



RECUEIL DE DONNEES (V. Henderson)

Fiche n° : Ia recto/.....

Mois :

Année :

Nom : Prénom : Né(e) le :

Respirer			Pace maker		Boire et manger				
aérosol	oui	non	oui	non	risque élevé de fausses routes		oui	non	
oxygène	oui	non			apport hydrique	suffisant		insuffisant	
trachéotomie	oui	non	CIP		régime		oui	non	
canule trachéale	oui	non	oui	non	si oui lequel :				
gêne	oui	non			mixé		oui	non	
Eliminer			Constantes		mange seul				
incontinence urinaire	oui	non	TA :		sonde gastrique Ch N°	posée le :			
Etui Pénien	oui	non			Se mouvoir - éviter les dangers				
sonde à demeure	oui	non	Pulsations :		marche	avec aide	sans	incapacité	
posée le :	Ch N° :				bas de contention	oui	non		
incontinence fécale	oui	non	T° :		appui autorisé	oui	non		
constipation	oui	non	Fréq. Resp. :		barrières	oui	non		
date des dernières selles					déambulateur/cannes	oui	non		
colostomie	oui	non			soins de kinésithérapie	oui	non		
					douleur	oui	non	EVA:	
Dormir - se reposer			poids :		localisation :				
perturbation du sommeil	oui	non			Score de Norton				
agité	oui	non	taille :					doloplus:	
fatigue	oui	non	Port de prothèses		Etre propre et protéger ses téguments				
Vêtir - Dévêtir			dentaire		oui	non	hygiène corporelle		
avec aide	haut	bas			haut	bas	Aide Partielle	oui	non
sans aide	haut	bas	auditive		oui	non	Aide totale pour sa toilette	oui	non
Communication			lunettes		oui	non	soins de bouche	oui	non
communique t'il	oui	non	autre :				risque élevé d'atteinte à l'intégrité		
avec altération	oui	non					de la peau et des tissus	oui	non
confusion	oui	non	Croyance et valeur				existence de plaies	oui	non
autres :					oui	non	si oui, localisation :		
langue parlée :			religion :						
			Allergie :				Autres :		

Date:

Identification de l'infirmier(e):