

DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS



Cabinet infirmier

➤ Téléphone fixe

➤ Nom	➤ Portable	➤ Signature	➤ Paraphe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A l'issue des soins infirmiers à domicile, ce dossier sera récupéré et archivé par le cabinet infirmier qui l'a mis en place.



➤ CONSENTEMENT DU PATIENT

Nom

Date

Par cette signature, j'autorise la tenue de ce dossier de soins infirmiers contenant des données administratives, médicales et paramédicales me concernant et ce durant toute la durée des soins.

Afin d'assurer une meilleure communication et coordination des soins au sein de l'équipe soignante, il sera conservé à mon domicile selon des modalités que j'aurai préalablement définies avec mon infirmier et ce afin de préserver ma vie privée et le secret des informations me concernant.

Je dispose d'un libre accès à ces informations et je peux en autoriser ou refuser l'accès à des tiers.

Par ailleurs et dans le strict intérêt de ma prise en charge médicale et paramédicale, j'autorise la prise de photos de mes plaies ainsi que leur transmission à mon équipe soignante par le biais d'une messagerie sécurisée assurant la protection de mes données personnelles de santé.

Dans la mesure du possible, ces photos ne devront pas permettre de m'identifier ou me rendre reconnaissable, moi ou mon environnement.

Je suis informé qu'à tout moment de ma prise en charge, je pourrai néanmoins m'opposer à l'échange et au partage d'informations me concernant.

➤ Signatures

Signature du patient
précédée de la mention
«Lu et approuvé»

Signature de son
représentant légal

Nom de l'infirmier référent

Signature

Ce DOSSIER contient des informations CONFIDENTIELLES

Le patient

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	N° de S.S.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Âge	<input type="text"/>	Mutuelle	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>			ALD	<input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>	AMO	<input type="text"/>
				AMC	<input type="text"/>

Personnes à prévenir en cas de nécessité

Nom	<input type="text"/>
Qualité	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>

Nom	<input type="text"/>
Qualité	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>

Personne de confiance à consulter (L1111-6 du CSP – R4312-14 CSP)

Nom	<input type="text"/>	Qualité	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
-----	----------------------	---------	----------------------	-----------	----------------------

Directives anticipées (articles L1111 -11 et R1111-17 à R1111-20 du CSP)

Oui	<input type="checkbox"/>	(Si oui : à annexer au DSI)	Non	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----------------------------	-----	--------------------------

Le patient

Nom

Prénom

Né(e) le

INFIRMIERS

➤ Nom

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Téléphone

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Signature

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Paraphe

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

MÉDECINS

➤ Nom

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Téléphone

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Signature

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Paraphe

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTE

➤ Nom

<input type="text"/>

➤ Téléphone

<input type="text"/>

➤ Signature

<input type="text"/>

➤ Paraphe

<input type="text"/>

AUTRES INTERVENANTS

➤ Intervenant

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Nom

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

➤ Téléphone

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Le patient

Nom

Prénom

Né(e) le

Groupe sanguin

ANTÉCÉDENT MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

ALLERGIES

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

Le patient

Nom	<input type="text"/>	Né(e) le	<input type="text"/>	MOIS	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>			Année	<input type="text"/>

DATE																									
Matin/Soir		M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
R O L E	SOINS D'HYGIENE																								
	PREVENTION ESCARRES																								
	DOUCHE (D) / LAVABO (L)																								
	Autres																								
P R O P R E	Autres																								
	Autres																								
	Autres																								
	Autres																								
C O N S T A N T E S	Tension Artérielle																								
	Pouls																								
	Température																								
	Fréquence respiratoire																								
	HEMOGLUCOTEST																								
	Selles																								
	Diurèse																								
	Evaluation de la douleur (EVA)																								
	Poids																								
R O L E P R E S C R I T	Per Os SURVEILLANCE DES PRISES																								
	S/C																								
	IV																								
	IM																								
PARAPHE																									

➤ Fiche de liaison pluriprofessionnelle ville-hopital

Le patient

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------	----------------------	------	----------------------

MÉDECIN RÉFÉRENT

Nom Prénom

Téléphone Adresse

INFIRMIER(E) LIBÉRAL(E)

Nom Prénom

Téléphone Adresse

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom Prénom

Téléphone Adresse

Équipe mobile ou réseau ayant suivi le patient à domicile

Lieu d'hospitalisation

Motif de l'hospitalisation

Traitements en cours

Soins infirmiers prescrits

Évaluation des besoins du patient

FICHE REMISE AU SERVICE D'HOSPITALISATION

Par l'ambulancier

La famille

Commentaires libres