LA SITUATION DU PATIENT

Etat cognitif et perception de l'état de santé

Humeur et comportement

Bilan sensoriel et communication

Alimentation et hydratation

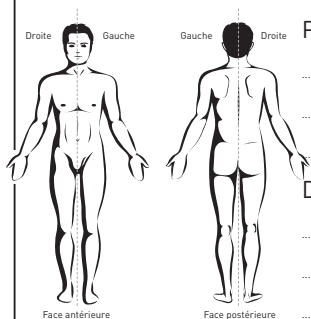
Élimination et continence

Aptitudes fonctionnelles

Autosoins

Intégrité cutanée et risque d'escarre

PANSEMENTS



Protocole :

.....

Date de réfection et description de la plaie :

.....

PARAMÈTRES VITAUX

TA : Pouls : Saturation :

Température : FR : Douleur :

Date des dernières selles : EVS 1→4 :

RÉSUMÉ DE LA SITUATION DU PATIENT

.....

