

Interprétation :

- Comment a évolué votre poids?
- Quelles sont vos habitudes concernant les repas ?
 - quantité de boissons et type :
 - heures de repas régulières : Oui / Non
 - mangez-vous **seul(e)** ou en **famille**
 - lavage des mains avant Oui / Non et après les repas Oui / Non
 - régime particulier Oui / Non
- Si Oui, lequel :
 - Quantité de boissons et type entre les repas ?
 - Sensation de soif
 - Portez-vous des prothèses dentaires ?
 - Sont-elles bien ajustées ?
- Votre état de santé actuel influence-t-il :
 - vous alimentation ? Oui / Non
 - vous hydratation ? Oui / Non
- Quels moyens utilisez-vous pour améliorer ces difficultés ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- Etat de la dentition
- De langue et des muqueuses :
- Salive :
- Autres données si nécessaire : mastication – déglutition – nausées – vomissements – tâches en relation avec la prise des repas (couper, faire les tartines, porter à la bouche, se servir des couverts, ...)

3. BESOIN D'ELIMINER

3.1. Elimination intestinale

- Quelles sont vos habitudes d'élimination intestinale ?
 - Fréquence : Autres particularités :
- Si habitudes perturbées, qu'est-ce qui perturbe votre élimination ?
 - Alimentation, préciser :
 - Mode de vie, préciser :
- Quels moyens utilisez-vous pour améliorer ces difficultés ?
 - Exercices physiques Médicaments, lesquels :
 - Tisanes Autres :
- Votre état de santé actuel influence-t-il votre élimination intestinale ? Oui / Non
- Comment ?

3.2. Elimination urinaire

- Quelles sont vos habitudes d'élimination urinaire ? fréquence :
- Si habitudes perturbées, qu'est-ce qui perturbe votre élimination urinaire ?
 - Fréquentes envies d'uriner Incapacité de retenir vos urines
 - Hydratation Médicaments, lesquels :

4. BESOIN DE SE MOUVOIR ET DE MAINTENIR UNE POSITION CONVENABLE

- Etes-vous habituellement capable :
 - de vous déplacer avec facilité ? Oui / Non
 - de bouger tous vos membres avec facilité ? Oui / Non
 - **Si vous aviez des difficultés**
 - Eprouviez-vous de la difficulté à demeurer dans certaines positions ? Oui / Non, lesquelles ?
 - Qu'est-ce qui handicapait votre mobilisation avant l'hospitalisation ?
 - étourdissements, vertiges palpitations raideurs poids
 - douleur tremblements crampes faiblesse
 - essoufflement angoisse, émotions
 - Quels moyens utilisiez-vous pour faciliter votre mobilisation ?
 - canne béquille tribune chaise roulante
 - aide de personnes extérieures exercices physiques kiné
 - Votre état de santé actuel perturbe-t-il votre mobilité ? Oui / Non, préciser :
- Si cela est adapté : faites-vous des exercices pour maintenir votre souplesse ? Oui / Non, préciser :

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- appareil circulatoire
 - pulsations fréquence : battements/min.
 - rythme : - régulier - irrégulier : préciser
 - pression artérielle : **mm/Hg**
 - Claudication intermittente Non Oui : périmètre de marche
- mouvements Coordonnés Ataxie Tremblement Akinésie
- Autre ou précisions :
- Contractures/raideurs (localisation)
- alignement corporel
 - position couchée :
 - position assise :
 - position debout :
- force de préhension égale forte parésie bras (gauche droit)
- paralysie bras (gauche droit)
- paralysie jambe (gauche droite)
- mobilisation
 - rehaussement
 - seul aide partielle aide totale
 - préciser les mouvements que le client est capable de faire pour réaliser un rehaussement :
 - lever du lit
 - seul aide partielle aide totale

préciser les mouvements que le client est capable de faire pour réaliser un lever :

- lever du fauteuil/chaise
 seul aide partielle aide totale

préciser les mouvements que le client est capable de faire pour réaliser un lever :

- marcher (équilibre et démarche)
 stable instable

préciser les mouvements que le client est capable de faire pour marcher :

- marcher jusqu'aux toilettes
 seul aide partielle aide totale

5. BESOIN DE DORMIR ET SE REPOSER

- En général, vous sentez-vous reposé au réveil et prêt pour les activités de la journée ?
 Oui Non, préciser :
- Nombre d'heures habituelles de sommeil :
 position : aération :
 sieste : luminosité :
- **Chez vous**, qu'est-ce qui perturbe votre sommeil ?
 bruit lumière douleur : évaluation
 soucis, problèmes cauchemar anxiété réveil précoce
- Que faites-vous pour pouvoir dormir ?
 médicaments, lesquels :
 tisane exercices physiques autres :
- Votre état de santé actuel perturbe-t-il votre sommeil ? Oui / Non,
préciser :
 changement des habitudes de sommeil.....
 diminution de l'état de santé signalé par le patient

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- description de l'observation en cours de nuit :
- contraintes physiques : Oui Non, préciser :

6. BESOIN DE SE VETIR ET SE DEVETIR

- Etes-vous habituellement capable de vous habiller seul(e)? Oui / Non,
préciser :
- Etes-vous allergique à certains tissus ? Oui / Non,
préciser :
- Quelle importance attachez-vous à votre mise personnelle ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- la façon de se vêtir du client est-elle adéquate selon le lieu, la saison, les circonstances? (propreté des vêtements, taille adéquate, usure, ...)
 Oui Non, préciser :
- capacité de se vêtir/ se dévêtir
 seul aide partielle aide totale
préciser les tâches que le client est capable de réaliser pour se vêtir :

- capacités
 - boutonner (Oui / Non)
 - lacer les chaussures (Oui / Non)
- vêtements adaptés (Oui / Non)
 - intérêt pour l'habillement (Oui / Non)
 - intérêt pour l'apparence physique (Oui / Non)
- état des vêtements Propres Sales
 - *En suffisance* (Oui / Non)

7. BESOIN DE MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS DANS LES LIMITES NORMALES

- Avez-vous souvent la sensation d'avoir chaud ? froid ?
Si Oui, que faites-vous dans ce cas ?
- Vos pieds et/ou vos mains sont-ils froids ? Oui / Non
- Prenez-vous parfois votre température ? Oui / Non
Si Oui, quand ?
- Que faites-vous en cas de fièvre ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- température (en °C) :
- autres données : *Peau (chaleur, couleur) :*
 Frissons *Sensation (froid ou chaud)*
 Autre :

8. BESOIN D'ETRE PROPRE ET PROTEGER SES TEGUMENTS

- Quelles sont vos habitudes d'hygiène corporelle ?
 toilette lavabo *douche* *bain*
 dents : prothèse dentaire *cheveux* *ongles* *oreilles* *nez* *yeux*
- Utilisation de produits particuliers, maquillage :
- La propreté et les soins corporels ont-ils beaucoup d'importance pour vous?
- Aviez-vous besoin d'aide ? Oui / Non De quel type ?
- Que pensez-vous du fait d'être dépendant des soignants pour vos soins corporels ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- Degré d'indépendance:
 - indépendant
 - aide d'une personne
 - aide d'une personne et aide technique
 - totalement dépendant
- état de la peau : *coloration particulière et localisation :*
 intégrité *sensibilité* *élasticité* *hydratation*
- lieu de réalisation de la toilette *salle de bain* *lit* *fauteuil* *autres :*
- échelle de NORTON ... / 20

9. BESOIN D'EVITER LES DANGERS

- Pouvez-vous percevoir un danger au moyen :
 - de la vue Oui / Non
 - de l'ouïe Oui / Non
 - de l'odorat Oui / Non
 - du toucher Oui / Non

- Dans la vie courante comment évitez-vous les dangers ?
 - à la maison :
 - en voiture :
 - lors des loisirs ou sports :
 - sur le lieu de travail :

- Prenez-vous toutes les mesures de protection nécessaires ? Oui / Non
préciser si nécessaire :

- Avez-vous actuellement des soucis importants qui vous tracassent ? Oui / Non
préciser si nécessaire :

- Vous sentez-vous parfois découragé(e), désespéré(e) ? Oui / Non
préciser si nécessaire :

- Quelqu'un de votre entourage peut-il vous aider ? Oui / Non
préciser si nécessaire :

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- L'état de cette personne peut-il constituer un danger potentiel pour elle et/ou pour les autres :
 - Non** car état mental : *alerte* *orientation spatiale correcte*
 orientation sensorielle correcte
 - Oui** , car *pertes de mémoire* *confusion* *désorientation spatiale*
 désorientation temporelle *désorientation spatio-temporelle*
 MMS /30
 aphasie sensorielle réceptive *faciès crispé* *apathie* *résistance*
 craintes :

- Précautions à prendre :
 - barres de lit* (*jour* *nuit*)
 - contention* (*jour* *nuit*) – (*lit* *fauteuil*) *autres* :

- Douleur et/ou gêne Oui / Non
Si Oui :
 - aigue* : *préciser localisation et intensité*
 - outil d'évaluation* : *score* :
 - chronique* : *préciser (localisation et intensité)*

10. BESOIN DE COMMUNIQUER AVEC SES SEMBLABLES

- La vue, l'ouïe et le toucher sont des moyens de communication : vous permettent-ils de communiquer, d'entrer en relation avec le monde extérieur ?
 - *élocution* : *aisée* Oui / Non
 - *capable de lire* : Oui / Non
 - *capable de communiquer* : Oui / Non

- Si Non, quels moyens utilisez-vous pour compenser ces difficultés :
 lunettes lentilles appareil auditif autres :
- Vivez-vous seul(e) ? Oui / Non,
qui vit avec vous ?
- Avez-vous de la famille, des amis, de voisins que vous rencontrez souvent?
 Oui / Non, préciser :
- Etablissez-vous facilement des contacts ? Oui / Non,
qu'est-ce qui vous freine ?
- Parlez-moi de votre personnalité. Si vous deviez vous décrire, diriez-vous que vous
êtes une personne :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> souvent gaie | <input type="checkbox"/> confiante dans les autres | <input type="checkbox"/> souvent triste |
| <input type="checkbox"/> sociable | <input type="checkbox"/> anxieuse | <input type="checkbox"/> solitaire |
| <input type="checkbox"/> inquiète face à la vie | <input type="checkbox"/> relativement calme | <input type="checkbox"/> timide |
| <input type="checkbox"/> méfiante des autres | <input type="checkbox"/> craintive | |

- Avez-vous récemment observé des changements dans votre façon d'être ? Oui / Non
êtes-vous souvent :
- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> en colère | <input type="checkbox"/> ennuyé |
| <input type="checkbox"/> angoissé | <input type="checkbox"/> déprimé |
| <input type="checkbox"/> stressé | <input type="checkbox"/> apathique |
- Qu'est-ce qui vous aide ?
- Comment vous sentez vous lorsque vous devez. demander ou accepter de l'aide?
- Les décisions importantes sont-elles faciles à prendre ?
 difficiles à prendre ?

SI LA QUESTION S'APPLIQUE :

- Avez-vous des inquiétudes dont vous aimeriez parler à propos de votre vie sexuelle et
affective ? Oui / Non,
lesquelles ?

OBSERVATIONS DE L' INFIRMIER(E) :

- expression verbale
- expression Non verbale : regard
 mouvements : posture :
 gestes :
 - expression du visage :
 Ennui Désintérêt Regard vide
 - comportement :
 Irritabilité Agressivité Autre :

11. BESOIN DE PRATIQUER SA RELIGION OU D'AGIR SELON SES CROYANCES ET SES VALEURS

- Y a-t-il des exigences religieuses ou philosophiques que vous aimeriez. que l'on
respecte ? Oui / Non,
lesquelles ?
- Qu'est-ce qui est important pour vous dans la vie ?

- Votre état de santé vous limite-t-il dans ce domaine ? Oui / Non, en quoi ?
- Souhaitez-vous rencontrer un Ministre du culte ? un Conseiller laïque ? Oui / Non
- Avez-vous d'autres souhaits ?
- Que puis-je faire pour les réaliser ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

-

12. BESOIN DE S'OCCUPER DE FACON A SE SENTIR UTILE

- Quelle est votre profession ?
- Quelles sont vos occupations habituelles ?
- Votre état de santé vous empêche-t-il d'effectuer vos activités quotidiennes ? Oui / Non, lesquelles ?
Quels sont vos sentiments face aux limites que vous impose la maladie ?
- Faites-vous partie d'associations : Oui / Non, laquelle ?
- A travers vos activités, avez-vous le temps de penser à vous-même ? Oui / Non, comment ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

-

13. BESOIN DE SE RECREER

- Avez-vous des loisirs ? Oui / Non, lesquels ?
- Quelle est votre forme préférée de loisirs ?
- Comment envisagez-vous de vous détendre maintenant ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

-

14. BESOIN D'APPRENDRE

- Vous intéressez-vous à votre santé ? Oui / Non,
- Comment vous informez-vous à propos de votre santé ?
- Pour augmenter vos connaissances, comment faites-vous ?
 Lecture TV Livres Amis

- Dans vos habitudes, laquelle vous semble la plus importante pour rester en bonne santé?
- Avez-vous été malade les dernières années ? Oui / Non,
Quel était le problème ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? Oui / Non,
pourquoi ?
- Comment l'avez-vous vécu ?
- Quelle est la raison de votre hospitalisation ?
- A votre avis, qu'est-ce qui a provoqué votre maladie ?
- Que savez-vous :
 - des examens que vous devez subir ?
 - des traitements et de leurs suites ?
 - de l'intervention ?
- Êtes-vous inquiet(e) ?
- Qu'est-ce qui vous inquiète ?
- Aimerez-vous des informations à ce sujet ?
- Etes-vous allergique à certaines substances ou médicaments ?
- Preniez-vous des médicaments avant d'être hospitalisé(e) ? Oui / Non,
lesquels ?
quantité ?
pourquoi ?
depuis quand ?
quand deviez-vous les prendre ?
pensez-vous qu'ils ont de l'effet ?
quand les avez-vous pris pour la dernière fois ?
avez-vous des effets indésirables ?
- Avez-vous apporté ces médicaments à l'hôpital ? Oui / Non,
lesquels ?
- Avez-vous suivi les recommandations du médecin ? Oui / Non,
pourquoi ?
- Quelles sont les choses les plus importantes pour vous pendant que vous êtes ici ?

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) :

- satisfait sa curiosité Oui / Non,
comment ?
- test de connaissances effectué : Oui / Non, à quel sujet ?
 - Ne retient pas l'information* *N'adopte pas les comportements conseillés*
 - Autre :*

Y a-t-il d'autres points que nous n'avons pas évoqués et dont vous voudriez parler ?

Avez-vous des questions ?