

CONSEIL DÉPARTEMENTAL



Finistère

Penn-ar-Bed

LE DÉPARTEMENT



MISSIONS DE L'INFIRMIÈRE

Date

MISSIONS du CD 29

Action
sociale

transport



Finistère
Penn-ar-Bed
LE DÉPARTEMENT

Collèges

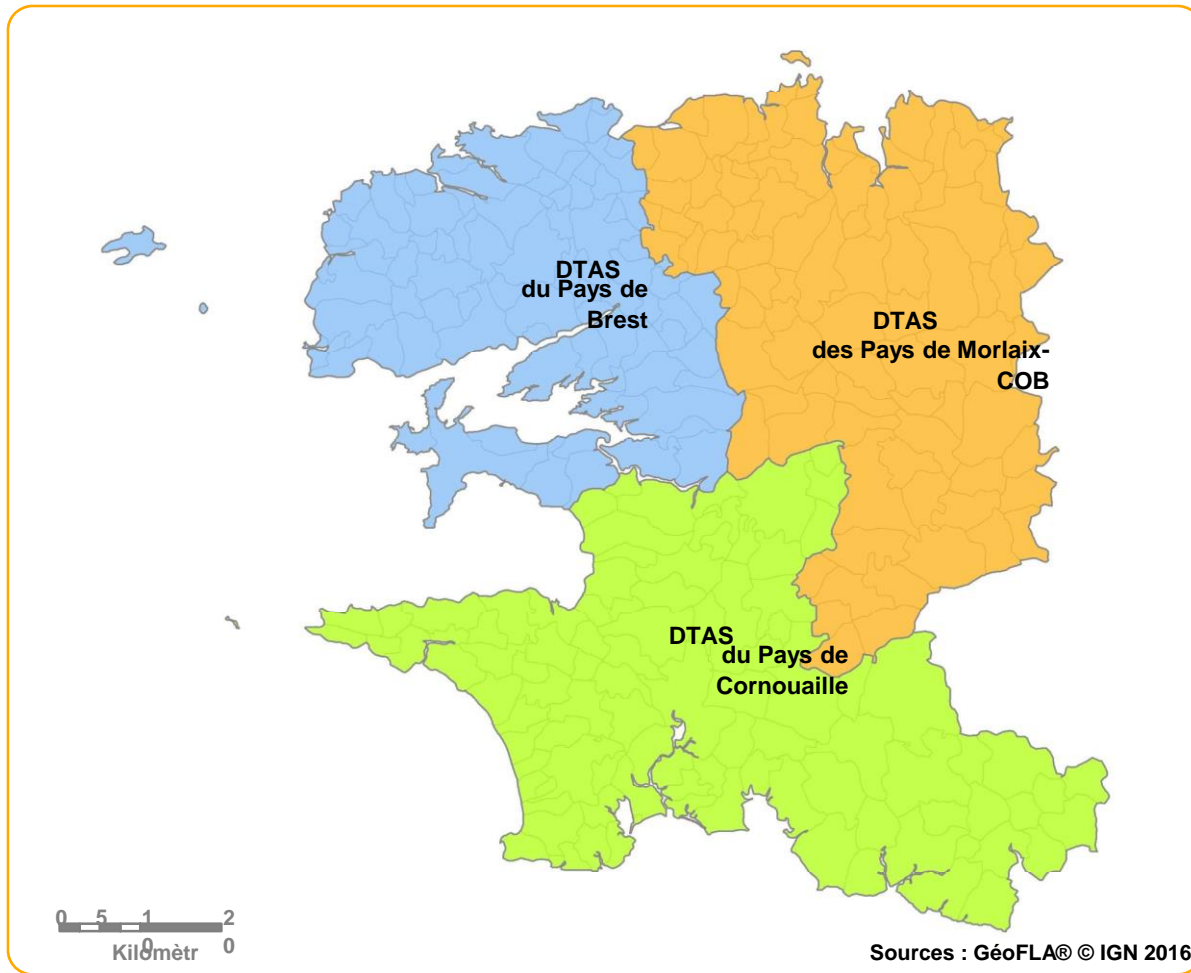
SDIS

Conseil départemental

CDAS

Infirmière

Répartition des directions territoriales



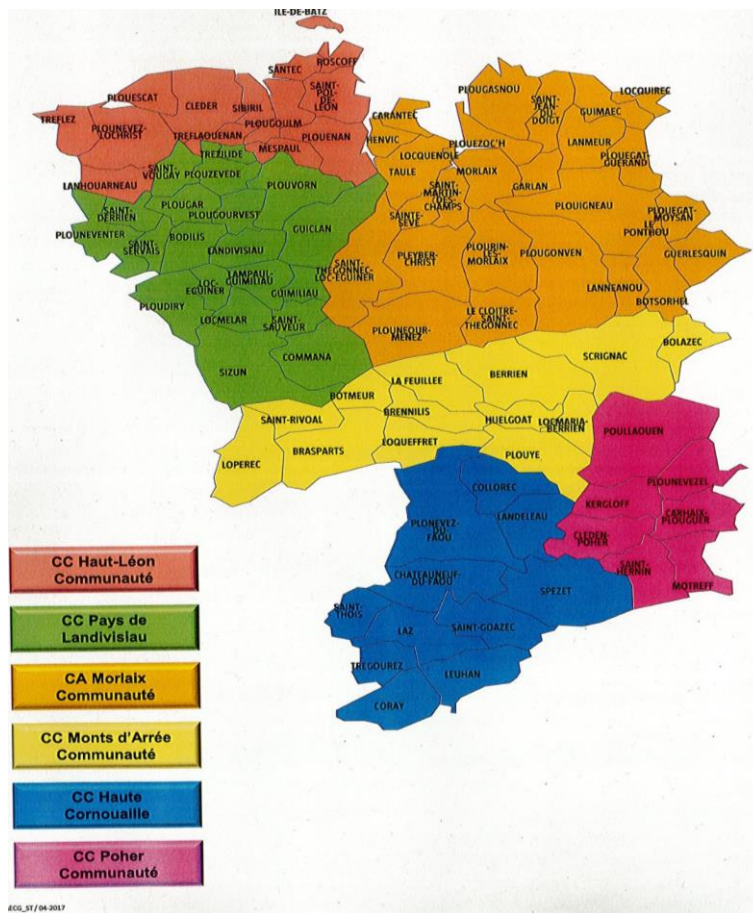
Normalisation des 2017_simplif_001
Région: COB / MCT - SC - novembre 2016

Sources : GéoFLA © IGN 2016

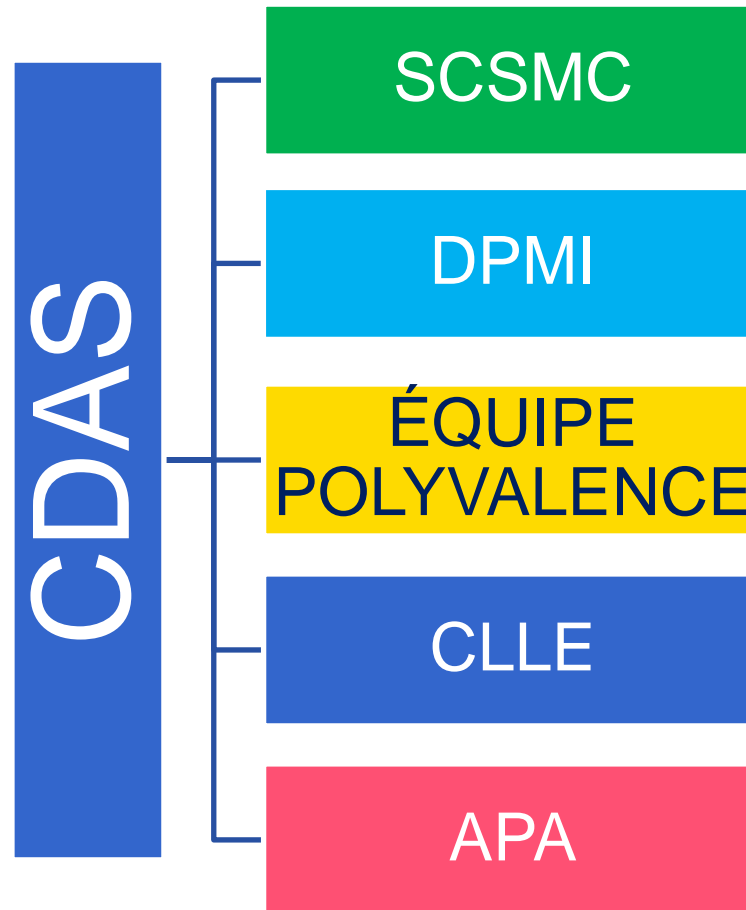
CD29 -
2019



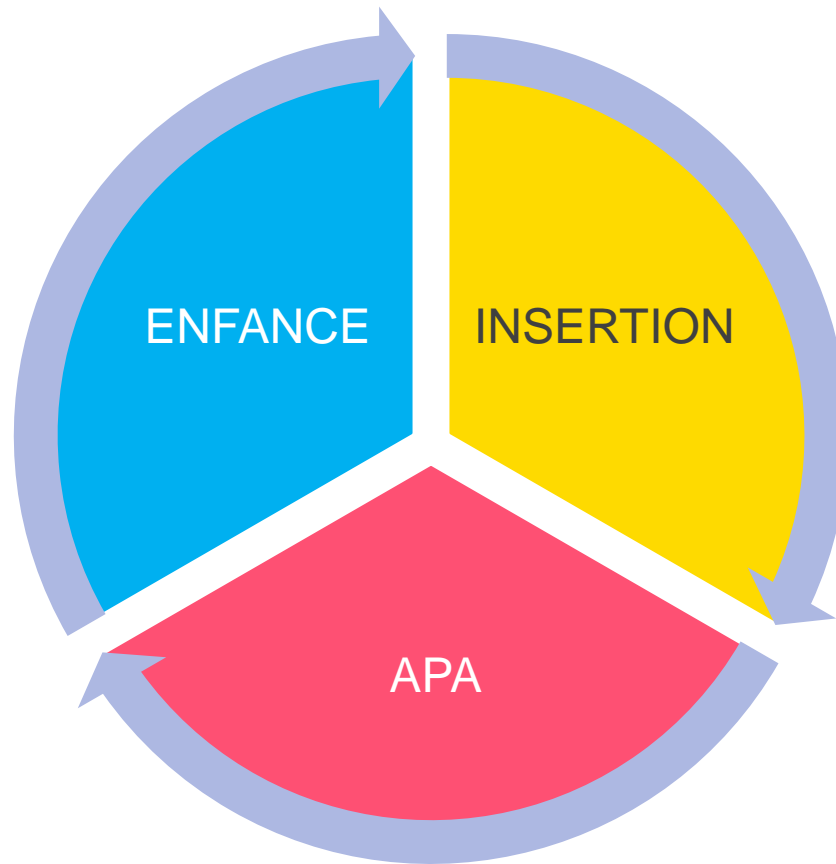
Direction territoriale MORLAIX - COB

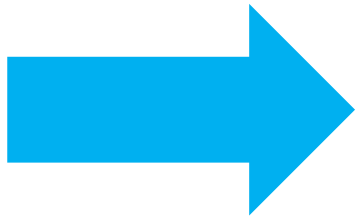


Organisation d'un CDAS

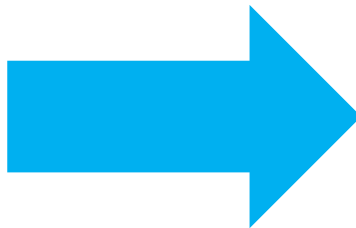


missions des infirmières





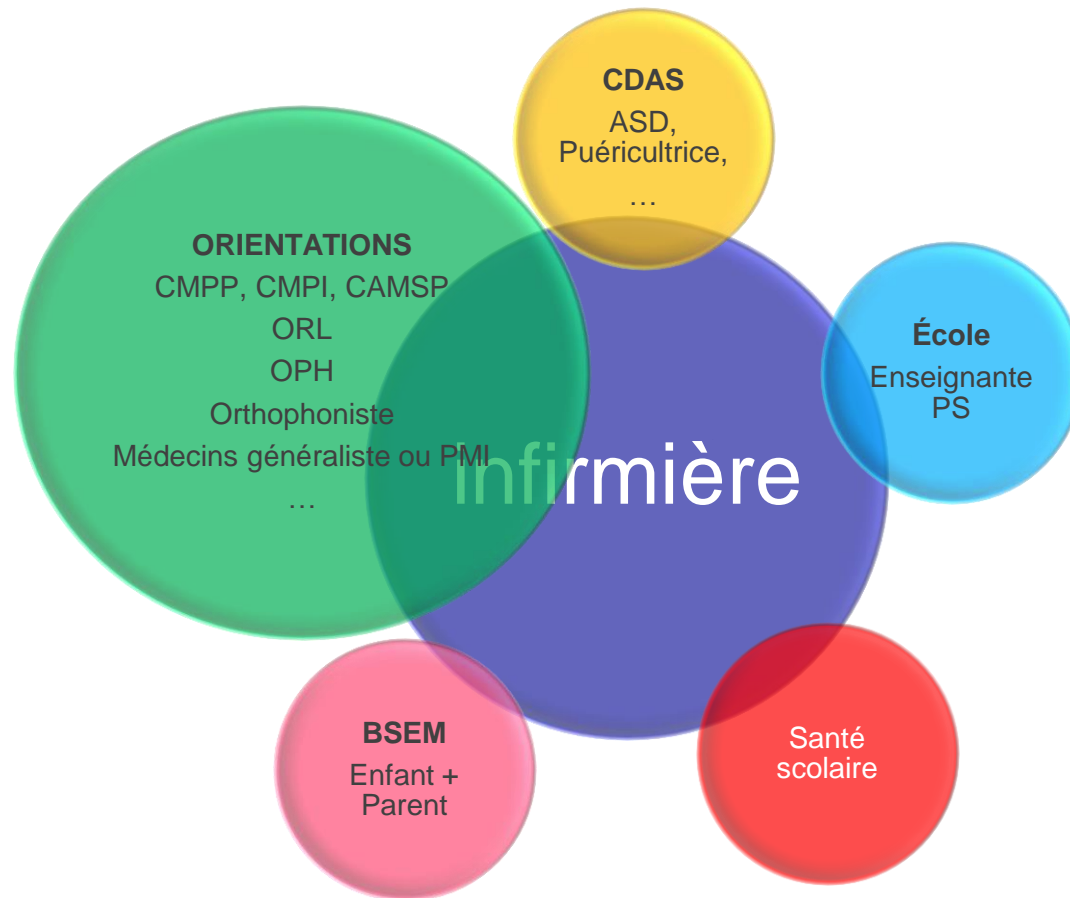
BSEM



Protection enfance

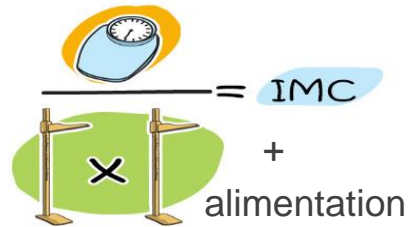
- article L2112-2 du Code de la santé publique
- systématiquement entre 3 ans $\frac{1}{2}$ et 4 ans $\frac{1}{2}$

Organisation des BSEM





Audition
Langage



Environnement
Loisirs

Comportement

Sommeil



Suivi médical

Dossier BSEM

Examen psychomoteur

- Lateralisation : non oui
- Si oui : droite gauche indifférenciée
- Troubles du langage :
 - Déficit d'articulation : non oui
 - Retard de langage : non oui
 - Autres difficultés : non oui
- Si oui, précisez (comportement, graphisme...) : _____

Adressé pour bilan

Conclusions : _____

Transmis : à la famille, à l'équipe pédagogique

Consultations et/ou rééducations complémentaires demandées : _____

Suites données : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____ Tél. : _____

Nom et adresse du médecin ayant pratiqué l'examen : _____ Tél. : _____

Dossier transmis le : _____ au médecin de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves : _____ (nom, coordonnées, tél.)

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE
 CONSEIL GÉNÉRAL
 SERVICE DÉPARTEMENTAL DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Dossier médical de liaison*

à transmettre à la mission de promotion de la santé en faveur des élèves
Art. L. 2112-5 du Code de la Santé publique

Nom et adresse de l'école : _____

ÉLÈVE : _____ (nom et prénom)

Né(e) le : _____ à : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nom et adresse de la (des) personne(s) responsable(s) de l'enfant : _____

Tél. : _____

Profession des parents exercée actuellement :

Père : _____ Tél. professionnel : _____

Mère : _____ Tél. professionnel : _____

Nombre de frères et sœurs : _____ Rang dans la fratrie : _____

L'enfant vit avec : sa mère son père autre (précisez) : _____

Scolarisation

Langue de l'enfant : français autre (précisez) : _____

Âge de l'enfant lors de la première scolarisation : _____ ans _____ mois

Temps passé à l'école : entourez les horaires d'entrée et de sortie : _____

Personne accompagnant l'enfant lors de l'examen : _____

* Fiche confidentielle à transmettre sous pli cacheté.

Date de l'examen : _____ Âge de l'enfant : _____ ans _____

Antécédents familiaux

Naissance

Accouchement : à terme prématuré normal difficile Poids de naissance : _____ g

Antécédents médico-chirurgicaux de l'enfant et traitements en cours

Hospitalisations depuis la naissance (motif)

Vaccinations

Indiquez une réponse affirmative en notant la date correspondante

| | DT | Polio | Coq. | H. Inf. b | Hép. B |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------|------|-----------|--------|
| 1 ^{re} dose | | | | | |
| 2 ^e dose | | | | | |
| 3 ^e dose | | | | | |
| Rappel | | | | | |
| Rougeole | | | | | |
| BCG sit | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | | | | |
| Dernier test tuberculinique après BCG | <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> positif | | | | |
| Précisez la méthode ID | <input type="checkbox"/> Multipuncture <input type="checkbox"/> | | | | |
| Autres vaccine (précisez) : | | | | | |

Mensurations Poids _____ (kg) Taille _____ (m)

Examen auditif

Test(s) utilisé(s) : _____

| Fréquence | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
|----------------|-----|------|------|------|
| Oreille droite | | | | |
| Oreille gauche | | | | |

Temps normaux Droite non oui Gauche non oui

Adressé pour bilan

Examen oculaire

| Acuité visuelle | OD | OG | Test utilisé |
|--------------------------------|-----|-----|--------------|
| Vision de loin sans correction | /10 | /10 | |
| avec correction | /10 | /10 | |
| Formule | | | |
| Vision de près sans correction | /10 | /10 | |
| avec correction | /10 | /10 | |
| Formule | | | |
| Fond d'œil | | | |

Cavité buccale

Motif : à dentition non complète à dentition complète à dents ébranlées (prégnés)

53 54 57 52 51 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Anomalies dento-maxillo-faciales : _____

Adressé pour bilan

Examen somatique

Tension artérielle : _____

Adressé pour bilan

Alimentation : _____

Sommeil : _____

Propreté acquise : diurne nocturne



CONSEIL
GÉNÉRAL
Finistère
Fenn-er-Bed

Direction de la protection
maternelle et infantile

LETTRE AU MÉDECIN ORL

Centre départemental d'action sociale de :

A, _____ le _____

Docteur,

Je viens d'examiner l'enfant _____

né(e) le _____

et fréquentant l'école maternelle de _____

à _____

qui présente ce jour : _____

Je conseille aux parents d'aller vous consulter.

Afin de me permettre d'évaluer l'efficacité de ce dépistage, je vous serais obligé de bien vouloir me communiquer vos conclusions et orientations préconisées pour cet enfant.

Je vous remercie de votre collaboration;

Bien cordialement.

Cachet et signature

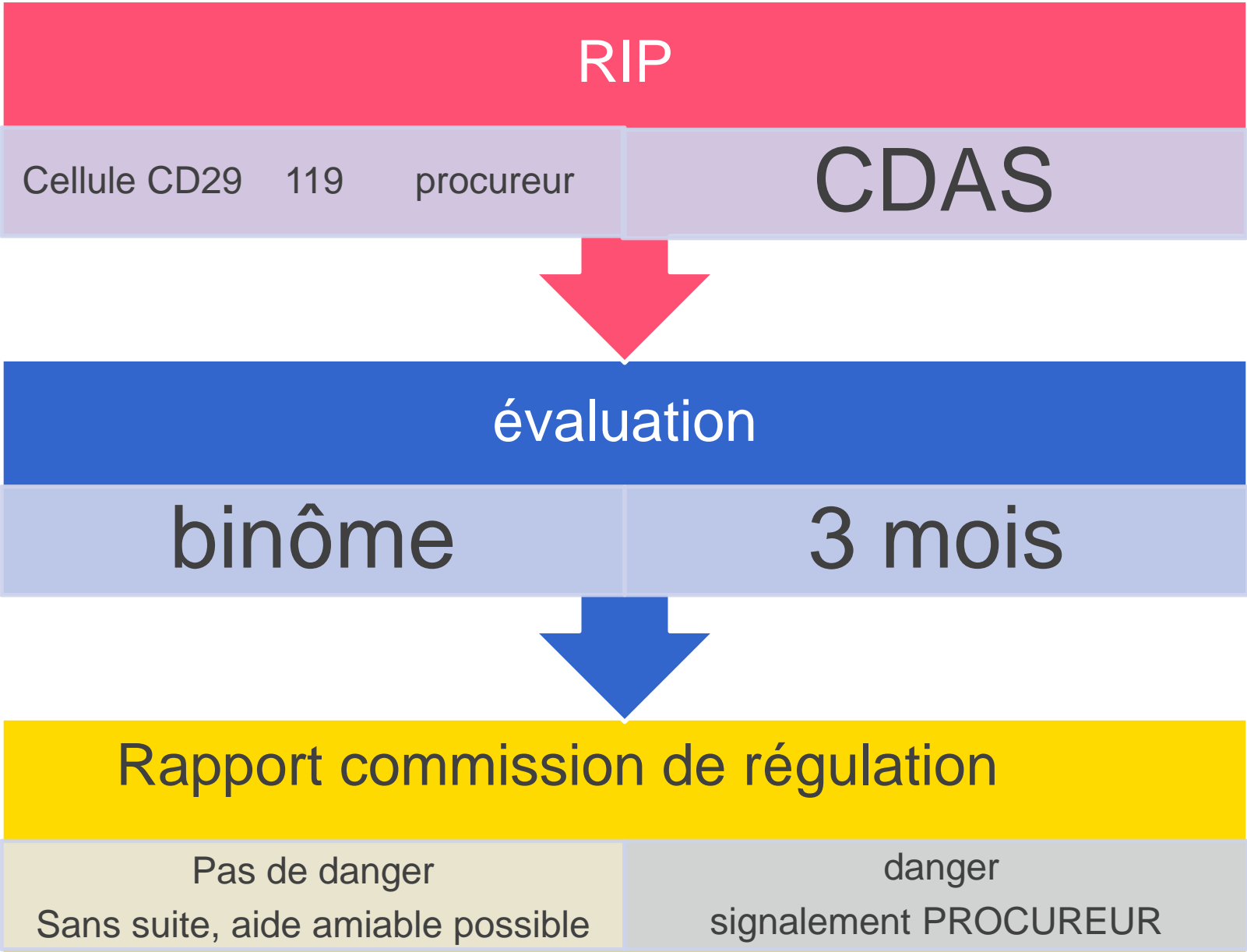
Date _____

Votre réponse : _____

Cachet et signature

Définit par le code de l'action sociale

- Art.L112-3 (modifié par la loi du 5 mars 2007)
- Loi n° 2016-297 du 14 Mars 2016



RIP

Cellule CD29 119 procureur

CDAS

évaluation

binôme

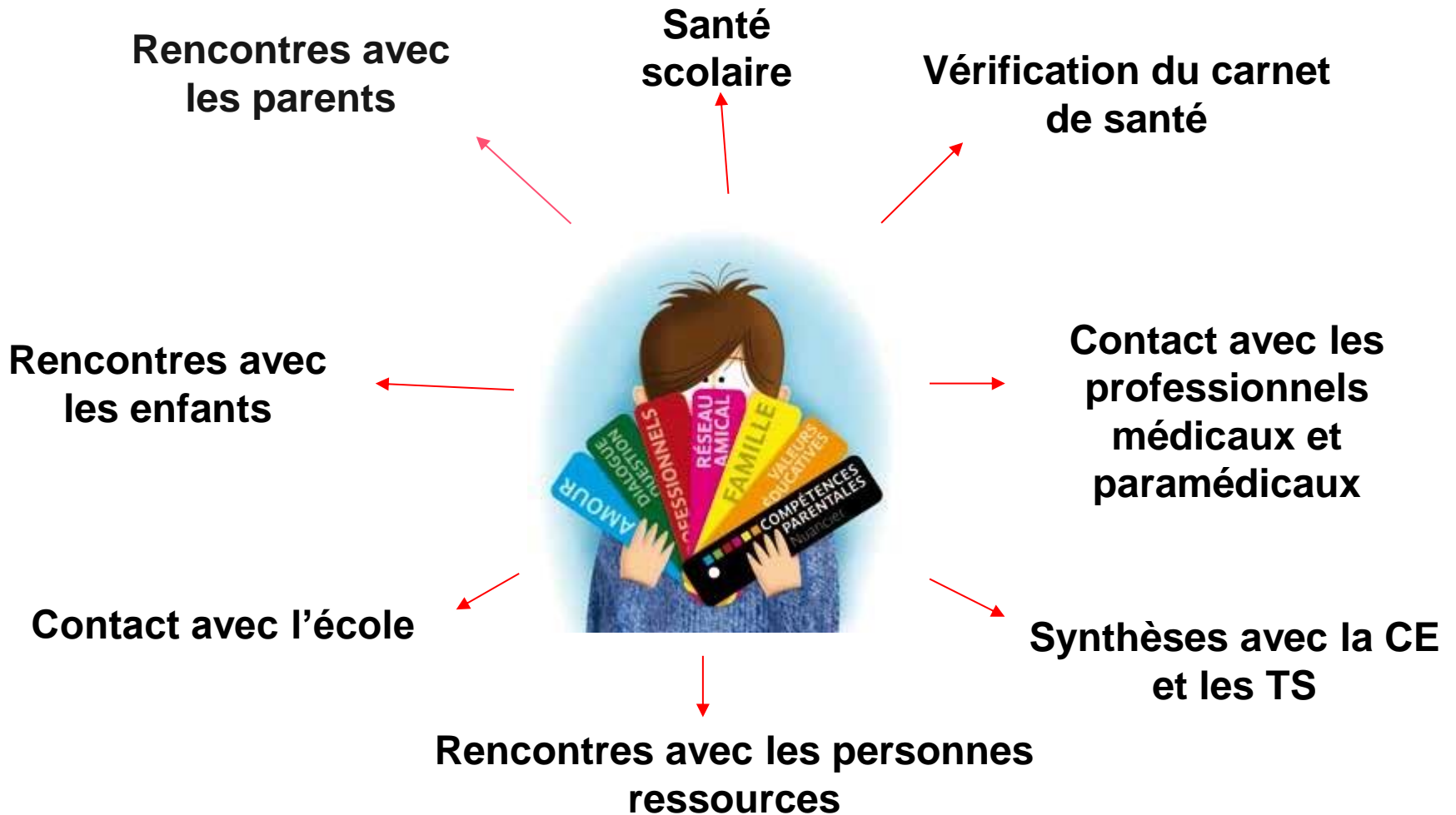
3 mois

Rapport commission de régulation

Pas de danger
Sans suite, aide amiable possible

danger
signalement PROCUREUR

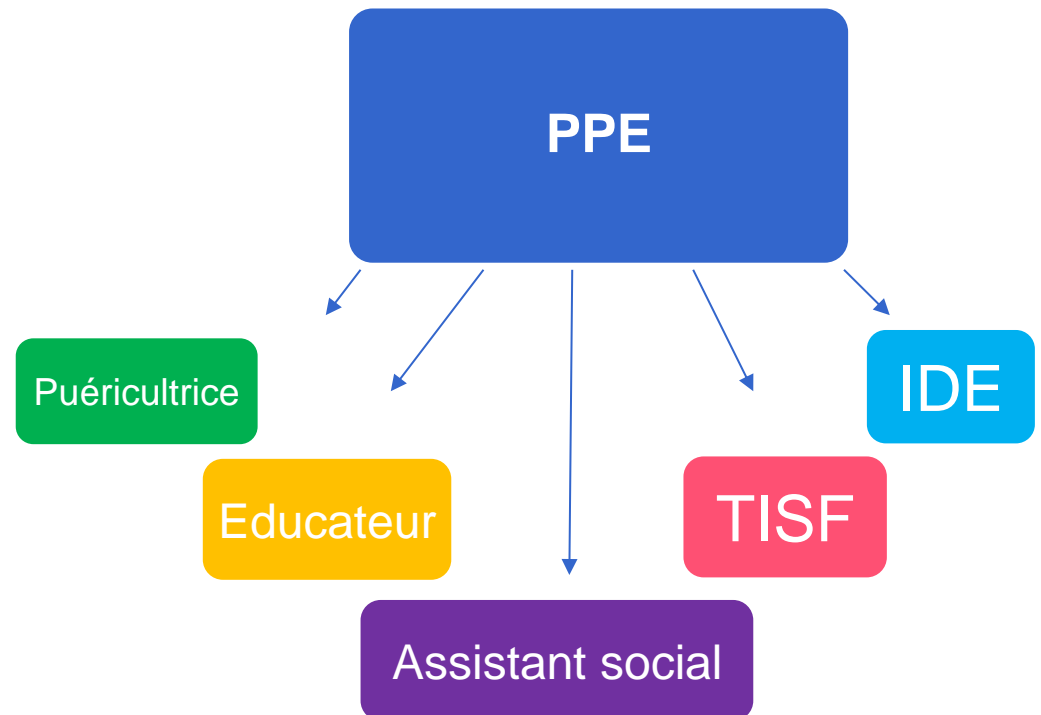
Protection de l'enfance



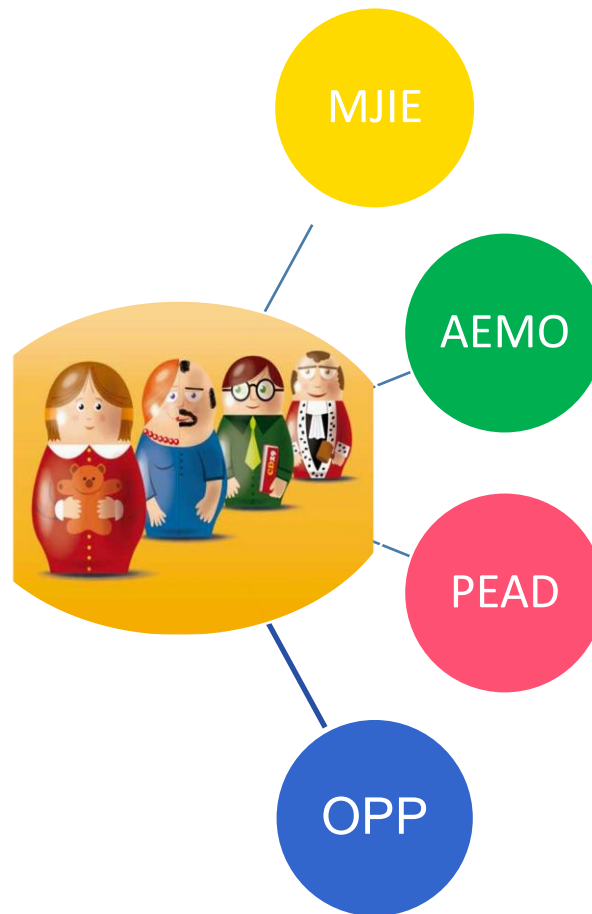
Protection de l'enfance – aide amiable



Sans suite avec
mise à
disposition du
service



Protection de l'enfance – mesures judiciaires



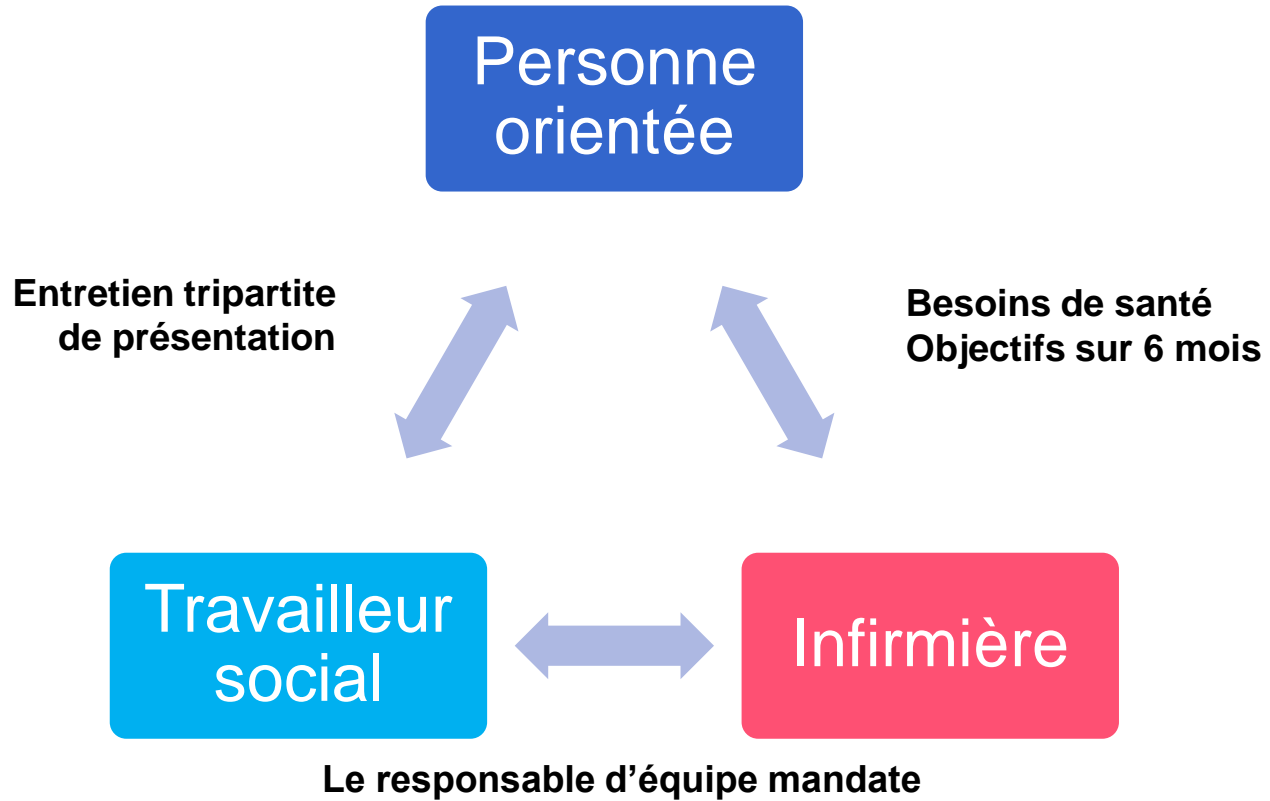
- ✓ loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 Juillet 1998 article 67
- ✓ Public démunis
- ✓ Accès à la prévention et aux soins

Lien Équipe Pluridisciplinaire

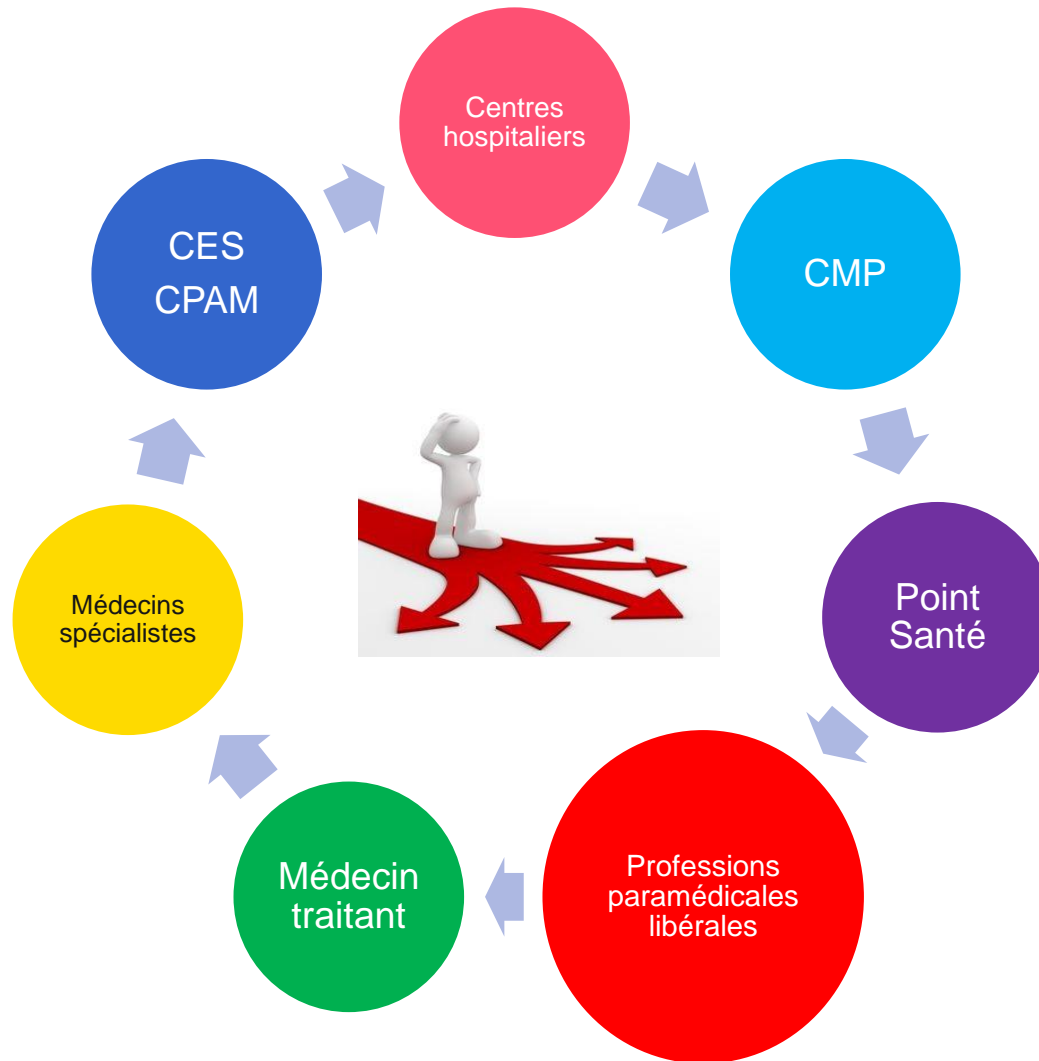
INDIVIDUEL

COLLECTIF

Suivi individuel



INSERTION – partenaires médicaux



INSERTION – partenaires



ACTION COLLECTIVES



- Code de l'action sociale et des familles:

Art 232-1 et suivants: [LOI n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie](#)

Aide aux aidants aide au répit en cas de maladie de l'aidant sur présentation de facture

Pour qui ?

- Plus de 60 ans
- Perte d'autonomie



Comment ?

- Évaluation de la dépendance
- Dossier complet adressé au CD29

APA – questionnaire familial

ACTIVATION

La personne vit seule : oui non

sous protection juridique (*tutelle ou curatelle*) : oui non non

La personne a des visites régulières : oui non

au moins une fois par semaine) non

La personne est aidée par la famille oui non non

La personne est aidée par une personne extérieure oui non non

Si oui : - Une aide à domicile d'une association oui non non

Une aide à domicile payée directement oui non

Un service de soins oui non

Cette aide est-elle suffisante ? La personne oui non nbre d'heures / sem _____

rrectement non _____ nbre d'heures / sem _____

avec lunettes si besoin) oui _____ nbre d'heures / sem _____

La personne entend correctement oui _____

avec appareil si besoin) oui _____ sem _____

La personne parle correctement aveugle

La personne a d'autres moyens pour se faire sourde

entendre (*écriture, gestes...*) _____ pas du tout

MOUVEMENTS - Ce n'est pas marcher, mais simplement changer de position : lever/coucher d'un lit, assis/debout d'une chaise.

Changement de position, même avec une aide technique (potence, déambulateur, siège releveur, lit médicalisé...)

La personne se lève-t-elle seule de son lit ? oui non parfois La personne se lève-t-elle seule dans son lit ? oui non parfois La personne se lève-t-elle d'une chaise ? oui non parfois La personne s'assied-elle seule sur une chaise ? oui non parfois

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

MOUVEMENTS EXTÉRIEURS

La personne se déplace-t-elle seule à l'extérieur sans moyen de transport ? oui La non

peut-elle utiliser seule un moyen de transport ? oui non

MOUVEMENTS INTÉRIEURS - Marcher seul, sans aide ou avec une canne ou un déambulateur. C'est aussi rouler seul sur un fauteuil.

Lieu est constitué des pièces de vivre : chambre, cuisine ou salle à manger, salle de bain, W.C., couloir, boîte aux lettres, local poubelle.

La personne se déplace-t-elle seule à l'intérieur ? oui non certaines pièces citées

La personne tombe-t-elle ? oui non plus d'1 fois / semaine

La personne utilise-t-elle : - une canne oui non

- un déambulateur oui non

- un fauteuil roulant oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

ACTIVATION

On ne tient pas compte de la toilette du dos seul ou du shampoing, des soins de manucurie, de pédicurie, ni du broissage des dents

La personne fait seule sa toilette, de manière satisfaisante et sans incitation ?

- Le haut du corps (*visage, rasage, torse, aisselles, mains, bras*) oui non en partie

- Le bas du corps (*toilette intime, pieds, jambes*) oui non en partie La personne prépare-t-elle seule ses affaires de toilette ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

COMMUNICATION A DISTANCE

La personne peut-elle utiliser seule un téléphone, une alarme, une sonnette ? oui non

ÉLIMINATION URINAIRE

La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées le jour ? La personne a-t-elle des pertes d'urine incontrôlées la nuit ? oui oui oui

La personne porte-t-elle des protections ? La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui non

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

ÉLIMINATION DES SELLES

La personne a-t-elle des pertes fécales incontrôlées ? oui La personne s'essuie-t-elle correctement ? non

La personne porte-t-elle des protections ? oui La personne change-t-elle SEULE ses protections ? oui

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

HABILITAGE - On ne tient pas compte des bas à varices ni des chaussettes de contention

La personne s'habille-t-elle de manière satisfaisante :

- Le haut du corps (*chemise, pull, etc.*) oui

- Le bas du corps oui

(*slip, collants, chaussettes, chaussures, pantalon, jupe...*)

- Boutonnage, lacets, ceintures, bretelles... oui Sort-elle seule ses vêtements ? oui

Change-t-elle seule de linge quand il est sale ? oui Qui apporte une aide en cas de besoin ?

Précisez la fréquence : _____

DÉSHABILLAGE

La personne se déshabille-t-elle seule ? oui non en partie

Qui apporte une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence : _____

ACTIVATION

APA – questionnaire familial

NTATION - On part du principe que, comme dans les restaurants, les plats sont sur la table

- La personne peut-elle se servir seule ? oui non en partie
- (couper la viande, se servir à boire, peler un fruit, ouvrir un yaourt, prendre du pain)*
- La personne doit-elle être stimulée pour se servir ? oui non
- La personne mange-t-elle seule ? oui non en partie
- La personne mange-t-elle proprement ? oui non
- La personne doit-elle être stimulée pour manger ? oui non parfois
- La personne a-t-elle des difficultés pour avaler (*fausse route*) ? oui non
- Si oui, fréquence

Qui apporte

une aide en cas de besoin ? Précisez la fréquence :

RENCE

Comportement

- personne gère-t-elle ses papiers et ses rendez-vous ? oui non
- a personne se met-elle en danger ? oui non
- personne a-t-elle des réactions inadaptées (*violence, cris, replis sur soi...*) ? oui non
- personne a-t-elle souvent « les idées embrouillées » ? oui non

Communication

- a personne peut-elle téléphoner ? oui non
- personne comprend-elle les phrases simples ? oui non
- personne peut-elle exprimer des besoins simples ? oui non

Mémoire

- personne oublie-t-elle souvent des faits récents ? oui non
- a personne doit-elle être guidée pour des tâches simples qu'elle faisait seule auparavant ? oui non

Précisions :

NTATION

- personne se retrouve-t-elle chez elle ? oui non
- personne différencie-t-elle bien le jour de la nuit, le matin de l'après-midi ? oui non
- personne connaît-elle les heures des repas ? oui non
- personne repère-t-elle les visites régulières (famille, aide à domicile ...) ? oui non
- personne se repère-t-elle dans de nouveaux lieux ? oui non

Précisions :

APA- questionnaire paramédical



Allocation personnalisée d'autonomie - APA

Questionnaire paramédical Évaluation d'autonomie

Formulaire soumis au secret
professionnel
à renseigner par un
intervenant (paramédical, ...)

N de DOSSIER

à domicile

(à compléter par le service APA)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'AIDE EST SOLLICITÉE

PERSONNE CONCERNÉE

M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : | | | | | | | |

Adresse :

.....

Téléphone :

PERSONNE À CONTACTER

M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

Téléphone : | | | | | | | |

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : | | | | | | | |

COORDONNÉES DES INTERVENANTS PARAMÉDICAUX

M. M^{me}

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : | | | | | | | |

INTERVENANTS EXTÉRIEURS

Infirmiers(ères) et/ou Service de soins OUI NON Fréquence :

Surveillance thérapeutique Soins d'hygiène Autres

APA- questionnaire paramédical

Kinésithérapeute OUI NON Fréquence :

Autres :

Cette demande fait-elle suite à une hospitalisation récente ? OUI NON

La situation est-elle susceptible d'évoluer ? OUI NON

GRILLE AGGIR

Activités réalisées par la personne seule

Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies

| | S : Spontanément | | T : Totalment | | C : Correctement | | H : Habituellement | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
| | Fait seul | Ne fait pas | S | T | C | H | H | |
| 1- Transferts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2- Déplacements à l'intérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3-Toilette | haut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | bas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 4-Élimination | urinaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | fécale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 5-Habillage | haut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | moyen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | bas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 6-Cuisine | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 7-Alimentation | se servir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| | manger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 8-Suivi du traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9-Ménage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10-Alerter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11-Déplacements à l'extérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12-Transports | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13- Activités du temps libre | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14-Achats | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15-Gestion | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16-Orientation | dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17-Cohérence | communication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires

SIGNATURE ET CACHET du professionnel

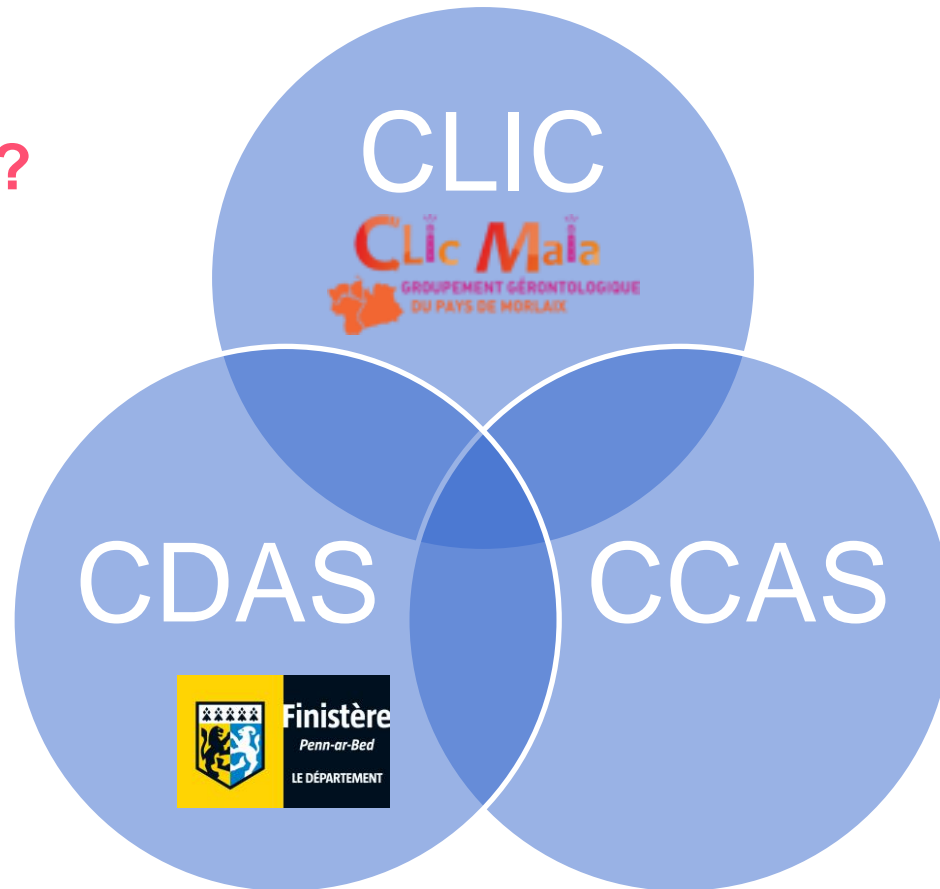
Coordonnées exactes :

Date : le / /

Le montant, la participation ?

- GIR
- Ressources

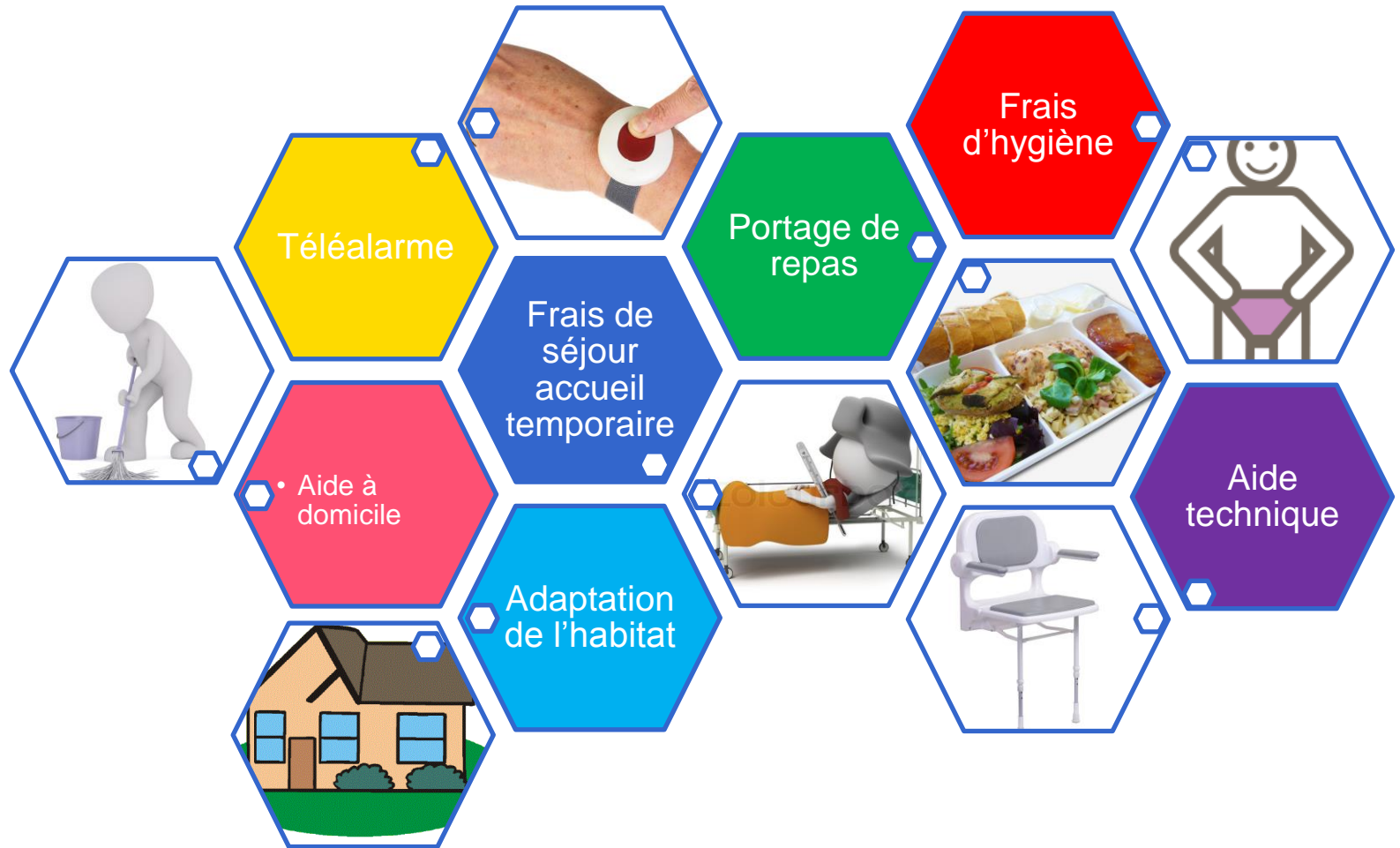
A qui
s'adresser ?



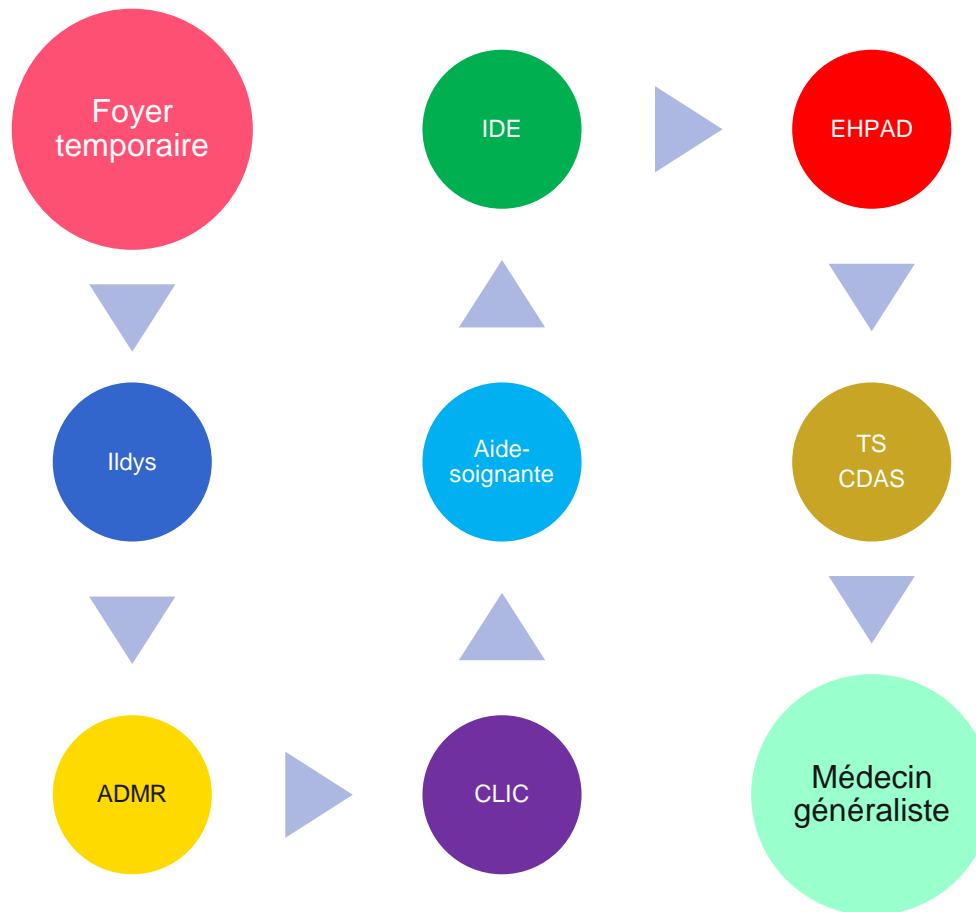
GIR

1. 1737,17 € mensuel
2. 1394,86 € mensuel
3. 1007,83 € mensuel
4. 672,26 € mensuel

APA – aides possibles



APA - partenaires



Compétences nécessaires

- Autonomie : organisation
- Travail en équipe et en réseau
- Ecoute, empathie

Questions ?