

Nom: .....  
ENSPR: .....  
Stage:.....

Classe: .....

# Recueil d'informations par rapport aux activités de soins à exécuter

## A. INFORMATIONS GENERALES

- Nom: \_\_\_\_ (Initiales)      Numéro de chambre: \_\_\_\_\_
- Âge: \_\_\_\_
- Nationalité: \_\_\_\_\_
- Langues parlées? \_\_\_\_\_

Civilité: Marié

Célibataire

Veuv(e)  depuis quand? \_\_\_\_\_

Divorcé(e)  depuis quand? \_\_\_\_\_

Combien d'enfants à le BDS? \_\_\_\_\_

Personne de contact? \_\_\_\_\_

Date d'entrée: \_\_\_\_\_

Raison d'entrée? \_\_\_\_\_

	Oui	Non
sur initiative propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur initiative de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B. BIOGRAPHIE

### **Biographie / situation sociale et familiale (éléments essentiels anonymisés):**

Quelles évènements/expériences positives et/ou négatives ont eu un impact sur la vie du pensionnaire? Quel a été son métier, ses hobbies?

## C. SITUATION MEDICALE

Maladies actuelles (définitions):

Allergies:

Appareillages (p.ex. sonde vésicale)/ moyens d'aide (p.ex. prothèse...):

Traitement médicamenteux:

Nom commercial	Groupe pharmacologique	Posologie (dosage, horaire, voie d'administration)	Indications > BDS

# D.RECUEIL D'INFORMATIONSSAMMLUNG SELON LES 14 BESOINS FONDALEMENTAUX (VIRGINIA HENDERSON)

Besoins	Observations, ressources et formulation des problèmes de soins avec argumentation.
<b>Respirer</b>	
<p><b>Respiration :</b>            Fréquence respiratoire ?            Rythme régulier ?            Qualité ?            Saturation en O<sub>2</sub> ?            Respiration nasale ou buccale ?            Bds encombré ? Mucus ?            Difficultés pour respirer ?            Tabagisme ? Quantité par jour ?            Douleurs lors de la respiration ?            Pathologies chroniques respiratoires ? (p.ex. asthme,...)            Pathologies influençant la respiration ? (p.ex. bypass cardiaque, maladies cardiaques, ...)            Pathologie actuelle aiguë des voies respiratoires ? (p.ex. rhume)            Nécessité d'une position spéciale pour faciliter la respiration ?            Moyens thérapeutiques pour faciliter la respiration ? (p.ex. inhalations, O<sub>2</sub>, ...)            Respiration entravée par appareillages ? (p.ex. sonde nasale)            Médication influençant la respiration de manière positive/négative ?</p> <p><b>Pouls :</b>            Dernière valeur mesurée ? Interprétation ?            Variations ?            Rythme ?            Qualité ?</p> <p><b>TA :</b>            Dernière valeur mesurée ? Interprétation ?            Variations ?</p> <p><input type="radio"/> <b>Risque de pneumonie</b>  <input type="radio"/> ...</p>	
<b>Manger et boire</b>	
<p>A jeun ?            Régime particulier ? (p.ex. si diabète)            Qu'est qu'il peut manger ? (p.ex. moulu, végétarien, végétalien, régime normal, régime hypocalorique, ...)            Habitudes alimentaires ? Quand mange-t-il ?            Combien de repas ? Collations ?            Appétit ? Sensation de faim ?            Quantité mangée ?            Goût intact ?            Lieu du repas ? (table, lit, restaurant, ...)            Matériel d'aide nécessaire ? (p.ex. gobelets à bec, Nutilis®,...)            Peut-il mastiquer et avaler ? Troubles de déglutition ?            Dents ? Prothèse dentaire inférieure et/ou supérieure)            Etat muqueuse buccale, dents, gencives ?            Hydratation suffisante ? Combien ?            Boisson préférée ?            Autonome pour boire et manger ? Aide partielle ? Aide totale ? (installation, préparation,...)            Aliments préférés ? Aliments détestés ?            Médicaments avant, pendant, après le repas ?            Troubles comportement alimentaire? (anorexie, boulimie, ...)            Poids ? Taille ? BMI ? Interprétation ?            Alimentation par sonde gastrique ? GEP ?            Pathologies influençant le besoin ? (p.ex. diabète,...)            Allergies alimentaires ?            Troubles gastro-intestinaux ? (p.ex. nausées, brûlures d'estomac, ...)            Rituels ou influences religieuses concernant le besoin ?</p> <p><input type="radio"/> <b>Risque d'aspiration</b>  <input type="radio"/> <b>Risque de déshydratation</b>  <input type="radio"/> ...</p>	
<b>Eliminer</b>	
<p><b>Urines</b>            COQA ?            Bilan urinaire ?            Fréquence ?            Diurèse?            Problèmes lors de l'élimination? (p.ex. douleurs,...)            Sonde vésicale? Cystocath?            Pathologies des voies urinaires? (p.ex. cystites, problèmes rénaux, ...)            Continence?            Matériel d'incontinence ? ? (p.ex. Tena pants, langes, bandes, Peniflow,...)  <input type="radio"/> <b>Risque de cystite</b>  <input type="radio"/> ...</p> <p><b>Selles</b>            Fréquence ?            COQA ?            Défécation régulière ?            Dernières selles ?</p>	

<p>Habitudes ? Rituels ?          Continence ?          Matériel d'incontinence ? (p.ex. Tena pants, langes,...)          Constipation ? Diarrhée ?          Laxatifs ?          Colostomie ?  <input type="radio"/> <b>Risque de constipation</b>  <input type="radio"/> ...</p> <p><b>Élimination urinaire et fécale</b>          Habitudes d'élimination ?          Peut-il aller au WC ou nécessite-t-il panne, urinal, chaise percée ?          Autonome ? Aide partielle ? Aide totale ?          Médicaments influençant l'élimination de manière positive/négative ?          Pathologies ? (p.ex. hémorroïdes, ...)</p> <p><b>Autres éliminations ?</b>          Vomissements ?          Menstruation ?          Transpiration abondante ?          Médicaments influençant l'élimination de manière positive/négative ?</p>	
<b>Se mouvoir et maintenir une bonne posture</b>	
<p>Peut-il se mobiliser seul? Mobilisation suffisante?          Mouvements qu'il sait faire ? (p.ex. se tourner, se lever, prendre qch, ...)          Peut-il se lever ? Dit-il rester au lit ?          Si repos strict au lit, combien de fois est-il mobilisé ?          Degré d'autonomie pour se mouvoir ?          Est-il motivé pour se mouvoir ?          Peut-il rester debout ? Marcher ? Distance qu'il sait faire ?          Est-il capable de prendre la position souhaitée ?          Douleurs à la mobilisation ?          Pathologies influençant la mobilisation ? (p.ex. paralysies, arthrose, Parkinson, amputation, vertiges,...)          Moyens d'aide pour se mobiliser ? (p.ex. béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, canne,...)          Complications d'une mobilité réduite ? (p.ex. escarre, thrombose,... (risque ?)          Lit spécial ? (p.ex. lit médicalisé)          Matelas spécial ? (p.ex. Alternating,...)          Kinésithérapie ? Ergothérapie ? Doit-il faire des exercices particuliers ?          Moyens thérapeutiques entravant la motricité ? (p.ex. plâtre, fixateur externe, tubulures, ...)          Moyens thérapeutiques améliorant la motricité ? (p.ex. prothèses/orthèses)          Qualité des mouvements ? (p.ex. comme un robot, fluides, ...)          Se sent-il en sécurité lors des mouvements ? (p.ex. équilibre, peur, force,...)  <input type="radio"/> <b>Risque d'escarre</b>  <input type="radio"/> <b>Risque de thrombose</b>  <input type="radio"/> <b>Risque de contractures</b>  <input type="radio"/> ...</p>	
<b>Dormir et se reposer</b>	
<p>Habitudes de sommeil en général? (p.ex. heure du coucher, position, durée,...)          Rituels pour s'endormir?          Troubles du sommeil? (p.ex. problèmes pour s'endormir et causes, ...)          Somnifère?          Qualité de la nuit précédente?          Durée du sommeil?          Se sent-il reposé?          Quel lit, literie, ... a-t-il?          Problèmes pour s'endormir suite à l'environnement étranger (p.ex. voisin qui ronfle, autre lit, ...)          Sieste l'après-midi? Durée? Où?</p>	
<b>Choisir ses vêtements, s'habiller et de déshabiller</b>	
<p>Vêtements préférés?          Peut-il porter des vêtements normaux?          Vêtements personnels?          Combien de fois change-t-il les vêtements?          Vêtements particuliers ? (p.ex. blouse d'op, culotte avec protecteurs de hanche,...)          Peut-il s'habiller/déshabiller soi-même ? (boutons, fermetures éclair, chaussettes, souliers,...)          Bijoux ?          Choix autonome des vêtements ? Vêtements adaptés à la saison ?          Qui fait la lessive ?</p>	

<b>Garder une température corporelle normale</b>	
Dernière valeur mesurée de la température corporelle? Interprétation en fonction de la norme? Contrôle journalier de la température? Présence de pathologies influençant la température? Prise de médicaments influençant la température de manière positive/négative ? Moyens d'aide pour maintenir la température ? (p.ex. couvertures, glace, ...) A-t-il souvent chaud/froid ? Frissons ? S'il a de la fièvre, quelle en est l'évolution ?	
<b>Être propre et soigné, protéger ses téguments</b>	
Degré d'autonomie pour les soins d'hygiène? Habitudes pour se laver, comment, quand, fréquence ? Utilisation de produits de soin particuliers ? (p.ex. crèmes, déo, laque, ...) Pathologies influençant ce besoin ? (p.ex. allergies, pathologies de la peau, ...) Etat de la peau ? (p.ex. sec, gras, couleur, turgescence, ...) Transpiration abondante ? (rougeurs, mycoses, intertrigo, ...) Etat des muqueuses ? Etat des annexes ? (p.ex. ongles, cheveux, ...) Lieu des soins ? (p.ex. lit, lavabo, salle de bains, douche, ...) Autres soins nécessaires, outre, les soins d'hygiène ? (p.ex. soins des ongles, soin des cheveux, ...) Nécessité de soins particuliers suite à des mesures diagnostiques/thérapeutiques ? Où ? Moyens d'aide pour faciliter les soins ? Température de l'eau préférée ? Soins à but relaxant ou stimulant ? Quel soin de bouche, des dents est réalisé ? Rasage barbe ? Importante de son apparence pour le bds ? (p.ex. il donne une grande importance à son apparence, cela ne l'intéresse pas) <input type="radio"/> <b>Risque d'intertrigo</b> <input type="radio"/> <b>Risque de parotidite, de mycose bucale</b> <input type="radio"/> ...	
<b>Eviter des dangers</b>	
Utilisation de matériel de sécurité (p.ex. barrières de lit, ceinture de contention, ...) pour éviter que le bds se mette en danger? Pathologie contagieuse? Peur? Présence de tubulures? Si oui, Orientation spatio-temporelle? Si non, comment le soignant reconnaît cette désorientation et quels seront les soins? Sait-il contrôler ses émotions ? Agressivité ? Allergies ou autres pathologies du bds qui pourraient entraîner un danger pour lui ? Interprétation des pulsations en fonction de la norme ? Interprétation de la TA en fonction de la norme ? Prise de médicaments pouvant avoir une influence positive/négative sur la TA et la circulation en général ? Risque de chute ? Moyens d'aide ? (p.ex. Téléalarme, matelas antichute, ...) <input type="radio"/> <b>Risque de chute</b> <input type="radio"/> ...	
<b>Communiquer</b>	
Sait-il parler? Comment parle-t-il? (p.ex. clair, bégayement, trouble de la parole, ...) Capacité d'utiliser le langage corporel? Langue(s) parlée(s)? Langue(s) comprise(s)? Est-ce facile de rentrer en contact avec lui ? Si non, pourquoi ? (p.ex. ne comprend pas, parle de manière incompréhensible, désorienté, ...) A-t-il facile de rentrer en contact avec les autres pensionnaires ? Voisin de chambre ? Quelle est leur relation ? Aime-t-il parler beaucoup ou préfère-t-il se retirer dans son coin ? Montre-t-il ses sentiments ? A-t-il des soucis ? Est-il optimiste ? Pessimiste ? Contact avec la famille ou autres ? Comment s'entend-t-il avec la famille ou autres ? Présence de pathologies influençant ce besoin de manière positive/négative ? (p.ex. dépression, ...) Comment veut-il être adressé ? Y-a-t'il des sujets qu'il ne veut pas aborder ? Quels sont ses intérêts ? Contact avec le monde extérieur ? (p.ex. téléphone, visites, télé, ...) Problèmes d'ouïe ? De vue ? Appareil auditif ? Lunettes ? Problèmes au niveau de la sexualité ? Douleurs ? Aiguës/chroniques ? Depuis quand ? Fréquence ? Régulièrement ? Quand ?	
<b>Agir selon sa religion et ses valeurs</b>	
Est-il religieux? Si oui, confession du bds? Influence de sa religion sur les autres besoins? (p.ex. boire et manger, hygiène, ...) Habitudes à respecter pendant les soins ? Activités spirituelles ? Si oui, lesquelles ? (p.ex. prières, messe, ...) A-t-il besoin de matériel pour sa religion ?	

Rituels particuliers ? Personne de référence particulière ? Souhaits/rites à respecter en cas de décès ? Autres valeurs ? (p.ex. végétarien, ...)	
<b>S'occuper en vue de se réaliser</b>	
Profession? Où a-t-il travaillé? Influence de la pathologie sur la profession? Le travail lui manque-t-il? Combien de temps a-t-il fait son travail? A-t-il aimé son travail ? Travail d'intérêt commun ? (p.ex. arroser les plantes, s'occuper des animaux,...) Exerce-t-il une activité productive ? (p.ex. tricoter, bricolage, ...)	
<b>Se recréer</b>	
Hobbies et intérêts? Peut-il faire ses hobbies et suivre ses intérêts? Veut-il participer à des activités? Participe-t-il à des activités? Lesquelles? Quelles sont ses occupations pendant la journée ? Qu'est-ce qu'il aime faire dans son temps libre ? Avait-il des (d'autres) hobbies auparavant ? Aimerait-il les poursuivre maintenant ? A-t-il découvert de nouveaux hobbies en maison de soin ?	
<b>Apprendre</b>	
Tente-t-il de rester au courant de ce qui se passe dans le monde? (p.ex. journal, télé, radio, ...) Demande-t-il ce que le personnel fait ? S'informe-t-il sur tout ce qui est nouveau ? (p.ex. ce qui se passe dans la maison de soin/ à l'hôpital) Veut-il/peut-il encore apprendre des choses nouvelles ? (p.ex. informatique, ...) Point de vue par rapport à sa situation actuelle ? A-t-il appris à gérer sa situation actuelle ? Intérêts culturels ou autres ?	

## D. Plan de travail

<b>Heure</b>	<b>Mesures de soins, préventions, surveillances,</b>	<b>Problèmes de soins (problèmes actuels et risques)</b>	<b>Transmissions des observations (oral, écrit / Ou? À qui?) Matériel</b>



--	--	--	--

