

# TRAME DE DOSSIER DE SOINS

## SOMMAIRE

Autorisations .....	2
Le patient.....	3
Entourage .....	4
Antécédents et allergies.....	5
Traitement.....	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

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

### 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

Date	Antécédent	Informations complémentaires

### ALLERGIES, INFORMATIONS PARTICULIERES

# TRAITEMENT

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

Médicament	Nom du prescripteur	Date de la prescription	Durée de la prescription	Qté Matin	Qté Midi	Qté Soir

## 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](#)