



# Carnet de suivi de soins

Outil d'aide non-exclusif à l'évaluation des compétences



NOM, prénom de l'apprenant :

Période du

au

Signature de l'apprenant :

Service de soins :

Élève ambulancier

Date	Soin réalisé	<i>Cocher la case souhaitée</i>	Commentaire	Identité et signature du professionnel
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		

*Exemples de soins réalisés : toilette complète, toilette partielle, habillage-déshabillage, prévention d'escarre, change de protection, pose chaussettes-bas de contention, aide au repas, transfert avec matériel, transfert sans matériel, aide au déplacement, entretien de l'environnement, entretien des locaux, entretien et réarmement des véhicules, gestion du matériel, admission-sortie, communication, glycémie capillaire, utilisation des appareils à but diagnostic, hémocue, mesure des paramètres vitaux, renouvellement de poche et de support de colostomie (si cicatrisée), administration-distribution des traitements selon référentiel, situation d'urgence, ...*

**Cette liste est non exhaustive, chaque soin doit être pertinent et précis**

**Document créé par le groupe G.H.T. Stages 28, V2/20/06/2024**

Date	Soin réalisé	<i>Cocher la case souhaitée</i>	Commentaire	Identité et signature du professionnel
------	--------------	---------------------------------	-------------	--

		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		
		<input type="checkbox"/> Observé <input type="checkbox"/> Non acquis <input type="checkbox"/> En cours d'acquisition <input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> Maitrisé		