

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

SSIAD

Date d'Entrée dans le service :

Admission Modification Prolongation

Bénéficiaire / Nom et Prénom Age
 Matricule / Caisse d'Affiliation.....
 Adresse
 Adresse provisoire

PROTOCOLE DE TRAITEMENT (à remplir par le médecin traitant)

Diagnostic détaillé de l'affection en cause :

Soins techniques infirmiers relevant du rôle prescrit par le médecin Nature et fréquence à préciser

SURVEILLANCE TA		AÉROSOL	
SURVEILLANCE POULS		PRÉPARATION TRT	
PATCH		PANSEMENTS	
INJECTIONS		PERFUSIONS	
SURVEILLANCE INSULINO DEPEND		LAVAGE DE VESSIE	
POSE BANDES À VARICES		COLLYRES	

Durée de la prise en charge en SSIAD Signature du médecin traitant
 Date

PROTOCOLE DE SOINS (à remplir par l'IDE coordonnatrice du SSIAD)

Conditions de vie - environnement social et familial :

Grille AGGIR	COHÉRENCE		ÉLIMINATION	Urinaire	
	ORIENTATION		TRANSFERTS	Fécale	
	TOILETTE	Haut Bas	DÉPLACEMENTS À L'INTÉRIEUR		
	HABILLAGE	Haut Moyen Bas	DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR		
	ALIMENTATION	Se servir Manger	COMMUNICATION À DISTANCE		

A : Fait seul correctement B : Fait partiellement C : Ne fait pas

Proposition de soins relevant du rôle propre de l'IDE (liste non exhaustive)

TOILETTE LAVABO		FRICTION		CHANGE POCHE ANUS - URINAIRE	
TOILETTE AU LIT		PRÉVENTION D'ESCARRES		SURVEILLANCE DÉSHYDRATATION	
DOUCHE - BAIN		CHANGE COUCHES		MISE AU FAUTEUIL	
BAIN DE PIEDS		HABILLAGE - DÉSHABILLAGE		LÈVE MALADE	
SHAMPOING		BAS DE CONTENTION		AIDE AUX TRANSFERTS	
MANUCURE - PÉDICURE		RÉFECTION DU LIT		AIDE À LA MARCHÉ	
SOINS DE BOUCHES PROTHÈSES		LEVER - COUCHER		APPAREILLAGE - LOMBOSTAT	
SOINS DES YEUX		MOBILISATION		PESÉE	
RASAGE - ÉPILATION		MOBILISATION AU LIT		SOINS RELATIONNELS	
SOINS CUTANÉS		SURVEILLANCE DIURÈSE - SELLES			
ÉDUCATION PATIENT ENTOURAGE		POSE ÉTUI PÉNIEN			

Matériel nécessaire à la prise en charge :

Fréquence des passages :

Date : Signature du médecin traitant Date : Signature de l'IDE coordonnateur(trice)