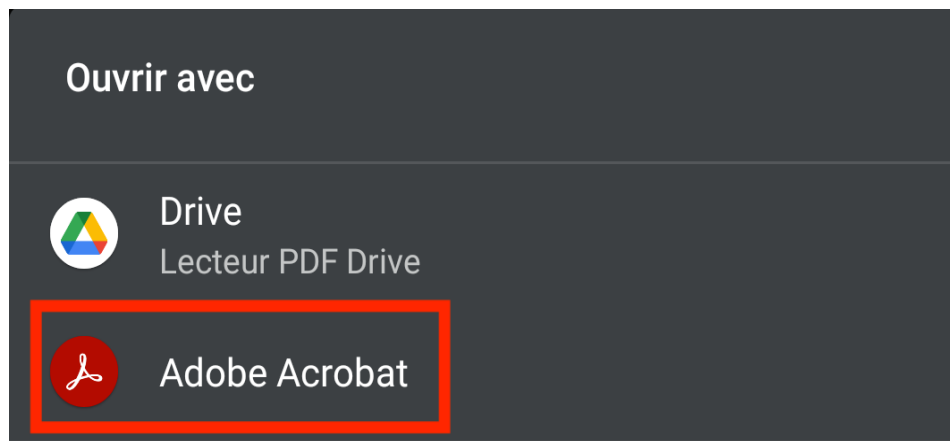


## Guide d'utilisation

### Sur téléphone :

#### - **Android :**

- Télécharger l'application **Adobe Acrobat Reader pour PDF** ([ICI](#))
- Cliquer sur la fiche intervention idel soins non programmée (ICI)
- Choisir d'ouvrir via adobe Acrobat Reader pour PDF



- Une fois sur le pdf cliquer sur les carrée bleu que vous souhaitez remplir

FICHE INTERVENTION IDEL PONCTUELLE, SOINS NON-PROGRAMMES	
<b>IDENTITE PERSONNE PRISE EN CHARGE</b> Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance: ..... Adresse: ..... Tél: ..... Email: .....@..... N°SS : .....	<b>PROCEDURE D'INTERVENTION ET APPEL :</b> Heure d'appel: ..... Heure de prise en charge : ..... <input type="checkbox"/> Transport vers : ..... <input type="checkbox"/> Maintien Domicile <input type="checkbox"/> Prescription médicale : <input type="checkbox"/> de soins <input type="checkbox"/> de traitement
<b>INTERROGATOIRE CIRCONSTANCE</b> Motivation de l'appel : ..... Ressenti sur l'état de santé : <input type="checkbox"/> moins bien <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> épisode aigu	
<b>MODE DE VIE</b> <input type="checkbox"/> Maison individuelle <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> RPA (Résidence Personnes Agées) Vit seul(e) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Personne à prévenir : .....	
<b>BILAN</b>	
Etat cognitif : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> altération : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> sévère Autonomie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Aptitude fonctionnelle : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> altération : <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> sévère Aide extérieure : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, (précisez) : <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> IDEL <input type="checkbox"/> autres : ..... Angoisse : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, motif : ..... TA : ..... Pouls : ..... Saturation : ..... Toux : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> grasse <input type="checkbox"/> sèche	Essoufflement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Oedèmes MI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Bruits respiratoires : <input type="checkbox"/> sifflement <input type="checkbox"/> grailonnement <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Cyanose Glycémie capillaire (patient diabétique) : ..... Allergie connue : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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)	

#### - **Pour iPhone**

- Il n'est pas nécessaire de télécharger adobe
- Il suffit de cliquer sur le PDF et d'appuyer sur les parties que vous souhaitez remplir