



Centre Hospitalier de Sarrebourg DS 1

DOSSIER DE SOINS

MOTIF D'HOSPITALISATION

Retour à domicile possible OUI NON

Médecin Responsable du patient :

Médecin traitant :

Envoyé par ou transfert de :

Transfert : date : _____ heure : _____

lieu : _____

Sortie : date : _____ heure : _____

VSL Ambulance Famille

Sortie contre avis médical : OUI NON

Décès : date : _____ heure : _____

Ancien dossier : OUI NON

Autorisation de traitement : OUI NON

Tutelle Curatelle

Vaccinations :

Allergies (à préciser) :

Pathologies associées :

MODE DE VIE :

- maison
- appartement
- escalier
- ascenseur
- reos à domicile
- soins à domicile
- aide ménagère
- télé assistance

HABITAT : vit seul en famille en communauté

Nombre d'enfants : _____ Personnes à charge : _____

Inventaire : OUI NON Bracelet d'identification posé et vérifié

Dépôt de valeur : OUI NON Refus Livret d'accueil remis

Désignation de la personne de confiance : OUI NON Document rempli et confirmé : OUI NON

Directives anticipées rédigées : OUI NON

Personnes à prévenir	Lien de parenté	Ville	Tél. domicile	Tél. portable	Tél. travail	Jour	Nuit

SORTIE

Date	AVENIR - DEVENIR	Signature	Date	AUTRES INTERVENANTS	Signature

MAINTENIR LA T° DU CORPS	Frileux <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Craint la chaleur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
ÊTRE PROPRE ET SOIGNÉ, PROTÉGER SES TÉGUMENTS	Autonome <input type="checkbox"/> Dépendance partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale <input type="checkbox"/> Présence d'escaliers à l'admission <input type="checkbox"/> localisation _____ Risque d'escarpes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si oui - Echelle de Braden <input type="checkbox"/> risque : _____	
ÉVITER LES DANGERS	Alcool <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Drogue <input type="checkbox"/> Nécessité de barrières <input type="checkbox"/> Fiche d'évaluation - Tabac <input type="checkbox"/> Antécédents de chutes <input type="checkbox"/> risque de chute : remplie <input type="checkbox"/> Médicaments personnels : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> retirés : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Médicaments personnels utilisés : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie <input type="checkbox"/> Risque suicidaire <input type="checkbox"/>	
COMMUNIQUER AVEC LES AUTRES	Langues parlées : Français <input type="checkbox"/> Dialecte <input type="checkbox"/> Autres : _____ Difficulté de communiquer : <input type="checkbox"/> _____ Audition : bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/> prothèse auditive : droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Vision : bonne <input type="checkbox"/> mauvaise <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles <input type="checkbox"/>	
CROYANCES		
S'OCCUPER EN VUE DE SE RÉALISER	En activité <input type="checkbox"/> Profession : _____ Chômage <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/>	
SE DIVERTIR SE RÉCRÉER	Loisirs : _____ Visites : _____	
APPRENDRE	Que sait-il (elle) de sa maladie ? _____ La famille est-elle informée ? _____	

CONCLUSION :

Particularités de l'entretien :

Date :

Heure :

Entretien réalisé par : _____
 Signature : _____

BESOINS	HABITUDES DE VIE AVANT L'HOSPITALISATION	RESSOURCES et/ou DIFFICULTÉS À L'ARRIVÉE
RESPIRER	Sans gêne <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Trachéo <input type="checkbox"/>	
BOIRE ET MANGER Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____	Appétit : _____ Intolérance alimentaire : _____ Mode d'alimentation : mange seul <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> entéral <input type="checkbox"/> Boissons : nature : _____ quantité : _____ Prothèse dentaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/> Régime : _____ Troubles de la déglutition oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
ÉLIMINER	Selles : continent <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> laxatif <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> Urines : continent <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> sonde urinaire <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Transpiration <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> Allité <input type="checkbox"/> Allité et levé <input type="checkbox"/>	
SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE	Marche seul <input type="checkbox"/> Marche avec aide <input type="checkbox"/> Cadre de marche <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Ne marche pas du tout <input type="checkbox"/>	
DORMIR ET SE REPOSER	Sommeil : _____ Somnifère : _____	
SE VÊTIR ET SE DÉVÊTIR	Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/>	



Centre Hospitalier de Sarrebourg

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aigue chez la personne âgée
présentant des troubles de la communication verbale

ECHELLE
ALGOPLUS

Etiquette
Patient

Date de l'évaluation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Heure	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....
1. Visage	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoire serrée, visage figé															
2. Regard															
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés															
3. Plaintes															
"Aie", "Ouille", "J'ai mal", gémissements, cris															
4. Corps															
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées															
5. Comportements															
Agitation ou agressivités, agrippement.															
Total OUI	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5	/ 5
Signature :															

Score total de 0 à 5 => Seuil de traitement si score ≥ 2



Centre Hospitalier de Sarrebourg

RESUME DE L'UNITE MEDICALE (Format 013)

Coller ici l'étiquette identifiant le malade :

N° d'hospitalisation :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Sexe :

NOM DE L'UNITE MEDICALE
CARDIOLOGIE (1223)

DATE D'ENTREE :	DATE DE SORTIE :
MODE D'ENTREE :	MODE DE SORTIE :
- mutation (d'une <u>autre unité médicale du C.H.</u>) = 6 <input type="checkbox"/>	- mutation (vers une <u>autre unité médicale du C.H.</u>) = 6 <input type="checkbox"/>
•court séjour = 1 <input type="checkbox"/>	•court séjour = 1 <input type="checkbox"/>
•long séjour = 3 <input type="checkbox"/>	•long séjour = 3 <input type="checkbox"/>
- transfert (d'une <u>autre entité juridique</u>) = 7 <input type="checkbox"/>	- transfert (vers une <u>autre entité juridique</u>) = 7 <input type="checkbox"/>
•court séjour = 1 <input type="checkbox"/>	•court séjour = 1 <input type="checkbox"/>
•moyen séjour et réadaptation = 2 <input type="checkbox"/>	•moyen séjour et réadaptation = 2 <input type="checkbox"/>
•long séjour = 3 <input type="checkbox"/>	•long séjour = 3 <input type="checkbox"/>
•psychiatrie = 4 <input type="checkbox"/>	•psychiatrie = 4 <input type="checkbox"/>
- domicile (y compris maison de retraite) = 8 <input type="checkbox"/>	- domicile (y compris maison de retraite) = 8 <input type="checkbox"/>
- transfert pour/après réalisation d'un acte externe = 0 <input type="checkbox"/>	- décès = 9 <input type="checkbox"/>
•court séjour = 1 <input type="checkbox"/>	- transfert pour/après réalisation d'un acte externe = 0 <input type="checkbox"/>
	•court séjour = 1 <input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :
..... | _____ |

DIAGNOSTICS ASSOCIES SIGNIFICATIFS :
(morbidité ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours du séjour)

1 .....	| _____ |	7 .....	| _____ |
2 .....	| _____ |	8 .....	| _____ |
3 .....	| _____ |	9 .....	| _____ |
4 .....	| _____ |		
5 .....	| _____ |		
6 .....	| _____ |		

IMC (A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)

RESUME VALIDE PAR

Nom :

Signature :



EVALUATION DU RISQUE DE CHUTE

Etiquette du patient

Dès l'admission, compléter cette fiche pour tout patient présentant au moins un facteur de risque.

Réévaluer le risque en cas de chute, de rechute ou d'aggravation de l'état de santé.

Facteurs de risque		Score	Cotation du patient par date				
			Le	Le	Le	Le	Le
1	Antécédents de chute dans l'année	0 ou 2					
2	Age ≥ 75 ans	0 ou 1					
3	Trouble de la marche et/ou de l'équilibre. Nécessité d'une aide technique	0 ou 2					
4	Troubles du comportement (démence, syndrome confusionnel, dépression, agitation) Désorientation temporo-spatiale	0 ou 2					
5	Troubles sensoriels (vue, audition) Pathologies neurologiques- AVC -Parkinson	0 ou 1					
6	Troubles de la continence	0 ou 2					
7	Besoin d'aide pour hygiène et habillage	0 ou 1					
8	Fièvre / Infection	0 ou 1					
9	Facteurs de risque médicamenteux Sédatifs, hypotenseurs, neuroleptiques Si > à 5, médicaments	0 ou 1					
10	Post-anesthésie	0 ou 1					
11	Problèmes aggravants : asthénie, prothèses orthopédiques, obésité, diabète, hypotension, handicap moteur et mental - problèmes nutritionnels...	0 ou 1					
12	Alcool	0 ou 1					
13	Chaussage inadapté	0 ou 1					
14	Facteurs environnementaux : perfusion, O ₂ , sonde urinaire Barrières de lits à domicile ...	0 ou 1					
		SCORE TOTAL					

N.B : le score total est calculé en effectuant la somme de chaque item

Nom de l'évaluateur :					
-----------------------	--	--	--	--	--

Score < 5 = risque modéré	Score de 5 à 9 = risque élevé en plus des actions précédentes	Score ≥ 10 = haut risque en plus des actions précédentes
Placer le lit en position basse, roues bloquées	Accompagner régulièrement aux toilettes Fournir de l'aide pour l'hygiène et les déplacements	Programmer par fiche en T une surveillance régulière et adaptée en multipliant les passages surtout la nuit, et la tracer dans le DSI
Sonnette à portée de main	Installer les barrières (sur P.M.)	Assister le patient dans toutes les activités
Effets personnels à portée de main	Insister pour que le patient demande de l'aide pour toute activité	Ne jamais laisser le patient seul aux toilettes
Aides techniques à portée de main	Demander à l'entourage des chaussons ou chaussures adaptés	
Chaussage adapté	Recommander au patient de porter ses lunettes	
Eliminer les obstacles dans la chambre	Conseiller au patient de se lever en 2 temps	
Laisser une veilleuse la nuit	Surveiller l'alimentation	
	Kinésithérapie (sur P.M)	

DATES	M		AM		N		M		AM		N		M		AM		N		
Locomotion Mobilisation	Faire marcher : canne / cadre de marche																		
	Aide lever (L) / coucher (C)																		
	Soulève-malade (SM) / verticalisateur (V)																		
	Aide dans les déplacements																		
	Installation lit (L) / fauteuil (F) Conduite aux examens L / F																		
Sécurité et Surveillance	Barrières																		
	Aide et/ou prise de médicaments																		
	Maintien poussette / relax																		
	Ceinture ventrale																		
	Adaptable sur siège gériatrique Ceinture abdomino pelvienne Sécuridrap Contention poignets et/ou chevilles																		
Soins relationnels et éducatifs	Signatures (initiales)																		
	Education famille (F) / malade (M)																		
	Information famille (F) / malade (M)																		
	Ecoute et soutien																		
	Visite famille / autres Accompagnement Aide à la mise au sein Aide à donner le biberon																		
Signatures (initiales)																			

LEGENDE :

X = fait
(x) = cf. transmissions

C = complète
P = partielle
BD = brancard-douche

(1) : U = urétérostomie G = gastrique
C = colostomie V = vidange

	avec O ₂																			
Respiratoire	Fréquence respiratoire																			
	Aspiration bronchique																			
Élimination	Sonde urinaire / KT sus-pubien																			
	Diurèse																			
	Transit (gaz - selles)																			
	Sonde gastrique / digestive																			
	Vomissements																			
	Ponction																			
Drains	Redons																			
	Drains																			
Divers	Vessie de glace																			
	Biflex / Bas de contention																			
	Pansements																			
Alimentation	Régime																			
	Texture																			
	Petit déjeuner																			
	Déjeuner																			
	Dîner																			
	Compléments																			



FICHE DE LIAISON INFIRMIERE

Isolement

COLLER GRANDE ETIQUETTE

Nom – Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : /__ /__ /____ /

Sexe :

Situation de famille : Profession :

Nationalité :

Adresse :

.....

☎ / / / / / / / /

N° Sécurité sociale / / / / / / / / / / / /

Caisse d'affiliation :

TRANSFERT : Date : /__ /__ /____ / Lieu :

Date d'hospitalisation initiale : /__ /__ /____ / Service d'origine : ☎

Famille avertie du transfert : Personnes à prévenir : ☎

Lien de parenté :

Médecin traitant :

ETAT DE LA PERSONNE AU MOMENT DU TRANSFERT

RESPIRATION

Sans gêne Dyspnée Crachats Toux Cyanose

Encombrement Oxygène

Trachéo posée le changée le

Intubation posée le

ALIMENTATION

Poids : kg Taille : Régime : Appétit :

Intolérances alimentaires : Particularités :

Prothèse dentaire supérieure inférieure Jointe(s)

Mange seul(e) aide totale aide partielle alimentation parentérale

Alimentation entérale sonde gastrique gastrostomie posée le :

MOBILISATION

Marche : seul(e) pas du tout avec aide du lit au fauteuil

avec appui sans appui

cannes déambulateur fauteuil roulant autres

ELIMINATION

Selles : Continent Incontinent Diarrhées Constipation
Stomie gérée par le patient : oui non
Date des dernières selles :
Urines : Continent Incontinent Jour Nuit Pénilex
Sonde urinaire posée le : Enlevée le :
Habitudes : WC avec aide Chaise percée Bassin Urinal Changes

HYGIENE – ETAT CUTANE

Se lave seul(e) Aide à la toilette Toilette complète
au lit au lavabo
Problème cutané lequel : Localisation :
Matelas à air

COMMUNICATION

Langue parlée : Français Dialecte Autres :
Difficulté de communiquer
Inconscient Agité Confus Désorienté
en permanence occasionnellement
Mal entendant Prothèse auditive Droite Gauche Jointe
Lunettes Lentilles Jointes

REPOS – SOMMEIL :

Dort sans problème Avec médicaments

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Opéré(e) le : Nom du chirurgien :
- Voie veineuse : KT central KT court posé le
- Drainage :
- Carte de groupe jointe
- Autres (plâtre, attelle, ...) :

HORAIRES D'ADMINISTRATION

AVK Insuline Antibiotiques HBPM HEPARINE CALCIQUE

PLANIFICATION DES EXAMENS PREVUS

<i>Nature de l'examen</i>	<i>date</i>	<i>heure</i>	<i>lieu</i>

DIRECTIVES ANTICIPEES REDIGEEES

Oui Non
Si oui, document joint

DEMARCHE SOCIALES

.....
.....

INFORMATION PARTICULIERE A LA SORTIE

.....

Date : / / Nom et signature de l'infirmière :



CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION

Repérage et évaluation de la complexité	
1. Une évaluation sociale a été réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie	<input type="checkbox"/>
Information du patient	
2. Le patient* a été associé au projet de sortie	<input type="checkbox"/>
3. Les ordonnances de sortie ont été remises et expliquées au patient* <ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance (s) de médicaments • de matériel • pour le laboratoire de biologie médicale • pour l'infirmier, kinésithérapeute ... • pour la sage-femme • post-transfusionnelles 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient*	<input type="checkbox"/>
5. Information sur la rédaction de directives anticipées transmise en accord avec le patient	<input type="checkbox"/>
Contacts et continuité	
6. Les professionnels de santé du domicile, les services d'aide à la personne utiles au patient, ou du service d'aval ont été prévenus de la sortie du patient	<input type="checkbox"/>
7. Les documents suivants sont remis au patient* ou à la structure d'aval : <ul style="list-style-type: none"> • Courrier de sortie • Certificats médicaux (sport, arrêt de travail, assurances, ...) • Fiche d'anesthésie • Carte de groupe sanguin • Compte-rendu opératoire • Traçabilité de la pose d'un dispositif médical implanté 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Une fiche de liaison paramédicale est transmise	<input type="checkbox"/>
Logistique	
9. Les documents et objets personnels sont restitués au patient* : <ul style="list-style-type: none"> • Clichés d'imagerie • Examens biologiques • Traitement personnel • Carnet de santé • Autre 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Le transport adapté a été prévu <ul style="list-style-type: none"> • Remise de document de prescription médicale de transport 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*Patient ou le cas échéant son entourage (réfèrent...) ou son représentant légal

Date/...../.....

Nom et signature de l'IDE/SF et/ou de la secrétaire :



Formulaire de désignation de la personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

Je n'ai déjà nommé aucune personne de confiance (joindre le document valide)

Je nomme la personne de confiance suivante :

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel : portable :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : OUI NON

Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Fait à :

le :

Signature :

Signature de la personne de confiance :

Cette désignation est valable pour la durée de votre hospitalisation à moins que vous n'en disposiez autrement :

Je souhaite que cette désignation continue à être valable à l'issue de mon séjour (pour de prochains rendez-vous médicaux et/ou hospitalisations).

Cas particuliers :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e), les deux personnes suivantes témoignent de la validité de la désignation de votre personne de confiance désignée ci-dessus.

1er témoin :

Je soussigné (e), Madame Monsieur

Nom, Prénom.....

Date de naissance.....

Adresse :

Tél. :

Date :/...../.....

signature

2ème témoin :

Je soussigné (e), Madame Monsieur

Nom, Prénom.....

Date de naissance.....

Adresse :

Tél. :

Date :/...../.....

signature

Si vous faites l'objet d'une mesure de tutelle, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge et/ou du conseil de famille.

Le patient n'est pas capable de répondre aux questions posées :

Nom et prénom du soignant :

Date et signature du soignant :



CENTRE HOSPITALIER DE SARREBOURG

ENGAGEMENT A REGLER LES FRAIS SUPPLEMENTAIRES DE CHAMBRE PARTICULIERE

Je soussigné(e),ou étiquette

Demande pour : moi-même, mon conjoint(e) ou mon concubin(e), un autre parent à préciser :
..... *

Hospitalisé(e) dans le service de :

A être admis(e) en régime particulier, c'est à dire en chambre individuelle à compter
du.....

Je certifie avoir pris connaissance auprès du Bureau des Admissions, du montant du supplément à
ma charge **(60,00 € par jour – Tarif 2018)** SOUS RESERVE D'ACCEPTATION DE LA
MUTUELLE et m'engage à régler ce supplément dès réception de l'Avis des sommes à Payer.

Fait à SARREBOURG, le

Lu et approuvé,

Signature :

* Rayer les mentions inutiles.

DEMANDE DE LA PRESTATION TELEVISION :

Je soussigné(e),ou étiquette

Demande pour : moi-même, mon conjoint(e) ou mon concubin(e), un autre parent à préciser :
..... *

Hospitalisé(e) dans le service de :

A bénéficier de la prestation TELEVISION pendant toute la durée de mon séjour (4,00 € par
jour – Tarif – 2018 – Toute journée commencée est due).

Si je ne désire plus la prestation TELEVISION, avant la fin de mon séjour, je préviens le service
dans lequel je suis hospitalisé(e) et le Bureau des Admissions (Poste 2325).

Fait à SARREBOURG, le

Lu et approuvé,

Signature :

* Rayer les mentions inutiles.