DIAGRAMME DE SOINS

Fiche n° : IV/……
Mois : ……..
Année : ……

Nom : ……Prénom :……Né(e)le:……

SOINS TECHNIQUES : cfs FICHE PROTOCOLE	FICHE N°	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE
Médication Orale : **P**réparation - **D**istribution	IIIa,b,c										
Soins Oculaires : **C**ollyre – **P**st -**S**urveillance / **R**éfection	IIIa										
Pansements : **S**urveillance / **R**éfection	IIIa/Vd,										
Pansements : **S**urveillance / **R**éfection	IIIa/Vd,										
Pansements : **S**urveillance / **R**éfection	IIIa/Vd,										
Injections : **I**V - **S**C - **I**M	IIIa/IIId										
Injections : **I**V - **S**C - **I**M	IIIa/IIId										
Perfusion : **S**C /**I**V / **C** I P / **P**ose / **S**urveillance /	IIIa/VI										
Diurèse : **P**oche **U**rinaire : **E**change -**V**idange	IIIa/V										
Sondage Vésical : **P**ose - **S**urveillance	IIIa/V										
Transit : **S**elles - **S**uppositoire - **TR** - **L**avement	IIIa/V										
Oxygénothérapie : V…..l/min / **A**érosol	IIIa/V										
Alimentation : Sonde **N**asogastrique / **G**astrostomie	IIIa/Vc										
Héparinisation : **C**IP, **C**athéter	IIIa/VI										
Autre :											
Autre :											
VALIDATION SEANCES DE SOINS INFIRMIERS	Iaverso										
DOULEUR : **E**valuation (**D**oloplus / **E**VA)	IIa										
DIMENSION RELATIONNELLE & EDUCATIVE											
Information - **E**ducation - **P**révention -											
Relation d'aide : **P**atient - **E**ntourage											
Etat cognitif : **E**quilibré – Réactif – **A**gité- **D**ésorienté - **C**onfus											
REFERENCE AUX TRANSMISSIONS CIBLEES	IVa										
PARAPHES INFIRMIER(E)	I verso										