



## GRILLE D'EVALUATION DES AIS

Nom : .....Prénom : .....Née) le : .....

Fiche n° : Ia verso/.....

Mois : .....

Année : .....

HYGIENE	Matin	Midi	Soir	Hebdo	Acte ponctuel
Toilette au lit : Complète/partielle					
Toilette au lavabo : Complète/partielle					
Douche					
Pédiluve – Capiluve					
Rasage					
Habillage : aide totale / partielle					
Déshabillage : aide totale / partielle					
Soins de bouche / Prothèses dentaires					
Soins des yeux / oreilles / manucure					
Lever / Coucher					
Manipulation + lève malade					
Prévention d'escarres					

SURVEILLANCE OBSERVATION	Matin	Midi	Soir	Hebdo	Acte ponctuel
Etat respiratoire					
Oxygénothérapie					
Préparation du traitement					
Vérification de la prise du traitement					
Contrôle des effets secondaires					
Membres. inf : Pose / retrait de contention					
Surveillance mobilité					
Surveillance alimentation					
Surveillance constantes					
Autres					
Autres					

ELIMINATION	Matin	Midi	Soir	Hebdo	Acte ponctuel
Mise au WC					
Mise sur chaise garde robe					
Mise au bassin					
Incontinence :Change complet + WC					
Incontinence : pose d'un étui pénien					
Surveillance diurèse					
Surveillance sonde urinaire					
Surveillance des selles					

Date : .....Paraphes Infirmier(ère) : .....