

RECUEIL DE DONNEES :
EXAMEN PHYSIQUE - TESTS ET
MESURES

ENTRETIEN CLINIQUE

DIAGNOSTICS INFIRMIERS

ACTIONS EDUCATIVES &
PREVENTIVES VDSI 1

ÉVALUATION DES ACTIONS &
PRECONISATIONS VDSI 2

DOMAINE SENSORIEL

<p>VUE</p> <p>Presbytie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Appareillage : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Port de lunettes adaptées : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> DMLA <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Troubles de la vision : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Sècheresse oculaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Diminution sensibilité aux contrastes et champ visuel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Perception des couleurs altérée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Avez l'impression que les lignes droites ondulent ou se déforment ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Risque de</p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'équilibre <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne / douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de la vue</p>	<p><u>Conseils & prévention :</u></p> <p><u>Conseil et orientation :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Consultation ophtalmo <input type="checkbox"/> Opticien <input type="checkbox"/> Pharmacien</p>	
<p>OÛÏE</p> <p>Appareillage : OUI -NON</p> <p>Diminution de la compréhension de la parole : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Presbycousie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Acouphène : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Sentiment d'isolement social : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Risque de :</p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'équilibre <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de l'audition</p>	<p><u>Conseils & prévention :</u></p> <p>Port d'appareillage lors des rencontres sociales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><u>Conseil & Orientation :</u></p> <p>Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Audioprothésiste <input type="checkbox"/> Orthophoniste</p>	

Support d'aide à l'entretien et au suivi infirmier lors des VDSI pré-fragilité

Fiche numéro

1

TOUCHER	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Perte de la sensation tactile : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Perte de précision dans les gestes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Risque de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative 	<p><u>Conseils & prévention :</u></p> <p><u>Conseil et Orientation</u></p> <p>Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Podologue</p>	
GOUT	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Diminution de la détection de l'amertume et du salé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Sècheresse de la muqueuse buccale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Plaisir de manger : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Risque de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Mal ou dénutrition <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire <input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition <input type="checkbox"/> Altération du goût 	<p><u>Conseils & prévention :</u></p> <p>Ne pas trop consommer des aliments sucrés ou trop salés</p> <p><u>Conseil et Orientation</u></p> <p>Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste</p>	
ODORAT	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>COVID + : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Diminution de l'odorat : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Anosmie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Risque de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Accidents domestiques <input type="checkbox"/> Repli sur soi <input type="checkbox"/> Perte d'appétit 	<p><u>Conseils & prévention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aérer le logement régulièrement - Alarme sonore fumées - Exercices sur les odeurs <p><u>Conseil et Orientation</u></p> <p>Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> ORL</p>	

DOMAINE NUTRITION

<p>POIDS</p> <p>IMC : $IMC = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)} \times \text{Taille (m)}}$</p> <p><input type="checkbox"/> < à 21 <input type="checkbox"/> < 18</p>	<p>PEC médicale : OUI-NON</p> <p>Auto régime : OUI-NON</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Perte de poids récente <input type="checkbox"/> Perte de poids involontaire <input type="checkbox"/> Prise de poids <input type="checkbox"/> Poids stable <input type="checkbox"/> Ne sais pas 	<p>Risque de :</p> <p>Apports énergétiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trop importants <input type="checkbox"/> Insuffisants <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Surcharge pondérale 	<p><u>Conseils & prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle régulier du poids - Conseils hygiéno-diététiques (calcium & vit D) 	
---	--	--	--	--

<p>Circonférence mollet mesurée au point le plus large : ... cm <input type="checkbox"/> < à 31 cm</p> <p>TEST MNA (Volet A) Score : <input type="checkbox"/> 8-11 <input type="checkbox"/> 0-7</p> <p>TEST MNA (Volet B) Score :</p> <p>Score A+B : <input type="checkbox"/> <17 <input type="checkbox"/>]17-28.5]</p>	<p>Perte d'appétit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diminution sensation de soif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Habitudes alimentaires Prise de 3 repas / J : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>riche en fibres</u> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>protéines animales</u> Viandes - œufs - poissons : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - <u>protéines végétales</u> Pain, céréales, riz, pommes de terre légumes secs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Crampes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Consommation d'alcool : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Questionnaire CAGE-DETA Score : <input type="checkbox"/> > 2</p>	<p><input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de l'usage de l'alcool</p>	<p><u>Conseil & Orientation :</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Diététicien <input type="checkbox"/> Addictologue</p>	
<p>DENTITION</p> <p>État bucco -dentaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> Bon Moyen Pauvre Très mauvais <p>Perte de dent(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Non adaptée</p>	<p>PEC bucco-dentaire : OUI -NON Besoins ressentis en soins dentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hyposalie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Mobilité des ligaments Alvéolo-dentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Maladie parodontale (gingivite) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Douleurs : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Test EVA : TILT : Tabac : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Niveau de dépendance : Test de FAGERSTRÖM Score : <input type="checkbox"/> [7-10]</p>	<p>Risque de</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social <input type="checkbox"/> Perturbation de l'état nutritionnel par la modification des prises alimentaires <input type="checkbox"/> Altération de la phonation <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Douleurs / gêne</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de la mastification</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance au tabac</p>	<p><u>Conseil & prévention :</u> <input type="checkbox"/> Hygiène bucco-dentaire <input type="checkbox"/> Consommation raisonnée café, thés sucrés <input type="checkbox"/> Sevrage alcool & tabac <input type="checkbox"/> Prescription de substituts nicotiniques</p> <p><u>Conseil & orientation</u> <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Addictologie</p>	

<p>PEAU ET PHANERES</p> <p>Dessèchement de la peau : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Troubles trophiques : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Œdème jambes inférieures : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Troubles pigmentaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Port de contention : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Démangeaison : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Ongles cassants : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Perte de cheveux : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Risque de</p> <p><input type="checkbox"/> Atteinte cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> Gêne /douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Réduction des activités physiques</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur</p>	<p><u>Conseil & prévention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins corporels, - Hydratation, - Alimentation, - Exposition solaire - Auto examen de peau (tâche, grain de beauté) <p><u>Conseil & orientation</u></p> <p>Consultation :</p> <p><input type="checkbox"/> MT</p> <p><input type="checkbox"/> Dermatologue</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacien</p> <p><input type="checkbox"/> Pédicure</p>	
<p>ÉLIMINATION</p>	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Continence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Fuites urinaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Incontinence urinaire à l'effort : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Miction impérieuse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Constipation fréquente : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Usage de laxatif : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Risque de</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Atteinte à l'intégrité cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> Infection</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement social</p> <p><input type="checkbox"/> Réduction de l'activité physique</p> <p><input type="checkbox"/> Chute</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de l'estime de soi</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de la sexualité</p>	<p><u>Conseil & prévention :</u></p> <p>Hygiène et diététique</p> <p>Activités physiques</p> <p><u>Conseil & orientation</u></p> <p><input type="checkbox"/> MT</p> <p><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacien</p>	

DOMAINE VITALITE

Comment diriez-vous que vous êtes heureux dans votre vie d'aujourd'hui sur une échelle de 0 à 10 ?

Très malheureux ni l'un ni l'autre heureux
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Comment évaluez-vous votre santé par rapport aux personnes de votre âge ? ☐ Meilleure santé ☐ Santé équivalente ☐ Moins bonne santé

Avez-vous une sensation d'épuisement ? : ☐ OUI ☐ NON

<p>SOMMEIL</p>	<p>PEC médicale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Traitement médicamenteux <input type="checkbox"/> Traitement non médicamenteux Trouble du sommeil : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Trouble de l'endormissement</p> <p>Durée moyenne du sommeil en heures : Réveils nocturnes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sieste : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Sommeil jugé : <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Insuffisant <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Fractionné <input type="checkbox"/> Altéré</p>	<p>Risque de</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de la concentration <input type="checkbox"/> Trouble de la mémoire <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/> Asthénie <input type="checkbox"/> Immobilité <input type="checkbox"/> Apathie <input type="checkbox"/> Isolement social</p>	<p><u>Conseil & prévention :</u> <input type="checkbox"/> Hygiène et diététique <input type="checkbox"/> Activités physiques <input type="checkbox"/> Comportements routiniers facilitant le sommeil</p> <p><u>Conseil & orientation</u> <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Pharmacien</p>	
<p>DOULEUR CHRONIQUE</p> <p><u>Tests EVA</u> - jour : - nuit :</p> <p>TILT :</p>	<p>PEC médicale : OUI -NON</p> <p>Arthrose : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Arthrite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres :</p> <p><input type="checkbox"/> Automédication d'antalgique :</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement antalgique prescrit :</p>	<p>Risque de</p> <p><input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Gêne /douleur <input type="checkbox"/> Perte d'activité récréative <input type="checkbox"/> Réduction des activités physiques <input type="checkbox"/> Sédentarité <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur</p>	<p><u>Conseil & prévention :</u></p> <p><u>Conseil & orientation</u> Consultation : <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Pédicure- Podologue</p>	