

FICHE INTERVENTION IDEL PONCTUELLE, SOINS NON-PROGRAMMES

IDENTITE PERSONNE PRISE EN CHARGE

Nom : Prénom :
 Date de naissance:
 Adresse.....

 Tél:..... Email:.....@.....
 N°SS :

PROCEDURE D'INTERVENTION ET APPEL :

Heure d'appel:
 Heure de prise en charge :
 Transport vers :
 Maintien Domicile
 Prescription médicale : de soins
 de traitement

INTERROGATOIRE CIRCONSTANCE

Motivation de l'appel :
 Ressenti sur l'état de santé : moins bien identique épisode aigu

MODE DE VIE

Maison individuelle Appartement RPA (*Résidence Personnes Agées*)
 Vit seul(e) :) oui non
 Personne à prévenir :

BILAN

Etat cognitif : normal
 altération : légère sévère
 Autonomie : oui non
 Aptitude fonctionnelle : normale
 altération : légère sévère
 Aide extérieure : oui non
 Si oui, (*précisez*): SAD SSIAD HAD IDEL
 autres :
 Angoisse : oui non si oui, motif :
 TA : Pouls :
 Saturation :
 Toux : oui grasse sèche

Essoufflement : oui non
 Oedèmes MI : oui non
 Bruits respiratoires : sifflement grailonnement
 Pâleur Sueur Cyanose
 Glycémie capillaire (patient diabétique) :
 Allergie connue : oui non
 Si oui : précisez si possible :
 Douleur (EVA) : localisation :
 Antalgique :
 Signes déshydratation (pli cutané ...) :

Traitement en cours :

.....

Coordonnées du médecin traitant :

.....

Coordonnées de la pharmacie :

.....

Soins infirmiers effectués lors de la visite :

.....

Identité de l'IDEL

Nom : prénom :

Adresse professionnelle :

Numéro de téléphone :

Numéro ADELI ou RPPS :

Signature :

(Nom Prénom)