

## FICHE INTERVENTION IDEL PONCTUELLE, SOINS NON-PROGRAMMES

### IDENTITE PERSONNE PRISE EN CHARGE

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance:../../.....  
 Adresse.....  
 .....  
 Tél:..... Email:.....@.....  
 N°SS : .....

### PROCEDURE D'INTERVENTION ET APPEL :

Heure d'appel: ..... H .....  
 Heure de prise en charge : .....  
 Transport vers : .....  
 Maintien Domicile  
 Prescription médicale :  de soins  
 de traitement

### INTERROGATOIRE CIRCONSTANCIE

Motivation de l'appel : .....  
 Ressenti sur l'état de santé :  moins bien  identique  épisode aigu

### MODE DE VIE

Maison individuelle  Appartement  RPA  
 Vit seul(e) :  oui  non  
 Personne à prévenir : .....

### BILAN

Etat cognitif :  normal  
 altération :  légère  sévère  
 Autonomie :  oui  non  
 Aptitude fonctionnelle :  normale  
 altération :  légère  sévère  
 Aide extérieure :  oui  non  
 Si oui, (*précisez*):  SAD  SSIAD  HAD  IDEL  
 autres : .....  
 Angoisse :  oui  non si oui, motif : .....  
 TA : ..... Pouls : .....  
 Saturation : .....  
 Toux :  oui  grasse  sèche

Essoufflement :  oui  non  
 Oedèmes MI :  oui  non  
 Bruits respiratoires :  sifflement  grailonnement  
 Pâleur  Sueur  Cyanose  
 Glycémie capillaire (patient diabétique) : .....  
 Allergie connue :  oui  non  
 Si oui : précisez si possible : .....  
 Douleur (EVA) : ..... localisation : .....  
 Antalgique : .....  
 Signes déshydratation (pli cutané ...) : .....

### Traitement en cours :

Coordonnées du médecin traitant :

Coordonnées de la pharmacie :

### Soins infirmiers effectués lors de la visite :

### Identité de l'IDEL

Nom : ..... prénom : .....  
 Adresse professionnelle : .....  
 Numéro de téléphone : .....  
 Numéro ADELI ou RPPS : .....  
 Signature : .....