

CONSULTATION D'ANNONCE PARA-MEDICALE

Infirmier(e) référent(e) :
 Lieu d'exercice :
 Date de consultation :/.../.....

Identité du patient :
 Nom :
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date et lieu de naissance :
 Adresse complète :

Je dispose des documents :					
Dossier médical <input type="checkbox"/>	Compte Rendu RCP <input type="checkbox"/>	DA Médical <input type="checkbox"/>	PPS <input type="checkbox"/>	Courrier médical <input type="checkbox"/>	Autres :.....

Je m'informe sur :																
<p><u>Etat général du patient :</u> (Score OMS)</p> <input type="checkbox"/> 0 : activité normale <input type="checkbox"/> 1 : réduction des efforts intenses <input type="checkbox"/> 2 : alité moins de 50 % de la journée <input type="checkbox"/> 3 : alité plus de 50 % de la journée <input type="checkbox"/> 4 : incapacité totale	<p><u>Etat émotionnel du patient :</u></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Angoisse <input type="checkbox"/></td> <td>Agressivité <input type="checkbox"/></td> <td>Colère <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pleurs <input type="checkbox"/></td> <td>Combativité <input type="checkbox"/></td> <td>Déni <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Souffrance <input type="checkbox"/></td> <td>Acceptation <input type="checkbox"/></td> <td>Peur <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Refus <input type="checkbox"/></td> <td>Soulagement <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inquiétude <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Angoisse <input type="checkbox"/>	Agressivité <input type="checkbox"/>	Colère <input type="checkbox"/>	Pleurs <input type="checkbox"/>	Combativité <input type="checkbox"/>	Déni <input type="checkbox"/>	Souffrance <input type="checkbox"/>	Acceptation <input type="checkbox"/>	Peur <input type="checkbox"/>	Refus <input type="checkbox"/>	Soulagement <input type="checkbox"/>		Inquiétude <input type="checkbox"/>		
Angoisse <input type="checkbox"/>	Agressivité <input type="checkbox"/>	Colère <input type="checkbox"/>														
Pleurs <input type="checkbox"/>	Combativité <input type="checkbox"/>	Déni <input type="checkbox"/>														
Souffrance <input type="checkbox"/>	Acceptation <input type="checkbox"/>	Peur <input type="checkbox"/>														
Refus <input type="checkbox"/>	Soulagement <input type="checkbox"/>															
Inquiétude <input type="checkbox"/>																
<p><u>Les craintes du patient sont :</u></p> <input type="checkbox"/> La maladie ? <input type="checkbox"/> L'environnement familial et/ou les proches ? <input type="checkbox"/> Comportement sur le lieu de travail ? <input type="checkbox"/> Les effets secondaires ? <input type="checkbox"/> L'environnement social ? <input type="checkbox"/> L'environnement financier ? <input type="checkbox"/> Autres ?.....	<p><u>État nutritionnel du patient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille : Poids : • IMC = Poids (KG)/(Taille)²(m) = <p><u>État social du patient :</u></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>• Vie seul (e) ?</td> <td>Oui <input type="checkbox"/></td> <td>Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A-t-il (elle) des personnes ressources ?</td> <td>Oui <input type="checkbox"/></td> <td>Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A-t-il (elle) un emploi ?</td> <td>Oui <input type="checkbox"/></td> <td>Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A-t-il (elle) une couverture sociale ?</td> <td>Oui <input type="checkbox"/></td> <td>Non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• A-t-il (elle) des personnes à charge ?</td> <td>Oui <input type="checkbox"/></td> <td>Non <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	• Vie seul (e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	• A-t-il (elle) des personnes ressources ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	• A-t-il (elle) un emploi ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	• A-t-il (elle) une couverture sociale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	• A-t-il (elle) des personnes à charge ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• Vie seul (e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>														
• A-t-il (elle) des personnes ressources ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>														
• A-t-il (elle) un emploi ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>														
• A-t-il (elle) une couverture sociale ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>														
• A-t-il (elle) des personnes à charge ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>														

Principaux mots utilisés par le Patient:

.....

J'informe le patient/la famille du :	
<input type="checkbox"/> Déroulement du traitement <input type="checkbox"/> La durée du traitement <input type="checkbox"/> La maladie	<input type="checkbox"/> Les effets secondaires du traitement <input type="checkbox"/> Les précautions à prendre <input type="checkbox"/> Les aides existantes au sein des structures

Je soupçonne	Je déclenche
<input type="checkbox"/> Un problème familial <input type="checkbox"/> Un problème d'incompréhension de la maladie <input type="checkbox"/> Un problème psychique <input type="checkbox"/> Un problème financier <input type="checkbox"/> Un problème social	<input type="checkbox"/> Une situation d'urgence <input type="checkbox"/> Infirmière coordinatrice (Secrétariat de coordination) <input type="checkbox"/> Une réunion d'intervention

Remarques enregistrées par l'infirmière :

.....

Je remets au patient la documentation :	
<input type="checkbox"/> Les coordonnées des soins de support <input type="checkbox"/> Les coordonnées des associations d'aide aux patients <input type="checkbox"/> La procédure des soins	<input type="checkbox"/> Le Livret d'accueil du service <input type="checkbox"/> Le carnet de bord <input type="checkbox"/> Autres