



BILAN POUR SOINS INFIRMIER À DOMICILE

N° d'assuré

Aide médicale : ☐ Sud ☐ Nord ☐ Îles

Nom marital

Nom

Prénom(s)

Adresse

☐ Demande faisant suite à une hospitalisation

☐ En lien avec une longue maladie

Durée du soin en minutes :

Poids du patient :

TYPE DE SOINS

☐ Toilette

☐ Administration et Surveillance de traitement

Fréquence :

☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir

Fréquence :

☐ Matin ☐ Midi ☐ Soir

CONTEXTE DE VIE	VARIABLES DISCRIMINANTES AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	A	B	C
☐ Vit seul ☐ Vit en famille ☐ Bénéficie d'une aide à domicile ☐ Bénéficie d'une tierce personne ☐ Acuité visuelle très réduite ☐ Cécité ☐ Autre à préciser : MATÉRIEL : ☐ Fauteuil ☐ Lit ☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Lève malade ☐ Verticalisateur	Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée			
	Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux			
	Toilette : concerne l'hygiène corporelle	Haut		
		Bas		
	Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut		
		Moyen		
		Bas		
	Alimentation : manger les aliments préparés	Se servir		
		Manger		
	Incontinence : port de protections ☐ jour ☐ nuit	Urinaire		
		Fécale		
	Transfert :	Se lever		
		Se coucher		
		S'asseoir		
	Déplacements à l'intérieur			
	Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
	Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...			
	Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin			

A : Autonome

B : Aide Partielle

C : Aide Totale

Toilette : ☐ au lit ☐ à la douche

AVIS MOTIVÉ DE LA PRESCRIPTION (À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR)

--

SOINS INFIRMIERS ANNEXES (DEXTRO INSULINE, AÉROSOLS, PANSEMENTS, PERFUSIONS ETC) - À COMPLÉTER PAR L'IDE

--

DATE, SIGNATURES ET CACHETS		CADRE RÉSERVÉ AU CONTRÔLE MÉDICAL
MÉDECIN PRESCRIPTEUR	INFIRMIER	