

TRAME DE DOSSIER DE SOINS

SOMMAIRE

Autorisations	2
Le patient.....	3
Entourage	4
Antécédents et allergies.....	5
Traitements.....	6
Fiches annexe	7

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) (NOM)

(PRÉNOM)

(DATE DE NAISSANCE)

, autorise les professionnels de santé à

utiliser ce dossier pour une bonne coordination de mes soins.

Date : / /

Signature :

Ce dossier est la propriété des Infirmiers (ères) libéraux.

Cabinet Infirmier :

(Cachet/Signature)

LE PATIENT

NOM	<input type="text"/>	PRÉNOM	<input type="text"/>
N° S. S	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/>		
Mutuelle	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>		
ALD : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

VOLONTÉES

Directives anticipées :

Date : / /

Signature :

ENTOURAGE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

PERSONNES À PREVENIR

NOM	PRÉNOM	LIEN	TÉLÉPHONE

PERSONNES RESSOURCES

NOM	PRÉNOM	LIEN	TÉLÉPHONE

INTERVENANTS

PROFESSION (médecin, pharmacien, aide à domicile, ambulance, taxi, etc.)	NOM	TÉLÉPHONE

ANTÉCÉDENTS ET ALLERGIES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

ALLERGIES, INFORMATIONS PARTICULIÈRES

TRAITEMENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

FICHES ANNEXE

Suivi rdv médicaux

Diagramme de soins infirmiers

Observations, transmissions

Surveillance diabétique

Surveillance de plaie chronique

Surveillance AVK

Surveillance perfusion

Attestation de réception clé/badge

Attestation des restitution clé/badge

Echelle de Norton

Evaluation état nutritionnel

Fiche évaluation douleur

Fiche de transfert Ville/Hôpital