DIAGRAMME DE SOINS INFIRMIERS DU ROLE PROPRE

NOM : **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :**

Dates et heures												
Toilette ***P : partielle C : complète*** ***D : douche***												
Capiluve												
Rasage												
Habillage												
Bas à varice/bande												
Prévention escarre												
Education												
Change												
Surveillance urinaire												
Stimulation / hydration												
Relation soutien et famille												
Pédiluve												
Education												
Transit												
Paragraphe IDEL												