

Articulation des missions d'aides et de soins à domicile

		IDE	Aide Soignante	Auxiliaire de vie
URGENCE MEDICALE	Appel des premiers secours	OUI	OUI	OUI
Hygiène	Toilette au lit	OUI	OUI	NON
	Nettoyage matériel des toilettes utilisés par le professionnel paramédical	OUI	OUI	NON
	Aide à la toilette			OUI
	Toilette au lavabo	OUI	OUI	OUI
	Douche	OUI	OUI	OUI
	Rasage (électrique)	OUI	OUI	OUI
	Shampooing	OUI	OUI	OUI
	Capiluve au lit	OUI	OUI	NON
	Habillage	OUI	OUI	OUI
	Entretien ds prothèses dentaires	OUI	OUI	OUI
	Hygiène des yeux, de la bouche, des oreilles	OUI	OUI	OUI
	Manucure	OUI	OUI	NON
	Pédicure	OUI	OUI sauf pathologie diabète	NON
	Lever, coucher	OUI	OUI	OUI
	Utilisation du lève-malade	OUI	OUI	OUI
	Mise sur wc	OUI	OUI	OUI
	Pose d'étui pénien	OUI	OUI	NON
	Toilette intime sur sonde urinaire	OUI	OUI	NON
	Changement protection	OUI	OUI	OUI
	Application des crèmes médicamenteuse	OUI	NON	NON
Crèmes non médicamenteuses	OUI	OUI	OUI	
Soins techniques	Soins techniques	OUI sans délégation possible	NON	NON
	Collyre médicamenteux	OUI	NON	NON
	Collyre non médicamenteux	OUI	OUI	OUI
	Etat cutané et points d'appui,	OUI	OUI	OUI
Surveillance et observation	Etat de conscience-modification de l'humeur	OUI	OUI	OUI
	Etat d'hydratation	OUI	OUI	OUI
	Poids	OUI	OUI	OUI
	Elimination urinaire et fécale,	OUI	OUI	OUI
	Etat de la ventilation,	OUI	OUI	OUI
	Préparation des médicaments	OUI	NON	NON
	Accompagnement à la prise des médicaments	OUI	OUI	OUI sur demande du MT
	Vérification des prises de médicaments	OUI	OUI	OUI
	Température	OUI	OUI	NON
	Tension artérielle	OUI	OUI	NON
Mobilité, marche	OUI	OUI	OUI	
Douleurs...	OUI	OUI	OUI	
Prévention	Appel du médecin traitant si nécessité,	OUI	NON signale et informe	Signale et informe
	Education thérapeutique	OUI	NON	NON
	Prévention d'escarres	OUI	OUI	NON (que sur la
	Pose des bas de contention	OUI	OUI	NON
	Retrait des bas de contentienn	OUI	OUI	OUI
	Pose Bandes de contention	OUI	NON	NON
	Retrait Bandes de contention	OUI	OUI	NON
	Conseil nutritionnel et hydrique (prévention de la malnutrition)	OUI	OUI	OUI (conseil simple)
Evaluation des risques au domicile	OUI	OUI	NON mais structure OUI	
Suivi relationnel et coordination	Avec le patient, la famille, les collègues de l'équipe éventuelle, et paramédicaux et Services d'Aide à domicile	OUI	OUI	OUI
	Médecin traitant et autres intervenants médicaux	OUI	NON signale et informe	NON mais structure OUI
Actes essentiels de la vie	Courses	NON	NON	OUI
	Aller chercher les médicaments à la pharmacie	NON	NON	OUI
	Entretien du logement	NON	NON	OUI
	Accompagnement aux rendez-vous	NON	NON	OUI
	Prises de rendez-vous	NON	NON	OUI rdv vie quotidienne
	Aide à la Gestion de courrier	NON	NON	OUI
	Retrait d'argent	NON	NON	NON
	Changement de draps	OUI si lit médicalisé	OUI si lit médicalisé	OUI
	Gestion du linge	NON	NON	OUI
	Préparer les repas	NON	NON	OUI
Donner les repas	NON	NON (sauf repas thérapeutique)	OUI	