**Date et heure de rédaction-fiche : Remplie par (Nom-Fonction):**

**IDENTIFICATION DU RESIDENT**

**SECURITE**

**Contention :** **□ Oui □ Non**

**Précisions :** …………..……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..……..………..…..……..……..……..……..……..……..……..……..

**Nom : Prénom : Date de naissance :**

**ALLERGIES**

**PRECAUTIONS PARTICULIERES**

**BMR : □ OUI □ NON Précautions complémentaires :**

**(isolement) □ Contact □ Gouttelettes □ Air**

**Autre**: ………………………………………………………………………………..…

**Allergie(s) connue(s) :** ……………….…………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PARAMETRES DE BASE**

**Tension artérielle :** ……..**/**…….. **mm Hg Saturation :** ……….**% Fréquence cardiaque :** ……….. **bpm Poids :………...Kg Taille :…………….m IMC :……………..**

**Evaluation du risque d’escarre (score de BRADEN) :………………………………………………………………………………………...….**

**RESPIRATION**

**□ Respiration spontanée □ Pauses respiratoires □ Résident sous O2 Débit :** ……… **L/min**

**□ Aspiration buccale □ Aspiration bronchique □ En continu □ Nombre d’heures/24h :**

**□ Assistance respiratoire □ Trachéotomie □ Kinésithérapie respiratoire**

**EPILEPSIE**

**Fréquence des crises : □ Journalière □ Hebdomadaire  □ Mensuelle  □ Exceptionnelle**

**Type de crises : □ Crises convulsives généralisées □ Absences □ Crises partielles**

**Port d’un casque : □ Oui  □ Non Autre :………………………………………………………………………………………….……………..**

**Protocole de l’institution pour ce résident en cas de convulsion de plus de 3 mn ou récidives de crises : ……………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..……..**

**MANIFESTATIONS HABITUELLES DE LA DOULEUR**

**□ Mimiques □ Pleurs □ Agitation □ Mouvements de défense**

**□ Raideurs □ Cris □ Prostration □ Diminution de la communication**

**SOINS ET TRAITEMENT EN COURS (Joindre la fiche de traitement et la synthèse médicale)**

**□ Kinésithérapie**

**□ Aérosols/bouffées -** Produit(s) et fréquence :

□ **Autres :**

**□ Pansements :**

**□ Traitements injectables :**

- Produit(s) :

- Date de la prochaine injection :

**TRAITEMENT ADMINISTRE DANS CETTE SITUATION D’URGENCE**

**□ Produit : □ Dosage : □ Voie d’administration :**

**□ Heure d’administration :**