

démarche de soins infirmiers initiale OUI NON

démarche de soins infirmiers prescrite le par le docteur
(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET L'ASSURÉ(E)

(à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom de la personne recevant les soins

(suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

adresse où la personne recevant les soins peut être visitée :

préciser : domicile structure d'hébergement autre

nom de l'assuré(e) (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

n° d'immatriculation de l'assuré(e)

code de l'organisme de rattachement

n° d'immatriculation de la personne recevant les soins

à défaut date de naissance

ÉLÉMENTS D'OBSERVATION

ÉLÉMENTS DE LA PÉNIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

taille poids

score de Norton

score Eva

fonctions cognitives : état normal altération modérée altération sévère

environnement matériel : adapté à améliorer

préciser :

environnement humain : suffisant insuffisant à améliorer

aidant(s) naturel(s) : oui suffisant insuffisant non

aidant(s) professionnel(s) : oui non

contact à prendre :

RÉSUMÉ DE LA PLANIFICATION

	diagnostics infirmiers	objectifs de soins (1)	interventions infirmières
1			
2			
3			
4			

autres risques :

OBJECTIF GLOBAL DES SOINS

restaurer protéger compenser éduquer (2) promouvoir insérer
 accompagner maintenir surveiller prévenir adapter-réadapter réinsérer

PRESCRIPTION (NATURES QUALITATIVE ET QUANTITATIVE)

séances soins infirmiers (AIS 3)	programme d'aide personnalisée (AIS 3,1)	surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4)
nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant semaine(s) ou mois dimanche/jour férié oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant jours dimanche/jour férié : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	pendant semaine(s) ou mois À partir du : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
nbre séances par jour : entre 20h et 23h : entre 5h et 8h :		

IDENTIFICATION ET LA SIGNATURE DE L'INFIRMIÈR(E)

identification de l'infirmière (3) date [] [] [] [] [] [] J'atteste avoir transmis ce document pour information à Mme - Mr le Docteur , médecin prescripteur. signature :

Avis du médecin-conseil :

(1) dans les délais de la prescription (2) au sens d'informer, former, accompagner (3) comportant le numéro d'identification
 La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

démarche de soins infirmiers initiale OUI NON

démarche de soins infirmiers prescrite le par le docteur
(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET L'ASSURÉ(E)

(à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom de la personne recevant les soins

(suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

adresse où la personne recevant les soins peut être visitée :

préciser : domicile structure d'hébergement autre

nom de l'assuré(e) (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

n° d'immatriculation de l'assuré(e)

code de l'organisme de rattachement

n° d'immatriculation de la personne recevant les soins

à défaut date de naissance

ÉLÉMENTS D'OBSERVATION | **ÉLÉMENTS DE LA PÉNIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE**

taille poids

score de Norton

score Eva

fonctions cognitives : état normal altération modérée altération sévère

environnement matériel : adapté à améliorer

préciser :

environnement humain : suffisant insuffisant à améliorer

aidant(s) naturel(s) : oui suffisant insuffisant non

aidant(s) professionnel(s) : oui non

contact à prendre :

RÉSUMÉ DE LA PLANIFICATION

	diagnostics infirmiers	objectifs de soins (1)	interventions infirmières
1			
2			
3			
4			

autres risques :

OBJECTIF GLOBAL DES SOINS

restaurer protéger compenser éduquer (2) promouvoir insérer

accompagner maintenir surveiller prévenir adapter-réadapter réinsérer

PRESCRIPTION (NATURES QUALITATIVE ET QUANTITATIVE)

séances soins infirmiers (AIS 3)	programme d'aide personnalisée (AIS 3,1)	surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4)
nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant semaine(s) ou mois dimanche/jour férié oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant jours dimanche/jour férié : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	pendant semaine(s) ou mois À partir du : _____
nbre séances par jour : entre 20h et 23h : entre 5h et 8h :		

IDENTIFICATION ET LA SIGNATURE DE L'INFIRMIÈR(E)

identification de l'infirmière (3) date _____	J'atteste avoir transmis ce document pour information à Mme - Mr le Docteur médecin prescripteur.	signature : _____
---	--	-------------------

Avis du médecin-conseil :

(1) dans les délais de la prescription (2) au sens d'informer, former, accompagner (3) comportant le numéro d'identification
La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

démarche de soins infirmiers initiale OUI NON

démarche de soins infirmiers prescrite le par le docteur
(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET L'ASSURÉ(E)

(à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom de la personne recevant les soins

(suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

adresse où la personne recevant les soins peut être visitée :

préciser : domicile structure d'hébergement autre

nom de l'assuré(e) (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

n° d'immatriculation de l'assuré(e)

code de l'organisme de rattachement

n° d'immatriculation de la personne recevant les soins

à défaut date de naissance

ÉLÉMENTS D'OBSERVATION

ÉLÉMENTS DE LA PÉNIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

taille poids

score de Norton

score Eva

fonctions cognitives : état normal altération modérée altération sévère

environnement matériel : adapté à améliorer

préciser :

environnement humain : suffisant insuffisant à améliorer

aidant(s) naturel(s) : oui suffisant insuffisant non

aidant(s) professionnel(s) : oui non

contact à prendre :

RÉSUMÉ DE LA PLANIFICATION

	diagnostics infirmiers	objectifs de soins (1)	interventions infirmières
1			
2			
3			
4			

autres risques :

OBJECTIF GLOBAL DES SOINS

restaurer protéger compenser éduquer (2) promouvoir insérer

accompagner maintenir surveiller prévenir adapter-réadapter réinsérer

PRESCRIPTION (NATURES QUALITATIVE ET QUANTITATIVE)

séances soins infirmiers (AIS 3)	programme d'aide personnalisée (AIS 3,1)	surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4)
nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant semaine(s) ou mois dimanche/jour férié oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant jours dimanche/jour férié : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	pendant semaine(s) ou mois À partir du : _____
nbre séances par jour : entre 20h et 23h : entre 5h et 8h :		

IDENTIFICATION ET LA SIGNATURE DE L'INFIRMIÈR(E)

identification de l'infirmière (3) date _____	J'atteste avoir transmis ce document pour information à Mme - Mr le Docteur , médecin prescripteur.	signature : _____
---	--	-------------------

Avis du médecin-conseil :

(1) dans les délais de la prescription (2) au sens d'informer, former, accompagner (3) comportant le numéro d'identification
La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.



n° 12104*0x

démarche de soins infirmiers

volet 4
destiné au
service administratif

démarche de soins infirmiers initiale OUI NON

démarche de soins infirmiers prescrite le par le docteur
(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET L'ASSURÉ(E)

(à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom de la personne recevant les soins

(suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

adresse où la personne recevant les soins peut être visitée :

préciser : domicile structure d'hébergement autre

nom de l'assuré(e) (suivi s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

prénom

n° d'immatriculation de l'assuré(e)

code de l'organisme de rattachement

n° d'immatriculation de la personne recevant les soins

à défaut date de naissance

PRESCRIPTION (NATURES QUALITATIVE ET QUANTITATIVE)

séances soins infirmiers (AIS 3)	programme d'aide personnalisée (AIS 3,1)	surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4)
nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant semaine(s) ou mois dimanche/jour férié oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	nbre par jour : nbre par semaine : répartis en passages par jour, pendant jours dimanche/jour férié : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	pendant semaine(s) ou mois À partir du :
nbre séances par jour : entre 20h et 23h : entre 5h et 8h :		

IDENTIFICATION ET LA SIGNATURE DE L'INFIRMIÈR(E)

identification de l'infirmière (3) date	J'atteste avoir transmis ce document pour information à Mme - Mr le Docteur médecin prescripteur.	signature :
---	--	-------------

Avis du médecin-conseil :

(3) comportant le numéro d'identification