

## Plan de soins



Âge :	Code :	Médecin traitant :			
Date d'admission :		Consultant(s)	Avisé	Fait	Congé
Diagnostic :		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents :		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale :		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie(s) :		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance(s) :		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dernière mise à jour : 2025-11-**

Surveillances	Alimentation
Signes Vitaux : T° :	Diète :
Signes neurologiques : Signes neurovasculaires :	A jeun :
Dosage I/E :	Lim. Liq. : /ml DIE
	N : ____ml J : ____ml S : ____ml
	Assistance :
	Hydratation :

Réanimation	Isolement	Élimination
Date :	Type :	Assistance :
Médecin :	Début :	Incontinence urinaire :
OUI   NON	Fin :	Sonde vésicale no. :
Massage : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Sécurité</b>	Installé le :
Intubation : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ridelles :	À changer le :
Atropine : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contention :	Cathétérisme :
Xylocaïne : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Incontinence fécale :
Défibrillation : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Stomie :

Glycémie	Respiration	Hygiène
Insuline	O <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> LN	Autonome: <input type="checkbox"/> Aide partiel: <input type="checkbox"/>
	Prot SaO <sub>2</sub> :	Aide total: <input type="checkbox"/>
Type :	Inspiron:	Hygiène buccal: <input type="checkbox"/>
Échelle :	Trachéo #:	Bain complet : <input type="checkbox"/> le _____
	Soins de Trachéo:	Bain partiel : <input type="checkbox"/> le _____

Intégrité de la peau	Perfusion	Débit	Site/ Date	Tubulure à changer
Plaie de pression : <input type="checkbox"/>				
Échelle de Braden : le				
Site :				
Pansement :				
Autre type de plaie :				
Pansement :	<b>Date</b>	<b>Labo</b>	<b>Fait le</b>	<b>Date</b>
<b>Mobilité</b>				<b>Examen</b>
Ambulant : <input type="checkbox"/> Aide partiel : <input type="checkbox"/>				<b>Fait le</b>
Aide total : <input type="checkbox"/>				
Repos au lit : <input type="checkbox"/>				
Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/>				
Marchette : <input type="checkbox"/>				

**Particularités**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_