

RECUEIL D'INFORMATIONS

PRÉSENTATION DE LA PERSONNE

Cette section permet de poser le cadre général du dossier.

Nom, prénom : Inscrire les informations d'état civil directement fournies par la personne ou son entourage. Âge :	Motif d'entrée : Préciser pourquoi la personne a été admise (chute, infection, chirurgie, etc.).	Diagnostic médical : Résumer le diagnostic principal établi par les médecins
Histoire de la maladie : Décrire brièvement le déroulement de l'événement ou de la pathologie ayant conduit à l'admission. Par exemple : « Chute survenue à domicile, douleur au niveau de la hanche, transport aux urgences. »		Antécédents : médicaux, chirurgicaux, allergie Lister les pathologies chroniques (ex : HTA, diabète), interventions passées (appendicectomie, prothèse), et allergies connues

PRESENTATION SOCIALE

C'est ici que vous décrivez l'environnement social du patient.

Situation familiale : Indiquer s'il vit seul, en couple, ou avec des proches. Préciser également s'il est veuf ou célibataire.	Prise en charge sociale : Mentionner les aides ou soutiens existants, comme une aide à domicile, des allocations sociales, ou une prise en charge par un service d'accompagnement.
Situation professionnelle : Indiquer si le patient est actif, retraité, ou sans emploi. Si retraité, préciser l'ancien métier	Mesure de protection : Noter si la personne est sous tutelle, curatelle, ou autre protection juridique. :
	Lieu de résidence : Mentionner s'il réside à domicile, en résidence autonomie, ou en établissement spécialisé.

PRÉSENTATION PHYSIQUE

Décrire les caractéristiques physiques et le degré d'autonomie.

Poids : Taille : IMC : Mesurer ou demander ces données et calculer l'IMC (IMC = Poids (kg) / Taille² (m))	Dispositifs médicaux : Indiquer les dispositifs utilisés, comme un cathéter, une perfusion, ou une sonde.	Degré d'autonomie : Citer le GIR 1..à.. 6 Utiliser des échelles ou descriptions précises : « Autonome pour les déplacements avec un déambulateur », « Nécessite une aide totale pour la toilette », etc.
---	--	---

PRÉSENTATION PSYCHOLOGIQUE

Évaluer l'état mental et relationnel.

Capacités cognitives : Indiquer si la personne est lucide, orientée, ou si des troubles cognitifs sont présents.	Comportements : Décrire les attitudes : anxiété, agressivité, apathie, coopération :
---	---

Capacités relationnelles (communication verbale, N verbal) Observer si la communication est claire (verbale/non verbale)

HABITUDES DE VIE

Décrire les activités et les routines de la personne.

(Environnement, sommeil, élimination, hygiène, alimentation (régimes, textures), activités / loisirs...)

Environnement : Mentionner les aménagements (barres d'appui, ascenseur) ou obstacles (escaliers).

Sommeil : Noter les habitudes (heures de coucher, qualité du sommeil).

Élimination : Identifier s'il y a des troubles (incontinence, constipation).

Hygiène : Préciser si la personne s'entretient seule ou avec aide.

Alimentation : Décrire les préférences, régimes spécifiques, ou difficultés (dysphagie, textures modifiées).

Activités / Loisirs : Mentionner les loisirs pratiqués (lecture, télévision, jardinage).

DEROULEMENT DU SEJOUR (CHRONOLOGIQUE)

Documenter les soins et événements depuis l'admission.

Évènements depuis la date d'entrée à ce jour
Lister les étapes importantes (consultations, interventions). Examens réalisés, modification ou introduction de thérapeutiques Noter les examens effectués (bilan sanguin, imagerie) Prise en soins spécifiques Expliquer les soins particuliers donnés (pansement, rééducation).

Etat clinique du jour : Résumer les observations cliniques : douleur, fièvre, évolution des plaies, etc.

TRAITEMENTS

Détailler les prescriptions et surveillances

Classes thérapeutiques, Lister les types de médicaments (antalgiques, antibiotiques). - Voies d'administration, Préciser comment et combien (orale, IV, SC). Posologie : .

Surveillances : Indiquer les paramètres à surveiller (tension, glycémie, douleur : .

RISQUES

Analyser les risques pour le patient.

Court-terme : Ex. infection, douleur, escarres.

Moyen-terme : Ex. perte de mobilité, dénutrition.

Long-terme : Ex. dépendance, récurrence.

DEVENIR

Préciser les perspectives de soin.

Court-terme : Retour à domicile, centre de rééducation

Moyen-terme : Réadaptation fonctionnelle, suivi médical régulier.

Long terme : Maintien à domicile avec aménagements ou orientation en institution. :

Conseils pour la rédaction :

- Utilisez un vocabulaire clair et précis.
- Priorisez les informations médicales et sociales pertinentes.
- Actualisez régulièrement le document pour refléter les changements.

Ce guide vous aidera à remplir le document avec cohérence et exactitude.