

**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** |

**C:\Users\directeur\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\Capture d’écran 2022-01-20 181343.pngC:\Users\directeur\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\Capture d’écran 2022-01-20 181343.png**

**C:\Users\directeur\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\Capture d’écran 2022-01-20 181343.png*Nom : Référente PAP :***

***Prénom :***

**C:\Users\directeur\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\Capture d’écran 2022-01-20 181343.png*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*