

Coller une vignette ici

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom, Prénom :

Nom d'épouse :

Date de naissance : ___/___/___ Age : _____

Date du transfert : ___/___/___

Conditions de vie à domicile : Vit seul Vit avec

Nom, Prénom:

Lien de parenté :

Valide Non valide

Immeuble à étage Immeuble de Plain pied

Médecin traitant : Nom, Prénom :

Téléphone : Prévenu du départ : Oui Non

CONTACTS

FONCTION	NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE / GSM
Personne référente			
Contact famille			
Contact famille			
Coordination			
Infirmier(ère)			
Kinésithérapeute			
Logopède			
Aide familiale			
Garde à domicile			
Administr. de biens			

EVALUATION ÉCHELLE DE KATZ :

Nomenclature: forfait A forfait B forfait C

Forfait soins palliatifs, Nom de l'équipe :

OBSERVATIONS : SUR LES 15 DERNIERS JOURS

BESOINS FONDAMENTAUX	AIDES REQUISES	EN PLACE AU DOMICILE
SE LAVÉ / S'HABILLER <input type="radio"/> LIT <input type="radio"/> FAUTEUIL <input type="radio"/> ÉVIER <input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> AIDE PARTIELLE : <input type="radio"/> AIDE TOTALE :	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
SE DÉPLACER <input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> AIDE PARTIELLE <input type="radio"/> AIDE TOTALE	APPUI AUTORISÉ: <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON TRANSFERT LIT / FAUTEUIL: <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> CANNE <input type="radio"/> BÉQUILLES <input type="radio"/> TRIBUNE <input type="radio"/> CHAISE ROULANTE <input type="radio"/> MOBILISATION KINÉ AUTRE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
S'ALIMENTER <input type="radio"/> AUTONOME <input type="radio"/> AIDE PARTIELLE : <input type="radio"/> AIDE TOTALE : <input type="radio"/> TROUBLES DE LA DÉGLUTITION	RÉGIME : HYDRATATION :L/24H PROTHÈSE DENTAIRE ADAPTÉE <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON SONDE GASTRIQUE/GASTROSTOMIE PLACÉE LE / / APPÉTIT: <input type="radio"/> LÉGER <input type="radio"/> MOYEN <input type="radio"/> BON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
ÉLIMINER : <input type="radio"/> CONTINENCE <input type="radio"/> INCONTINENCE URINAIRE <input type="radio"/> DIURNE <input type="radio"/> NOCTURNE <input type="radio"/> INCONTINENCE FÉCALE <input type="radio"/> DIURNE <input type="radio"/> NOCTURNE	MATÉRIEL D'INCONTINENCE SONDE VÉSICALE CHANGÉE LE / / STOMIE: URINES / SELLES	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
RESPIRER DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OXYGÉNOTHÉRAPIE <input type="radio"/> KINÉ RESPIRATOIRE <input type="radio"/> AÉROSOLTHÉRAPIE <input type="radio"/> ASPIRATION TRACHÉALE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
SÉCURITÉ <input type="radio"/> RISQUE DE CHUTE <input type="radio"/> AUTRE RISQUE.....	<input type="radio"/> TÉLÉBIOVIGILANCE <input type="radio"/> BARRIÈRES DE LIT <input type="radio"/> SURVEILLANCE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
COMMUNIQUER <input type="radio"/> DÉSORIENTATION <input type="radio"/> ANXIÉTÉ <input type="radio"/> AGITATION <input type="radio"/> AGRESSIVITÉ <input type="radio"/> DÉFICIT VISUEL <input type="radio"/> DÉFICIT AUDITIF <input type="radio"/> TROUBLES DU LANGAGE <input type="radio"/> LANGUE <input type="radio"/> LUNETTES <input type="radio"/> PROTHÈSE AUDITIVE	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
DORMIR	PROBLÈMES:	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?

AIDES REQUISES POUR LES ACTIVITÉS INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

PRÉPARER LES REPAS <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ? LIVRER LES REPAS <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ? FAIRE LES COURSES <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ? FAIRE LA LESSIVE <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?	ENTRETIENIR LE LOGEMENT <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ? GÉRER LES FINANCES <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ? PRÉPARER SES MÉDICAMENTS <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ? PRENDRE SES MÉDICAMENTS <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON QUI ?
---	--

Autres Remarques: