

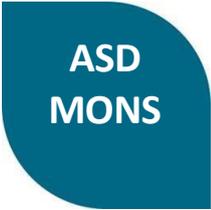
Cette farde est un outil de communication destiné au patient, à sa famille et son entourage, au médecin et aux intervenants de l'aide et des soins à domicile.

Son unique but est d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité à la personne aidée. Elle permet de noter les observations importantes qui ont une influence sur le bien-être du patient et sur sa prise en charge. Elle ne remplace pas la communication orale mais permet de faciliter l'échange d'informations entre les intervenants du domicile.

Cette farde tombe sous le secret professionnel et implique le respect des limites déontologiques de chacun.

Elle comprend 5 rubriques :

1. Informations générales, planification des prestations, calendriers, documents coordination et de service
2. Partie médicale et paramédicale
3. Partie Aide à la Vie journalière
4. Communications vers la famille



Cette farde appartient à :

Nom :

Prénom :

Nom époux/épouse :

Adresse :

.....

Adresse de facturation :

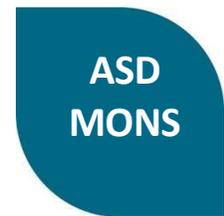
.....

Téléphone :

Date de naissance :

Vignette de mutuelle :

Communications pluridisciplinaires importantes



Date	Communications

Date	Communications

<p>Qui appeler ?</p>	
<p>Hôpital de référence</p>	
<p>Médecin traitant + téléphone</p>	
<p>Médecin spécialiste</p>	
<p>Administrateur</p>	<p><input type="checkbox"/> de biens</p> <p><input type="checkbox"/> de la personne</p> <p><input type="checkbox"/> aucun</p>
<p>Appareillage</p>	<p><input type="checkbox"/> prothèse auditive</p> <p><input type="checkbox"/> pacemaker</p> <p><input type="checkbox"/> prothèse dentaire</p> <p><input type="checkbox"/> télévigilance</p> <p><input type="checkbox"/> autre :.....</p>
<p>Remarques</p>	

Planification des prestations de la semaine

DATE :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Midi							
Après-midi							
Soir							
Nuit							

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Partie médicale et paramédicale

Cette partie est réservée à la communication entre **le médecin, le bénéficiaire, sa famille et les intervenants du service infirmier.**

Doivent y figurer les notes et les observations relatives à l'état de santé du bénéficiaire suivant la prescription du médecin (ex : bilan hydrique, surveillance du poids,...) ou suite à tout changement significatif.

Exemples de signaux d'alerte :

- Présence d'une plaie
- Gonflement des jambes
- Signes de problèmes respiratoires
- Perte de poids soudaine
- Problème de déglutition
- Confusion soudaine
- Chute,...

Nom / Prénom du patient :

Fiche établie le/...../.....

FICHE Traitement en cours

1. Médicament(s) per os						
Nom	Dosage	Matin	Midi	Soir	Gouche	Surveillance particulière
.....
.....
.....

2. Application de patch

le nom du médicament
est mis à heures par
est enlevé à heures par

3. Soins Oculaires / Auriculaires

Retranscription, description :

.....
.....

Médicament(s) préparé(s) par

De le patient
De la famille
De l'infirmier(ère)
De remarques

Médicament(s) administré(s) par

De le patient
De la famille
De l'infirmier(ère)
De remarques

Commentaires :

.....
.....
.....
.....

Soins au patient diabétique

0 cfr schéma d'adaptation du médecin

Type d'insulines		Matin U.I. U.I.			Midi U.I. U.I.			Soir U.I. U.I.		
Dates	Planning Contrôle Pted h/sem	Zone	Glycémie	Adaptation doses*	Zone	Glycémie	Adaptation doses*	Zone	Glycémie	Adaptation doses*
1	0									
2	0									
3										
4	0									
5										
6	0									
7	0									
8	0									
9	0									
10	0									
11	0									
12	D									
13	0									
14	0									
15	0									
16	0									
17	0									
18	0									
19	0									
20	0									
21	D									
22	0									
23	0									
24	0									
25	0									
26	0									
27	0									
28	0									
29	0									
30	0									
31	0									

<p>Activités infirmières "Protocole Diabcare"</p> <ul style="list-style-type: none"> ..- rotation entre les zones et dans les zones ..- contrôle des pieds 1X / semaine ..- contrôle du poids 1X / mois ..- contrôle de la glycémie selon prescription médicale ..- autonomie du patient 	<p>D Seringues:</p> <p>D Stylo injecteur :</p> <p>D Renseignements :</p>	<p>..- Poids:</p> <p>..- Date de péremption Glucagon:</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Plan de soins guide

- Avertir immédiatement le médecin si plaie(s)
- Soins de plaies quotidiens (sous avis médical)
- Adresser à un(e) pédicure ou un(e) podologue
- Eduquer les règles préventives (bain tiède, bien sécher, hydratation de la peau, ...)

- 1

6 = , ' - 1

• A remplir au cas où la dose d'insuline est adaptée selon schéma prescrit par le médecin.

Date	Commentaire infirmière	Commentaire médecin
		Prochaine visite prévue le :

Date	Commentaire infirmière	Commentaire médecin
		Prochaine visite prévue le :

Date	Commentaire infirmière	Commentaire médecin
		Prochaine visite prévue le :

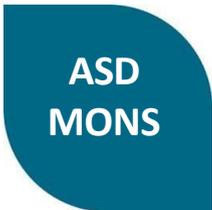
Date	Commentaire infirmière	Commentaire médecin
		Prochaine visite prévue le :

Date	Commentaire infirmière	Commentaire médecin
		Prochaine visite prévue le :

Date	Commentaire infirmière	Commentaire médecin
		Prochaine visite prévue le :

Boîte aux lettres

Soins infirmiers



**ASD
MONS**

Documents Soins infirmiers : certificats médicaux, vignettes, attestations diverses, feuilles volantes...

Partie communications vers la famille

Cette partie est réservée à toutes les informations que le personnel de terrain (médecin, infirmières, personnel AVJ,...) souhaite transmettre à la famille et/ou à l'entourage du bénéficiaire.



Date :
De :
À :
Message :
Suivi :

Date :
De :
À :
Message :
Suivi :

Date :
De :
À :
Message :
Suivi :

Date :
De :
À :
Message :
Suivi :

Date :
De :
À :
Message :
Suivi :

Date :
De :
À :
Message :
Suivi :

Partie Aide à la vie journalière

Cette partie est réservée **aux services d'aide à la vie journalière** (aides familiales, aides ménagères et gardes à domicile), **au bénéficiaire et à sa famille.**

Elle reprend les informations relatives à l'organisation et aux prestations des services AVJ.

- Aide familiale :
 - ✓ Aide à la vie quotidienne, repas, courses, repassage, démarches administratives
 - ✓ Écoute, soutien
 - ✓ Toilettes de confort
- Aide-ménagère
 - ✓ Entretien du domicile
 - ✓ Lavage vitres
 - ✓ Écoute, soutien
- Garde à domicile
 - ✓ Écoute, soutien, dialogue
 - ✓ Assure confort, sécurité et bien-être

Liste des tâches

Aide à la Vie Journalière

Date :

	Tâches	Rythme	Remarques
	Ex : sortir les poubelles Ex : changer les draps	Ex : tous les mardis matin Ex : 1x/sem	Ex : sur le côté gauche du trottoir
1x/semaine			
1X/15 jours			
1X/mois			

Semainier Aide à la Vie Journalière

Semaine du lundi/...../..... au dimanche/...../.....

	Repas				Communication
	Médicaments				
	Ma	Mi	Soir	Nuit	
	Repas				Communication
	Médicaments				
	Ma	Mi	Soir	Nuit	
	Repas				Communication
	Médicaments				
	Ma	Mi	Soir	Nuit	

	Repas				Communication
	Médicaments				
	Ma	Mi	Soir	Nuit	
	Repas				Communication
	Médicaments				
	Ma	Mi	Soir	Nuit	
	Repas				Communication
	Médicaments				
	Ma	Mi	Soir	Nuit	
	Repas				Communication
	Médicaments				
	Ma	Mi	Soir	Nuit	

Liste des tâches

Aide à la Vie Journalière

Date :

	Tâches	Rythme	Remarques
	Ex : sortir les poubelles Ex : changer les draps	Ex : tous les mardis matin Ex : 1x/sem	Ex : sur le côté gauche du trottoir
1x/semaine			
1X/15 jours			
1X/mois			

Liste des tâches Aide à la vie Journalière

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi/Dimanche
<p>Semaine 1</p> <p>Du.....</p> <p>Au.....</p>						
<p>Semaine 2</p> <p>Du.....</p> <p>Au.....</p>						

Contrat	Taches	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	DEPLACEMENTS																																
	Courses																																
	RDV médical																																
	Banque																																
	Autres sorties																																
	ADMINISTRATIF																																
	Courrier																																
	Suivi courrier																																
	Paiement																																
	Classement																																
	Retrait d'argent																																
	ENTRETIEN																																
	Salle de bain																																
	Cuisine																																
	Sols																																
	Chambres																																
	DIVERS																																
	Poubelle																																
Nom travailleur																																	

DIVERS et REMARQUES :

Contrat	Taches	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	DEPLACEMENTS																																
	ADMINISTRATIF																																
	ENTRETIEN																																
	DIVERS																																
Nom travailleur																																	

DIVERS et REMARQUES :

Grille mémo AM sociale – Mois :

Nom et prénom : N° dossier :

Contrat	Taches	Date :	Date :	Date :	Date :
	Entretien cuisine				
	Entretien salon/salle à manger				
	Entretien salle de bain				
	Entretien chambre(s) occupée(s)				
	Entretien toilettes, chaise percée				
	Entretien fenêtres/vitres				
	Entretien seuils de porte				
	Entretien lustres				
	Entretien tapis, carpettes				
	Entretien des armoires				
	Poussières/toiles d'araignée				
	Aspirateur				
	Nettoyage des sols/plinthes				
	Entretien des portes				
	Poubelles				
	Rangement				
Nom travailleur					

DIVERS et REMARQUES :

Communications

Personnel Aide à la Vie Journalière

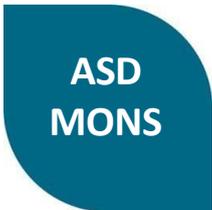


Date	Nom + Métier	Message	Adressé à	Lu
				<input type="checkbox"/>

Date	Nom	Message	Adressé à	Lu
				<input type="checkbox"/>

Boîte aux lettres

Aide à la Vie Journalière



**ASD
MONS**

Documents Aide à la Vie Journalière : listes de courses, tickets de caisse, attestations diverses, feuilles volantes....