

Séance de soins infirmiers

Fiche d'évaluation des soins de base

Patient					
Nom			Prénoms		
N° INSEE : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ // _ _			ou Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _		
Hygiène	Matin	Midi	Soir	Hebdo	Autres
Toilette au lit : Complète – Partielle					
Toilette au lavabo : Complète – Partielle					
Douche					
Pédiluve – Capiluve					
Rasage					
Habillage – Déshabillage aide totale					
Habillage – Déshabillage aide partielle					
Soins de bouche – Prothèses dentaires					
Soins des Yeux – Oreilles – Manucure					
Lever – Coucher					
Manipulation avec lève-malade					
Prévention d'escarres					
Élimination					
Mise sur WC					
Mise sur chaise garde-robe					
Mise sur bassin					
Incontinence : change complet + toilette					
Incontinence : pose d'un étui pénien					
Surveillance diurèse (fiche n°10)					
Surveillance sonde urinaire					
Surveillance des selles (fiche n°10)					
Surveillance – Observation					
Oxygénothérapie (fiche n°7)					
Préparation traitement (fiche n°6)					
Vérification de la prise du traitement					
Contrôle effets secondaires					
Membres inférieurs : Pose – Retrait bande ou bas					
Surveillance de la mobilité					
Constantes : T.A., Pouls, T° (fiche n°10)					
Autre					

Date d'élaboration : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Nom et signature de l'IDE