



Dossier: Evaluation d'infirmiere

DATE:

Numero du dossier:

Nom:

Sex: M F

Age:

Parent:

Travail:

Histoire:

Diagnosis:

Signes vitaux: Douleur: zero - dix = OÙ ?

Temperature

Mobilite;

Pulsation

Sommeil:

Respiration

Psychologie:

Tension Arterielle

Personne de support doit etre verifié:

Activite Sociale:

(Soyez conscient de autonome dysréflexie, si la blessure est au-dessus T6)

Allergie:

Urine normale/problem?

Glycemie si Diabetique:

Defaecation constipation/diarrhoea?

Poids:

Hauteur:

Tour de tête:

Blessure? Non: Oui: OÙ ?

**Pansement; chaque deux fois par jour. Chaque jour. Chaque 3-7 jours. ref à la documentation appropriée: oui/non

Medicaments; Aider: Oui Non

1

2

3

Education:

** Plan de le peau, les ongles des orteils et des pieds - chaque jour

** changer position; chak 2 heures - position sur le ventre - position horizontale - latérale - capable de s'asseoir

** Education sur l'importance de nutrition:

** Education sur l'hygiene et vetement: L'éducation examen de la prostate - oui / non

** Educatio: Cholera: L'auto-examen des seins - oui / non

** Counselling Fourni:

** WATERLOW PRESSURE RISK ASSESSMENT (assessment - riqe de pre oui/non

Blessure de Medullaire:

***Encourager les mouvements passifs

*** Surveiller les accidents thrombo-emboliques

*** Education et subsistance - L'intestin et la vessie (gants, catheter, sac à l'urine, vaseline, gel pour les hommes)

*** Changer catheter chaque 4-6 semaine; date

*** Changer la sonde sac chaque semaine.

*** Intermittent catheter; chaque Heures

*** Programme defecation; Blessure au-dessous L1 - L2 chaque jour et Blessure au-dessus L1 - L2 - chaque 2 jours

*** Soins du corps: Se laver, toilette, habiller

*** Education: Santé Sexuelle

Mobilité: etre apte de se lever du sol independamment (plancher), transfer du lit a la chaise et retour

Equippement - chaise roulante, bâton de marche, coussin, matelas, commode, planche, miroir, catheters

Nom de L'infirmiere;

Signature de L'infirmiere;