

Bilan Infirmier d'Entrée en détention

NOM :
Prénom :
Né(e) le :

Vu(e) le :
Par :
Signature :

N.P.*	1. Informations sociales		Oui	Non	Remarques
A*	1.1	Nationalité			
	1.2	Langue parlée			
B*	1.3	Etat civil			
	1.4	Avez-vous déjà été incarcéré ?	Oui	Non	Où ?
	1.5	Avez-vous des enfants ?	Oui	Non	Combien ?
C*	1.6	Avez-vous un logement fixe ?	Oui	Non	Où ?
	1.7	Avez-vous une activité professionnelle ?	Oui	Non	Laquelle ?
			Oui	Non	Actuellement ?

N.P.	2. Auto-évaluation	
A	2.1	Dans l'ensemble comment jugez-vous votre santé au cours des deux dernières semaines ? <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Pas de réponse

N.P.	3. Santé physique		Oui	Non	Remarques
A	3.1	Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	Oui	Non	Laquelle ?
	3.2	Avez-vous de l'asthme ?	Oui	Non	Traitement ?
	3.3	Vous sentez-vous actuellement malade ou avez-vous des douleurs ?	Oui	Non	De quelle partie du corps ? Est-ce à la suite d'un accident ?
	3.4	Avez-vous des allergies ? (aliments, médicaments, pollens, ...)	Oui	Non	A quoi ? Qu'est-ce que ça vous fait ?
	3.5	Femme : êtes-vous enceinte ?	Oui	Non	Depuis quand ?

N.P.	4. Dépistage de la tuberculose		Oui	Non	Remarques
A	4.1	Est-ce que vous tousez ?	Oui	Non	
		Depuis plus de 3 semaines ?	Oui	Non	
	4.2	Quand vous tousez, est-ce que vous crachez ?	Oui	Non	Du sang ?
	4.3	Avez-vous perdu du poids lors des 3 derniers mois ?	Oui	Non	Combien de kg ? Selon vous pourquoi ?
	4.4	Est-ce que vous transpirez beaucoup pendant la nuit ?	Oui	Non	
	4.5	Avez-vous été traité contre la tuberculose ?	Oui	Non	Quand ? Combien de temps ?
	4.6	Une personne de votre famille/entourage a-t-elle eu la tuberculose ?	Oui	Non	
	4.7	Où habitiez-vous les 6 derniers mois ?			

N.P.	5. Santé mentale		Oui	Non	Remarques
A	5.1	Vous sentez-vous très tendu, angoissé ?	Oui	Non	
	5.2	Avez-vous déjà été soigné par un psychiatre ou un psychologue ?	Oui	Non	Quand ? Où ? Son nom ?
		Pour quel problème ? Est-ce que le psychiatre vous a proposé un diagnostic ?			
		Avez-vous reçu des médicaments pour cela ?	Oui	Non	Lesquels ?
		Avez-vous été hospitalisé pour cela ?	Oui	Non	Quand ? Où ?
	5.3	Dans votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? (dans le but de mourir)	Oui	Non	
B	5.4	Durant l'année écoulée, vous est-il arrivé de vous faire du mal physiquement ?	Oui	Non	
A	5.5	Savez-vous si le juge a pris une décision particulière concernant votre suivi médical ?	Oui	Non	Laquelle ?

N.P.	6. Violences		Oui	Non	Remarques
A	6.1	Avez-vous récemment subi des violences ?	Oui	Non	
	6.2	Si oui, cela s'est-il produit avec les autorités ?	Oui	Non	
B		Si oui, cela s'est-il produit avec quelqu'un de votre famille/entourage ?	Oui	Non	
A	6.3	Etes-vous d'accord qu'un médecin fasse un constat des lésions ?	Oui	Non	
B	6.4	Avez-vous été impliqué vous-même récemment comme auteur de violence ?	Oui	Non	Quand ?
	6.5	Dans votre passé, avez-vous vécu des violences qui vous font souffrir encore aujourd'hui ?	Oui	Non	Aimeriez-vous en parler avec un soignant lors d'un prochain entretien ?

N.P.	7. Abus de substances		Oui	Non	Remarques
	Tabac – cannabis				
A	7.1	Fumez-vous au moins 1 cigarette / jour ?	Oui	Non	Combien ?
	7.2	Avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? essayé ?	Oui	Non	
	7.3	En liberté, prenez-vous du cannabis au moins 2x/sem. ?	Oui	Non	Combien ? Quand pour la dernière fois ?
	Alcool : questionnaire AUDIT-C				
A	7.4	A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool ? <input type="checkbox"/> ₀ jamais <input type="checkbox"/> ₁ ≤ 1x/mois <input type="checkbox"/> ₂ 2-4x/mois <input type="checkbox"/> ₃ 2-3x/sem. <input type="checkbox"/> ₄ ≥ 4x/sem.			
	7.5	En général, combien de verres buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ? <input type="checkbox"/> ₀ 1-2 <input type="checkbox"/> ₁ 3-4 <input type="checkbox"/> ₂ 5-6 <input type="checkbox"/> ₃ 7-9 <input type="checkbox"/> ₄ 10 ou plus			
	7.6	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus ? <input type="checkbox"/> ₀ jamais <input type="checkbox"/> ₁ < 1x/mois <input type="checkbox"/> ₂ 1x/mois <input type="checkbox"/> ₃ 1x/sem. <input type="checkbox"/> ₄ > 1x/sem.			
		Consommation excessive ?	Oui	Non	(hommes : ≥5 ; femmes : ≥4 points)
	7.7	Si buveur excessif : quand avez-vous bu de l'alcool pour la dernière fois ?			
	Cocaïne – opiacés – benzodiazépines – autres				
A	7.8	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de la cocaïne ?	Oui	Non	
		Comment ? (sniffée, fumée/basée, injectée)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	7.9	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	7.10	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de l'héroïne ou de la méthadone au noir ?	Oui	Non	
		Comment ? (sniffée, fumée, injectée, bue)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	7.11	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	7.12	Avez-vous reçu un traitement de méthadone ou une autre substitution ?	Oui	Non	Jusqu'à quand ? Par qui ? OK pour contact ? (DELIE !)
	7.13	Avez-vous bénéficié d'un test de dépistage pour les hépatites et le VIH ?	Oui	Non	Quand ? Où ? OK pour copie de résultat ? (DELIE !)
	7.14	Etes-vous vacciné contre les hépatites ?	Oui	Non	Carnet de vaccination ?
	7.15	En liberté, prenez-vous régulièrement des médicaments calmants sans suivi médical ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?
B	7.16	En liberté, consommez-vous régulièrement d'autres produits ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?

N.P.	8. Vaccinations		Oui	Non	Remarques
C	8.1	Savez-vous si vos vaccins sont à jour ?	Oui	Non	
	8.2	Avez-vous un carnet de vaccination accessible ?	Oui	Non	Va le faire amener ?
	8.3	Aimeriez-vous que nous complétions vos vaccinations pendant votre séjour ?	Oui	Non	

N.P.		9. Médication quotidienne			
A					
	9.1	Avez-vous pris ce qu'il vous faut pour aujourd'hui ?	Oui	Non	
	9.2	Vos médicaments sont-ils dans vos bagages ?	Oui	Non	

N.P.		10. Suivi médical			
A	10.1	Etes-vous suivi pour votre santé en liberté ?	Oui	Non	Par qui ? Où ?
	10.2	Nous autorisez-vous à le/la/les contacter pour compléter les informations ?	Oui	Non	DELIE !

N.P.		11. Compléments					
	Eléments d'examen clinique :						
	Pouls	TA	T°	Poids	Taille	BMI	
	EVA	Glycémie					
	Autres :						
	Médicaments remis durant l'évaluation :						
	Remarques :						

*N.P. : Niveau de priorité (**A** : à remplir obligatoirement pour tous les détenus, dans toutes les institutions ; **B** : recommandé, **C** : optionnel).

Bilan Infirmier d'Entrée – après changement de lieu détention (transfert)

NOM :
Prénom :
Né(e) le :

Vu(e) le :
Par :
Signature :

N.P.*	1. Informations sociales		Oui	Non	Remarques
A *	1.1	Nationalité			
	1.2	Langue parlée			
B *	1.3	Etat civil			
		Conséquence de l'incarcération sur le couple ?	Oui	Non	
	1.4	Avez-vous des enfants ?	Oui	Non	Combien ?
C *	1.5	Avez-vous un logement fixe ?	Oui	Non	Où ?
	1.6	Avez-vous une activité professionnelle ?	Oui	Non	Laquelle ? Encore sous contrat ?

N.P.	2. Auto-évaluation et santé physique				
A	2.1	Dans l'ensemble comment jugez-vous votre santé <u>au cours des deux dernières semaines</u> ? <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Pas de réponse			
	2.2	Ressentez-vous actuellement un problème de santé physique ?	Oui	Non	Lequel ? Est-ce à cause d'un accident ?
	2.3	Femme : avez-vous des règles régulières ?	Oui	Non	Pourriez-vous être enceinte ?

N.P.	3. Santé mentale				
A	3.1	Vous sentez-vous très tendu, angoissé ?	Oui	Non	
	3.2	Avez-vous déjà été soigné par un psychiatre ou un psychologue ?	Oui	Non	Qui ? Où ? OK pour contact ? (DELIE !)
		Pour quel problème ? Est-ce que le psychiatre vous a proposé un diagnostic ?			
		Avez-vous reçu des médicaments pour cela ?	Oui	Non	Lesquels ?
		Avez-vous été hospitalisé pour cela ?	Oui	Non	Quand ? Où ? OK pour copie de rapport ? (DELIE !)
	3.3	Dans votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	Oui	Non	Quand ?
B	3.4	Durant l'année écoulée, vous est-il arrivé de vous faire du mal physiquement ?	Oui	Non	Comment ? Quand ?
A	3.5	Savez-vous si le juge a pris une décision particulière concernant votre suivi médical ?	Oui	Non	Laquelle ?

N.P.	4. Violences				
A	4.1	Avez-vous été récemment victime de violence ?	Oui	Non	
	4.2	Si oui, cela s'est-il produit avec les autorités ?	Oui	Non	
B		Si oui, cela s'est-il produit avec quelqu'un de votre famille/entourage ?	Oui	Non	Qui ?
A	4.3	Etes-vous d'accord qu'un médecin fasse un constat des lésions ?	Oui	Non	
B	4.4	Avez-vous été impliqué vous-même récemment comme auteur de violence ?	Oui	Non	Quand ?
	4.5	Dans votre passé, avez-vous vécu des violences qui vous font souffrir encore aujourd'hui ?	Oui	Non	Aimeriez-vous en parler avec un soignant lors d'un prochain entretien ?




N.P.	5. Abus de substances		Oui	Non	Remarques
	Tabac – cannabis				
A	5.1	Fumez-vous au moins 1 cigarette / jour ?	Oui	Non	Combien ?
	5.2	Avez –vous déjà pensé à arrêter de fumer ? essayé ?	Oui	Non	
	5.3	En liberté, prenez-vous du cannabis au moins 2x/sem. ?	Oui	Non	Combien ? Quand pour la dernière fois ?
	Alcool : questionnaire AUDIT-C				
A	5.4	En liberté, à quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool ? <input type="checkbox"/> ₀ jamais <input type="checkbox"/> ₁ ≤ 1x/mois <input type="checkbox"/> ₂ 2-4x/mois <input type="checkbox"/> ₃ 2-3x/sem. <input type="checkbox"/> ₄ ≥ 4x/sem.			
	5.5	En général, combien de verres buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ? <input type="checkbox"/> ₀ 1-2 <input type="checkbox"/> ₁ 3-4 <input type="checkbox"/> ₂ 5-6 <input type="checkbox"/> ₃ 7-9 <input type="checkbox"/> ₄ 10 ou plus			
	5.6	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus ? <input type="checkbox"/> ₀ jamais <input type="checkbox"/> ₁ < 1x/mois <input type="checkbox"/> ₂ 1x/mois <input type="checkbox"/> ₃ 1x/sem. <input type="checkbox"/> ₄ > 1x/sem.			
		Consommation excessive ?	Oui	Non	(hommes : ≥5 ; femmes : ≥4 points)
	Cocaïne – opiacés – benzodiazépines				
A	5.8	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de la cocaïne ?	Oui	Non	
	5.9	Comment ? (sniffée, fumée/basée, injectée)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	5.10	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	5.11	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de l'héroïne ou de la méthadone au noir ?	Oui	Non	
	5.12	Comment ? (sniffée, fumée, injectée, bue)	Oui	Non	Prise de risque (m. infectieuse) ?
	5.13	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
	5.14	Avez-vous reçu un traitement de méthadone ou une autre substitution ?	Oui	Non	Jusqu'à quand ? Par qui ?
	5.15	Avez-vous bénéficié d'un test de dépistage pour les hépatites et le VIH ?	Oui	Non	Quand ? Où ? OK pour copie de résultat ? (DELIE !)
	5.16	Etes-vous vacciné contre les hépatites ?	Oui	Non	Carnet de vaccination ?
5.17	En liberté, prenez-vous régulièrement des médicaments calmants sans contrôle médical ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?	
	6. Vaccinations				
C	6.1	Savez-vous si vos vaccins sont à jour ?	Oui	Non	
	6.2	Avez-vous un carnet de vaccination accessible ?	Oui	Non	Va le faire parvenir ?
	6.3	Aimeriez-vous que nous complétions vos vaccinations pendant votre séjour ?	Oui	Non	
	7. Médication quotidienne				
A					
	7.1	Avez-vous reçu votre traitement aujourd'hui ?	Oui	Non	

N.P. 8. Suivi médical					
B	8.1	Etes-vous suivi pour votre santé en liberté ?	Oui	Non	Par qui ? Où ?
	8.2	Nous autorisez-vous à le/la/les contacter pour compléter les informations ?	Oui	Non	DELIE !

N.P. 9. Compléments					
Eléments d'examen clinique :					
Pouls	TA	T°	Poids	Taille	BMI
EVA	Glycémie				
Autres :					
Médicaments remis durant l'évaluation :					
Remarques :					

*N.P. : Niveau de priorité (**A** : à remplir obligatoirement pour tous les détenus, dans toutes les institutions ; **B** : recommandé, **C** : optionnel).

**Entbindung vom Berufsgeheimnis gegenüber der Leitung der Institution /
 Levée du secret professionnel envers la direction de l'établissement**

Service médical de : Medizinischer Dienst von:		Entbindung vom Berufsgeheimnis gegenüber der Leitung der Institution Levée du secret professionnel envers la direction de l'établissement
		
		
		

Der Unterzeichnete,geb.,
 z.Zt. in der Anstalt,
 erklärt sich einverstanden, dass die folgenden Informationen:

 an die Leitung der Anstalt übermittelt werden dürfen.

Er befreit den medizinischen Dienst der oben genannten Anstalt zu diesem Zweck ausdrücklich vom Arztgeheimnis (nur für diese Informationen).

Ort, Datum:Unterschrift des Patienten:




Le soussigné, né le,
 actuellement incarcéré dans l'Etablissement,
 consent que les informations suivantes :

 soient transmises à la direction de l'établissement susmentionné.

A cet effet il délie le service médical de l'établissement susmentionné du secret médical (uniquement pour ces informations).

Lieu, date :Signature du patient :

Entbindung vom Berufsgeheimnis / Levée du secret professionnel

Service médical de : Medizinischer Dienst von:		Entbindung vom Berufsgeheimnis Levée du secret professionnel
		
		
		

Der Unterzeichnete, geb.,
z.Zt. in der Anstalt,
erklärt sich einverstanden, dass seine medizinischen Akten an

.....

übermittelt werden dürfen.

Er befreit der medizinischer Dienst der oben genannten Anstalt zu diesem Zweck ausdrücklich vom Arztgeheimnis.

Ort, Datum:Unterschrift des Patienten:

Le soussigné, né le,
actuellement incarcéré dans l'Etablissement,
consent que les documents médicaux le concernant soient transmis à :

.....

A cet effet il délie le service médical de l'établissement susmentionné du secret médical.

Lieu, date :Signature du patient :

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR PERSONNE PRIVEE DE LIBERTE PAR UN NON PROFESSIONNEL DE LA SANTE

(détention policière ou à l'entrée en prison si un professionnel de la santé n'est pas présent)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Prenez-vous habituellement un traitement médicamenteux ?

- Oui Si oui : tous les jours
 Non Si oui : j'ai mon traitement sur moi

Souffrez-vous de maladie/douleur(s)/blessure(s) nécessitant une intervention aujourd'hui ?
Dans 2 jours ?

- Oui (aujourd'hui) Oui (dans max. 2 jours)
 Non

Consommez-vous quotidiennement un produit (héroïne, alcool, médicament non prescrit) dont vous risquez d'être en manque ?

- Oui **Facultatif (!) : quel(s) produit(s) ?**
 Non _____

Pensez-vous que vous avez besoin de voir un professionnel de la santé aujourd'hui ?

- Oui **Facultatif (!) : pour quelle raison ?**
 Non _____

Il est obligatoire de proposer ce questionnaire à toute personne privée de liberté. Cette dernière n'est pas obligée de répondre mais doit toujours signer la feuille pour valider le fait qu'on lui a proposé les questions.

Si la personne questionnée répond oui à au moins une des 4 questions, il faut appeler un médecin ou autre professionnel de la santé.




Par ailleurs, toute situation faisant suspecter une atteinte psychique (idées suicidaires, agitation, propos délirants, signes d'intoxication ou de manque à un produit stupéfiant, ...) justifie l'appel à un médecin.

Rempli par : _____ Signature du fonctionnaire : _____

Signature de la personne privée de liberté : _____

Date : _____ Heure : _____

Transmission infirmière

Service médical de :		<h1>Transmission infirmière</h1>
		
		
		

NOM Prénom :	Né le :
--------------------	---------------

Destinataire:

- o Service médical de
- o Hôpital :
- o Autre :

Motif du transfert :

- o Motif lié à la situation judiciaire/disciplinaire.
- o Motif lié à la santé :

Diagnostic(s) infirmier(s) :

.....
.....

Type(s) d'intervention(s) infirmière(s) (groupe thérapeutique, consultation spécialisée, ...) :

.....
.....

Autres professionnels impliqués (généraliste, psychiatre, psychologue, ...) :

Transmissions ciblées au moment du transfert :

.....
.....

Médicaments (Nom, dosage, galénique)	Matin	Midi	Soir	Nuit	Réserve	Stop le

Dernière administration de médicaments :

- o Médicaments du matin donnés.
- o Médicaments du jour, remis pour le transport
- o Substitution d'opiacé : ... doses fournies
- o Ci-joint le traitement complet pour jours.

Autres informations :

- Allergies connues :
- Maladies infectieuses testées et résultats :
- o Psychothérapie ordonnée/volontaire
(*biffer ce qui ne convient pas*)
- o Autre/remarques :




Annexes :

- Copie du bilan d'entrée.
- o Copie des éléments pertinents du dossier médical.
- o Rapport du Dr, en charge du patient.
- o Déclaration de l'accident du
- o Radiographies
- o Carnet de vaccination
- o Transfert de cure de substitution d'opiacé
- o Autres :

Pour le service de soins :

Lieu, date :	NOM, Prénom :
	Signature :

Transmission médicale

Service médical de :		<h1>Transmission médicale</h1>
		
		
		

NOM Prénom :	Né le :
--------------------	---------------

Le patient susnommé a bénéficié d'une prise en charge du au auprès de notre service médical pour un suivi somatique (Dr) psychiatrique (Dr)
 mixte (Dr et Dr).

Diagnosics / problèmes :

Résumé des problèmes pertinents, résolus et actuels :

Examens complémentaires (sérologies, examens radiologiques, ...) : principaux résultats :

Vaccinations :

Suivi ou procédures prévus/à prévoir, rendez-vous déjà pris :

Traitements en cours :

Pour le service médical :

Lieu, date :	NOM, Prénom : Dr
	Signature :