



DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

DOMICILE & SERVICES
Service d'Aide et de Soins Infirmiers à Domicile

Antenne de Saint-Maur
3, impasse de l'Abbaye
94106 SAINT-MAUR-DES-FOSSES Cedex
☎ : 01.55.12.17.37 (Répondeur 24h sur 24)
Fax : 01.42.83.53.96
Mail : ds@abcd94.fr

Antenne du Plateau Briard
5, rue d'Yerres
94440 VILLECRESNES
☎ : 01.45.95.78.35
Mail : ssiadvillecresnes@abcd94.fr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Date de la demande :

Date d'accompagnement souhaitée :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le : à

Nationalité :

Adresse :

Code Postal/Ville :

Tél :

Immeuble Bâtiment : Étage :

Code : Interphone

- Ascenseur Non Oui

- Si oui pour descendre appuyer sur :
 RDC - 1

Sous-sol 1^{er}

Pavillon

Propriétaire

Locataire

Usufruitier

Logé à titre gratuit

Hospitalisation depuis le : Lieu :

SECURITE SOCIALE

Immatriculation : /___/___/___/___/___/___/___/___/

Numéro et adresse du centre :

Prise en charge à 100% Date de fin d'effet :

Demande en cours Date de la demande :

SOINS INFIRMIERS

Avez-vous des soins infirmiers actuellement ? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer les coordonnées du cabinet infirmier intervenant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél :

Quels types de soins effectuent-ils ?

.....

.....

.....

EQUIPEMENT DU LOGEMENT

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Lève-personne | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Fauteuil de repos | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Coussin anti-escarres | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Chaise garde-robe (chaise-pot) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Barres d'appui : | | |
| - Salle de bain | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| - Toilettes | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Siège de baignoire | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Banc de douche | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Tapis anti-dérapant | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Pèse-personne | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| | | |
| Climatiseur | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Ventilateur | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Thermomètre médical | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Thermomètre d'ambiance | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

- | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| Téléphone | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| Téléalarme | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Si oui, indiquer les noms des personnes prévenues :

1-.....

2-.....

- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Chauffage | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
|-----------|------------------------------|------------------------------|

Si oui, quel type de chauffage :

- Individuel
- Collectif
- Gaz
- Électricité
- Fuel
- Bois
- Autres :

- | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| - Adapté | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| - Sécurisé | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE
ET LES PHOTOCOPIES DES DERNIERES ORDONNANCES**

DOSSIER REMPLI PAR

- La personne elle-même
- Son entourage
- Travailleur social
- Autre

Nom :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

A nous faire parvenir sous pli confidentiel

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Né(e) le :

100% pour quelles pathologies ? :

ALD motif maladie :

Protection juridique : sauvegarde tutelle curatelle

Nom et coordonnées du représentant légal :

Tél :

Motif de la demande :

Référents familiaux ou autres référents :

.....

.....

.....

ANTECEDENTS

Médicaux :

.....

Chirurgicaux :

.....

Escarre site : Ulcères site :

Profil sérologique :

Pace maker Prothèse

Transfusion récente

Allergies connues :

Habitus :

PATHOLOGIES ACTUELLES

.....

.....

.....

MEDECINS (généralistes ou spécialistes) :

.....

En cas d'hospitalisation : préciser les dates et les coordonnées de l'hôpital ou du service :

.....

.....

VACCINATIONS

- Antitétanique : Date du dernier rappel :
- Antigrippal : Date de la dernière injection :
- Pneumovax : Date de la dernière injection :

EXAMEN CLINIQUE

- Aspect général : Taille :cm Poids :Kg
- Douleur site :
- amaigrissement : progressif rapide

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

- Pression artérielle : couché :
debout :
- Fréquence cardiaque :
- Hypotension orthostatique Trouble du rythme-Lequel :
- Anomalies à l'auscultation :
- Etat des membres inférieurs :
- Pouls : présents absents
- Oedèmes – Lesquels :
- Contention veineuse : non oui bas bande

APPAREIL RESPIRATOIRE

- Auscultation pulmonaire :
- Dyspnée Cyanose site : Toux
- Expectoration
- Besoin d'O₂ Besoin de kinésithérapie respiratoire Fréquence :
- Fausses routes

EXAMEN NEURO-PSYCHIQUE

- Neurologie : Trouble de la marche Trouble de l'équilibre Chutes
 Paralyse Aphasie Hémiplégique
 Autres :
- Psychique : Troubles de la mémoire Troubles du sommeil Dépression
 MMS Scores : Dates :
- Troubles du comportement : Agressivité Agitation Apathie
 Déambulation Fugue

EXAMEN RHUMATOLOGIQUE

- Prothèse : Genou Hanche Autre :
-

ETAT CUTANE

- Programme de changement de position
- Escarre site :
- Mycoses site :
- Autres :
- Ulcères site :
- Eczéma site :

APPAREIL DIGESTIF

- Signes fonctionnels :
- Douleurs gastriques
 - Diarrhée
 - Dentition : bonne mauvaise
 - Palpations : hépatomégalie splénomégalie
 - Stomie
 - Toucher rectal
 - Constipation
 - Besoin de laxatif
 - Prothèse : haut bas

APPAREIL UROGENITAL

- Insuffisance rénale
 - Incontinence urinaire
- Prostate :

SOINS INFIRMIERS

- Prescription de soins infirmiers ? Oui Non
- Si oui, lesquels (injections, pansements, ... etc) ?
-
-
-
-

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES ET SURVEILLANCE PARTICULIERE

.....

.....

.....

TRAITEMENT EN COURS ET DERNIERE ORDONNANCE

.....

.....

.....

- L'état de santé justifie :
- des soins constants
 - une surveillance autre que médicale
 - une prise en charge kinésithérapeutique
 - une prise en charge orthophoniste
 - une gestion de la prise des médicaments

AUTONOMIE

GIR : effectué le : par :

A : *Fait seul, totalement, habituellement, ou correctement*

B : *Fait partiellement ou non habituellement ou non correctement*

C : *Ne fait pas*

GRILLE NATIONALE AGGIR				
	VARIABLES			
Cohérence Conserver et/ou se comporter de façon sensée	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Dans le temps : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Dans l'espace : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Toilette Concerne l'hygiène corporelle				<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> à prendre en charge complètement
Toilette haut	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Toilette bas	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage S'habiller, se déshabiller, se présenter				<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> à prendre en charge complètement
Habillage haut	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage moyen	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Habillage bas	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Alimentation Manger les préparés				<input type="checkbox"/> régime sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hyperprotéiné Type d'alimentation : <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> haché <input type="checkbox"/> mixé Hydratation : <input type="checkbox"/> à surveiller <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> perfusion sous cutanée Prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas
Se servir	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	
Manger les aliments préparés	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec aide (stimuler, couper la viande) <input type="checkbox"/> doit être alimenté
Elimination Assumer l'hygiène de l'élimination Urinaire et fécale	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> continence <input type="checkbox"/> sonde à demeure <input type="checkbox"/> sondage intermittent
Assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Incontinence urinaire : <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> totale
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Incontinence fécale : <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> totale
Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> avec un lève-malade
Déplacement à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> sans canne <input type="checkbox"/> avec canne <input type="checkbox"/> avec déambulateur <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> avec une tierce personne
Déplacement à l'extérieur A partir de la porte d'entrée Sans moyen de transport	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> sans canne <input type="checkbox"/> avec canne <input type="checkbox"/> avec déambulateur <input type="checkbox"/> en fauteuil roulant <input type="checkbox"/> avec une tierce personne
Communication Utiliser les moyens de communication (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> langue française maîtrisée Sinon, langue parlée : <input type="checkbox"/> trouble du langage <input type="checkbox"/> trouble de la compréhension

Qualité de l'ouïe : bonne hypoacousie cophose prothèse auditive interventions chirurgicales

Qualité de la vue : bonne mauvaise cécité lunettes prothèse oculaire interventions chirurgicales

Date :

Signature et cachet du médecin :