

Mes informations

Protocole de traitement : _____

Débuté le : _____

Antécédents, allergies :

Voie veineuse :

PAC

Type d'aiguille :

KTC

PICC-LINE

droite

gauche

posé le : _____

Type de pansement :

Alimentation :

Gastrostomie SNG

posé le : _____

Taille : _____ cm CH: _____

Autres dispositifs médicaux :

Habitudes pendant les soins :



Ma taille, mon poids :

Date	Taille	Poids

Date	Taille	Poids

Mon groupe sanguin

**COPIE DE LA CARTE
DE GROUPE SANGUIN**



Mes soins de voie veineuse centrale

Type de voie veineuse centrale

- cathéter central
 picc-line
 chambre implantable

Taille de l'aiguille : _____

Posé le :

- A droite
 gauche

Ablation des fils le :

Type de pansements utilisés : _____

Date														
Lieu														
Etat cutané	propre													
	rouge													
	sensible													
Retour veineux	immédiat													
	Difficile													
	absent													
absent mais perméable														
type de pansement														
Protocole Urokinase														
Identité du soignant														



Mes soins de voie veineuse centrale

Lors des hospitalisations remplir cette fiche à chaque sortie
 Pour les soins à domicile remplir la fiche à chaque fois

Date											
Lieu											
Etat cutané	propre										
	rouge										
	sensible										
Retour veineux	immédiat										
	Difficile										
	absent										
absent mais perméable											
type de pansement											
Protocole Urokinase											
Identité du soignant											

Observations : _____



Mémo prise en charge de la douleur et de mon confort

Date				
Soignant/ Lieu				
Soin ou examen réalisé				
Présence et rôle du parent				
Aide Médicamenteuse (MEOPA, Emla...)				
Aide non médicamenteuse				
Echelle				
Résultats				
Réajustements à prévoir				
Observations/ Vécu du patient				



Mémo prise en charge de la douleur et de mon confort

Date				
Soignant/ Lieu				
Soin réalisé				
Présence et role du parent				
Aide Médicamenteuse (MEOPA, Emla...)				
Aide non médicamenteuse				
Echelle				
Résultats				
Réajustements à prévoir				
Observations/ Vécu du patient				



Mémo prise en charge de la douleur et de mon confort

Date				
Soignant/ Lieu				
Soin réalisé				
Présence et role du parent				
Aide Médicamenteuse (MEOPA, Emla...)				
Aide non médicamenteuse				
Echelle				
Résultats				
Réajustements à prévoir				
Observations/ Vécu du patient				



Mes hospitalisations

Dates et lieu	Motif	Particularités



Mes hospitalisations

Dates et lieu	Motif	Particularités



Date :
Émetteur :

FICHE DE LIAISON

Nom Prénom

Date d'entrée :

Motif d'hospitalisation :

Protocole :

Phase du traitement :

Antécédents, allergies :

Voie veineuse :

- Cathlon KTC
 PAC Type d'aiguille :
 droite gauche

Pansement fait le :
Type de pansement :
Autre (état local...) :

Autres dispositifs médicaux :

Habitudes pendant les soins :

Résumé de sortie (1:contexte socio-familial, habitudes de vie ; 2 : soins ; 3 : douleur, EVA ; 4 : autre)

Régime :

Isolement :

Traitement :

Programmations :

