

Signes AINÉES



Personne à rejoindre : _____
 Milieu de vie : _____
 Complété avec : Usager Famille
 Date : _____

ANTÉRIEUR À L'HOSPITALISATION
 SIGNATURE : _____

A Autonomie et mobilité	<p>Se laver : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Aide requise pour : _____ <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Lit</p> <p>S'habiller : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 Aide requise pour : _____</p> <p>S'alimenter : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 Aide requise pour : _____</p> <p>Transferts : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Aide requise pour : _____</p> <p>Déplacements : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p>
I Intégrité de la peau	<p>Plaie non chirurgicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Site : _____</p>
N Nutrition et hydratation	<p>Apports : Déjeuner ___/4 Dîner ___/4 Souper ___/4</p> <p>Hydratation : # consommation/jour : _____ Poids _____ Taille _____</p> <p>Albumine fait <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas</p>
É Élimination	<p>Urinaire : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Sonde à demeure <input type="checkbox"/> Incontinence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Jour</p> <p>Fécale : A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Fréquence habituelle : _____ Incontinence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Salle de bain <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Bassine <input type="checkbox"/> Culotte <input type="checkbox"/> Urinal</p>
É État cognitif et comportement	<p>Troubles cognitifs préexistants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Appareils auditifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lunette <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
S Sommeil	<p>Heure coucher _____ Heure lever _____ Nb levers nocturnes _____ Rx pour dormir <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

JOUR # _____ AU DÉPART
 DATE _____ SIGNATURE : _____

A Autonomie et mobilité	<p style="text-align: center;">AINÉES IDENTIQUE À L'AINÉES ANTÉRIEURE?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input style="background-color: red;" type="checkbox"/> Non Remarque (si différent) : _____ _____ _____ _____ _____</p>
I Intégrité de la peau	<p><input type="checkbox"/> Oui <input style="background-color: red;" type="checkbox"/> Non Remarque (si différent) : _____</p>
N Nutrition et hydratation	<p><input type="checkbox"/> Oui <input style="background-color: red;" type="checkbox"/> Non Remarque (si différent) : _____ _____ _____</p>
Urinaire	<p><input type="checkbox"/> Oui <input style="background-color: red;" type="checkbox"/> Non Remarque (si différent) : _____</p>
É Élimination Fécale	<p><input type="checkbox"/> Oui <input style="background-color: red;" type="checkbox"/> Non Remarque (si différent) : _____ _____</p>
É État cognitif et comportement	<p><input type="checkbox"/> Oui <input style="background-color: red;" type="checkbox"/> Non Remarque (si différent) : _____</p>
S Sommeil	<p><input type="checkbox"/> Oui <input style="background-color: red;" type="checkbox"/> Non Remarque (si différent) : _____</p>

A : autonome 1 : à l'aide d'une personnes 2 : à l'aide de deux personnes

JOUR # _____ INITIALES : N _____ J _____ S _____		DATE _____			N	J	S
A utonomie et mobilité	Se laver : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Aide requise pour : _____ <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/> Lavabo <input type="checkbox"/> Lit						
	S'habiller : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 Aide requise pour : _____						
	S'alimenter : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 Aide requise pour : _____						
	Transferts : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Aide requise pour : _____						
	Déplacements : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant						
	Plaie non chirurgicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Site : _____						
N utrition et hydratation	Apports : Déjeuner ___/4 Dîner ___/4 Souper ___/4 Hydratation : (# de consommations/jour) Nuit _____ Jour _____ Soir _____						
	Urinaire : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Incontinence : Oui Non Sonde à demeure <input type="checkbox"/>						
É limination	Fécale : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Incontinence : Oui Non Fonctionnement intestinal : Oui Non						
	<input type="checkbox"/> Salle de bain <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Bassine <input type="checkbox"/> Culotte <input type="checkbox"/> Urinal						
	État cognitif et comportement Fluctuation dans l'état mental : Oui Non Inattention : Oui Non Pensée désorganisée : Oui Non Altération de l'état de conscience : Oui Non						
S ommeil	Troubles du sommeil : Oui Non						

INIT.	SIGNATURE	INIT.	SIGNATURE	INIT.	SIGNATURE