



DT9150

	SERVICES REQUIS											
	POTENTIELS RÉCURRENTS			RÉELS								
				RÉCURRENTS				TEMPORAIRES				
	Fr. /24 h.	Fr. hebdo	Total hebdo	Fr. /24 h.	Fr. hebdo		Total hebdo		Nbre de fois		Total	
				P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	
<b>ALIMENTATION</b>												
* <input type="checkbox"/> Alimentation : guider	2	3										
* <input type="checkbox"/> Alimentation : aide partielle	4	3										
* <input type="checkbox"/> Alimentation : aide complète	10	3										
<input type="checkbox"/> Hydratation per os stricte	1	12										
<input type="checkbox"/> Alimentation entérale	2	6										
<input type="checkbox"/> enseignement	<b>SOUS-TOTAL</b>											
<b>ÉLIMINATION</b>												
* <input type="checkbox"/> Urinal	1	7										
* <input type="checkbox"/> Bassin de lit	2	7										
* <input type="checkbox"/> Assister à la toilette	3	7										
* <input type="checkbox"/> Soins d'incontinence	3	7										
<input type="checkbox"/> Soins externes de sonde vés./condom	2	2										
<input type="checkbox"/> Entretien du sac de stomie	3	3										
<input type="checkbox"/> Soins de stomie	4	1	2									
<input type="checkbox"/> Irrigation de colostomie	8	1										
<input type="checkbox"/> Irrigation de colostomie : pr. c.	20	1										
<input type="checkbox"/> Stimulation anale	2	1										
<input type="checkbox"/> Curage rectal	5	1										
<input type="checkbox"/> Tube rectal : installation	1											
<input type="checkbox"/> enseignement	<b>SOUS-TOTAL</b>											
<b>MOBILISATION</b>												
* <input type="checkbox"/> Lever avec aide	1	6										
<input type="checkbox"/> Lever avec l'aide d'un levier hydraulique ou de 3 personnes	2	6										
* <input type="checkbox"/> Marcher avec aide	3	3										
<input type="checkbox"/> Friction et installation	2											
<input type="checkbox"/> Exercices musculaires	4	2										
<input type="checkbox"/> Application de moyens de protection physique	1											
<input type="checkbox"/> enseignement	<b>SOUS-TOTAL</b>											

AS-532 DT (rév. 05-02)

Nom : \_\_\_\_\_

N° du dossier : \_\_\_\_\_

# CTMSP 87

## FORMULE DE DÉTERMINATION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES D'ASSISTANCE REQUIS (suite)

	SERVICES REQUIS											
	POTENTIELS RÉCURRENTS			RÉELS								
	Fr. /24 h.	Fr. hebdo	Total hebdo	Fr. /24 h.	RÉCURRENTS				TEMPORAIRES			
					Fr. hebdo		Total hebdo		Nbre de fois		Total	
				P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	
<b>HYGIÈNE</b>												
* <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène : guider	2	1										
* <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène : aide partielle	5	1										
* <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène : aide complète (pr. c.) (lit)	7	1										
* <input type="checkbox"/> Soins d'hygiène : aide complète (pr. c.) (baig.)	11	1										
* <input type="checkbox"/> Aide à l'habillement	3	2										
* <input type="checkbox"/> Aide à l'habillement (clientèle dysfonct.)	6	2										
* <input type="checkbox"/> Hygiène buccale	1	3										
* <input type="checkbox"/> Soins de beauté ou épilation ou rasage de la barbe	4	1										
* <input type="checkbox"/> Lavage de tête	6	1	1									
* <input type="checkbox"/> Manucure et pédicure	2	1	1									
* <input type="checkbox"/> Toilette génitale (menstruation)	3		1,25									
<input type="checkbox"/> enseignement	<b>SOUS-TOTAL</b>											
<b>RESPIRATION</b>												
<input type="checkbox"/> Humidification de l'air inspiré	1	3										
<input type="checkbox"/> Exercices respiratoires	2											
<input type="checkbox"/> Aérosolthérapie : guider	1											
<input type="checkbox"/> Aérosolthérapie : pr. c.	6											
<input type="checkbox"/> Aspiration des sécrétions	1											
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	1											
<input type="checkbox"/> Soins de trachéotomie	2	3										
<input type="checkbox"/> enseignement	<b>SOUS-TOTAL</b>											
COMMENTAIRES : _____												
_____												
_____												
_____												
_____												

	SERVICES REQUIS											
	POTENTIELS RÉCURRENTS			RÉELS								
				RÉCURRENTS				TEMPORAIRES				
	Fr. /24 h.	Fr. hebdo	Total hebdo	Fr. /24 h.	Fr. hebdo		Total hebdo		Nbre de fois		Total	
				P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	
<b>TRAITEMENTS</b>												
<input type="checkbox"/> Préparation de l'auto-médication 4	1											
<input type="checkbox"/> Prép. et admin. de médicament (p.o./i.r./ovu./ong./gttes/s.g./inhal.) 1												
<input type="checkbox"/> Prép. et admin. de médicament (i.d./s.c./i.m.) 2												
<input type="checkbox"/> Prép. et admin. de médicament (i.v.) 3												
<input type="checkbox"/> Perfusion : installation 8	1											
<input type="checkbox"/> Perfusion : soluté en perm. (changer) 3												
<input type="checkbox"/> Perfusion : sang et dérivés 12												
<input type="checkbox"/> Installation : sonde ou cathéter 5	1											
<input type="checkbox"/> Lavement ou irrigation 2												
<input type="checkbox"/> Installation : proth./orth./bas/bandage 1												
<input type="checkbox"/> Trempage d'un ou des membres ou bain de siège : guider 2												
<input type="checkbox"/> Trempage d'un ou des membres ou bain de siège : pr. c. 8												
<input type="checkbox"/> Application d'onguent : surface > 30 % 5												
<input type="checkbox"/> Plaie à l'air : nettoyage ou inst. lampe 1												
<input type="checkbox"/> Pansement sec ou humide 3												
<input type="checkbox"/> Pansement d'une plaie avec écoulement 4												
<input type="checkbox"/> Pansement avec agent de régénération 7												
<input type="checkbox"/> Débridement d'une plaie 2												
<input type="checkbox"/> Technique d'isolement (préventif) 2												
<input type="checkbox"/> Technique d'isolement 24 h./24 h. 10												
<input type="checkbox"/> enseignement <b>SOUS-TOTAL</b>												
COMMENTAIRES : _____												
_____												
_____												
_____												
_____												

# CTMSP 87

## FORMULE DE DÉTERMINATION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES D'ASSISTANCE REQUIS (fin)

	SERVICES REQUIS											
	POTENTIELS RÉCURRENTS			RÉELS								
	Fr. /24 h.	Fr. hebdo	Total hebdo	Fr. /24 h.	RÉCURRENTS				TEMPORAIRES			
					Fr. hebdo		Total hebdo		Nbre de fois		Total	
				P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	P.	P.P.	
<b>MÉTHODES DIAGNOSTIQUES</b>												
<input type="checkbox"/> Observ. syst. minimale 11 fois ou -/24 h. 2	X			X								
<input type="checkbox"/> Observ. syst. modérée 12-39 fois/24 h. 4	X			X								
<input type="checkbox"/> Observ. syst. fréquente 40-59 fois/24 h. 10	X			X								
<input type="checkbox"/> Observ. syst. import. 60 fois et +/24 h. 20	X			X								
<input type="checkbox"/> Signes vitaux 2												
<input type="checkbox"/> Dosage des ingestas et des excréta 2	X			X								
<input type="checkbox"/> Pesée ou mensuration 1												
<input type="checkbox"/> Prélèvement : séc. ou selles ou urine (analyse simple) 2												
<input type="checkbox"/> Prélèvement : culture d'urine 4	1											
<input type="checkbox"/> Prélèvement : sang 2												
<input type="checkbox"/> Test simple sur place 2												
<input type="checkbox"/> enseignement <b>SOUS-TOTAL</b>												
<b>COMMUNICATIONS</b>												
<input type="checkbox"/> Enseignement (usager ou proches) 6												
<input type="checkbox"/> Communication de support/relance 12												
<input type="checkbox"/> Communication de support/relance 24												
<input type="checkbox"/> Communication de support/relance 48												
* <input type="checkbox"/> Communication individ. de soutien 6												
<b>SOUS-TOTAL COMMUNICATIONS</b>												
<b>SOUS-TOTAL MÉTHODES DIAGNOSTIQUES</b>												
<b>SOUS-TOTAL TRAITEMENTS</b>												
<b>SOUS-TOTAL RESPIRATION</b>												
<b>SOUS-TOTAL HYGIÈNE</b>												
<b>SOUS-TOTAL MOBILISATION</b>												
<b>SOUS-TOTAL ÉLIMINATION</b>												
<b>SOUS-TOTAL ALIMENTATION</b>												
<b>TOTAL HEBDO (points)</b>												
<b>TOTAL HEBDO (heures)</b>												
<b>TOTAL JOURNALIER (heures)</b>												