

Séance de Surveillance Hebdomadaire Clinique et de Prévention Art.11 - 4 de la NGAP (*)

Identification du Patient (Nom - Prénom):

N°SS : _ / _ / _ / _ / _ / _ // _ Année : Mois :

Semaine 1 Semaine 2 Semaine 3 Semaine 4 Semaine 5

Date :

--	--	--	--	--

Identification de l'IDEL :

--	--	--	--	--

Contrôles et Surveillances ()**

Tension Artérielle :

--	--	--	--	--

Pulsations :

BPM	BPM	BPM	BPM	BPM
-----	-----	-----	-----	-----

.....

--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--

Conditions de confort et de sécurité du patient :

<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK
--	--	--	--	--

Adaptation du programme d'aide personnalisée :

<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK
--	--	--	--	--

Observance du traitement et de sa planification :

<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Pas OK
--	--	--	--	--

Education du Patient (**) :

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	--	--	--	--

Transmission au médecin :

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	--	--	--	--

Transmission à l'entourage (***) :

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	--	--	--	--

(*) Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11 B des dispositions générales.

La cotation de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.

(**) Cf. Transmissions Ciblées si nécessaire, ou si « Pas OK ».

(***) Ou à la tierce personne qui s'y substitue.