|  |
| --- |
| **PLAN DE SOINS INFIRMIERS COVID 19**Si le patient a un protocole confort ou sédation se référer à la fiche traitement pour la perfusion SC ou le remplissage du pousse seringue  |
| **Dates :** |  |  |  |  |  |  |
| **Heures :** | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | 24 | 4 |
| **Surveillance perfusion** Dialaflow ou pousse seringue x/j |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Evaluation de la douleur x/j** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| EVA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| Echelle ECPA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Changement de position X /j** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Massage** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Lever au fauteuil x/j** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Soins des Yeux** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Prise de la température 2x/J** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Injections** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| Produits |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Sonde vésicale diurèse** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Selles** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Bain de bouche** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |
| **Hydratation régulière** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |