

Recueil de données cibles

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Remarques

Suite à donner

Prochain rendez-vous :

Document réalisé et distribué par

MON PARCOURS DE SOINS

Nom :
Prénom :
Âge :

Colle
ta
photo

Mon mode de communication

Je comprends par

- La parole
- Les gestes
- Les pictogrammes

Je m'exprime par

- La parole
- Les gestes
- Les pictogrammes

ACTEUR DE MA SANTÉ

je comprends
je m'exprime
j'identifie
...



Residence Les Charmes
Boulevard Jean Moulin
B.P. 174
62253 HENIN-BEAUMONT Cedex
Tél. 03 21 20 60 13
Fax : 03 21 75 36 79
www.apel-henin.com

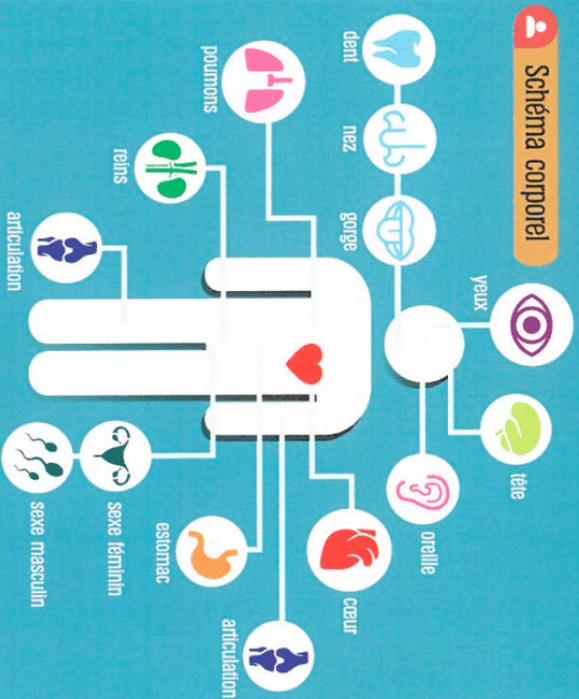
Recueil de données générales

Mon parcours de santé

Spécialistes

demande spontanée demande observée

Schéma corporel



Echelle de douleur



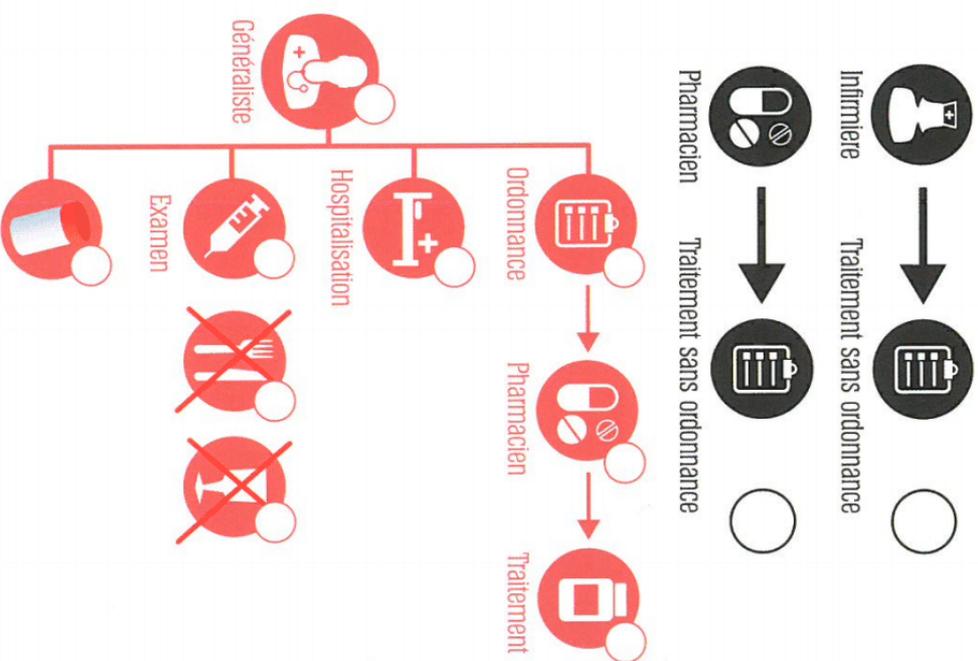
Fréquence



Date : _____
 Fréquence douleur :
 1 jour 2 jours 3 jours +3 jours
 lun. - mar. - mer. - jeu. - ven. - sam. - dim.
 Verbalisation et / ou manifestation : _____

Suivi par :

Action



| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Evaluation à _____ jours | Ajustements aux _____ jours |
| Evaluation à _____ jours | Ajustements aux _____ jours |

Chirurgien dentiste
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

O.R.L.
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Psychiatre
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Neurologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Dermatologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Ophthalmologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Cardiologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Gastrologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Pneumologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Rhumatologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Gynécologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Paramédicale

Infirmière
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Kinésithérapeute
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

Podologue
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____

X
 Lieu : _____
 Date : _____
 Heure : _____
 Praticien : _____