




## **Échantillons de documents**

Ce document contient des exemples de documents figurant couramment au dossier client utilisés dans l'évaluation en laboratoire de simulation pour préposé(e)s aux soins (PAS). D'autres types de documents pourraient aussi vous être présentés.

## Plan de soins

<b>Nom usuel</b>	
<b>Allergies</b>	
<b>Statut du code</b>	

<b>Alertes de sécurité</b> 	<input type="checkbox"/> <b>Précautions relatives aux chutes - Chutes fréquentes</b>	<input type="checkbox"/> <b>Risque d'étouffement</b>
	<b>Alarmes :</b> <input type="checkbox"/> Alarme de lit <input type="checkbox"/> Alarme de fauteuil <input type="checkbox"/> Protecteurs de hanche <input type="checkbox"/> Tapis de chute <input type="checkbox"/> Chaussures antidérapantes <input type="checkbox"/> Lit : Bas-de-terre	<input type="checkbox"/> Rien par la bouche / alimentation par sonde <input type="checkbox"/> Liquide épais <input type="checkbox"/> Aliments en purée
<input type="checkbox"/> <b>Risque d'évasion</b>	<input type="checkbox"/> <b>Contention/sécurité</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres risques</b>
<b>Précisions :</b>	<b>Fauteuil roulant :</b> <input type="checkbox"/> Ceinture de sécurité <input type="checkbox"/> Table <b>Ridelles de lit :</b> <input type="checkbox"/> Haut à D <input type="checkbox"/> Haut à G <input type="checkbox"/> Bas à D <input type="checkbox"/> Bas à G <b>Fréquence des contrôles de sécurité :</b> S/O	<b>Précisions:</b>

<b>Problèmes de santé</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>
<b>Médicaments</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicament (Marque) dose voie fréquence</li> <li>• Médicament (Marque) dose voie fréquence</li> </ul>

Indépendant.e	Assistance partielle	Assistance complète	Catégorie	Détails	
			Communication	<input type="checkbox"/> <b>Verbale</b> <input type="checkbox"/> <b>Non verbale</b> <b>Préférence linguistique :</b> Français	<b>Appareil auditif :</b> <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  <input type="checkbox"/> <b>Prothèses dentaires</b> <input type="checkbox"/> <b>Lunettes</b>
			Déplacements (transferts)	<input type="checkbox"/> <b>à 1 personne</b> <input type="checkbox"/> <b>à 2 personnes</b>  <input type="checkbox"/> Surveillance seulement <input type="checkbox"/> L'assistance en attente <input type="checkbox"/> Ceinture de transfert <input type="checkbox"/> Pôle de transfert <input type="checkbox"/> Lève-personne mécanique au sol <input type="checkbox"/> Lève-personne au plafond	<b>Révision par :</b> <input type="checkbox"/> Ergo <input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/> II/IAA

# Plan de soins

Indépendant.e	Assistance partielle	Assistance complète		
			Catégorie	Détails
			Repositionnement	<input type="checkbox"/> à 1 personne <input type="checkbox"/> à 2 personnes  <b>Dispositifs :</b> <input type="checkbox"/> Toile de glissement (alèse de positionnement) <input type="checkbox"/> Sangle de positionnement <input type="checkbox"/> Harnais de lève-personne
			Mobilité Accessoires et capacités	
			Aide à la prise de médicaments	
			Nutrition	
			Soins personnels	
			Soins bucco-dentaires	
			Sommeil	Heure du réveil : Heure du coucher :

# Liste de délégation des tâches

Consultez la liste de tâches déléguées avant de commencer la tâche déléguée. Assurez-vous que la tâche déléguée n'a pas déjà été exécutée au moment de votre visite.

<b>Emplacement :</b>	
<b>Médicaments - matin (0800)</b>	Médicament (Marque) dose voie fréquence
<b>Médicaments - midi (1200)</b>	Médicament (Marque) dose voie fréquence
<b>Médicaments - soir (1600)</b>	Médicament (Marque) dose voie fréquence
<b>Médicaments - coucher (2000)</b>	Médicament (Marque) dose voie fréquence

