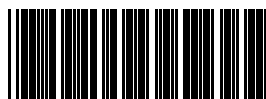


ÉVALUATION INITIALE SOINS INFIRMIERS



DT9108

1- DONNÉES PRÉLIMINAIRES

ARRIVÉE	Année	Mois	Jour	Heure	sur pied <input type="checkbox"/>	Autre :
	seul(e) <input type="checkbox"/> accompagné(e) de :					
LANGUE	parlée			comprise		
RELIGION	Catholique <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Autre :					
PERSONNES À JOINDRE	Nom			Lien de parenté		trav. () rés. ()
	Nom			Lien de parenté		trav. () rés. ()

Raison de l'hospitalisation (selon l'usager)

Aspect général (comportement et apparence, variation de masse...)

Poids	T.A.	t (°C)	Resp	Taille (m)	Masse (kg)	Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/>
-------	------	--------	------	------------	------------	--

2- PROBLÈMES DE SANTÉ

PARAMÈTRES	ALTÉRATIONS NOTÉES	SPECIFICATIONS (matériel thérapeutique utilisé)
Respiration (voies, caractéristiques, difficultés associées...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Digestion (voie d'alimentation, mastication, déglutition, appétit...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Élimination (voies, caractéristiques, contrôle...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Peau/Phanères (intégrité, apparence, température...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Mobilisation (intégrité, endurance, confort...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Cognition/Perception (sens, langage, écriture, mémoire, concentration, orientation, jugement...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Sommeil (qualité, durée...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Sexualité/Reproduction (intégrité...)	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	
Autre problème de santé et traitement préhospitalisation : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> spécifier : _____		Allergie connue, médicamenteuse ou autre : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> spécifier nature et réactions : _____

Diète spéciale : non oui spécifier

MÉDICATION (prise avant hospitalisation, prescrite ou non)

Nom	Posologie	Utilisation connue	Nom	Posologie	Utilisation connue

3- HABITUDES DE VIE

CATÉGORIES	SPÉCIFICATIONS (nature, fréquence, changements, exigences...)
Alimentation (groupes alimentaires, graisses, sucres...)	
Activités physiques (sport, exercices...)	
Hygiène (peau, cheveux, ongles, dents...)	
Tabac/Alcool/Drogue	
Travail/loisirs/occupations	
Spiritualité (valeurs, croyances, pratique...)	

4- ENVIRONNEMENT

Réseau de support social

Milieu de travail (agents agresseurs : psychologiques/physiques/chimiques...)

Milieu de vie (favorable, défavorable)

Événement significatif (conflits familiaux; difficultés économiques, deuil; perte d'emploi; rupture...)

5- ADAPTATION AU STRESS

Hospitalisation antérieure : non oui (réactions, attente, répercussion...)

Hospitalisation et état de santé actuels : (réaction, attente, répercussion...)

Moyens utilisés pour réduire le stress

6- ANALYSE ET SYNTHÈSE

Année Mois Jour

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date

Signature de l'infirmière