

ENTREE N°		NOM PRENOM	
-----------	--	------------	--

DATE DE NAISSANCE :		
---------------------	--	--

RESPIRATION	Nombre d'heures	
	Matin	Midi
Installation Posture		
<input type="checkbox"/> Aspiration Matériel		
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie		
<input checked="" type="checkbox"/> Aérosol		

Note 0 à 3 RESPIRATION = **3**

ALIMENTATION	
<input checked="" type="checkbox"/> Aide au repas	<input checked="" type="checkbox"/> Partielle
<input checked="" type="checkbox"/> Alimentation de complément	<input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Apport Hydrique	
<input type="checkbox"/> Régime	
<input type="checkbox"/> Risque de fausse route	
<input type="checkbox"/> Nutripompe	
<input checked="" type="checkbox"/> Surveillance poids	

Note 0 à 3 ALIMENTATION = **3**

ELIMINATION	
<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Poche Stomie
<input type="checkbox"/> W. C	<input checked="" type="checkbox"/> Naussée
<input checked="" type="checkbox"/> Poche urinaire	<input type="checkbox"/> Couches

Note 0 à 3 ELIMINATION = **1**

SECURITE	
<input type="checkbox"/> Aide à la toilette	<input type="checkbox"/> Aide à la douche
<input type="checkbox"/> Aide à la marche	<input type="checkbox"/> Aide à la prise de médicaments
<input type="checkbox"/> Aide à la gestion des urgences	<input type="checkbox"/> Aide à la gestion des déchets
<input type="checkbox"/> Aide à la gestion des incendies	<input type="checkbox"/> Aide à la gestion des évacuations
<input type="checkbox"/> Aide à la gestion des catastrophes	<input type="checkbox"/> Aide à la gestion des autres situations d'urgence

Note 0 à 3 SECURITE = **3**

HYGIENE	
<input type="checkbox"/> Nettoyage des surfaces	<input type="checkbox"/> Nettoyage des vêtements
<input type="checkbox"/> Nettoyage des chaussures	<input type="checkbox"/> Nettoyage des mains
<input checked="" type="checkbox"/> Prévention des infections	<input type="checkbox"/> Nettoyage des dents
<input type="checkbox"/> Prothèses	<input type="checkbox"/> Nettoyage des yeux

Note 0 à 3 HYGIENE = **0**

MOBILITE	
<input type="checkbox"/> Aide au déplacement	<input checked="" type="checkbox"/> Reste en chambre
<input type="checkbox"/> Seul Autonome	<input type="checkbox"/> Kiné

Note 0 à 3 MOBILITE = **1,5**

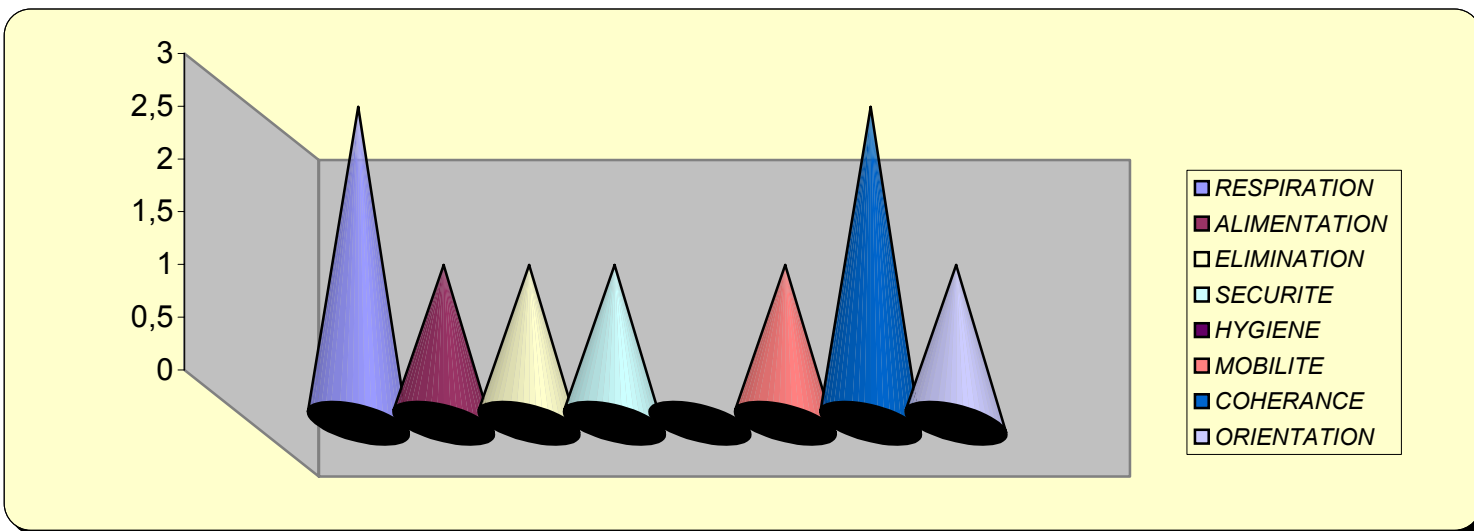
COHERANCE	
-----------	--

Note 0 à 3 COHERANCE = **3**

ORIENTATION	
-------------	--

Note 0 à 3 ORIENTATION = **1,5**

SPECIMEN



Girondelle

13,5

24

MOIS/,,,	DATE	POIDS	POIDS CRITIQUE
Janvier		52	50
Février		52	50
Mars		52	50
Avril		52	50
Mai		50	50
Juin		49	50
Juillet		48	50
Août		48	50
Septembre		49	50
Octobre		50	50
Novembre		50	50
Décembre		51	50

