

Recueil de données cibles




1 2 3 4 5 6 7 8 9 10




1 2 3 4 5 6 7 8 9 10




1 2 3 4 5 6 7 8 9 10







1 2 3 4 5 6 7 8 9 10







1 2 3 4 5 6 7 8 9 10








1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Remarques

Suite à donner

Prochain rendez-vous :

Document réalisé et distribué par

MON PARCOURS DE SOINS

Nom :

Prénom :

Âge :

Colle ta photo

Mon mode de communication

Je comprends par



La parole



Les gestes



Les pictogrammes

Je m'exprime par



La parole



Les gestes



Les pictogrammes

ACTEUR DE MA SANTÉ

je comprends
je m'exprime
j'identifie
...

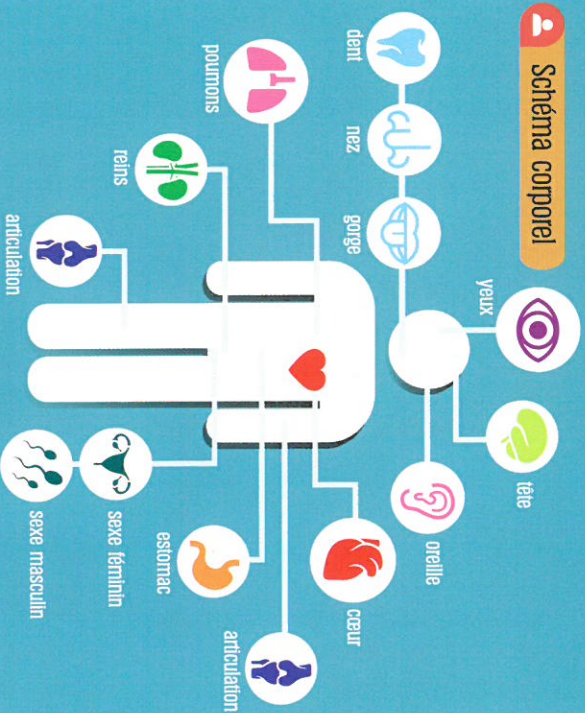


Résidence Les Charmes
Boulevard Jean Moulin
B.P. 174
62253 HENIN-BEAUMONT Cedex
Tél. 03 21 20 60 13
Fax : 03 21 75 36 79
www.apeti-henin.com



demande spontanée demande observée

Schéma corporel



Echelle de douleur



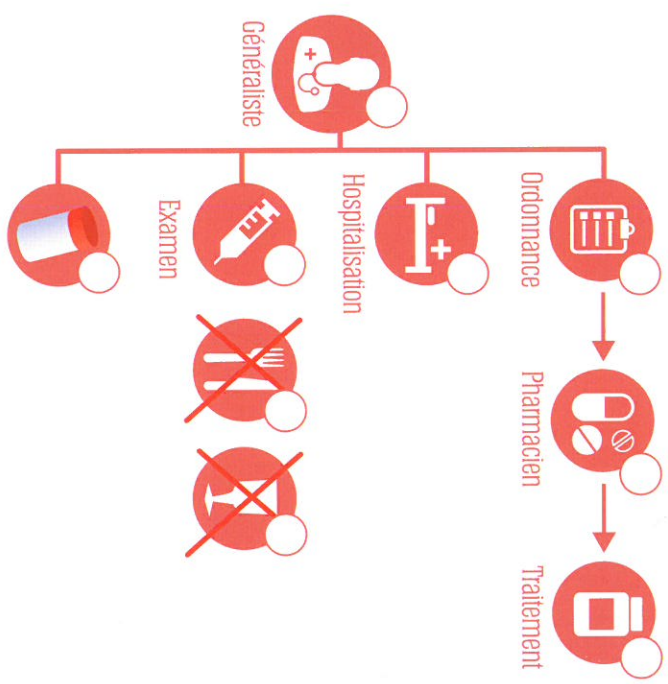
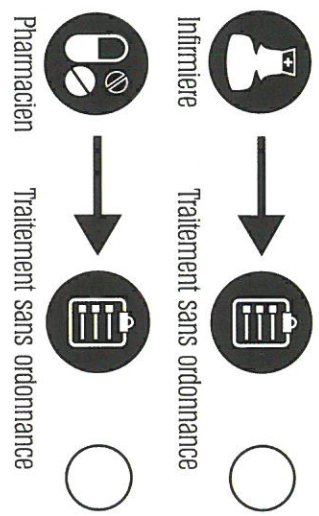
Fréquence



Date : _____
 Fréquence douleur : 1 jour 2 jours 3 jours +3 jours
 lun. - mar. - mer. - jeu. - ven. - sam. - dim.
 Verbalisation et / ou manifestation : _____

Suivi par :

Action



Evaluation à _____ jours	Ajustements aux _____ jours
Evaluation à _____ jours	Ajustements aux _____ jours

Chirurgien dentiste
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

O.R.L.
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Psychiatre
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Neurologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Dermatologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Ophthalmologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Cardiologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Gastrologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Pneumologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Rhumatologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Gynécologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Paramédicale

Infirmière
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Kinésithérapeute
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Podologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

X
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____