

ATTESTATION DE SOINS INFIRMIERS

Lieu : _____ Date : _____

Informations du Patient :

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Informations de l'Infirmier(e) :

Nom et Prénom : _____

Numéro d'identification professionnelle (RPPS) : _____

Adresse professionnelle : _____

Téléphone professionnel : _____

Soins Réalisés :

Liste détaillée des soins infirmiers effectués, incluant notamment :

- Surveillance des constantes vitales (température, tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène)
- Soins de plaies, pansements et traitements locaux
- Injections (intradermiques, sous-cutanées, intramusculaires)
- Pose et surveillance de perfusions
- Soins d'hygiène et confort
- Aide à la mobilisation et rééducation
- Administration de médicaments oraux ou autres selon prescription
- Education thérapeutique et conseils d'hygiène de vie
- Tout autre soin spécifique au cas du patient conformément aux prescriptions médicales

Observations Complémentaires :

Signature de l'Infirmier(e) : _____

Signature du Patient ou Représentant Légal : _____

Signature de l'Infirmier(e)

Signature du Patient / Représentant légal

Signature : _____

Signature : _____

Source originale de ce document :

<https://juridique-administration.com/attestation-de-soins-infirmiers/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://juridique-administration.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.