

GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ENFANT)

Identification de l'enfant	Nom : Prénom(s) : Date de naissance :/...../..... Âge : ans Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> autre : Numéro de chambre :		
Naissance	Accouchement : <input type="checkbox"/> prématuré <input type="checkbox"/> après le terme de la grossesse <input type="checkbox"/> par voie naturelle <input type="checkbox"/> par césarienne Score APGAR à la naissance :		
Motif d'admission et/ou diagnostic médical	Date d'entrée dans la structure :/...../..... Motif d'hospitalisation/d'admission / Diagnostic médical à ce jour : Modalités d'entrée (programmée, en urgence, à la suite d'une consultation, spontanée...) :		
Situation sociale et professionnelle	Mode de vie des parents: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> autre : Nombre de frères et sœurs : Caractéristiques du domicile : <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 : Lieu de résidence de l'enfant : <input type="checkbox"/> Domicile familial <input type="checkbox"/> Institution spécialisée <input type="checkbox"/> Foyer d'accueil <input type="checkbox"/> Autre :		
	Personne(s) à prévenir : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NA* *NA : la personne n'est pas en mesure de répondre	Nom : Prénom : Lien de parenté : Numéro de téléphone :	
		Nom : Prénom : Lien de parenté : Numéro de téléphone :	
	Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> NA* *NA : la personne n'est pas en mesure de répondre	Nom : Prénom : Lien de parenté : Numéro de téléphone :	

GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ENFANT)

Situation sociale et professionnelle	Représentant légal (si mineur ou majeur protégé)	Nom : Prénom : Lien de parenté : Organisme : Numéro de téléphone : Protection juridique : <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> sauvegarde de justice <input type="checkbox"/> autre :
	Contexte professionnel et social	Profession ou ancienne profession des parents : Assurances (sécurité sociale, mutuelle, allocations, etc.) : Intervenant(e)s à domicile (IDE, IPDE, Technicien de l'intervention société familiale, sage-femme, assistante sociale, aides ménagères, portage des repas...) :
Caractéristiques physiques et psychologiques	Évaluation nutritionnelle	Taille : cm Poids :kg IMC :kg/m ² Autonomie pour l'alimentation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Type d'alimentation : <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> parentérale <input type="checkbox"/> entérale Texture : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/> lisse Régime : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Type de régime : RGO : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Biberon : nombre de biberon....., quantité....., horaire....., type de lait..... Nombre de dents :
	Respiration	<input type="checkbox"/> Respiration spontanée Assistante technique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Débit : <input type="checkbox"/> Ventilation assistée
	Locomotion	État du développement psychomoteur : <input type="checkbox"/> Marche avec matériel : <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Alitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Élimination/transit	Urines : <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> non autonome <input type="checkbox"/> Autre(s) (sonde vésicale...) : Selles : <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> non autonome Si l'enfant porte des couches taille : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ENFANT)

Caractéristiques physiques et psychologiques	Soins d'hygiène	Autonomie : <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	Toilette : <input type="checkbox"/> lit <input type="checkbox"/> lavabo <input type="checkbox"/> douche
	Sommeil	Heure de lever : Heure de coucher : Réveils au cours de la nuit : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Rituel d'endormissement : <input type="checkbox"/> rien <input type="checkbox"/> doudou <input type="checkbox"/> sieste <input type="checkbox"/> tétine <input type="checkbox"/> autre : Sieste : nombre de siestes....., heures des siestes..... Lit : <input type="checkbox"/> barreau <input type="checkbox"/> parapluie <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> autre :	
	Douleur	Échelle d'évaluation de la douleur adaptée : Score :	
	Communication	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	
	État de la peau	Peau normale : <input type="checkbox"/> Hydratée, <input type="checkbox"/> souple, <input type="checkbox"/> sans lésions apparentes. Peau sèche : <input type="checkbox"/> Texture rugueuse, <input type="checkbox"/> desquamation légère. Érythème fessier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Escarre : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lésions / pathologies peau :	
	Croyances et religion	Valeurs et croyances à respecter :	
Antécédents (ATCD)	Antécédents (médicaux et chirurgicaux) : Allergies connues :		

GUIDE DE RECUEIL DE DONNÉES CLINIQUES (ENFANT)

Antécédents (ATCD)	Maladies infantiles : Vaccination à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitements	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 :
Devenir de l'enfant	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"/> 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.**

