




## Objectifs d'accompagnement dans l'attente du projet de vie

Nom et Prénom du résident : .....

Date de naissance : ...../...../.....

### Objectifs prioritaires d'accompagnement :

-  Accueillir le résident et son entourage
-  Evaluer l'autonomie et mettre en place des moyens nécessaires à son maintien
-  Maintenir le lien social

### Prévention :

- Des risques de déficit nutritionnel
- Des risques de déshydratation
- De l'incapacité partielle ou totale d'avaler pouvant entraîner des fausses routes
- De l'atteinte à l'intégrité de la peau pouvant entraîner des escarres
- De l'altération de la mobilité physique pouvant entraîner des chutes
- Du risque de désorientation pouvant entraîner une fugue
- Des troubles psycho-comportementaux
- Des risques de déséquilibre glycémique
- Evaluation de la douleur
- Constipation

### Surveillance des effets secondaires médicamenteux du traitement en place à l'arrivée du résident :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anticoagulants    | <input type="checkbox"/> Psychotropes     | <input type="checkbox"/> Antidiabétiques |
| <input type="checkbox"/> Diurétiques       | <input type="checkbox"/> Antiépileptiques | <input type="checkbox"/> Antalgiques     |
| <input type="checkbox"/> Antihypertenseurs |   |  |
| <input type="checkbox"/> Antiarytmiques    |   |  |

Date :

Signature du Médecin Co. :

### Objectif de soins spécifiques :

- Surveillance et réfection de pansement important (ulcère, escarre), préciser :.....
- Surveillance et soins du sondage vésical
- Surveillance et soin de stomie, préciser :.....
- Coordination avec le centre de dialyse, surveillances post dialyse
- Autre : .....

### Evaluer le matériel nécessaire au maintien de l'autonomie et de l'intégrité cutanée :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Canne            | <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres | <input type="checkbox"/> Extracteur O <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Lève-malade           | <input type="checkbox"/> Ventilation non invasive  |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur     |  |  |

### Informier le résident et les aidants familiaux de la démarche possible relative à la mise en place d'une protection juridique:

- Indication de la démarche
- Modalité de la démarche

### Commentaires :

.....

.....

.....

Date :

Signature de l'IDeC :

<u>Nom :</u> <u>Fonction :</u>  <u>Visa :</u>	<u>Rédacteur</u> Caroline PINGANAUD, Médecin Coordonnateur	<u>Validation</u> Sylvie LACOSTE, Directrice	<u>Conformité à la gestion qualité</u> Audrey TINNES, Chargée Qualité
--	--	--	---