



Abbaye - Bords de Marne - Cité Verte
Cristolienne - Domicile & Services

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
☎ : 01.41.81.18.13 (Répondeur 24h sur 24)
Fax :
Mail : ds@abcd94.fr*

*Antenne du Plateau Briard
41, rue du Général Leclerc
94520 MANDRES LES ROSES
☎ : 01.43.82.21.14
Fax : 01.43.82.17.58
Mail : dsmandres@abcd94.fr*



Services aux personnes à domicile
(NF 311)

Cette marque prouve la conformité à la norme NF X 50-056 et garantit que le respect de/des : Principes éthiques, la Connaissance des publics, des domiciles et de l'environnement, Orientations stratégiques et du système qualité, l'Offre de service, l'Organisation globale de l'entité, du Service, l'Amélioration continue de la qualité sont contrôlés régulièrement

Par AFNOR Certification
11 rue Francis de Pressensé
93571 LA PLAINE SAINT DENIS CEDEX

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 :

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION DE
SECURITE SOCIALE
ET LES PHOTOCOPIES DES DERNIERES ORDONNANCES**

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 ?

.....

SITUATION FAMILIALE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Depuis le :

Ancienne profession :

Nombre d'enfant(s) : (garçon(s) : / fille(s) :)

Enfant(s) à charge(s) : Non
 Oui, nombre :

Famille à proximité : Non
 Oui

Personne de confiance désignée :

COORDONNEES DU REFERENT (Qui sera notre interlocuteur privilégié)

Nom :

Adresse :

.....

Tél :

Portable :

E-mail :

Parenté :

COORDONNEES D'UNE AUTRE PERSONNE A PREVENIR

Nom :

Adresse :

.....

Tél :

Portable :

E-mail :

Parenté :

RYTHMES ET HABITUDES DE VIE

Heure du lever (en général) :

Heure du coucher (en général) :

Toilette : Douche : non oui Nombre par semaine :
Lavabo : Fréquence :

Horaires : Matin : non oui
Après-midi : non oui
Soir : non oui A quel moment ? : Avant le dîner
 Après le dîner
 Avant le coucher

Commentaires si besoin :

.....
.....
.....



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 |

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 : Ulcères site :
- Mycoses site : Eczéma site :
- Autres :

APPAREIL DIGESTIF

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

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 Concerner 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 :