

# GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ADULTE)

<b>Identification du patient/résident</b>	<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom(s) :</b> ..... <b>Date de naissance :</b> ...../...../..... <b>Âge :</b> ..... ans <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> autre : ..... <b>Numéro de chambre :</b> .....		
<b>Motif d'admission et/ou diagnostic médical</b>	<b>Date d'entrée dans la structure :</b> ...../...../..... <b>Motif d'hospitalisation/d'admission / Diagnostic médical à ce jour :</b> ..... ..... <b>Modalités d'entrée (programmée, en urgence, à la suite d'une consultation, spontanée...) :</b> ..... .....		
	<b>Mode de vie :</b> <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> autre : ..... <b>Nombre d'enfants :</b> ..... <b>Caractéristiques du domicile :</b> <input type="checkbox"/> appartement <input type="checkbox"/> maison <input type="checkbox"/> ascenseur <input type="checkbox"/> escalier <input type="checkbox"/> plain-pied <input type="checkbox"/> étage : .....		
<b>Situation sociale et professionnelle</b>	<b>Personne(s) à prévenir :</b> <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NA* *NA : la personne n'est pas en mesure de répondre	<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Lien de parenté :</b> ..... <b>Numéro de téléphone :</b> .....	
		<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Lien de parenté :</b> ..... <b>Numéro de téléphone :</b> .....	
	<b>Personne de confiance :</b> <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NA* *NA : la personne n'est pas en mesure de répondre	<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Lien de parenté :</b> ..... <b>Numéro de téléphone :</b> .....	
	<b>Représentant légal</b> (si mineur ou majeur protégé)	<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... <b>Lien de parenté :</b> ..... <b>Organisme :</b> ..... <b>Numéro de téléphone :</b> ..... <b>Protection juridique :</b> <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> autre : .....	

# GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ADULTE)

<b>Situation sociale et professionnelle</b>	<b>Contexte professionnel et social</b>	<b>Profession ou ancienne profession :</b> ..... <b>Assurances (sécurité sociale, mutuelle, allocations, etc.) :</b> ..... ..... <b>Intervenant(e)s à domicile (IDE, aides ménagères, portage des repas...) :</b> ..... ..... .....
<b>Caractéristiques physiques et psychologiques</b>	<b>Évaluation nutritionnelle</b>	<b>Taille :</b> ..... cm <b>Poids :</b> ..... kg <b>IMC :</b> ..... kg/m <sup>2</sup> <b>Autonomie pour l'alimentation :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Type d'alimentation :</b> <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> parentérale <input type="checkbox"/> entérale <b>Texture :</b> <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/> lisse <b>Régime :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Type de régime :</b> ..... <b>État bucco-dentaire/édentation :</b> <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> partielle <b>Prothèses dentaires :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / <input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas
	<b>Respiration</b>	<input type="checkbox"/> <b>Respiration spontanée</b> <b>Assistante technique :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>O2</b> <input type="checkbox"/> <b>Débit :</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Ventilation assistée</b>
	<b>Locomotion</b>	<input type="checkbox"/> <b>Marche sans aide technique</b> <input type="checkbox"/> <b>Marche avec matériel :</b> <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : ..... <b>Alitement :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<b>Élimination/transit</b>	<b>Urines :</b> <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> incontinence partielle <input type="checkbox"/> incontinence totale <input type="checkbox"/> Autre(s) (sonde vésicale...) : ..... <b>Selles :</b> <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> incontinence partielle <input type="checkbox"/> incontinence totale <input type="checkbox"/> Autre(s) (stomie...) : .....
	<b>Soins d'hygiène</b>	<b>Autonomie :</b> <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale <b>Toilette :</b> <input type="checkbox"/> lit <input type="checkbox"/> lavabo <input type="checkbox"/> douche
	<b>Sommeil</b>	<b>Heure de lever :</b> ..... <b>Heure de coucher :</b> ..... <b>Rituel d'endormissement :</b> <input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> tisane <input type="checkbox"/> traitement hypnotique <input type="checkbox"/> sieste <input type="checkbox"/> autre : .....

# GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ADULTE)

<b>Caractéristiques physiques et psychologiques</b>	<b>Douleur</b>	Échelle d'évaluation de la douleur adaptée : ..... Score : .....
	<b>Communication</b>	Langue française : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre(s) langue(s) parlée(s) : ..... Appareillage : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droit Situation de handicap : <input type="checkbox"/> visuel <input type="checkbox"/> auditif <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> mental Troubles cognitifs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<b>Escarres</b>	Échelle utilisée : <input type="checkbox"/> Braden <input type="checkbox"/> Norton <input type="checkbox"/> Waterlow    Score : .....
	<b>Croyances et religion</b>	Valeurs et croyances à respecter : ..... .....
<b>Antécédents (ATCD)</b>	Antécédents (médicaux et chirurgicaux) : ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... Allergies connues : ..... Vaccination à jour : .....	
<b>Traitements</b>	Nom du traitement : .....      Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : .....      Surveillances IDE : .....	
	Nom du traitement : .....      Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : .....      Surveillances IDE : .....	
	Nom du traitement : .....      Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : .....      Surveillances IDE : .....	
	Nom du traitement : .....      Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : .....      Surveillances IDE : .....	

# GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ADULTE)

<b>Traitements</b>	Nom du traitement : ..... Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : ..... Surveillances IDE : .....
	Nom du traitement : ..... Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : ..... Surveillances IDE : .....
	Nom du traitement : ..... Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : ..... Surveillances IDE : .....
	Nom du traitement : ..... Classe pharmacologique : ..... Effets indésirables : ..... Surveillances IDE : .....
<b>Devenir du patient/résident</b>	À court terme : ..... .....
	À moyen terme : ..... .....
	À long terme : ..... .....
	Sortie envisagée : <input type="checkbox"/> retour à domicile <input type="checkbox"/> hospitalisation/convalescence <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> autre : .....

**Scanne le QR code pour accéder à notre guide complet sur le recueil de données, avec des explications et des conseils pour bien compléter ce document.**

