

Plan de services AVQ

Nom du client _____ #client _____ Tel _____ CLSC

Contact _____ Tel _____ Lien _____

Fumeur Animaux Si oui, lesquels _____

Milieu de vie _____ Responsable milieu de vie _____

Intervenant CLSC _____ 418 669-2000 poste _____

N. chambre _____ Codes de portes _____

Particularité du client que le préposé devrait savoir (déclaration volontaire)

- Mobilité réduite, préciser _____ Problèmes cardiaques Problèmes pulmonaires
- Paralysie, préciser _____ Épilepsie Alzheimer Incontinence
- Diabète Colostomie Allergies, préciser _____
- Maladie infectieuse, préciser _____ Démence Cécité surdité
- Risque d'agressivité Risque de confusion Risque de chute Risque de fugue
- Autre, préciser _____

Horaire (indiquer le ou les services dans la case appropriée)

SH = Soins d'hygiène, L = Lever, C = Coucher, PS = présence surveillance, AS = Autres soins, B = bain

		Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	jeudi	vendredi	Samedi
Am	Tâche :							
	Heure :							
PM	Tâche :							
	Heure :							
Soir	Tâche :							
	Heure :							

Soins d'hygiène (bain)*

Type de services

- Bain
- Douche
- Bain au lit
- Toilette partielle
- Toilette Basse
- Bain hydraulique
- Bain civière
- Bain au filet

Compléments

- Laver les cheveux
- Hygiène buccale (et/ou prothèses)
- Nettoyer les ongles
- Application de crème
- Faire la barbe
- Raser aisselles et jambes
- Nettoyer les lunettes
- Changer les protections
- Couper les ongles**

Type de supervision

- Aide totale
 - Aide partielle
 - Supervision seulement
- Lieu du soin
- Salle de bain du client
 - Salle de bain commune

Code porte : _____

Lever

- Habillement
- Hygiène buccale Application crème
- Toilette basse Transferts*
- Changer les protections

Coucher

- Mise en nuit
- Hygiène buccale Application crème
- Toilette basse Transferts*
- Changer les protections

*Préciser les transferts au verso

**Le préposé doit avoir la formation pour exécuter ce soin

Présence surveillance

- Servir une collation Aide à l'alimentation Aide au déplacement Aide à l'habillement

Goûts, intérêts _____

Autres soins

- Assistance à la prise de médication autogérée
- Actes délégués** (administration de médicaments ou autres soins invasifs), se référer au plan d'aide du CSSS : _____

Équipements (localisation et particularités)

Marchette _____ banc de transfert (bain) _____

Canne _____ Barres d'appui _____

Fauteuil d'aisance _____ Levier sur roue ou rail _____

Banc de douche _____ Levier sur roue _____

Fauteuil roulant _____ Autre _____

Transferts nécessaires et autres remarques

Pour les tâches d'entretien ménager, de préparation de repas ou d'accompagnement transport, veuillez vous référer au plan de services AVD. Pour toutes demandes, composez le 418 344-1555.

Agent Coop _____

Date _____