

cachet du médecin

Nom Prenom
 rue
 CP Ville

VIGNETTE PATIENT

Nécessite les soins suivants

du au/ pour une durée de *

Renseignements cliniques :

Soins prescrits	Fréquence	Durée
Soins d'hygiène (toilette)		
Injection ss-cut / IM / IV de *		
Soins de plaie - simple - complexe (= plusieurs plaies simples, drain, irrigation, roche, stomie, ulcère, brûlure 2ème/3ème degré, greffe, escarre < 60 cm², escarre profond (tendon/os à nu), débridement escarre décubitus (sous supervision)*)		
Surveillance d'un pansement actif (max 15x/mois)		
Gestion et administration de médicaments per os (Joindre annexe 81 et posologie)	hebdomadaire	
Mise en place d'une thérapie de compression par bas bandage élastique *		
Application de pommade ou autre produit médicamenteux Nom du produit : Localisation :		
Application d'un collyre ou d'une pommade ophtalmique Nom du produit : Œil gauche / droit / les deux *		
Administration et surveillance d'une alimentation entérale Nom du produit : Débit : Commentaire :		
Mise en place / Surveillance d'une perfusion ss-cutanée / I.V. * Nom du produit : Débit :		
Evacuation manuelle d'un fécalome		
Lavement évacuateur Si médicamenteux, nom du produit :		
Sondage in/out pour prélèvement urinaire		
Mise en place d'un sondage à demeure		
Soins vulvo-vaginaux / irrigation vaginale * Si médicamenteux, nom du produit :		
Autres soins :		

* cocher / biffer les mentions inutiles

Signature du médecin