



UF:

DATE:															
	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N
<b>ISOLEMENT</b>															
<b>AUTONOMIE:</b> Totale/Partielle/Nulle															
<b>ALIMENTATION</b>															
<b>REGIME ALIMENTAIRE</b>															
Ajeun: Strict/Sauf Boisson															
RH															
Vichy															
Stimulation à la boisson															
Feuille alimentaire															
Aide aux repas/Partielle/Totale															
Compléments oraux/Type et NB ( x J )															
<b>HYGIENE</b>															
Prépa bloc: Rasage/Douche															
Toilette: Complète/Partielle															
Toilette au: Lit/Lavabo/Douche															
Brossage dentaire/Soin de bouche															
Rasage															
Capiluve/Pédiluve															
Réfection literie: Totale/Partielle/Refus															
<b>ELIMINATION</b>															
Surveillance selles: <b>Types:</b>															
Iléostomie/Colostomie															
Sonde vésicale															
Pyélo/Briker/Drain/Urétéro															
Change/Alèse															
Bassin/Chaise percée/Wc															
Urinal/Péniflow (Taille: )															
<b>MOBILISATION</b>															
Bord de lit/Lever/Coucher/Déplacement															
Fauteuil/Mise en sécurité															
Repos strict au lit															
Prévention d'escarre															
Matelas anti escarre (s. Braden ts les 10j)															
Changement de position															
Barrières															
Talons en décharge: (Coussin/Bottes)															
Bas de contention/Ceinture/Corset															
<b>ENTRETIEN</b>															
Entretien de la chambre (Sol,WC...)															
Entretien environnement (Adaptable...)															
<b>DIALYSE</b>															
<b>PEDICURE</b>															
<b>INITIALES</b>	IDE														
	AS														