

RECUEIL DE DONNEES

DATE DU RECUEIL :

IDENTITE :

PATIENT :

NOM : Prénom :

NOM de Naissance :

Date Naissance : / / à

Adresse :

Situation de famille :

Nombre enfants :

Tél : Portable :

Email :

ASSURE :

NOM : Prénom :

Caisse Assurance Maladie :

Adresse.....

N° SS :

SOIGNANTS :

MEDECIN TRAITTANT :

PHARMACIE :

INFIRMIER :

Type de soins / Fréquence :

.....

KINE :

Fréquence :

Autres :

SERVICE D'AIDE A DOMICILE :

OUI

NON

NOM :

Fréquence :

SERVICES SOCIAUX/MEDICO-SOCIAUX :

OUI

NON

NOM :

Fréquence :

ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU NAUTUREL :

OUI

NON

NOM :

Fréquence :

PERSONNES A CONTACTER :

NOM : Prénom :

Lien de Parenté :

Adresse :

Tél : Portable :

Email :

NOM : Prénom :

Lien de Parenté :

Adresse :

Tél : Portable :

Email :

NOM : Prénom :

Lien de Parenté :

Adresse :

Tél : Portable :

Email :

MESURES DE PROTECTION MAJEURE :

Sauvegarde de justice

Tutelle

ANTECEDENTS :

Médicaux :

.....

.....

.....

Chirurgicaux :

.....

.....

.....

BESOINS DE LA PERSONNE :

RESPIRER :

- Sans gêne
- Dyspnée d'effort
- Oxygénothérapie

BOIRE ET MANGER :

- Mange et boit seul
- Installation /stimulation
- Aide partielle
- Aide totale
- Approvisionnement alimentaire : seul aide Nom :
- Portage de repas : Organisme :
Fréquence :
- Prothèses dentaires Nombre :

ELIMINER :

- Continent
- Incontinent urines : jour Nuit
- Incontinent selles : jour Nuit
- Problème constipation
- Chaise percée
- Sonde urinaire

SE MOUVOIR / MAINTENIR UNE BONNE POSTURE :

- Se déplace seul

- Aide à la marche
- Canne Déambulateur Fauteuil roulant
- Alité

DORMIR ET SE REPOSER :

- Dort naturellement
- Traitement pour dormir
- Réveils fréquents
- Insomnie
- Heure du lever :
- Heure du coucher :

SE VETIR /SE DEVETIR :

- S'habille et se déshabille seul
- Aide à l'habillage et déshabillage
- Aide totale

ETRE PROPRE/PROTEGER SES TEGUMENTS

- Aide partielle à la toilette
- Aide totale à la toilette
- Toilette au lit
- Toilette au lavabo
- Douche

EVITER LES DANGERS

- Lucide
- Désorienté dans le temps l'espace
- Indifférence
- Agité
- Coma
- Dangereux pour lui-même pour les autres
- Barrières au lit
- Contention au fauteuil

COMMUNIQUER

- Pas de difficulté
- A besoin d'une aide (ardoise par ex)
- Ne peux s'exprimer
- Prothèses auditives Nombre :
- Lunettes
- Télé alarme Organisme :

MODE DE VIE :

Type de logement :

Configuration :

Conditions de vie :

Animal domestique :

Clé : boîte à clé code cachette

Type de chauffage : Contraintes

Autre :

AUTRES INFORMATIONS :

Comment avez-vous connu le SSIAD ?

- Par votre médecin
- Par votre entourage
- Par un organisme, lequel

Divers :