



**HOPITAL**  
Sainte Maure de Touraine  
Pôle Santé Services

**S.S.I.A.D.**

POLE SUD 37

90, Avenue du Général de Gaulle

37800 Sainte Maure de Touraine

Tél : 02.47.72.32.18/peggy.roehri@ch-saintemaure.fr

## **DOSSIER DE SOINS**



**NOM** :

**Prénom** :

Date de 1<sup>ère</sup> PEC :     /   /   -     j/7

Date de fin de PEC :   /   /

VAD le     /   /18



**IDENTIFICATION DU PATIENT**

BENEFICIAIRE :

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
**Nom de jeune fille :** ..... **Situation de famille :** .....  
**Date et lieu de naissance :** .....  
**Nationalité :** F .....  
**Adresse :** .....

**Tél :** .....

**Profession antérieure :** .....  
**Lien avec l'assuré :** .....

ASSURE :


**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
**Date et lieu de naissance :** .....  
**Caisse d'assurance maladie :** .....  
.....  
**N°immatriculation :** .....  
**Mutuelle:** .....  
.....  
**Allocation Personnalisée Autonomie :** .....  
**Autres :** .....  
.....



**SITUATION  
FAMILIALE ET  
ENVIRONNEMENT**

Personne(s) vivant au foyer :

Nombre d'enfants :

NOM	LIEN	ADRESSE		CLE

Médecin traitant : Dr

Médecin spécialiste :

Infirmière : Cabinet .....

Kinésithérapeute : .....

Orthophoniste : .....

Accueil de jour : .....



EMA (Equipe Mobile Alzheimer) : .....

Prestataire matériel médical : .....

Pharmacie : .....


Pédicure : .....

Télé surveillance : .....

Portage repas à domicile : .....

Autres :  
.....

Aide à domicile :

SERVICE		Jours / Heures d'intervention	TACHES



## PRISE EN CHARGE

Date d'entrée initiale    /    /2018

### PRESENTATION DE LA PRISE EN CHARGE :

Origine de l'appel :

Circonstance de la prise en charge :

Conditions de vie :

Aidant principal :

Type d'habitat : .....

### PRESENTATION DU PATIENT :

Physique :

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

Psychologique :

.....  
.....



Histoire de vie / projet de vie:

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

DIAGNOSTIC DE PRISE EN CHARGE :

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

ANTECEDENTS MEDICAUX / CHIRURGICAUX :

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

TRAITEMENTS :

Cf. Ordonnance :

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

ALLERGIES :

.....

SOINS INFIRMIERS :

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

SOINS AIDE-SOIGNANTE :

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

SOINS KINE :

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



## HABITAT

DONNEES	OUI	NON	OBSERVATIONS
Ville			
Campagne			
Maison			
Collectif			
Ascenseur			
Eau chaude			
Chauffage			
Chambre individuelle			
W.C			
Lavabo - évier			
Facilité de déplacement			
Salubrité			
Confort			



## MATERIEL MEDICAL

DONNEES	OUI	NON	OBSERVATIONS
Lit médicalisé			
Matelas anti-escarre			
Potence			
Barrières			
Adaptable			
Bassin			
Urinal			
Montauban			
Réhausseur W.C			
Fauteuil roulant			
Fauteuil coquille			
Déambulateur			
Canne/canne anglaise			
Baignoire/douche			
Siège baignoire			
Planche			
Monte escalier			
Lève-malade/verticalisateur			
Coussin anti-escarre			
Aspiration			
Oxygène/extracteur			
Tensiomètre			
Protections			





**HOPITAL**

Sainte Maure de Touraine  
Pôle Santé Services

## GRILLE D'EVALUATION AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE / GROUPE ISO-RESSOURCE

<b>AGGIR</b>						
<b>Nom et prénom:</b>		DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
<b>COHERENCE</b>						
<b>ORIENTATION</b>						
<b>TOILETTE</b>	Haut					
	Bas					
<b>HABILLAGE</b>	Haut					
	Moyen					
	Bas					
<b>ALIMENTATION</b>	Se servir					
	Manger					
<b>ELIMINATION</b>	Urinaire					
	Fécale					
<b>TRANSFERTS</b>						
<b>DEPLACEMENTS INTERIEUR</b>						
<b>DEPLACEMENT EXTERIEUR</b>						
<b>COMMUNICATION A DISTANCE</b>						
<b>GESTION</b>						
<b>CUISINE</b>						
<b>MENAGE</b>						
<b>TRANSPORTS</b>						
<b>ACHATS</b>						
<b>SUIVI DU TRAITEMENT</b>						
<b>ACTIVITES DU TEMPS LIBRE</b>						
<b>SCORE</b>						

## Comportement

Coopération       Orienté       Désorienté

## Communication

Parle       un peu       néant

## Elimination

### - urinaire

Continent       Incontinent

### - fécale

Continent       Incontinent

## Toilette

Complète       Aide

## Habillage

Complet       Aide

## Mobilité

Se déplace :  seul       avec aide (matériel, tiers personne)

Assure ses transferts :       seul       avec aide

Autre :

## Matériel au domicile

Lit médicalisé       Montauban       Déambulateur       Canne       Présence verte

Fauteuil-confort       Lève personne

Autre :

## Alimentation :

Préparation des repas :       seul       le conjoint       famille

Avec aide

Aide à domicile       portage des repas

Mange :  seul       avec aide