

Chirurgie :
Prénom :
Nom :
Date de naissance : / /



ou coller l'étiquette patient

JOURNAL DE BORD DU PATIENT

Evaluation globale de la prise en charge avant l'opération

J'ai reçu la plaquette, documents **d'information RAAC** Oui Non NSP
(RAAC : Réhabilitation améliorée après chirurgie, NSP : ne sait pas, ne se souvient plus)

Concernant **l'intervention**, un objectif de reprise d'activité ou d'autonomie avait-il été établi avec votre chirurgien ? (exemple: reprise des activités avec les deux mains, combien de semaines de rééducation seront nécessaires, ...) Oui Non NSP

Si OUI merci de le rappeler

J'ai obtenu de renseignements complémentaires..... Oui Non

J'ai respecté la recommandation **d'arrêter de fumer** au moins 3 semaines avant mon intervention chirurgicale Oui Non Partiellement Non concerné(e)

J'ai suivi les conseils/effectué mes séances **de préparation physique** avant mon intervention chirurgicale Oui Partiellement Non Non concerné(e)

Chez le kiné Kiné à domicile En auto rééducation

Je sais faire exercices respiratoires : Oui Partiellement Non Non concerné(e)

Auto –évaluation de mon état de santé

Comment évalueriez-vous l'utilisation de votre épaule dans vos activités quotidiennes ? Sur une échelle de 1 (Très mauvaise) à 5 (Excellente) 1 2 3 4 5

Comment évalueriez-vous votre état physique et ? Sur une échelle de 1 (Très mauvais) à 5 (Excellent) 1 2 3 4 5

Comment évalueriez-vous votre **qualité de vie** ? Sur une échelle de 1 (Très mauvaise) à 5 (Excellente) 1 2 3 4 5

J'ai bu le produit prescrit destiné à améliorer mes **défenses immunitaires** :
 Oui Partiellement Non Non concerné(e)

J'ai pu boire la totalité du **liquide sucré** qu'on m'a délivré, la veille de ma venue à l'hôpital Oui Non *Si non :* Je n'en ai bu qu'une partie Je n'ai pas pu le boire
 Non concerné(e)

J'ai renforcé le **brossage des dents** 48h avant l'hospitalisation 6 fois par jour pendant 5 minutes Oui Non Partiellement Non concerné(e)

Aviez-vous de la **fièvre/toux** avant de venir à l'hôpital? Oui Non

Chirurgie :
Prénom :
Nom :
Date de naissance : / /



ou coller l'étiquette patient

Evaluation globale de mon état du 1^{er} au 8^{ème} jour après la sortie de l'hôpital

Objectif quotidien : ne pas rester au lit marcher et faire la rééducation

Séances de rééducation

En centre de rééducation Chez le kiné Kiné à domicile En auto- rééducation
Fréquence 1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois/semaine autre

Evaluation nutritionnelle

J'ai mangé: Bien Peu Pas du tout Préciser le/les jours.....
J'ai bu : Bien (min 1 litre), Assez (un demi litre), Peu, Pas du tout

Evaluation de la douleur

Au repos : Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur a été de

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Combien de jour(s) après la sortie de l'hôpital la douleur a-t-elle été la plus forte ?
Combien de temps cette douleur a-t-elle duré (en minutes) ?

En mouvements (pendant kinésithérapie) Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur a été de

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10.....

Combien de jour(s) après la sortie de l'hôpital
Combien de temps par jour cette douleur a-t-elle duré (en min) ?

Evaluation de l'état de la cicatrice par : l'infirmière le Médecin moi-même

A quel jour après l'intervention 1 2 J3 J 4 J 5 6 7 8

Si la cicatrice est : inflammatoire avec écoulement Désunion

Merci de préciser la date d'observation

Hématome Oui Non. Si oui, préciser taille et localisation, date d'apparition.....

Evaluation médicamenteuse

J'ai eu des nausées Oui Non NSP. Si oui, combien de temps

J'ai vomi Oui Non NSP. Si oui combien de temps

Antalgiques prescrits pris Oui Non Partiellement

Ont-ils été suffisants Oui Non

Chirurgie :
Prénom :
Nom :
Date de naissance : / /



ou coller l'étiquette patient

Evaluation globale de mon état J+30 Après la sortie de l'hôpital (avant la consultation avec le chirurgien)

Evaluation de complications post-opératoires

J'ai dû consulter en urgence pour un problème lié à mon intervention :
un médecin généraliste aux urgences une infirmière autre (préciser)

J'ai été hospitalisé pour un problème lié à mon intervention Oui Non.

Si oui préciser le nom de l'établissement.....

Date d'hospitalisation Détailler le problème svp

Evaluation de la douleur

Au repos : Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur a été de

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Combien de jour(s) après la sortie de l'hôpital la douleur a-t-elle été la plus forte ?

Combien de temps cette douleur a-t-elle duré (en minutes) ?

En mouvements (pendant kinésithérapie) Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur a été de

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10.....

Combien de jour(s) après la sortie de l'hôpital

Combien de temps par jour cette douleur a-t-elle duré (en min) ?

Evaluation médicamenteuse

Antalgiques prescrits pris Oui Non Partiellement

Ont-ils été suffisants Oui Non

Séances de rééducation En centre de rééducation Chez le kiné Kiné à domicile
 Auto-rééducation

Fréquence : 1 fois par jour 2 fois par jour autre.....

Evaluation de la satisfaction globale à 30j. Sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait/mauvais) à 5 (tout à fait satisfait/excellent) :

Comment évalueriez-vous l'utilisation de votre épaule dans vos activités quotidiennes ?

1 2 3 4 5

Comment évalueriez-vous votre qualité de vie ?

1 2 3 4 5

Quelle est votre opinion générale sur votre prise en charge RAAC

1 2 3 4 5

Mes objectifs de récupération décidés avec l'équipe chirurgicale et soignante :

1. N'ont pas été atteints 2. Ont été atteints seulement en partie 3. Ont été atteints en totalité Si réponse 1. ou 2. expliquez-nous pourquoi

.....
.....

Chirurgie :
Prénom :
Nom :
Date de naissance : / /



ou coller l'étiquette patient

Evaluation globale de mon état J+60 après la sortie de l'hôpital (avant la consultation avec le chirurgien)

Evaluation de complications post-opératoires

J'ai dû consulter en urgence pour un problème lié à mon intervention :
un médecin généraliste aux urgences une infirmière autre (préciser)

J'ai été hospitalisé pour un problème lié à mon intervention Oui Non.

Si oui préciser le nom de l'établissement.....

Date d'hospitalisation Détailler le problème svp

Evaluation de la douleur

Au repos : Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur a été de

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Combien de jour(s) après la sortie de l'hôpital la douleur a-t-elle été la plus forte ?

Combien de temps cette douleur a-t-elle duré (en minutes) ?

En mouvements (pendant kinésithérapie) Sur une échelle de 0 à 10, mon plus haut niveau de douleur a été de

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10.....

Combien de jour(s) après la sortie de l'hôpital

Combien de temps par jour cette douleur a-t-elle duré (en min) ?

Evaluation médicamenteuse

Antalgiques prescrits pris Oui Non Partiellement

Ont-ils été suffisants Oui Non

Séances de rééducation En centre de rééducation Chez le kiné Kiné à domicile
 Auto-rééducation

Fréquence : 1 fois par jour 2 fois par jour autre.....

Evaluation de la satisfaction globale à 60j. Sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait/mauvais) à 5 (tout à fait satisfait/excellent) :

Comment évalueriez-vous l'utilisation de votre épaule dans vos activités quotidiennes ?

1 2 3 4 5

Comment évalueriez-vous votre qualité de vie ?

1 2 3 4 5

Quelle est votre opinion générale sur votre prise en charge RAAC

1 2 3 4 5

Mes objectifs de récupération décidés avec l'équipe chirurgicale et soignante :

1. N'ont pas été atteints 2. Ont été atteints seulement en partie 3. Ont été atteints en totalité Si réponse 1. ou 2. expliquez-nous pourquoi

.....
.....

Chirurgie :
Prénom :
Nom :
Date de naissance : / /



ou coller l'étiquette patient

Commentaires sur le séjour, autre

.....
.....
.....
.....