



Identité du Patient : _____
 Date de Naissance ou N° de SS : _____

Evaluation du Caractère Sanitaire de la Toilette

1/ DONNEES CLINIQUES → VALIDATION DU RISQUE	
<input type="checkbox"/> Dénutrition (Score MNA < 23,5) <input type="checkbox"/> Risque d'Escarres (Score Norton < 14) <input type="checkbox"/> Risque d'Escarres (Score Braden < 15) <input type="checkbox"/> Altération de la mobilité	<input type="checkbox"/> Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau
<input type="checkbox"/> Antécédent de chute <input type="checkbox"/> Altération de la mobilité, de l'équilibre <input type="checkbox"/> Troubles musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs (Score MMS = /30) <input type="checkbox"/> Milieu ambiant inadapté	<input type="checkbox"/> Risque d'accident
<input type="checkbox"/> Troubles Cardio-Vasculaires <input type="checkbox"/> Troubles Respiratoires <input type="checkbox"/> Troubles Neurologiques <input type="checkbox"/> Troubles Rénaux ou Urinaires <input type="checkbox"/> Troubles Métaboliques, Immunitaires, ou Hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Troubles Multi-Systemiques <input type="checkbox"/> Troubles Musculo-Squelettiques	<input type="checkbox"/> Complications Possibles avec risque pour le pronostic vital (<i>en référence à la Taxinomie de l'ANADI</i>)
<input type="checkbox"/> Score Mini-Zarit > 4 <input type="checkbox"/> Expression par l'aidant de la souffrance ressentie, du sentiment d'impuissance <input type="checkbox"/> Agressivité, Violence envers des tiers	<input type="checkbox"/> Risque de faillite de l'aidant naturel
<input type="checkbox"/> Absence d'aidant naturel <input type="checkbox"/> Soutien familial compromis	<input type="checkbox"/> Risque de perturbation des stratégies individuelles d'adaptation

+/-

2/ FACTEUR(S) PRESENT(S)	
<input type="checkbox"/> Atteinte à l'intégrité de la peau et/ou des muqueuses <input type="checkbox"/> Négligence de l'hémicorps <input type="checkbox"/> Surveillance quotidienne des effets thérapeutiques et/ou indésirables d'une thérapeutique <input type="checkbox"/> Altération de l'image corporelle	<input type="checkbox"/> Troubles Kinesthésiques, Douleur <input type="checkbox"/> Violence envers soi / les autres <input type="checkbox"/> Perte de l'estime de soi <input type="checkbox"/> Sentiment d'impuissance <input type="checkbox"/> Deuil dysfonctionnel <input type="checkbox"/> Intolérance à l'Activité, Fatigue <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs



3/ INTERVENTIONS INFIRMIERES	
<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène = Autonomisation <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Education <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Relation d'aide <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Toucher relationnel <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Relaxation <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Stimulation cognitive <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Soins d'une stomie <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Contrôle de l'énergie <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène +	<input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Prise en charge de la négligence de l'hémicorps <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Soutien à l'aidant naturel <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Restauration de l'intégrité de la peau <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Thérapie par l'exercice <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène + Amélioration de l'image corporelle <input type="checkbox"/> Soins d'Hygiène +

Date, Identification & Signature de l'Evaluateur: ___ / ___ / ___