



INSERER
PROPRE LOGO

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Plan n° :

Plan de soins discuté le :
Signatures (si nécessaire) : médecin / parents / tuteur / curateur

Date :

Adresse	Mère Nom : N° tél : E-Mail :
	Père Nom : N° tél : E-Mail :
	Autre N° tél :
	Religion :

Demandes spécifiques / souhaits particuliers

Enfant
Famille



INSERER
PROPRE LOGO

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Plan n° :

Prescription(s) médicale(s)

Oui , voir plan de soins / ordres médicaux en annexe (pas de signature nécessaire)

Non , dans ce cas signature du médecin nécessaire

Nom :

Date :

Signature :

Gestion des symptômes et problèmes

Mesures thérapeutiques (aussi non médicamenteuses), incluant les augmentations par paliers

Douleurs	
Dyspnée / Encombrement des voies respiratoires	
Difficultés alimentaires / d'hydratation	
Constipation / Diarrhée	
Nausées / Vomissements	
Atteintes neurologiques (convulsions, hypertension intracrânienne, dystonie, spasticité)	
Agitation / Anxiété / Dépression	
Infections / Etat fébrile	
Saignements	
Troubles mictionnels et urinaires	
Somnolence / Troubles du sommeil / Asthénie	
Atteintes cutanées	
Prurit	



INSERER PROPRE LOGO

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Plan n° :

Personnes contacts de l'équipe pluridisciplinaire	Rôle(s) / Responsabilité(s)	Disponibilité quand/comment	N° tél E-mail	Info en cas d'hospit en urgence	Reçoit une copie du plan
Coordinateur / Pilotage :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédiatre :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialistes en soins palliatifs : Médecin : Infirmier :				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infirmier référent à l'hôpital :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins à domicile pédiatriques, coordination :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins à domicile pédiatriques, infirmier référent :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistante sociale :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diététicien / Consultant en lactation :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiothérapeute :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres thérapeutes :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole / Institution :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnateur spirituel :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacie / Homecare :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénévole :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

Annexes :

