**Projet d’accompagnement personnalisé (PAP)**

***Date prévue :*** *…………………………*

Nom-Prénom : Date de naissance : *………………*…………

Situation de famille : □ Célibataire □ Marié(e) □ Veuf(ve) □ Divorcé(e) □ Concubinage □ Pacs

**Préparation du PAP – *Document à remplir (soignant référent)***

Histoire de vie : *éléments nécessaires d’être connus par l’équipe pluridisciplinaire : enfance, fratrie, études, mariage, parcours professionnel, habitat, problématiques importantes, etc.*

Motif d’admission en EHPAD

Isolement □ Perte d’indépendance fonctionnelle □ Hospitalisation □

Troubles de la mémoire □ Troubles du comportement □ Chutes □

Autre □

Intégration

Acceptation du rythme de la vie en collectivité (repas, toilettes) : Oui □ Non □

*Commentaire :*

Acceptation de l’aide proposée par une tierce personne (douche, toilette) : Oui □ Non □

*Commentaire :*

Port et utilisation à bon escient de l’appel malade : Oui □ Non □

*Commentaire :*

Identification du personnel selon sa fonction (IDE, ASD, Animatrice, psycho…) Oui □ Non □

*Commentaire :*

Repère des espaces privatifs et des espaces collectifs : Oui □ Non □

*Commentaire :*

Visite de ces amis, famille, proches  : Oui □ Non □

*Commentaire :*

Appropriation des espaces privatifs (personnalisation de la chambre) : Oui □ Non □

*Commentaire :*

Intégration au sein d’un groupe d’usagers de la structure : Oui □ Non □

*Commentaire :*

Animation / Vie sociale

 Activités individuelles : Lecture □ Télévision □ Radio □ Musique □ Activités manuelles □

 Sorties à l’extérieur □ Autres □

 *Commentaires sur les activités appréciées, non appréciées :*

 Participations aux activités collectives : Oui □ Non □

 *Commentaires :*

 Participation à un temps religieux : Oui □ Non □

 *Commentaires :*

 Autres animations à proposer ? Oui □ Non□

 *Commentaires :*

Evaluation fonctionnelle **GIR =** (comparatif dernier GIR = )

**Hygiène / élimination :**

Aide pour la toilette : Oui □ Non□ Jour de douche :

Aide pour l’habillage : Oui □ Non□

Gestion seul de la continence urinaire : Oui □ Non□ SAD, cystocath : Oui □ Non □

Gestion seul de la continence fécale : Oui □ Non□ Stomie : Oui □ Non □

Changes :

Jour / Nuit :

Présentation aux WC :

**Mobilité :**

Transferts : Seule □ 1 aide□ 2 aides □ Vertic/Quick □ Lève-malade □

Déplacement : Seule □ Avec aide humaine □ Aucun déplacement □

🡪 Sans aide technique □ Canne □ Déambulateur □ Fauteuil□

Déplacement cohérent et orienté : Oui □ Non □

Installation : Libre □ Fauteuil transfert □ Fauteuil confort □ Fauteuil coque □

Contentions : Aucune □ Ceinture pelvienne □ Harnais □ Sécuridrap® □ Barrières □

 Prescription et traçabilité :

Risque de chute : Oui □ Non □

Prise en charge kiné / APA : Oui □ Non□

*Commentaire : objectif, nombre de séances, atelier de groupe…*

**Alimentation et suivi nutritionnel :**

Aide pour la prise alimentaire : Oui : Stimulation □ Servir □ Aide totale □ Non □

Poids= / évolution = IMC=

Régime habituel : Normal □ Hyperprotéiné □ Hypercalorique □

Autre □

Texture :

Existence de fausses routes : Oui □ Non□

Evaluation de la déglutition : Faite □ Non nécessaire □ A faire □

 🡪*Recommandations* :

Goût et appétence :

Prothèses dentaires : Oui : adaptée □ Non adaptée □ Non□

Etat / Hygiène bucco-dentaire : Bon □ Passable □ Médiocre □

 🡪*Soins à prévoir* :

***Préconisations*** = (exemple : *prévention canicule, restriction si décompensation cardiaque, texture, bilan de déglutition).*

**Evaluation cutanée :**

Lésions :

Risque d’escarre *(échelle + jugement clinique) :*

Matériel :

Evaluation médicale

* **Informations importantes :**
* **Directives anticipées / Niveau de soins :**
* Personne de confiance désignée :
* Directives anticipées :
* Niveau de soins :
* **Evaluation sensorielle :**

**Vue** : Bonne □ Lunettes □ Mal-voyant □ Non-voyant □

*Suivi ophtalmo :* Oui : prévu □ Récent □ Non nécessaire □ A prévoir □

**Audition** : Bonne □ Déficience : OD □ OG : □ Appareillage :OD □ OG□

*Suivi audioprothésiste :* Oui : prévu □ Récent □ Non nécessaire □ A prévoir □

* **Douleurs :**

Evaluation :

Traitement antalgique :

* **Sommeil :**

Evaluation :

Traitement nécessaire : Oui □ : Non□

* **Evaluation cognitive / psychologique / comportementale :**

Désorientation temporelle : Oui □ Non□ Désorientation spatiale : : Oui □ Non□

Dernier test cognitif : *MMSE – MoCA + score*:

**Communication verbale** : Facile □ Difficile □ Incohérent □ Aucune □

*Autre mode de communication :*

**Cognition** :

**Troubles du comportement** : Oui : Anxiété □ Agressivité □ Déambulation □ Fugues□

*Commentaires :*

* **Thérapeutique**

Supplémentation en vit D :

Traitement écrasé : Oui □ Indication : Non□

Compatibilité ordonnance :

Observance :

**Analyse ordonnance**:

* **Vaccins :**

DTP / Ca : Pneumocoque : Grippe : COVID :

* **Suivi biologique:**

DFG=

NFS=

Albu=

Surveillance thérapeutique =

Synthèse

Objectifs définis avec le résident

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Objectifs | Moyens | Délai de réalisation | Suite à donner |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Signatures

 *Résident Proche Soignant référent Médecin ou cadre de santé*