

Projet soins d'accompagnement personnalisé : (date)

Nom du résident :

1/ Histoire du résident (voir chemin de vie)

- Date de naissance :
- Surnom :
- Date d'entrée :
- Parcours du résident avant admission :
- Éléments d'enfance, vie conjugale, famille :
- Éléments de vie professionnelle et sociale :
- Habitudes/rythme de vie avant la résidence :
- Croyances :
- Effets personnels :

2/ Données médicales pertinentes

Note : (pas acharnement thérapeutique, décrire si condition particulière pour un transfert à l'hôpital)

3/ Capacités préservées

Projet soins d'accompagnement personnalisé : (date)

Nom du résident :

Communication verbale :

	oui	non	précision
s'exprime oralement			
expression spontanée			
difficulté d'expression			
compréhension de ce qu'il dit			
cohérence			

Communication non-verbale :

	oui	non	précision
écriture			
signes			
toucher			
regard			
mimiques			
images			
pleurs			
sourires			
agitation			

Perception sensorielle :

- auditive : bon/ mauvais, appareil dr/g
- visuelle : bon/mauvais, lunettes
- gustative :
- tactile :
- maîtrise de l'écriture : oui/non
- maîtrise de la lecture : oui/non

	oui	non	précision
Troubles de la mémoire			
Repérage dans le temps			
Repérage dans l'espace			

Capacité motrices :

	bonne	faible	précision
force MS			

Projet soins d'accompagnement personnalisé : (date)

Nom du résident :

force MI			
souplesse			
préhension			
déplacement			

Vie sociale :

	oui	non	précision
amical			
bienveillant			
généreux			
dynamique			
indépendant			
cultivé			
curieux			
Sens de l'humour			
téméraire			
solitaire			
sensible			
impulsif			
dépressif			

4/ Comportement(s) particulier(s) ?

- manifestation verbale
- manifestation physique

attitude du personnel à suivre ?

objet de diversion à utiliser ?

fiche CAP à remplir ?

4/ Au niveau nursing

- Profil mobilité :
- Profil de transfert :

Projet soins d'accompagnement personnalisé : (date)

Nom du résident :

- Profil d'installation en salle commune :
- Risque de chute :
- Toilette (**fiche évaluative toilette humanitude**) :
- Elimination :
- Alimentation (**voir MNA**) :
- Poids : + date
- Plaie :
- Douleur (**voir Algo, VA, Dolo+**) :
- Sommeil (**voir grille sommeil**) :
- Adaptation du quotidien :

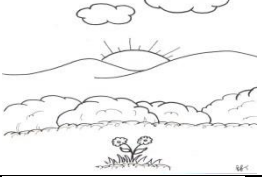
5/ Au niveau paramédical

- Activité individuelle :
- Activité en groupe :
- Ergo/Educ :
- Kiné :
- Social :
- Autres :

6/ Journée type

Projet soins d'accompagnement personnalisé : (date)

Nom du résident :

	Le levé
	La toilette
	Le petit déjeuner et la matinée
	Le dîner
	L'après-midi
	La collation
	Le souper
	La fin de soirée et le couché

7/ Contention

Si oui : laquelle + raison

Projet soins d'accompagnement personnalisé : (date)

Nom du résident :

8/ Objectif d'accompagnement

- Besoin à satisfaire (ordre de priorité) : physiologique
 - sécurité, être rassuré, environnement agréable
 - identité, liberté de décision
 - être aimé, être reconnu
 - être utile, rôle social
- Adaptation de l'environnement :
- Proposition :
 - * en vue d'améliorer/maintenir/fin de vie ?
 - * comment améliorer son quotidien ?
 - * quand et par qui ?
- Informations à transmettre au médecin traitant :
- Souhait de fin de vie (**voir déclaration d'intention**) :