

PLAN DE SOINS COMMUN

Données personnelles de l'enfant		<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♀
Nom :	Date de naissance :	Plan de soins n°
Prénom :		Remplace le plan n°
Adresse :	/ N° tél mère :	/ N° tél père :
E-mail mère :	/ E-mail père :	
Religion/ spiritualité :		
Principaux diagnostics :		Poids :
		Date :
		Taille :
		Date :
Evolution/ complications/ hospitalisations dans l'année :		
Allergies / intolérances : <input type="checkbox"/> pas d'allergies connues à ce jour		
Equipement(s) :		
Le patient a une Fiche d'Admission pour un enfant en situation de handicap		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le patient possède une échelle de sévérité comportementale		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Contacts en cas d'urgence, par ordre de priorité (nom, fonction, n° tél) : <i>(Professionnels à contacter)</i>		
1.		
2.		
3.		
Attitude de réanimation :		Lieux d'hospitalisation : (à spécifier au besoin)
REA oui <input type="checkbox"/> limitée <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Discuté le		
Consensus de soins :		Directives anticipées :
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Signé le		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Signé le
(à joindre en Annexe)		(à joindre en Annexe)
Options thérapeutiques :		Remarques complémentaires :
Antibiotiques oui <input type="checkbox"/> (po ou PEG <input type="checkbox"/> / iv <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Transfusion sanguine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Oxygène oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Transfert aux soins intensifs oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
VNI oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Intubation oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Massage cardiaque externe oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Autres :		
Demandes spécifiques / souhaits particuliers		
Enfant :		
Famille :		
<i>(Notamment lieu de décès, objectif thérapeutique, explorations diagnostiques)</i>		

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Plan n° :

Existence d'un plan de soins séparé ou logigramme avec traitements habituels et/ou traitements de réserve en cas de symptômes particuliers : Oui (à joindre en Annexe) Non

Plan de soin/ Gestion des symptômes et problèmes
Mesures thérapeutiques (aussi non médicamenteuses) et ordres de soins ou ordres médicaux anticipés, incluant les dosages et les augmentations proposées par paliers

Douleurs	<p>Echelle de douleur utilisée pour l'évaluation :</p> <p><i>Marche à suivre pour compléter ces cases : Dans la colonne de gauche, surligner les symptômes/ problèmes les plus relevant chez le patient et pouvant nécessiter une PEC en urgence, supprimer ceux qui ne sont pas adaptés au patient, mentionner les noms des médicaments des traitements de fond sans détailler les posologies, indiquer les traitements de réserve avec les posologies</i></p> <p><i>Pour les patients aigus avec changements réguliers de plan de soins : possibilité de mettre copie des traitements Sopal en Annexe</i></p>
Dyspnée	
Encombrement des voies respiratoires	
Difficultés alimentaires / d'hydratation	
Constipation / Diarrhée	
Nausées / Vomissements	
Hypersalivation	
Atteintes neurologiques (convulsions, dystonie, spasticité, hypertension intracrânienne)	
Anxiété / Agitation / Dépression	
Infections / Etat fébrile	
Saignements	
Troubles mictionnels et urinaires (dysurie, globe urinaire...)	
Troubles du sommeil / Asthénie / Somnolence	
Atteintes cutanées et muqueuses	
Prurit	
Hoquet	



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Plan n° :

Plan de soins établi le :

Par :

Noms et signatures (si nécessaire) : médecin(s)/ infirmier(s)/ parents

Plan de soins transmis à : pédiatre traitant, soins à domicile, **A compléter/ modifier**

(S'assurer de l'accord des personnes concernées pour la transmission des informations)

CAVE : Validité du Plan de soins à vérifier si à distance de la date d'élaboration

Remarques diverses :

Annexes :

Plan à réviser au minimum 2 fois par an (lors des visites pour les patients chroniques) et au minimum 1 fois par semaine pour les patients aigus (possibilité de mettre copie des traitements Sopal en Annexe en cas de changements réguliers de plan de soins)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Plan n° :

Rôle(s) / Responsabilité(s)	Personnes contacts de l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient	N° tél et e-mail	Info en cas d'hospitalisation en urgence
Coordination/ pilotage			<input checked="" type="checkbox"/>
Pédiatre traitant			<input type="checkbox"/>
Médecin(s) spécialiste(s) : (spécialité)			<input type="checkbox"/>
Unité mobile d'accompagnement pédiatrique spécialisé (UMAPS, CHUV)	Infirmiers référents : Médecins : Dre A Lipp et Dre V Corvest	079 556 13 32 (24h/24, 7j/7) dfme.umaps@chuv.ch	<input checked="" type="checkbox"/>
Infirmier(s) référent(s) à l'hôpital : (spécialité, unité)			<input checked="" type="checkbox"/>
Soins à domicile : (SIPeD, autre ?)	Infirmier référent :		<input checked="" type="checkbox"/>
Assistante sociale : CHUV (Autre à compléter)			<input checked="" type="checkbox"/>
Psychologue : (Lieu)			<input type="checkbox"/>
Diététicien (Lieu)			
Physiothérapeute : (Lieu)			<input type="checkbox"/>
Autres thérapeutes : Ergo. : (Lieu) Logo. : (Lieu)			
Consultant en lactation :			
Ecole / Institution :	Référents :		
Accompagnant spirituel : (Lieu)			
Pharmacie / Homecare :			
Bénévole(s) :			
Autres :			