

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom de la mère : _____

GUIDE AUX SOINS D'HYGIÈNE

Le formulaire doit être complété par un professionnel de réadaptation afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur et par l'auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) lors des soins.

INFORMATIONS			
Adresse :		Numéro d'appartement :	
Ville :		Code postal :	
		Profil I-CLSC :	
DURÉE PRÉVUE DU SUIVI			
☐ Court terme (2-3 visites)		☐ Moyen terme (moins de trois mois)	
☐ Long terme (plus de trois mois)			
TYPE D'ASSISTANCE REQUISE			
☐ Bain complet Fréquence :	☐ Surveillance/stimulation	☐ Compensation des incapacités	☐ Accompagnement
	Effectué : ☐ Au bain ☐ Au lavabo	☐ À la douche ☐ Au lit	
☐ Toilette partielle Fréquence :	☐ Surveillance/stimulation	☐ Compensation des incapacités	☐ Accompagnement
	Effectuée : ☐ Au bain ☐ Au lavabo	☐ À la douche ☐ Au lit	
☐ Toilette génitale Fréquence :			
PARTICULARITÉS DE L'USAGER			
☐ Troubles cognitifs		☐ Troubles : ☐ Visuels ☐ Auditifs ☐ Langagiers	
☐ Incontinence : ☐ Urinaire ☐ Fécale		☐ Fatigabilité	
☐ Problème d'intégrité de la peau		☐ Diabète	
☐ O ₂ dépendant		☐ Cathéter ☐ Stomie	
☐ Risque de chute ou de perte d'équilibre		☐ Restrictions de mouvements	
☐ Port de : ☐ Prothèse ☐ Orthèse ☐ Corset		☐ Douleurs	
☐ Diminution de sensibilité : ☐ Chaud ☐ Froid		☐ Autre :	
Poids de l'utilisateur au moment de la rédaction du guide : _____ kg			
Commentaires :			
Salle de bain située au : ☐ Sous-sol ☐ RDC ☐ Étage			

Nom :

Prénom :

#Dossier :

SOINS PARTICULIERS / SOINS DE L'APPARENCE

Offrir de l'assistance pour :	Oui	Non	S/O	Précisions
Couper les ongles	☐	☐	☐	
Raser	☐	☐	☐	
Peigner les cheveux	☐	☐	☐	
Soins buccaux	☐	☐	☐	
Mettre les bas de support	☐	☐	☐	☐ Consigne de l'infirmière requise si présence de plaies aux membres inférieurs
Mettre de la crème (☐ Prescrite ☐ Hydratante)	☐	☐	☐	☐ Consigne de l'infirmière requise si la crème est prescrite

Commentaires soins particuliers :

ÉQUIPEMENTS OBLIGATOIRES POUR ASSURER LE SOIN DE MANIÈRE SÉCURITAIRE

Note à l'ASSS : tant que les équipements recommandés ne sont pas en place, les soins d'hygiène seront faits au lavabo.

Soins au lit : ☐ Lit d'hôpital ☐ Table de lit ☐ Piqué standard

Soins à la baignoire ou à la douche : ☐ Brosse à long manche ☐ Douche téléphone
☐ Tapis antidérapant (☐ À l'intérieur ☐ À l'extérieur du bain) ☐ Bottes d'eau
☐ Équipement pour cheveux : _____

☐ Tabouret de douche ☐ Planche de bain ☐ Chaise de bain
☐ Chaise de transfert ☐ Banc de bain ☐ Autre : _____

☐ **Barre d'appui :** ☐ Au mur du savonnier ☐ Au mur de la robinetterie ☐ Au mur opposé à la robinetterie
☐ Fixée à la baignoire ☐ À l'extérieur du bain/de la douche

Soins à la toilette : ☐ Siège de toilette surélevé Hauteur : _____ ☐ Chaise d'aisance

☐ **Autre :**

☐ **Commentaires :**

#Dossier :

Dossier médical
Page 3 de 3