Une image contenant texte, Police, Graphique, graphisme

Description générée automatiquement

INFIRMIER RELAI

Des patients en ALD se trouvant avec ou sans médecin traitant

**MISSIONS DE L’IDEL QUI REMPLI CE QUESTIONNAIRE :**

1. CONSEILS ET SUIVIS : 4 bilans annuels (point sur les pathologies, qualité de vie, prévention, éducation)
2. FACILITER L’ACCÉS AU SOINS ET RELAI DANS LA PEC :

* Lien avec d’autres pro et recherche d’un MT..
* Accompagne à la prise de RDV.
* Complétude du dossier numérique : « MON ESPACE SANTÉ ».
* Assure une veille en termes d’actions de prévention.

1. VEILLE : Assistance en cas de déstabilisation de la situation ou de la pathologie afin d’orienter la personne vers une consultation de SNP sur demande du patient.

FICHE BILAN DE RECUEIL N ° /4 faite le :

**PAR L’IDEL RELAI :**

NOM :

PRÉNOM :

N° RPPS :

N° de Tél : Lieu d’exercice :

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / - Âge : - Sexe : M F

Adresse :

N0 de Tél :

CONTEXTE D’ORIENTATION

* **ADRESSE PAR :**

MT : IDEL : PATIENT : AUTRES :

SORTIE D’HOSPITALISATION / CONVALESCENCE (NOM DE L’ÉTABLISSEMENT) :

MES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**MÉDECIN TRAITANT : OUI / NON**

Nom : Prénom : Tél :

Commune d’exercice :

Si pas de médecin traitant accord du patient pour joindre la CCSNP : OUI   /        NON

**IDEL :**

Nom : Prénom : Tél :

Commune d’exercice :

**PHARMACIEN :**

Nom : Prénom : Tél :

Commune d’exercice :

**KINÉ :**

 Nom : Prénom : Tél :

Commune d’exercice :

**AUTRES :**

Nom : Prénom : Tél :

Commune d’exercice :

SOCIALE

Numéro de Sécurité Social :

Mutuelle :

CMU / C2S :

Tutelle / Curatelle :

COMMENTAIRE :

MODE DE VIE

Vit seul :      Oui / Non

Nombre d’enfants :

Personne de confiance :

Service de soins à domicile :

Portage des repas : OUI       / NON

Auxiliaire de vie :   OUI        NON (Heures par semaine : H.)

Habitude de vie :

Alimentation : Perte d’appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

Anorexie sévère – modérée – pas d’anorexie

Perte récente de poids (< 3mois) : > 3kg – 1 et 3 kg – pas de perte - ne sait pas

Nécessite une PEC diététique : OUI         / NON

Consommation de substances : alcool, tabac, drogues :

Activité physique et motricité : Autonome à l’intérieur – du lit au fauteuil – sort du domicile

Sommeil :

Savoir s’organiser : prise de rdv seule possible : OUI         / NON

En capacite d’acquérir des compétences d’autosoins et d’adaptations : : OUI         / NON

Commentaires : adaptabilité du logement ? – Nécessité d’une PEC social - Accord pour mettre en place un

service d’aide à domicile : OUI        / NON

MÉDICAL

Poids (cm) : Taille (kg) : IMC poids/taille2 : TA : FC :

Vaccinations à faire :

Allergies connues :

ATCD Chirurgicaux :

ATCD Médicaux :

TTT : joindre ordonnances (photo)

Pathologies connues du patient :

Médecin spécialiste : ordonnance (photo)

Respiratoire : (trachéotomie, oxygénothérapie…)

Élimination : (Incontinence, sonde urinaire, constipation……)

Douleur (antalgique…) :

EVA (si nécessaire) : / 10

Problèmes neuropsychologiques :

Derniers examens : photos (CR)

EVALUATION COGNITIVE OU DETECTION DES FRAGILITÉS (si besoin)

**1 – TEST DE DÉPISTAGE COGNITIF – MINI- COG2**

Heure de départ du test :

ETAPE 1 : MEMORISATION DE 3 MOTS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ~~VERSION 1~~ | VERSION 2 | VERSION 3 | VERSION 4 | VERSION 5 | VERSION 6 |
| ~~Banane~~ | Chef | Village | Fleuve | Capitaine | Fille |
| ~~Lever du soleil~~ | Saison | Cuisine | Natation | Jardin | Paradis |
| ~~Chaise~~ | Table | Bébé | Doigts | Image | Montagne |

ETAPE 2 : DESSIN DE L’HORLOGE :

ETAPE 3 : RAPPEL DES 3 MPOTS – EVALUATION.

Rappel des 3 mots : ………………………….. (0 à 3 points)

Dessin de l’horloge :  …………………………… (0 ou 2 points)

Score total : …………………………… (0 à 5 points)

Préconisation infirmière pour la prescription médicale pour la distribution de médicaments.

Heure de fin du test :

Temps (en minutes) de réalisation du dépistage : ………………………………. min.

**2 – CHUTES DANS LES 12 DERNIERS MOIS**

Nombre de chutes :

Critères de gravité ? :

Commentaires :

SYNTHESE :

REMARQUES ET ACTIONS À METTRE EN PLACE

Cette fiche bilan est à adresser au médecin traitant via messagerie sécurisée

Contact en cas de besoin : Mélanie Beauval au 06.71.70.07.70 – [iderelais.cptscc@gmail.com](mailto:iderelais.cptscc@gmail.com)

[[1]](#endnote-2)

1. 2 Mini-Cog © S . Borson. Tous droits réservez. Réimprimé avec l’autorisation de l’auteur et uniquement à des fins cliniques et pédagogiques. Toutes modification ou utilisation à des fins commerciales, publicitaires ou de recherche sans l’autorisation de l’auteur ( [soob@uw.edu](mailto:soob@uw.edu)) est interdite. v.01.19.16 [↑](#endnote-ref-2)