



# **DOSSIER DE SUITE INFIRMIER**

Débuté le : .....

Nom du patient : .....

*Le dossier est la propriété de l'infirmier(e)*

## FICHE ADMINISTRATIVE



### PATIENT

Nom: Nom de jeune fille :	Prénom :
Date de naissance : ...../...../.....	Téléphone :
Adresse :	
Allergie :	

### PROFESSIONNELS

INTERVENANTS	NOM	TEL CABINET
MEDECIN TRAITANT		
INFIRMIER		
PHARMACIEN		
KINÉSITHÉRAPEUTE		
LABORATOIRE		
SPÉCIALISTE OU SERVICE HOSPITALIER		
AIDE A DOMICILE		
PORTAGE DE REPAS		

### PERSONNES RESSOURCES

Nom :	Nom :
Qualité :	Qualité :
Téléphone :	Téléphone :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :



ACTES / DATES	MA		MI		S		MA		MI		S		MA		MI		S		
<b>ITT</b>																			
per os																			
injectable																			
patch																			
spray/aerosol																			
<b>CONSTANTES</b>																			
tension																			
pouls																			
temperature																			
saturation																			
EVA																			
<b>ELIMINATION</b>																			
diurese																			
transit																			
chgt SV																			
<b>ALIMENTATION</b>																			
parenterale																			
enterale																			
<b>PANSEMENTS</b>																			
BAV/BAS																			
<b>SOINS</b>																			
prise de sang																			
chgt hubert																			
cassette PCA																			
canule tracheo																			
aiguille sc																			
<b>PARAPHE</b>																			

\* joindre copie d'ordonnance des traitements