

Mes besoins en matière de soins

Remplissez l'entier du document sur vos besoins en matière de soins ou demandez à votre soignant de remplir le formulaire avec vous. Joignez également une copie de votre ordonnance de médicaments actuelle, y compris les médicaments de réserve et la carte d'assurance maladie.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Taille : _____ poids : _____

Autres problèmes de santé (par exemple asthme, hypertension etc.) :

Allergies :

Manger et boire

- je suis autonome pour boire et manger
- je suis autonome quand je suis bien
- je suis autonome pour boire
- j'ai besoin d'aide pour boire
- j'ai besoin d'aide pour couper mes aliments
- j'ai besoin d'aide pour tenir les services
- on doit me donner à manger
- je suis végétarien/ne
- je dois/veux suivre le régime suivant _____
- Alimentation par entérale : Quel produit, quelle quantité, quand et en combien de temps ?

S'habiller

- Je ne peux pas du tout aider quand on m'habille ou quand on me déshabille
- Je suis partiellement/complètement autonome pour mettre les habits suivants :

Hygiène personnelle

Hygiène buccale

- je suis autonome
- j'ai besoin d'aide

Soins d'hygiène

- je suis autonome pour la toilette
- je peux me laver le haut du corps
- j'ai besoin d'aide pour la toilette

Habitudes (par exemple me doucher, me raser, me laver les dents etc.) :

Elimination

Urine

Je suis *continent/e* et

- j'utilise les WC
- j'utilise une chaise percée
- j'utilise un urinal/vase de lit

Je suis *incontinent/e* et

- je porte des protections
 - j'utilise un urinal
 - j'ai une sonde vésicale/Cystofix. Date du dernier changement : _____
 - pansement du Cystofix. Fréquence de réfection : _____
 - particularité: _____
-

Selles

Je suis *continent/e* et

- j'utilise les WC
- j'utilise une chaise percée
- j'utilise le vase de lit

Je suis *incontinent* et je porte des

- protections

J'ai besoin de _____ fois par semaine

- un Practocliss
- un Microcliss
- une évacuation manuelle
- particularité/matériel spécial irrigation, autres) : _____

Respiration

- normal
- difficultés, les symptômes sont les suivants : _____
- je peux tousser si j'avale de travers (« fausse route »)
- je peux me racler la gorge, mais je ne peux pas tousser
- je suis fumeur
- je suis non-fumeur

Mobilité

Je peux utiliser mes mains pour :

Mes jambes sont :

- paralysées
- plutôt flasques
- plutôt spastiques

Je peux :

- marcher avec de l'aide
- rester debout un court moment avec de l'aide
- rester debout plus longtemps avec de l'aide
- changer ma position assise moi-même
- rester max. _____ heures dans un fauteuil roulant (pour des excursions).

Durant ce temps, un changement de position est nécessaire: oui / non

- je me déplace seul/e avec mon fauteuil roulant manuel
 - je me déplace seul/e avec mon fauteuil électrique/Swisstrac
 - j'ai besoin d'aide pour me déplacer en fauteuil roulant
 - j'utilise le matériel de position suivant dans mon fauteuil roulant (coussin, autres):
-

Chargeur/câble pour le fauteuil roulant, où est-il situé ?

Transferts

Je rentre dans le lit :

- du côté droit du lit
- du côté gauche du lit

Merci de décrire de manière détaillée, comment vous faites habituellement les transferts à la maison:

Se reposer et dormir

Sieste

- jamais
- si possible
- toujours

j'ai besoin du matériel de positionnement suivant :

durant la nuit, je dois changer de position _____ fois.

durant la nuit j'ai besoin de l'aide supplémentaire suivante :

Communication

Elocution

- pas de problème
- difficile mais compréhensible
- difficilement compréhensible
- je ne peux plus communiquer verbalement

Ouïe

- pas de problème
- difficile
- je porte des appareils auditifs
- je n'entends plus rien

Vue

- pas de problème
- bonne avec des lunettes
- très mauvaise

Particularité

- pour faciliter la communication, j'ai besoin des moyens auxiliaires suivants :

Loisirs

Je suis intéressée par

- l'art/les musées
- la musique/style : _____
- la lecture
- la nature
- le bricolages
- les jeux
- autres _____

Soins techniques spécifiques

Pansement nécessaire

- Cystofix
- escarre
- autres _____

Merci d'indiquer de manière détaillée l'endroit, le matériel nécessaire, la fréquence et la manière de procéder.

Est-ce des surveillances particulières sont nécessaires ? Si oui, lesquelles ?

- Tension artérielle ?
- Glycémie?
- autres _____

Sécurité

- je risque de tomber risque de chute)
- je m'oriente facilement dans un endroit inconnu
- si ce n'est pas le cas : qu'est-ce qui pourrait m'aider pour mieux m'orienter ?

Système d'alarme

Je peux enclencher le système d'alarme :

- avec la main
- avec la tête
- autres possibilités _____

- j'ai mon propre système d'alarme

Médecin traitant

Nom/prénom _____

Rue/NP/lieu _____

Téléphone _____

Neurologue

Nom/prénom _____

Rue/NP/lieu _____

Téléphone _____

Médicaments

Veuillez joindre la liste actuelle des médicaments avec le dosage exact !

Je prends les médicaments :

- de manière autonome
- besoin d'aide pour la prise de médication
- particularité _____

Les médicaments sont stockés dans les endroits suivants :

Informations importantes :

Remplissez la suite que : s'il n'y a pas de copie des directives anticipées du patient avec ces détails, si les directives ne sont plus à jour, ou si le document ne mentionne que le représentant thérapeutique.

Prénom/nom du parent ou de la personne de référence

Rue/no. _____

Code Postal/Ville _____

Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____

Courrier électronique _____

Données pour l'organisation

Numéro de téléphone de la personne de contact

1ère priorité

Nom _____ No de tél _____

2ème priorité

Nom _____ No de tél _____

Remplie avec l'aide de

Lieu/date : _____ Signature : _____