

Oral Care

Fiche journalière de suivi

Informations du patient

Date : ____ / ____ / ____

Cocher la case correspondant à l'heure approximative du début des soins.

Intervention	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	
Toutes les 24 heures																									
Evaluation de l'état de la bouche																									
Toutes les 12 heures																									
Brossage, rinçage et aspiration Dents Langue Gencives Palais																									
Toutes les 2-6 heures																									
Hydratant appliqué dans la bouche et sur les lèvres																									
Soins avancés																									
Rinçage avec solution Saline 0.9% toutes les heures																									
Prescription d'une médication, ex. anti-fongiques																									
Au besoin :																									
Aspiration de la bouche et du pharynx																									
Autres exemples de soins : MTT = manipulation du tube endo-trachéal ST = soins de la trachée ATT = aspiration du tube trachéal																									