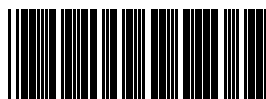


# ÉVALUATION INITIALE SOINS INFIRMIERS



DT9043

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

### MÉDICATION (prise avant hospitalisation, prescrite ou non)

Nom	Posologie	Utilisation connue	Nom	Posologie	Utilisation connue

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

### 3- HABITUDES DE VIE

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière

Année	Mois	Jour
Date		