

## Plan de soins

Âge :	Code :	Médecin traitant :
Date d'admission :		Consultant(s)
Diagnostic :		Avisé    Fait    Congé
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	Type :	Autonome: <input type="checkbox"/> Aide partiel: <input type="checkbox"/>
	Échelle :	Aide total: <input type="checkbox"/>
	O <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> LN	Hygiène buccal: <input type="checkbox"/>
	Prot SaO <sub>2</sub> :	Bain complet : <input type="checkbox"/> le _____
	Inspiron :	Bain partiel : <input type="checkbox"/> le _____
	Trachéo #:	
	Soins de Trachéo:	

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>Examen</b>
				<b>Fait le</b>
<b>Mobilité</b>				
Ambulant : <input type="checkbox"/> Aide partiel : <input type="checkbox"/>				
Aide total : <input type="checkbox"/>				
Repos au lit : <input type="checkbox"/>				
Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/>				
Marchette : <input type="checkbox"/>				

Particularités