

**Fiche d’entrée au sein du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Provenance : Motif :  | Nom du demandeur : Lien relationnel :   | Date de la demande :   |
| **Etat civil** |
| Nom : Prénom : Nom de naissance : Date de naissance : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone : Mail : N° assuré social : Caisse : Profession antérieure : Marié(e) □ Concubinage □ Veuf(ve) □ Divorcé(e) □ Célibataire □ Nombre d’enfants : Fille(s) □ ( ) Garçon(s) □ ( ) Nom/Prénom de la personne référente : Tél :  Adresse :  Clé : |
| **Personnes à prévenir**  |
| **Professionnel** | **Nom/Prénom** | **Adresse** | **Tél** | **Mail** |
| Médecin traitant  |  |  |  |  |
| Spécialiste |  |  |  |  |
| IDEL |  |  |  |  |
| Pharmacie  |  |  |  |  |
| Kinésithérapeute  |  |  |  |  |
| Pédicure  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Situation actuelle**  |
| **APA**: Oui □ Non □ Demande en cours □ GIR : Révision en cours : □ **Fréquence de passage des auxiliaires de vie** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** | **Samedi** | **Dimanche** |
| Matin |  |  |  |  |  |  |  |
| Midi |  |  |  |  |  |  |  |
| Après-midi  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soir  |  |  |  |  |  |  |  |

Aidant familial/entourage : Directives anticipées : Oui □ Non □ Protection juridique : Oui □ Non □ Si oui : Tutelle □ Curatelle □ Autre □Cordonnées de la personne exerçant la mesure de protection : Téléalarme : Oui □ Non □ Organisme : Portage de repas : Oui □ Non □ Organisme :  |
| **Synthèse médicale**  |
|  **Allergie(s)** : Oui □ Non □ Si oui, à quoi : **EVA** : **Taille** : **Poids**: **IMC** : **AVK** : **Antécédents médicaux :** **Antécédents chirurgicaux :**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etre propre/se vêtir** | **Se mouvoir** |
| **Toilette**□ Seul(e) □ Aide partielle □ Aide totale □ Lavabo □ Lit □ Douche □ Shampoing □ Pédiluve  | **Habillage** □ Seul(e) □ Aide partielle □ Aide totale  | **Transferts** □ Autonome □ Aide partielle □ Aide totale □ Lève-personne □ Verticalisateur □ Guidon  | **Déplacements**□ Autonome □ Cannes □ Déambulateur □ Fauteuil roulant □ Alitement □ Changement de position □ Kinésithérapie Fréquence des séances :  / semaine  |
| **Boire et manger** | **Respirer** |
| **Régime :** □ Normal □ Sans sel □ Sans sucre  **Prise des repas :** □ Autonome □ Aide partielle □ Aide totale **Consistance :** □ Normale □ Hachée □ Moulinée □ Mixée **Hydratation :** □ Eau plate □ Eau gazeuse □ Eau gélifiée □ Perfusion s/c  | □ Respiration normale □ Toux □ Essoufflement □ Oxygène □ Tabagisme □ Aérosol  |
| **Prothèses dentaires :** □ Haut □ Bas □ Aucune  |
| **Risque de fausses routes :** □ Oui □ Non  |
| **Eliminer**  |
| **Continence urinaire** : Oui □ Non □ **Incontinence** : Occasionnelle □ Permanente □ Protection : Jour □ Nuit □ □ Etui pénien Diamètre : □ Sonde U Ch : Posée le : □ Colostomie  | **Continence fécale** : Oui □ Non □ **Incontinence** : Occasionnelle □ Permanente □   **Protection** : Jour □ Nuit □  **Surveillance transit :** Oui □ Non □  |

|  |
| --- |
| **Eliminer**  |
| **Ouïe** □ Bonne □ Déficiente □ Prothèse * Haut □
* Bas □
 | **Vue** □ Bonne □ Déficiente □ Lunettes  | **Expression/langage** □ Communication spontanée □ Difficultés d’élocution □ Ne parle pratiquement pas □ Ardoise   |
| **Dormir/se reposer**  | **Eviter les dangers**  |
| **Sommeil** | **Sécurité**  | **Sécurité**  |
| □ Dort bien □ Agitation □ Insomnies □ TTT  | □ Risque de chute □ Risque de fugue □ Risque suicidaire  | □ Calme □ Désorienté(e)□ Angoisse □ Agitation □ Déambulation  |
| **Gestion du traitement**  |
| **Préparation**  | **Distribution**  | **Patch**  |
| □ Famille/conjoint □ Autonome □ Infirmiers □ AVS  | □ Famille/conjoint □ Autonome □ Infirmiers □ AVS  | □ Famille/conjoint □ Autonome □ Infirmiers □ AVS  |
| **Matériel** |
| □ Lit médicalisé, barrières, potence□ Matelas mémoire de forme □ Fauteuil gériatrique □ Coussin mémoire de forme □ Déambulateur □ Chaise garde-robe □ Lève personne □ Verticalisateur □ Drap de glisse □ Siège coquille  | □ Adaptable □ Fauteuil de transfert □ Fauteuil roulant confort □ Rehausseur WC □ Canne / béquille □ Planche de bain □ Matériel de décharge point d’appui □ Barre d’appui □ Bas de contention □ Siège de douche  |

|  |
| --- |
| **Apprendre/se récréer** |
| Loisirs :  | □ Promenade□ Lecture □ Journal □ Bricolage □ Décoration □ Jardinage  | □ Tricot□ Broderie□ Couture □ Cuisine□ Travaux ménagers  | □ Musique-chant □ Télévision/radio □ Gym douce □ Jeux de société □ Jeux de cartes □ Club □ Autres  |
| **Agir selon ses croyances et valeurs**  |
| **Habitudes alimentaires :** Aime : N’aime pas :  |
| **Evènements importants :** **Croyances :** **Souhaits :**  |
| **Rythme de vie :** Heure du lever : Sieste : Heure du coucher :  |



|  |
| --- |
| **Projet d'accompagnement personnalisé** |

****

***Nom : Référente PAP :***

***Prénom :***

***Date de naissance :***

|  |
| --- |
| **Histoire de vie – dernière profession exercée** |
|  |
| **Evènements marquants** |
|  |
| **Croyances** |
|  |
| **Informations familiales** |
| Nombre d’enfants : Nombre d’enfants décédés : Situation familiale :  |
| **Contexte social** |
| □ Visites ponctuelles □ Visites habituelles □ Aucune visite  |
| **Loisirs/Vie sociale et affective**  |
| Plaisirs, loisirs ou occupations : Apprécie la compagnie : Oui □ Non □ Ressent le besoin de s’isoler : Oui □ Non □ Vie affective :  |
| **Environnement**  |
| Aménagement et entretien du domicile : Animaux de compagnie : Oui □ Non □ Si oui, lesquels : Si oui, s’en occupe bien : Oui □ Non □ Commentaire :  |

|  |
| --- |
| **Objectifs et évaluation**  |
| **Constatations***Décrire ici les désirs de la personne accompagnée*  | **Objectif (un seul)***Décrire ici l’objectif et comment l’atteindre (les possibilités au domicile)* | **Actions/moyens***Nom de l’AS référente : qui fait quoi ?* *Comment mettre en place l’objectif*  | **Date de l’évaluation** |
|  |  |  |  |
| **Propositions d’objectifs**  |
| **Préserver l’autonomie dans les actes de la vie quotidienne en respectant les choix** (*par exemple : laisser la personne faire ce qu’elle peut, respecter les habitudes vestimentaires, respecter le choix du maintien à domicile voire retarder l’entrée en EHPAD*)  | **Assurer des soins le plus confortable possible**(par exemple : *proposer un cadre de vie adapté et sécurisé, position de binôme*)  |
| **Préserver la dignité et l’estime de soi** (*par exemple : port du soutien-gorge, maquillage, crème de jour, parfum…*)  | **Assurer un soutien moral et psychologique** (*par exemple : proposer un passage d’une psychologue, entretien d’aide, écoute active, proposer un temps de bienêtre lors du soin…)*  |
| **Contribuer au maintien des liens sociaux**(*par exemple, sortie restaurant avec le service, aménager l’horaire de passage pour favoriser les sorties en famille…*)  |  |
| **Commentaires :**  |

*Signature de l’AS référente Signature du patient Signature de l’infirmière coordinatrice*