PLAN DE SOINS INFIRMIERS — Partie A

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

	Aide part.	Aide compl.	Spécification
Hygiène			
Bain au lit			
Lavabo			
Douche			
Baignoire			
D L M M J V S			
Cheveux			
D L M M J V S			
Barbe			
Bouche/dents			
Orthèses/ prothèse			
Ongles			
Habillement			
Mobilité			
Au lit			
Au lever			
Au coucher			
À la marche			
Alimentation			
Élimination			
Toilette			
Urinal			
Bassin			
Ch. d'aisance			

MONITORAGE

- T.A. ☐
- T.P.R. ☐
- S.N. ☐ Pesée ☐
- Ingesta ☐ Excreta ☐
- Glycémie cap. ☐
- Perfusion ☐
- Moniteur ☐
- Douleur ☐ Autres ☐

RISQUES

- Lésions de pression ☐
- Chute/blessure ☐
- Infections ☐
- Autres ☐

PARTICULARITÉS

- **Réanimation** ☐
- Allergie ☐
- Isolement/précautions ☐
- Services paramédicaux ☐
- Autres ☐

N° de dossier

Date d'admission

RESPIRATION

	Réf. -B-
O_2 ☐	
Exercice resp. ☐	
Aspiration des secrétions ☐	
Soins trachéo ☐	
Autres ☐	

ÉLIMINATION

	Réf. -B-
Culotte ☐	
Condom ☐	
Sonde urinaire ☐	
Stomie ☐	
Tube de drainage ☐	
Soins/incontinence ☐	
Soins/constipation ☐	
Autres ☐	

PEAU/PHANÈRES

	Réf. -B-
Soins des pieds ☐	
Pansement ☐	
Débridement ☐	
Lit thérapeutique ☐	
Autres ☐	

PSYCHO/SOCIAL

	Réf. -B-
Participation-famille ☐	
Sorties ☐	
Loisirs ☐	
Autres ☐	

ALIMENTATION

	Réf. -B-
Diète ☐	
Hydratation ☐	
Gavage ☐	
Tube/sonde ☐	
Autres ☐	

MOBILISATION

	Réf. -B-
Restrictions ☐	
Mobilisation au lit/ Positionnement ☐	
Asseoir au fauteuil ☐	
1er lever ☐	
Faire marcher ☐	
Ex. actifs/passifs ☐	
Aides mécaniques ☐	
Prothèses/orthèses ☐	
Mode de transport ☐	
Autres ☐	

SOMMEIL/DÉTENTE

	Réf. -B-
Mesures particulières ☐	

COMMUNICATION PERCEPTION

	Réf. -B-
Orthèse auditive ☐	
Orthèse oculaire ☐	
Orientation à la réalité ☐	
Stimulation ☐	
Moyens spécifiques pour communiquer ☐	
Autres ☐	

ENSEIGNEMENT USAGER/FAMILLE

	Réf. -B-
Problème de santé ☐	
Soins et traitement ☐	
Habitudes de vie ☐	
Autres ☐	

Révisé le : Année | Mois | Jour

Initiales _____

PLAN DE SOINS INFIRMIERS Partie C

DATE	LABORATOIRE	FAIT

DATE	AUTRES EXAMENS	FAIT

DATE	SANG EN RÉSERVE

DATE	INTERVENTIONS CHIRURGICALES

DATE	RÉSUMÉ DE DOSSIER DEMANDÉ À :

DATE	RADIOLOGIE – MÉD. NUCLÉAIRE	FAIT

DATE	CONSULTATIONS	FAIT

PLAN DE SOINS INFIRMIERS Partie D

DATE			MÉDICATION			
Rx	ReRx	C	NOM	POSOLOGIE	HEURES	Pharmaco-vigilance

DATE	TRAITEMENTS ET PANSEMENTS

SOINS PRÉ ET POST-EXAMENS

PERFUSIONS-TRANSFUSIONS

Raison d'admission _____

Personnes à avertir au besoin _____

Adm. Année | Mois | Jour _____ Âge _____ Sexe _____ M.D. _____ Chambre _____ Nom _____