

démarche de soins infirmiers initiale à partir de la 2^e démarche de soins infirmiers pour un même patient
démarche de soins infirmiers prescrite le par le docteur

résumé n°

(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02)

le patient et l'assuré(e) (à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom du patient (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)
prénom
 adresse où le patient peut être visité :
 préciser : structure d'hébergement domicile autre
nom de l'assuré(e) (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)
prénom
n° d'immatriculation de l'assuré(e)
code de l'organisme de rattachement
n° d'immatriculation du patient
à défaut date de naissance

résumé de l'observation de la situation du patient

environnement matériel : adapté inadapté
environnement humain : aidant(s) naturel(s) : oui non adapté inadapté
 aidant(s) professionnel(s) : oui non
humeur et comportement : normal altéré/modéré altéré/sévère
état du patient : taille poids score de Norton score Eva
pénibilité de la prise en charge
 physique cause :
 psychologique cause :
 environnementale cause :

résumé de la planification

| | diagnostics infirmiers | objectifs de soins (1) | interventions infirmières |
|---|------------------------|------------------------|---------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

autres risques :

objectif global des soins

protéger restaurer compenser maintenir promouvoir surveiller
 réadapter insérer réinsérer prévenir éduquer

nature qualitative et quantitative de la prescription

séances de soins infirmiers (AIS 3) : Nombre par jour : Nombre par semaine :
 répartis en passage(s) par jour, pendant semaine(s) ou mois
 dimanche/jour férié : oui non nombre de séances par jour entre 20 h et 23 h entre 5 h et 8 h
programme d'aide personnalisée (AIS 3,1) : nombre par jour : nombre par semaine :
 répartis en passage(s) par jour, pendant jours dimanche/jour férié : oui non
surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4) :
 pendant semaine(s) ou mois, à partir du

signature de l'infirmière **signature** (à partir de la 2^e démarche de soins infirmiers) **et/ou observations du médecin**

| | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---|
| cachet de l'infirmière (2) | date : signature : | cachet du médecin (2) | date : signature : |
|----------------------------|---|-----------------------|---|

Avis du médecin-conseil :

(1) dans les délais de la prescription
 (2) comportant le n° d'identification
 La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

démarche de soins infirmiers initiale à partir de la 2^e démarche de soins infirmiers pour un même patient
démarche de soins infirmiers prescrite le **par le docteur**
résumé n°

(décret 02-194 du 11.02.02, arrêté du 01.03.02)

le patient et l'assuré(e) (à compléter par l'infirmier(e) à l'aide de l'attestation papier accompagnant la carte vitale)

nom du patient (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)
prénom
 adresse où le patient peut être visité :
 préciser : structure d'hébergement domicile autre
nom de l'assuré(e) (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)
prénom
n° d'immatriculation de l'assuré(e)
code de l'organisme de rattachement
n° d'immatriculation du patient
à défaut date de naissance

nature qualitative et quantitative de la prescription

séances de soins infirmiers (AIS 3) : Nombre par jour : _____ Nombre par semaine : _____
 répartis en _____ passage(s) par jour, pendant _____ semaine(s) ou _____ mois
 dimanche/jour férié : oui non nombre de séances par jour entre 20 h et 23 h _____ entre 5 h et 8 h _____
programme d'aide personnalisée (AIS 3,1) : nombre par jour : _____ nombre par semaine : _____
 répartis en _____ passage(s) par jour, pendant _____ jours dimanche/jour férié : oui non
surveillance clinique infirmière et de prévention (AIS 4) :
 pendant _____ semaine(s) ou _____ mois, à partir du _____

| signature de l'infirmière | | signature (à partir de la 2 ^e démarche de soins infirmiers) et/ou observations du médecin | |
|---------------------------|--|---|--|
|---------------------------|--|---|--|

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| cachet de l'infirmière (2) | date : _____ signature : _____ | cachet du médecin (2) | date : _____ signature : _____ |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|

Avis du médecin-conseil : _____

(2) comportant le n° d'identification
 La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.