

**Questionnaire de suivi infirmier**

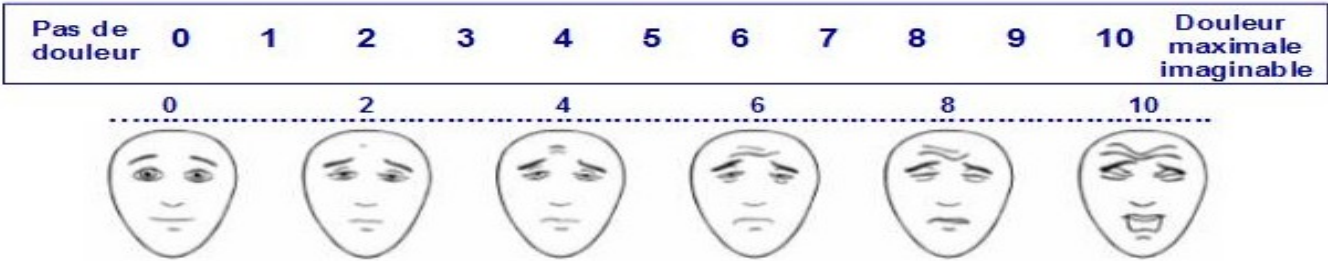
À remplir chaque jour de la prise en charge

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de la chirurgie : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Nom de l'IDEL : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Jour / retour à domicile (J1, J2, etc...) : \_\_\_\_\_

1- Douleur ? Oui  Non  Si oui, précisez où : ..... et cotez sur l'échelle :



- 2- Plaie chirurgicale propre ? Oui  Non
- 3- Saignement de la plaie ? Oui  Non
- 4- Ecoulement purulent ? Oui  Non
- 5- Ecoulement séreux ? Oui  Non
- 6- Hématome ? Oui  Non
- 7- Réfection de pansement ? Oui  Non
- 8- Signes de thrombo-embolie ? Oui  Non
- 9- Injection d'HBPM ? Oui  Non
- 10- Autre injection ? Oui  Non  ...Si oui, précisez : .....
- 11- Fièvre > ou = à 38°5 ? Oui  Non
- 12- Troubles du sommeil ? Oui  Non
- 13- Reprise du transit ? Oui  Non
- 14- Nausées ou vomissements ? Oui  Non  ...Si oui, précisez : .....
- 15- Prise de sang ? Oui  Non
- 16- INR ? Oui  Non
- 17- Aide à la toilette ? Oui  Non
- 18- Verticalisation ? Oui  Non
- 19- Marche ? Oui  Non
- 20- Autonome ? Oui  Non

**un item rouge =  
appeler le MT**