



Référentiel

Dossier de Soins

2011



Ce « Référentiel », document méthodologique, a pour objectif de formaliser une démarche professionnelle commune pour les règles de tenue et de structuration du dossier de soins.

L'ensemble des professionnels pourra s'y référer pour transcrire le projet de prise en charge de chaque patient.

La qualité des écrits dans le dossier est la clé de la continuité et de l'efficacité des soins. Elle est un élément déterminant pour la sécurité des soins.

Elément de communication et de coordination, le Dossier de Soins est le support indispensable qui permet de transcrire les raisonnements cliniques retenus et les activités menées par chaque soignant auprès de la personne soignée. Il est le reflet des pratiques professionnelles.

Assurer la qualité et la sécurité des soins est l'ambition de tout soignant. Le dossier du patient fait partie intégrante du soin, c'est un dû à toute personne qui confie sa santé à un établissement tel que le CHU de Nîmes.

Ce travail réalisé devrait apporter le maximum d'informations nécessaires et être une ressource pour les activités soignantes menées auprès des usagers. Son évolution sera liée à la mise en place du DPI.

Le Directeur
Coordonnateur
Général des Soins
M.C GASTE

Sommaire

1- Contexte	3
2- Règles du secret professionnel et du droit à la Communication des informations	3
3- Tenue du dossier de soins	4
3.1- la méthodologie d'organisation des transmissions écrites : les transmissions ciblées	4
3.2- lieu de rangement du dossier de soins dans l'unité de soins.....	6
3.3- gestion du dossier de soins à l'issue du séjour	6
4- Critères de qualité du dossier de soins	7
5- Archivage du dossier de soins.....	8
6- Formation	8
7- Modalités de renseignement des documents standards	9
7.1- le recueil de données	9
7.2- la personne de confiance.....	11
7.3- les macro cibles.....	12
7.4- exemple macro cible de sortie : neurologie	13
7.5- le diagramme de soins : exemple cardiologie	14
7.6- les prescriptions spécifiques.....	16
7.7- la fiche de surveillance des constantes physiologiques	17
7.8- le score de risque nutritionnel simplifié « snrs ».....	18
7.9- l'évaluation de la douleur et de la stratégie thérapeutique	19
7.10- le suivi des dispositifs de prévention d'escarres.....	20
7.11- les soins diététiques	21
7.12- la prise en charge sociale	22
8- Documents particuliers à intégrer dans le dossier de soins	23
9- Cibles classées par rubrique.....	24
10- Table des sigles et abréviations	26
11- Textes réglementaires	27
12- Bibliographie	28
13- Participants au référentiel	29

1- Contexte

Au sein du dossier du patient, les informations paramédicales sont regroupées dans un dossier dit «**dossier de soins**» dont la composition de base est identique pour l'ensemble du CHU de Nîmes.

C'est un **document unique, individualisé, regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée.**

- Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif, palliatif et relationnel du soin.
- Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée.
- Il contient des informations spécifiques à la pratique soignante.
- Il permet le recueil de la traçabilité des problèmes de santé posés par la personne soignée, des actions engagées par l'ensemble des professionnels de santé paramédicaux qui interviennent de manière coordonnée auprès du patient.

La mise en place du Dossier Patient Informatisé (DPI) occasionnera progressivement la transposition des documents papiers vers des documents au format électronique dans Clinicom®.

Le dossier de soins reflète la valeur ajoutée de l'intervention des professionnels para médicaux à la restauration, la protection ou l'amélioration de sa santé. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier de la personne soignée et aide les médecins à la décision thérapeutique par son contenu.

Tous les professionnels de santé sont concernés par la tenue du dossier de soins

Médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, IADE, IBODE, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, diététicien, l'assistante sociale, le psychologue, les aides soignants et auxiliaires puéricultrices, les aides médicaux psychologiques.

L'ECRIT EST UN TEMPS DE SOINS DONT IL FAIT PARTIE INTEGRANTE.

L'amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient est un axe d'évaluation des pratiques professionnelles demandée par l'HAS (Haute Autorité de Santé), cet axe est repris dans le projet de soins du CHU de Nîmes.

LE DOSSIER DE SOINS EST UN INSTRUMENT DE PREUVE QUI A UNE VALEUR JURIDIQUE.

La jurisprudence sanctionne avec sévérité le manquement à l'obligation de tenue du dossier du patient. Celui-ci peut apparaître comme un instrument de la mise en jeu de la responsabilité.

2- Règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations

Le dossier du patient est un document qui relève à la fois des règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations qu'il contient.

Le dossier de soins, étant partie intégrante du dossier du patient, obéit aux mêmes règles de gestion (à la même réglementation) :

- **Les informations médicales ne peuvent être partagées qu'entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge et la continuité des soins au patient.**
- **"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, ... Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication."¹**

Les règles d'accessibilité au dossier des professionnels du service et les règles de circulation du dossier dans l'établissement sont celles du dossier du patient.

Elles sont portées à la connaissance de la personne soignée par mention dans le livret d'accueil « Vos droits et vos devoirs » *YCMS002*, et par voie d'affichage institutionnel mis en place dans les unités de soins « Modalités d'Accès au dossier »² *SCLMS004*.

¹ Dossier de soins format papier ou informatisé

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (article L. 1111-7).

3- Tenue du dossier de soins

La pratique soignante s'appuie sur des concepts fondamentaux qui doivent être intégrés.

La bonne tenue du dossier de soins contribue à la continuité, la sécurité, l'organisation, l'adaptation et l'efficacité des soins.

- Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de la mise en avant du « Cœur de Métier » des acteurs paramédicaux.
- Le dossier de soins trace le processus d'analyse de situation ou de résolution de problèmes de santé de la personne soignée en 4 étapes :
 1. Identification et analyse des besoins de la personne soignée
 2. Plan de soins, mise en œuvre des actions
 3. Evaluation et réajustement des actions
 4. Synthèse finale
- Le contenu du dossier de soins permet de valoriser la qualité de la prise en charge du patient
- Des actions d'évaluation régulières seront à planifier pour l'amélioration des pratiques soignantes.

Le dossier de soins est créé à l'occasion de l'admission du patient au CHU de Nîmes.

Il est unique et suit le patient tout au long de son séjour, en cas de mutation dans un autre service **seule une macrocible d'entrée est alors réalisée.**

Le dossier de soins est évolutif, il est régulièrement mis à jour.

Il renseigne les informations pertinentes, les outils de recueil et de synthèse en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique.

Il permet pour la personne soignée :

- Dès l'admission la mise à disposition des informations nécessaires et utiles à sa prise en charge et son suivi
- La programmation des soins journaliers et la prise en compte de ses attentes
- La traçabilité des soins réalisés et des actions entreprises
- La continuité de soins coordonnés
- L'aide à la décision thérapeutique par son contenu
- Le recueil du consentement du patient (ou de ses responsables légaux) aux soins et de la traçabilité de sa décision
- L'enseignement et la recherche
- L'extraction des informations nécessaires à l'analyse médico-économique de l'activité et à ses contrôles de qualité

Le dossier de soins répond à des règles précises d'organisation afin que chaque professionnel puisse accéder le plus rapidement possible aux informations concernant la personne soignée. Il a une structure unifiée facilitant le travail de saisie des informations par les professionnels de santé.

3.1- LA METHODOLOGIE D'ORGANISATION DES TRANSMISSIONS ECRITES : LES TRANSMISSIONS CIBLEES

Le CHU de Nîmes utilise la méthode structurée d'enregistrement des transmissions écrites : les transmissions ciblées.

Ce système de transmissions permet de :

- Comprendre rapidement la situation du patient et les soins nécessaires à dispenser
- Répondre aux exigences professionnelles et légales en matière de personnalisation des soins.
- Optimiser le temps pour les soignants.

Cette méthode est conforme au raisonnement infirmier (analyse de situation...).

Les éléments clés qui constituent les transmissions ciblées :

- **Le recueil de données :** étape préliminaire à la démarche de soins

 - **La macro cible :** Analyse - synthèse qui permet de déduire les problèmes de santé et la mise en œuvre des soins.
Elle est structurée en 5 parties **M-T-E-V-D** (Maladie-Thérapeutique-Environnement-Vécu-Développement)
Elle doit être **horodatée, encadrée et écrite en travers de la fiche de transmission ciblée, identifiée** (nom, prénom et fonction du soignant).
 - **La macro cible d'entrée :** Elle se rédige à l'entrée du patient et permet d'identifier les besoins perturbés et les problèmes de santé précisés par les signes cliniques.

 - **La macro cible intermédiaire :** synthèse lors de changements dans l'état de santé du patient (retour de bloc, synthèse de staff...) qui amènent un réajustement des actions ou modifications du projet de soins.
Elle est faite à chaque fois que nécessaire et reprise régulièrement une fois par mois en EHPAD et en unités de long séjours.

 - **La macro cible de sortie :** synthèse de l'hospitalisation du patient et son devenir, elle peut servir de fiche de liaison avec d'autres équipes.
Elle identifie les problèmes de santé qui restent présents, les signes cliniques et la conduite à tenir au domicile ou en établissement de suite.

 - **La cible :** Enoncé concis et précis qui attire l'attention par rapport à un problème, une difficulté ou un évènement positif pour la personne.
Elle est en lien avec les données.
Chaque unité élabore la liste des cibles prévalentes en lien avec la spécialité du service.
- Lorsque le problème de santé perdure, utiliser un document de surveillance spécifique. (ex. : fiche de suivi des moyens de prévention des escarres *ECMD002*, fiche de prise en charge de la douleur *ECLU005*).
- **La donnée :** Information qualitative et quantitative en lien avec le problème de santé, qui précise la cible ou décrit les observations (au moins 3 signes).
Ce sont des informations en lien avec l'aspect bio socio psycho culturel de la personne soignée :
 - ➔ Signes cliniques, biologiques, psychologiques
 - ➔ Expressions de la personne
 - ➔ Etiologies
 Ces informations sont mesurables et précises.

 - **Les actions :** Liste des actions en soins infirmiers présentes ou futures et basée sur l'analyse de la situation par l'infirmier pour améliorer l'état de la personne soignée.
Les actions de réajustement doivent être visibles (tracées).

 - **Les résultats :** Description de la réaction du malade aux actions de soins proposées et/ou réalisées, l'objectif étant l'amélioration et/ou la disparition des signes cliniques.

 - **Le diagramme de soins :** Tableau de bord du suivi des activités de soins (prescriptions de soins du rôle propre, du rôle prescrit et en collaboration). Il enregistre les activités répétitives et régulières.
L'ajout du symbole* au niveau d'une action renvoie à une transmission ciblée.
Le diagramme de soins fait partie intégrante du dossier de soins et doit suivre les mêmes règles de gestion.

Les textes prévoient que les transmissions soient renseignées pour tous les patients durant tout le parcours de prise en charge. Le dossier patient informatisé permettra de répondre à cette recommandation d'ici 2012.

LA COMPOSITION DU DOSSIER DE SOINS EST DEFINIE PAR LE DIRECTEUR COORDONNATEUR DES SOINS

Chaque document (création, modification) est validé par le Directeur Coordonnateur Général des Soins, référencé par un numéro qualité et intégré dans la base documentaire du CHU².

Il est recommandé que les pièces constituant le dossier de soins soient rangées dans un même contenant.

La composition de base comprend des supports standards :

- « Recueil de données » *EDPA055*
- Fiche de «Recueil de la personne de confiance » *YDPA001*
- Fiche de « Transmissions ciblées » *EDPA056*
- Fiche de « Prescriptions spécifiques » *EDPA005*
- Fiche « d'Evaluation de la douleur et de la stratégie thérapeutique » *ECLU005*
- Fiche de « Suivi des dispositif de prévention » *ECMD002*
- Fiche de « Score du risque nutritionnel simplifié (SNRS) » *ECLA002*
- « Diagramme de soins » (spécifique à chaque service ou secteur d'activité)
- Fiche de « Température et constantes physiologiques » *EDPA003*
- Pochette étiquettes pour le séjour

Les autres supports de traçabilité participant aux transmissions ciblées

- **Les fiches de surveillances spécifiques** : Feuilles de température et constantes physiologiques, pansement, nutrition, douleur, escarre, dénutrition...
- **Les fiches de transmissions des intervenants pluridisciplinaires** : Diététicienne, Psychologue, Assistante sociale, Ergothérapeute, Kinésithérapeute....

LA TENUE, L'ORGANISATION ET LA GESTION DU DOSSIER DE SOINS SONT SOUS LA RESPONSABILITE DE L'IDE.

Chaque professionnel para médical est responsable des écrits qu'il y consigne

Le cadre de santé est garant de l'application des règles de gestion.

Le dossier de soins s'enrichit ensuite des enregistrements des interventions des différents professionnels rencontrés par la personne soignée au cours de son parcours dans l'établissement.

3.2- LIEU DE RANGEMENT DU DOSSIER DE SOINS DANS L'UNITE DE SOINS est une pièce identifiée comme étant non accessible au public.

3.3- GESTION DU DOSSIER DE SOINS A L'ISSUE DU SEJOUR, l'IDE rassemble les documents du dossier de soins au sein du dossier du patient :

- Vérification et classement par ordre chronologique des différentes fiches
- Elimination des étiquettes du séjour dans la filière « Elimination du papier » *IHYG185*
- Rangement dans la pochette de couleur verte « Dossier de Soins » *SDPA010*
- Transmission au secrétariat pour archivage dans le dossier patient

4- Critères de qualité du dossier de soins

³ Le numéro qualité est composé de 4 lettres, la première correspond au type de document P pour une procédure, I pour une instruction, E pour un enregistrement, S pour un support, Y pour une information au patient, suivi d'un numéro d'ordre et d'une lettre correspondant à la version (A : première version, B deuxième version, ...)

REGLES DE BASE A RESPECTER DE FAÇON COMMUNE A TOUS LES PROFESSIONNELS DANS LA REDACTION DES TRANSMISSIONS ECRITES

Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser les documents référencés dans l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas utiliser de documents « sauvages », non validés par la Direction Coordination Générale des Soins et non référencés par la Direction Qualité Gestion des Risques
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier tout document présent dans le dossier de soins au nom prénom du patient, date de naissance ou numéro d'identification, l'exactitude de son identité ayant été préalablement vérifiée avec lui par l'IDE. <ul style="list-style-type: none"> ○ Coller sur la première page du recueil de données une grande étiquette mentionnant : <ul style="list-style-type: none"> - l'identité, - les coordonnées du patient, - le régime de protection sociale, - les coordonnées de la personne à prévenir (nom, prénom, lien de parenté, téléphone, adresse) <i>Cette étiquette disparaîtra avec la mise en place du DPI</i> ○ Identifier chaque feuille constituant le dossier par une étiquette de petit format au nom du patient 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédiger toute inscription au stylo à bille indélébile noire ou bleu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas utiliser de crayon gris ou de correcteur ▪ <i>L'encre rouge pose un problème lors de la reprographie, son utilisation est à limiter</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la bonne coordination des soins et leur sécurité, par des écrits qui sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ clairs, lisibles et bien orthographiés ○ concis, précis et objectifs ○ ne prêtant à aucune interprétation ○ sans jugement de valeur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eviter les répétitions, les redondances ▪ Ne pas mentionner les dysfonctionnements de service ou les manques de matériel dans le dossier de soins. Utiliser les documents spécifiques.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numéroté les pages en ordre croissant et par type de fiche au fur et à mesure de l'utilisation du dossier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne jamais détruire de feuilles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renseigner toutes les lignes des fiches d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne laisser aucun espace blanc (au besoin compléter les lignes avec un trait)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour corriger une note erronée , tirer un trait mince sur les fautes ou mettre entre parenthèses et noter « note non valide » et compléter par ses initiales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S'abstenir d'écrire entre les lignes ou dans la marge
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toute inscription est identifiée au nom, prénom et fonction de chaque intervenant pluridisciplinaire 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Horodater les notes (date, heure) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En cas d'utilisation de paraphes, les initiales des professionnels sont recensées dans un document de service réactualisé (diagramme de soins) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser le système international de poids et mesures 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas utiliser les cc mais les ml
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser uniquement les abréviations et symboles reconnus et approuvés par la CHU de Nîmes (afin d'éviter les erreurs d'interprétation) (voir page 26) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les modalités de sortie du patient sont systématiquement notées dans les transmissions 	

Un audit annuel des dossiers de soins est réalisé par la Direction Coordination Générale des Soins en coordination avec la Direction Qualité Gestion des Risques. Une grille d'audit identifie 9 indicateurs (composés de plusieurs critères pondérés)

EQUA134. :

1. Organisation et règles de tenue du dossier
2. Présence des supports standards de traçabilité
3. Données d'identification du patient
4. Données administratives
5. Données d'entrée
6. Données de sortie
7. Personne à prévenir
8. Personne de confiance
9. Tenue des transmissions

Un score par indicateur permet de cibler les actions correctives à mettre en oeuvre.

5- Archivage du dossier de soins

Le Dossier de soins est une partie du dossier du patient, il obéit aux mêmes règles d'archivage décrites dans le « Guide d'utilisation du dossier patient » *SDPA004*

L'ensemble des documents du dossier de soins est conservé dans le dossier du patient.

Avant son archivage, il doit être trié et classé par ordre chronologique, il ne doit contenir que les documents nécessaires et utiles au suivi ultérieur du patient et ceux que la réglementation impose de conserver.

En aucun cas, le dossier ne doit quitter l'établissement. (hors d'une situation d'archivage extérieure organisée)

6- Formation

Le plan de formation de l'établissement prévoit des actions de formations en lien avec la qualité de tenue du dossier de soins et des transmissions ciblées.

7- Modalités de renseignement des documents standards

7.1- LE RECUEIL DE DONNEES (fiche verte)

Le recueil de données est le préambule incontournable à la démarche de soins

®

C.H.U. de Nimes

N° de lit :

PAGE n° 1

Coller une grande étiquette comportant les coordonnées
 - du patient
 - de la personne à prévenir (nom, prénom, lien de parenté, tel, adresse)

ETIQUETTE

Situation Familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Autre :		Nombre d'enfant(s) : Nationalité : Française <input type="checkbox"/> Autre :
Protection juridique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sauvegarde <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Droit de garde : Droit de visite : Nom du tuteur :		
Mode d'hospitalisation : Simple <input type="checkbox"/> A la demande d'un tiers <input type="checkbox"/> D'office <input type="checkbox"/>		Dépôt valeurs : Refus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Effectué par : le : Service social prévu : Oui <input type="checkbox"/> Le : Assistante sociale : Demande exon. Ticket modérateur le : Habitat : Rural <input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> R. de Ch. <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Vit : Seul <input type="checkbox"/> En famille <input type="checkbox"/> Difficultés :
Date de sortie : Retour à domicile : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Autre :		
Accident de travail : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Arrêt de travail : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :		Doit être systématiquement renseignée
ICMD012 Gestion du traitement personnel		

NOM de l'I.D.E. qui accueille
Le malade à l'entrée :

NOM du médecin qui examine
Le malade à l'entrée :

MOTIF D'HOSPITALISATION

ALLERGIE(S) CONNUES(S)
Non Oui
Lesquelles :

Adressé(e) par :

Médecin traitant :

HOSPITALISATIONS ANTERIEURES où : Non oui Dates(s) :

ANTECEDENTS MEDICAUX : Non oui
Lesquels :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : Non Oui
Lesquels :

SURVEILLANCE PARTICULIERE : Non Oui
Laquelle :

Traitement personnel : Non Oui
Si oui, remis : à l'entourage
 à l'I.D.E.
 Refus, non remis

BESOINS	HABITUDES DE VIE	AUTONOMIE A L'ENTREE
RESPIRER	Position habituelle de confort : Difficultés à respirer : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Lesquelles : Tabac : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	1. Respire sans gêne <input type="checkbox"/> 2. Dyspnée <input type="checkbox"/> 3. Aide technique (aérosol, O2 ...) <input type="checkbox"/> 4. Ventilation assistée <input type="checkbox"/>
BOIRE ET MANGER	Régime : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Lequel : Dégoûts : Aide : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Prothèses : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Restriction hydrique : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Combien : Alcool : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Combien :	1. Autonomie <input type="checkbox"/> 2. Installation – stimulation <input type="checkbox"/> 3. Aide partielle et/ou surveillance <input type="checkbox"/> 4. Aide totale (faire manger, nutripompe) <input type="checkbox"/>
ELIMINER	<u>Urines :</u> Difficultés habituelles : Mictions nocturnes : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	1. Autonomie <input type="checkbox"/> 2. Aide (W.C, urinal, bassin) <input type="checkbox"/> 3. Incontinence épisodique <input type="checkbox"/> 4. Incontinence permanente, rétention <input type="checkbox"/>
	<u>Selles :</u> Fréquence : Difficultés habituelles :	1. Autonomie <input type="checkbox"/> 2. Aide (W.C., bassin, laxatif) <input type="checkbox"/> 3. Incontinence, constipation, diarrhée épisodique <input type="checkbox"/> 4. Incontinence permanente <input type="checkbox"/>
SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE	Se déplace seul(e) : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Appareillage d'aide : Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Lequel : Activité physique habituelle :	Autonomie <input type="checkbox"/> Aide matérielle ou d'une personne <input type="checkbox"/> Aide de deux personnes <input type="checkbox"/> Alité(e) en permanence, lever interdit <input type="checkbox"/>

Renseigner de façon exhaustive l'ensemble des données (MCO, SSR, SLD-EHPAD, Psychiatrie) en particulier pour les DMS>3 jours
Quand ? Au plus près de l'admission
(Idem page 2)

7.2- LA PERSONNE DE CONFIANCE

Le recueil de la personne de confiance est réglementaire, il est renseigné et rangé dans le dossier de soins

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
Groupe hospitalo-universitaire Carémeau
Place du Professeur Robert Debré - 30029 NIMES Cédex 9 - Tel 04.66.68.68.68

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé, dans son article 11, insère un nouvel article L. 1111-6 au code de la santé publique ainsi rédigé :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement ;

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confier la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci. »

La mesure ne s'applique pas en présence d'une mesure de protection de justice (tutelle ou curatelle)



Coller étiquette du patient
Ou inscrire le numéro de dossier
.....

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Admis(e) au sein de l'établissement le en vue :

d'une hospitalisation d'un acte ambulatoire

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.
(Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation qui me sera remise par le médecin.)

Je souhaite désigner comme personne de confiance :
Nom : Prénom :
Date de naissance : Téléphone :
Adresse :
Cette personne de confiance, légalement capable, est :
 un parent mon médecin traitant un proche
Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toute mes démarches et assiste à tous les entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :
 Oui Non

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de désignation qui me sera remise par le médecin.

Fait à : Le :

Signature du patient

YDPA001B

Si le patient n'est pas en état physique ou psychologique de renseigner ce formulaire → Noter : « Incapacité à renseigner par le patient » + identité du soignant, date et signature

7.3- LES MACRO CIBLES (fiche verte)

Les macro cibles d'entrée et de sortie sont **INDISPENSABLES**

La macro cible intermédiaire est réalisée si un changement significatif dans l'état de santé du patient survient. En SLD et EPHAD, elle est réalisée au minimum une fois par mois

ETIQUETTE		TRANSMISSIONS CIBLEES				CHU de NÎMES PAGE N° : ●
DATE	CIBLE	DONNEES	ACTIONS	RESULTATS	NOM/FONCTION	
<p>→ La macro cible (<i>entrée, sortie et intermédiaire</i>) est encadrée avec une écriture transversale</p> <p>→ Elle est horodatée et signée par l'IDE</p> <p>→ Elle précise sous forme de synthèse des données significatives BIOPSYCHOSOCIOCULTURELLES liées à la situation du patient</p> <p>→ Les données sont formulées selon le schéma Maladie – Thérapeutique – Environnement – Vécu – Développement (MTEVD)</p>						
●	●	●	●	●	●	●
<p>DATE : XX/XX/XXX + heure</p>	<p>CIBLE : C'est le mot clé le plus représentatif du problème de santé (cf. : cible prévalente) Ce n'est pas : un diagnostic médical, un acte de soins, un jugement de valeur</p>	<p>DONNEES : Je note les constats, les observations. Ce sont au moins 3 données objectives qualitatives / quantitatives ou littéralement les « propos du patient »</p>	<p>ACTIONS: Je liste les actions mises en place présentes ou futures, basées sur l'analyse, relevant du rôle propre, prescrit</p>	<p>RESULTATS : Je note → La date et l'heure → Les résultats des actions Je reformule une cible si un réajustement est nécessaire</p>	<p>NOM et FONCTION SIGNATURE</p>	<p>A renseigner par thème</p>

7.5 LE DIAGRAMME DE SOINS (spécifique par service, fiche blanche)

Le diagramme de soins permet de tracer les activités répétitives, régulières.
 Il est possible d'ajouter le symbole * pour renvoyer à la cible correspondante.

J 0 : prescriptions le jour d'arrivée

ETIQUETTE		DIAGRAMME DE SOINS - SERVICE CARDIOLOGIE												CHU NIMES				
		J 0			Date			Date			Date			Date				
		M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N		
SOINS TECHNIQUES	Respiration	Aérosol																
		O ²	Lunettes															
			Masque Haute Concentration															
			Air Ambiant															
		CPAP* / Ventilation Non Invasive*																
	Surveillance SpO ²																	
	Cathéter	VVP* ou VVC*	Pose															
			Surv. & Perm															
			Ablation															
	Prélèvement	Sanguin																
		Urinaire :	ECBU															
			Autre:															
	Dextro																	
	Traitement	Surveillance prise médicamenteuse																
	Surveillance Cardio,	Télémetrie n°																
ECG																		
Interventions*	Application protocoles angioplastique* / rhythmologie* (voir cible)																	
	Radio																	
	Scanner																	
	Doppler																	
	Autres																	
Soins relationnels	Education thérapeutique																	
	Autres voir cible																	

Paraphe de l'agent qui a réalisé le soin

* Rayer la mention inutile

Mettre les initiales dans les cases

EDPA009A

DIAGRAMME DE SOINS - SERVICE CARDIOLOGIE

CHU NIMES

		J0			Date			Date			Date			Date			
		M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	M	S	N	
		SOINS HYGIENE	Hygiène	Toilette complète lit													
Aide Toilette au lit* / Lavabo*																	
Toilette lavabo																	
Aide toilette au lavabo																	
Douche																	
Rasage																	
Soins de bouche																	
Shampooing																	
Confort & Sécurité	Effleurages																
	Changement de position																
	Matelas anti-escarres																
	Change / refection lit																
	Barrière / Contention																
	Pose Bac / Bandes de contention*																
Locomotion	Aide partielle ou totale*		Transfert* Déambulation*														
	Repos strict au lit																
	1 ^{er} lever																
	Installation au fauteuil																
Alimentation	Installation repas																
	Aide au repas		Partielle														
			Totale														
	SNG		Pose														
			Surveillance														
			Ablation														
	Régime		Normo Sodé / Diabétique														
			Mixé														
			Autre														
	Alimentation entérale / parentérale*																
Floche alimentaire																	
Pecée																	
Elimination	Aide (bassin, urinal, WC*)																
	Etuil pénien																
	sonde à demeure		Pose														
			Surveillance														
			Ablation														
	Protection / change																
Surveillance diurèse																	

* Rayer la mention inutile

Mettre les initiales dans les cases

EDPA003A

7.6- LES PRESCRIPTIONS SPECIFIQUES (fiche rose)

Les quatre dernières colonnes doivent être renseignées, elles permettent de tracer les actions engagées.

ETIQUETTE

PRESCRIPTIONS SPECIFIQUES
(Examens, consultations, bilans, pansements, autres)

CHU NÎMES
Service :
UF :
Page : ●

Date & heure	Nom du prescripteur Signature	Examens(s) demandé(s)	Nom & signature IDE	Bon fait	Bon envoyé	Date & lieu du RDV	UCB	Observations Programmations
		●						

Une prescription par ligne

A renseigner par catégorie de fiche

EDPA005B

7.8- LE SCORE DE RISQUE NUTRITIONNEL SIMPLIFIE « SRNS » (fiche blanche)

L'indication du calcul de ce score est définie au sein de chaque service (profil de patient à dépister)

CHU NIMES – CLAN

ECLA002A

Score du Risque Nutritionnel Simplifié "SRNS"

ETIQUETTE PATIENT

Date :

IMC :

	Oui	Points
Age > 70 ans	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> = 1 point
Diminution de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> = 1 point
Perte de poids (subjective) durant les 3 mois précédents* <i>* Si réponse impossible cocher l'item</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> = 1 point
Perte de mobilité : capacité à se mobiliser, à s'asseoir seul, faiblesse de la poignée de main	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> = 1 point
Présence d'au moins une des pathologies suivantes (à cocher) <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Escarres <input type="checkbox"/> Plaies <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> = 1 point
Score		

IMC Pathologique - SCORE ≥ 3

DECLENCHEMENT ALERTE DIETETIQUE → ICLA004

Alerte diététique donnée le :

Nom :

TSVP

A classer dans le dossier de soins en décalé afin d'informer les équipes pluridisciplinaires

Que faut-il observer ou demander pour chacun des indices

Diminution de l'alimentation

Question : Votre appétit a-t-il changé ?

- la personne dit qu'elle a moins d'appétit, qu'elle se sent tout de suite rassasiée
- la personne minimise ses besoins « à mon âge pour ce que je fais... c'est normal que je mange moins »
- la personne dit que tout a le même goût

Perte de poids

Question : Avez-vous perdu du poids récemment ?

- la personne dit qu'elle a perdu du poids ces derniers temps
- vous observez que ses vêtements flottent, la ceinture a un cran de plus, le col de la chemise est trop grand, etc.
- vous observez que les traits du visage sont creusés, la prothèse dentaire ne tient plus

Perte de mobilité

Question : Vous observez un changement dans la mobilité de la personne

- la personne se lève difficilement, chancelle, a besoin de s'appuyer aux meubles
- elle met plus de temps pour faire les choses, se déplacer, s'habiller, se laver etc.
- elle sort moins ou plus du tout, s'isole
- se plaint de grande fatigue

7.9- L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR ET DE LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE (fiche blanche)

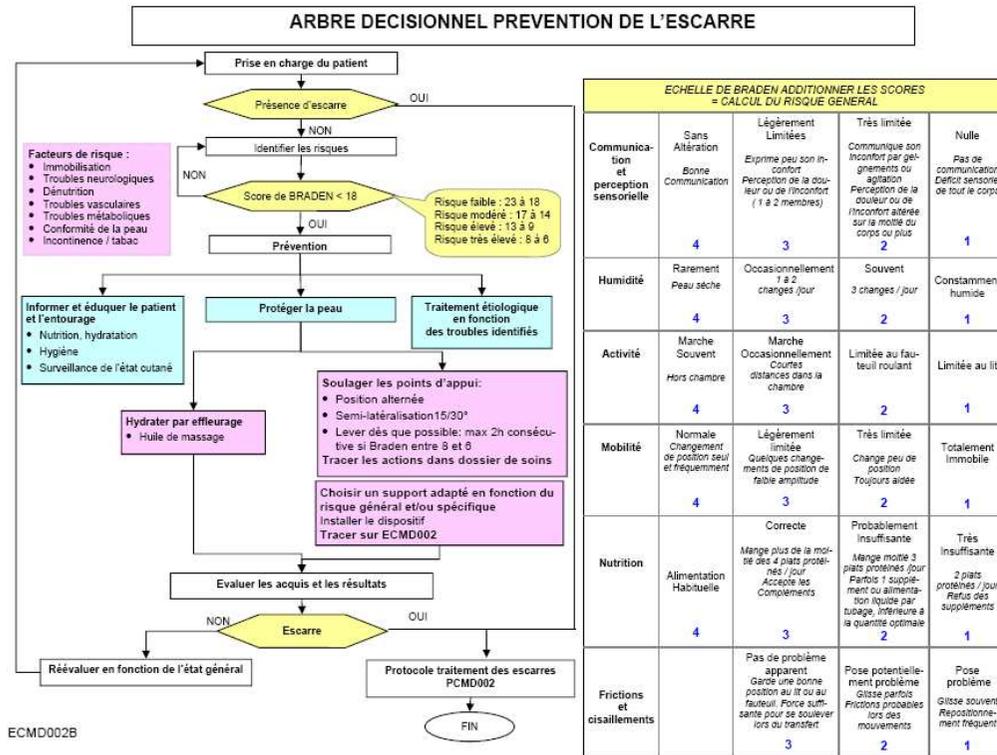
Première évaluation obligatoire à J0 même si le patient n'est pas douloureux.

Pour les patients douloureux, évaluation avant et après chaque prise médicamenteuses fixe et interdose.

Etiquette Patient		Evaluation de la douleur et de la stratégie thérapeutique (Document test)										CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE 11 Place du Professeur Robert DEBRE- 30029 Nîmes cedex 9- Tél : 04 66 68 68 68		
		Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Heure		.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....	.....h .....
EVA ou EN		..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10	..../10
ALGOPLUS OUI = +1 NON=0	1. Visage : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.													
	2. Regard : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.													
	3. Plaintes orales : « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.													
	4. Corps : Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.													
	5. Comportements : Agitation ou agressivité, agrippement.													
	Score total Algoplus/5/5/5/5/5/5/5/5/5/5/5/5/5	..../5
Interdose en réponse thérapeutique	1 PAR = Paracétamol 2 TRA = Tramadol 2 COD = Codéine 3 MOR = Sulfate de morphine (Actiskenan®) 3 OXY = Oxycodone (Oxycontin®) 3 FEN = fentanyl (Actiq®)	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen	<input type="checkbox"/> 1Par <input type="checkbox"/> 2Tra <input type="checkbox"/> 2Cod <input type="checkbox"/> 3Mor <input type="checkbox"/> 3Oxy <input type="checkbox"/> 3Fen
	Fréquence respiratoire													
Echelle de Sédation :	0 = éveillé	<input type="checkbox"/> 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
	1 = dort par intermittence	<input type="checkbox"/> 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	2 = endormi facilement réveillable	<input type="checkbox"/> 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	3 = endormi difficilement réveillable	<input type="checkbox"/> 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
Autres effets Secondaires	1 = aucun	<input type="checkbox"/> 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	2 = nausées	<input type="checkbox"/> 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	3 = prurit	<input type="checkbox"/> 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	4 = constipation	<input type="checkbox"/> 4												
	5 = confusion-hallucination	<input type="checkbox"/> 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5
Identification du soignant														
Evaluation de la douleur et de la stratégie thérapeutique													ECLU 005A	Fiche N°

7.10- LE SUIVI DES DISPOSITIFS DE PREVENTION D'ESCARRES

Un premier calcul du score de Braden doit être effectué pour chaque patient entrant et une réévaluation doit être faite en cas de modification de l'état général du patient (amélioration ou dégradation).



ECMD002B

SCORE DE BRADEN : SUIVI PREVENTION DES ESCARRES

- Réévaluer régulièrement, au moins UNE FOIS PAR MOIS et AUSSI SOUVENT QUE NECESSAIRE en cas de modification de l'état général du patient
- Enlever le support quand l'épisode à risque est terminé

ETIQUETTE PATIENT

Risque général	Niveau de risque	Type de support en place	Date		Score	
23 à 18	FAIBLE	Fauteuil → pas de coussin de prévention Lit → matelas normal				
17 à 14	MODERE	Fauteuil → coussin mousse-gel Lit → matelas gaufrier				
13 à 9	ELEVE	Fauteuil - Patient - 70 Kgs → coussin viscoélastique Fauteuil Patient de + 70 Kgs → coussin mousse-gel Lit → Matelas viscoélastique				
8 à 6	TRES ELEVE	Etcou patient non levé Etcou escarre sacrée stade 3/4 Etcou escarres multiples de stade 2 Etcou Fin de vie	Fauteuil → cellules pneumatiques Lit → Matelas à air motorisé basse pression			
Risque spécifique d'escarre talonnière (age >70 ans, atteinte vasculaire des membres inférieurs, agitation, confusion, absence de réponse, œdème d'un membre inférieur, flexum du genou)						
Aucune mobilité du membre inférieur	En prévention et en traitement	Talonnière botte housse anti-équin				
Faible mobilité membre inférieur		Talonnière/fond de lit				
Pied diabétique						
Artérite						
Mobilité normale ou excessive	En traitement	Talonnière enveloppante				
			IDE			

ECMD002C

Le niveau de risque détermine les supports à mettre en œuvre (matelas et fauteuil)

L'évaluation régulière permet d'adapter le support et de tracer les actions mises en place

7.12- LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

Etiquette

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
GROUPE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE CAREMEAU

Place du Professeur Robet Debré 30029 NIMES Cedex 9

FICHE D'INTERVENTION SOCIALE

Nom de l'Assistante Sociale :

Poste :

Date de la Demande :

Mail :

@chu-nimes.fr

ORIGINE DE LA DEMANDE	MOTIF DE LA DEMANDE	DEMARCHES EN COURS
<input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> service <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> auto-saisie <input type="checkbox"/> partenaire extérieur <input type="checkbox"/> bureau des entrées <input type="checkbox"/> autres A.S. <input type="checkbox"/> Autres...	<input type="checkbox"/> Infos / orientation <input type="checkbox"/> <u>Préparation Sortie</u> Bilan RAD <input type="checkbox"/> Mise en place Aide à Domicile <input type="checkbox"/> Demande placement <input type="checkbox"/> SSR * <input type="checkbox"/> E.H.P.A.D.* <input type="checkbox"/> Autres... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Couverture Sociale <input type="checkbox"/> Protection enfant/adulte <input type="checkbox"/> Autres... <input type="checkbox"/> ouverture de droits couverture sociale <input type="checkbox"/> ressources <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infos/orientation <input type="checkbox"/> Bilan de retour à domicile <input type="checkbox"/> <u>Mise en place d'aide ou majoration</u> aide humaine à domicile <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> télé-alarme <input type="checkbox"/> portage de repas <input type="checkbox"/> A.P.A. * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soutien/écoute <input type="checkbox"/> Protection juridique <input type="checkbox"/> Liaisons partenaires extérieurs <input type="checkbox"/> Demande de placement en cours SSR <input type="checkbox"/> E.H.P.A.D. <input type="checkbox"/> Autres... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Equipes mobiles sollicitées <input type="checkbox"/> Ouverture de droits couverture sociale <input type="checkbox"/> ressources <input type="checkbox"/>
VU EN ENTRETEN		
<input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> personne de confiance <input type="checkbox"/> autres		
AIDES EN PLACE		
<input type="checkbox"/> Aides humaines à domicile <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> portage de repas <input type="checkbox"/> mesure de protection		

EDPA012A

8- Documents particuliers à intégrer dans le dossier de soins

TITRE DU DOCUMENT	REF. QUALITE	QUI LE REMPLIT	QUAND LE REMPLIR	COMMENT L'UTILISER	POURQUOI L'UTILISER	OU LE RANGER
FICHE DE LIAISON US-BLOC-US	EHYG110B	IDE IBODE	Au départ et au retour du bloc pour donner les informations nécessaires à la prise en charge du patient en péri opératoire	Remplir tous les items Renseigner sur les points particuliers	Elaborer la macrocible intermédiaire du retour de bloc	Archivée dans le dossier patient
EVENEMENT INDESIRABLE (EI)	EQUA015C	TOUS LES SOIGNANTS	Lors de tout évènement concernant le patient, les visiteurs, le personnel et le fonctionnement	Remplir les feuillets auto-carbonés et en renvoyer un exemplaire à la mission qualité	Rédaction dans le dossier de soins d'une cible « Fiche EI » si nécessaire	Le dernier feuillet est archivé en service
CHUTE	EQUA069B	PARAMEDICAUX MEDICAUX	Dans les 72h suivant l'incident et informer la famille	Remplir le document L'envoyer à la direction des soins	Rédaction dans le dossier de soins d'une cible « chute »	Archiver dans le dossier patient du double
SORTIE A l'insu du personnel couplé avec EDSI007C	EQUA106B	IDE -CADRE	A la constatation de la sortie	1. Appel : - du cadre ou cadre de garde - de la famille substitut tuteur - des urgences 2. envoi d'un fax au commissariat si besoin	Rédaction dans le dossier de soins d'une cible « Sortie »	Archiver dans le dossier patient du double des documents
SORTIE Contre avis médical		PATIENT	Après information médicale sur les risques encourus	Signature du patient		
SORTIE Disciplinaire		IDE -CADRE	Au plus près de l'évènement			
REFUS DE SOINS		PATIENT-PARENTS TUTEUR-SUBSTITUT	Lors du refus de soins	Envoi de l'original au bureau des entrées			Rédaction dans le dossier de soins d'une cible « Refus de soins »
PERMISSION De moins de 48h		Rempli par le médecin Visé par le bureau des entrées signé par le patient	Avant une permission de sortie	1 partie remise au patient 1 partie envoyé à la direction de la clientèle		
DECES Certificat blanc, Rapport IDE, Transport à visage découvert, Fiche de liaison médecin référent, Succession	EQUA039AE QUA040A EQUA048B EQUA038A ECLI010A	Le médecin IDE		Envoi des documents au bureau des entrées Mettre un bracelet d'identification avec une étiquette patient		Certificat blanc et rapport infirmier dans le dossier de soins du patient
DEPOT DE VALEUR		Paramédicaux en présence d'un témoin	Si un patient possède des valeurs durant son hospitalisation	- Remplir le document auto-carboné - Mettre les objets de valeurs dans une pochette A5 - Déposer l'enveloppe + 1 ex. de la fiche → régie aux heures et jours ouvrables, → coffre-tirelire : bureau surveillants	Renseigner « dépôt de valeurs » sur la fiche n°1 du dossier de soins	
LES VIGILANCES						
HEMOVIGILANCE	EHVT008	IDE	Lors d'un incident au cours d'une transfusion	Envoi du document par fax à l'EFS	Rédaction dans le dossier de soins d'une cible « Incident Transfusioennel »	Dans le dossier transfusionnel
IDENTITOVIGILANCE	ECMS002	IDE	Lors de la vérification de l'identité du patient	Envoi du document au bureau des entrées avec une photocopie de la pièce d'identité	Rédaction dans le dossier de soins d'une cible « Identité »	Pas d'archivage

9- Exemples de Cibles classées par rubrique

1. ALIMENTATION – HYDRATATION

- ◆ Déshydratation
- ◆ Dégoût alimentaire
- ◆ Difficulté à s'alimenter
- ◆ Excès alimentaire
- ◆ Fausse route
- ◆ Hématémèse
- ◆ Hypoglycémie
- ◆ Hyperglycémie
- ◆ Nausées
- ◆ Perte d'appétit
- ◆ Prise de poids ³
- ◆ Perte de poids 
- ◆ Potomanie
- ◆ Refus de s'alimenter
- ◆ Régurgitation
- ◆ Risque de fausse route
- ◆ Risque de déshydratation
- ◆ Sécheresse buccale
- ◆ Troubles de la déglutition
- ◆ Vomissements

2. ELIMINATION SELLES

- ◆ Constipation
- ◆ Colostomie
- ◆ Constipation
- ◆ Diarrhée
- ◆ Gaz (absence, excès)
- ◆ Hémorroïdes
- ◆ Incontinence fécale
- ◆ Risque de constipation
- ◆ Rectorragies
- ◆ Maeléna
- ◆ Selles décolorées
- ◆ Selles liquides
- ◆ Selles nauséabondes

3. ELIMINATION URINES

- ◆ Anurie
- ◆ Polyurie
- ◆ Brûlures mictionnelles
- ◆ Hématurie
- ◆ Dysurie
- ◆ Elimination de lithiase
- ◆ Incontinence urinaire, fuite à l'effort ou permanente
- ◆ Globe vésical
- ◆ Pollakiurie
- ◆ Rétention urinaire

4. MOBILISATION

- ◆ Amélioration de la mobilité
- ◆ Chute
- ◆ Contractures musculaires
- ◆ Difficulté à la marche
- ◆ Diminution de la mobilité

- ◆ Perte de la mobilité
- ◆ 1^{er} lever
- ◆ Risque de chute
- ◆ Troubles de l'équilibre

5. HYGIENE, HABILLEMENT

- ◆ Manque de vêtements
- ◆ Perte de vêtement
- ◆ Tenue inadaptée

6. TEMPERATURE

- ◆ hypothermie 
- ◆ Hyperthermie 

7. RESPIRATION

- ◆ Détresse respiratoire
- ◆ Dyspnée, pause respiratoire 
- ◆ Ecoulement nasal
- ◆ Encombrement bronchique
- ◆ Dysphonie
- ◆ Hyper sécrétions
- ◆ Hémoptysies
- ◆ Polypnée 
- ◆ Toux

8. SYMPTOMES CARDIO VASCULAIRES

- ◆ Arrêt cardiaque
- ◆ Bradycardie 
- ◆ Epistaxis
- ◆ Hématome à localiser
- ◆ Hémorragie
- ◆ Risque de saignement, d'hémorragie
- ◆ Hypertension 
- ◆ Oedèmes (*lieu*)
- ◆ Hyper ou hypo tension
- ◆ Tachycardie ou bradycardie

9. PEAU.MUQUEUSES

- ◆ Abcès
- ◆ Altération cutanée à préciser
- ◆ Altération des muqueuses buccales
- ◆ Brûlure
- ◆ Cicatrice opératoire préciser le problème
- ◆ Démangeaisons
- ◆ Desquamation
- ◆ Ecoulement (*préciser le lieu*)
- ◆ Eruptions cutanées
- ◆ Escarre (*Précisez le lieu et stade*)
- ◆ Leucorrhée
- ◆ Plaie (*préciser le lieu*)
- ◆ Réaction cutanée (*préciser le type*)
- ◆ Erythème
- ◆ Saignement (*préciser le lieu*)
- ◆ Sécheresse cutanée

10. SOMMEIL-REPOS

- ◆ Agitation nocturne
- ◆ Cauchemars
- ◆ Difficultés d'endormissement

- ◆ Insomnie
- ◆ Refus de se coucher
- ◆ Réveil précoce
- ◆ Sommeil perturbé
- ◆ Somnolence

11. DOULEUR

- ◆ Douleur suivi de la localisation

12. FONCTIONS INTELLECTUELLES

- ◆ Amélioration de la compréhension
- ◆ Désorientation temporo-spatiale
- ◆ Difficultés de concentration
- ◆ Difficultés de compréhension
- ◆ Diminution de la vigilance
- ◆ Ralentissement psychique (*préciser*)
- ◆ Troubles de la mémoire
- ◆ Risque de fugue

13. COMMUNICATION-RELATION

- ◆ Affabulation
- ◆ Altération de la vision.
- ◆ Amélioration de la communication
- ◆ Aphasie.
- ◆ Confusion.
- ◆ Difficulté à communiquer.
- ◆ Discours plus cohérent.
- ◆ Gémissements.
- ◆ Logorrhée.
- ◆ Mutisme.
- ◆ Non maîtrise de la langue.
- ◆ Anxiété
- ◆ Propos délirants.
- ◆ Propos incohérents.
- ◆ Peur
- ◆ Refus de communiquer
- ◆ Sollicitations (accrues) envers l'équipe.
- ◆ Surdité.
- ◆ Mal voyant

14. COMPORTEMENTS

- ◆ Agitation
- ◆ Agitation nocturne
- ◆ Altercation (avec...)
- ◆ Amélioration de l'autonomie
- ◆ Apathie
- ◆ Attitude d'opposition
- ◆ Attitude menaçante
- ◆ Colère
- ◆ Agressivité
- ◆ Comportement inadapté
- ◆ Crise convulsive
- ◆ Déambulation excessive
- ◆ Errance
- ◆ Exaltation de l'humeur
- ◆ Exhibitionnisme
- ◆ Impatience
- ◆ Intolérance à la frustration
- ◆ Instabilité de l'humeur

³ Ce symbole indique que les données concernant cette cible doivent nécessairement comporter des données chiffrées (poids actuel 48Kg) comparées à un chiffre de référence (poids à l'entrée 50Kg) ex : Perte de 2 Kg en une semaine

- ◆ Irritabilité
- ◆ Levée d'inhibition
- ◆ Panique
- ◆ Prostration
- ◆ Provocation
- ◆ Rires immotivés
- ◆ Risque de violence envers les autres
- ◆ Risque de violence envers soi même
- ◆ Simulation

15. PERCEPTIONS ET SENTIMENTS

- ◆ Ambivalence
- ◆ Altération de l'estime de soi
- ◆ Amélioration du moral
- ◆ Angoisse
- ◆ Anxiété
- ◆ Ennui
- ◆ Exaltation ou inhibition de l'humeur
- ◆ Fausse reconnaissance
- ◆ Hallucinations
- ◆ Inquiétude
- ◆ Sensation de mal être
- ◆ Sensation d'étouffement
- ◆ Sentiment de persécution
- ◆ Perturbation de l'image corporelle
- ◆ Peur de...

- ◆ Tristesse
- ◆ Vertiges

16. GESTION DES RISQUES

- ◆ Sous surveillance judiciaire
- ◆ Non-observance du traitement
- ◆ Non respect de ses limites
- ◆ Protection judiciaire
- ◆ Risque de provoquer un incendie
- ◆ Risque d'automutilation
- ◆ Risque de stockage de médicaments

17. GESTION DE LA SANTE

- ◆ Amélioration de l'autonomie
- ◆ Automutilation.
- ◆ Conduite addictive (Alcool, Tabac, drogues...)
- ◆ Dénis de...
- ◆ Isolement prophylactique
- ◆ Non-Observance du traitement.
- ◆ Refus des soins prescrits
- ◆ Refus des soins d'hygiène.
- ◆ Refus du traitement.
- ◆ Préparation d'examen préciser le protocole
- ◆ Tentative de suicide (durant l'hospitalisation)

18. SUIVI DES SOINS

- ◆ Isolement prophylactique
- ◆ Réaction à la transfusion
- ◆ Suivi d'éducation
- ◆ Suivi du traitement

19. SIRTUALITE – CROYANCES

- ◆ Demande d'assister à un office religieux
- ◆ Demande d'un représentant du culte

20. ENTOURAGE

- ◆ Conflit familial
- ◆ Sentiment de solitude
- ◆ Isolement social
- ◆ Perturbation dans les relations avec la famille l'entourage

21. SORTIE

- ◆ Demande de placement
- ◆ Fugue
- ◆ Permission de sortie
- ◆ Préparation de la sortie
- ◆ Sortie contre avis médical
- ◆ Sortie sans autorisation

Cette liste n'est pas exhaustive. L'intervention d'un intervenant pluriprofessionnel peut faire l'objet d'une cible (exemple : ergothérapeute, kinésithérapeute...)

10- Tables des sigles et abréviations

A

- **AP** : Auxiliaire de Puériculture
- **AS** : Aide Soignant
- **ATB** : Antibiothérapie

B

- **BS** : Bilan Sanguin
- **BU** : Bandelette Urinaire

C – D

E

- **ECBU** : Examen Cytologique Bactériologique des Urines
- **EMG** : Equipe Mobile de Gériatrie
- **EMSP** : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- **EOHH** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

F – G - H

- **HTA** : Hyper Tension Artérielle
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile

I

- **IADE** : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
- **IBODE** : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat
- **IM** : Intra Musculaire
- **IV** : Intra Veineuse

J – K – L – M – N

O

- **OMI** : Oedème des Membres Inférieurs

P

- **PAC** : Port A Cath (Chambre Implantable)
- **Pls** : Pouls

Q

R

- **Rx** : Radiographie

S

- **SAD** : Sonde urinaire A Demeure
- **SC** : Sous Cutanée
- **SHA** : Solution Hydro Alcoolique
- **SSR** : Soins Suite et Réadaptation

T

- **TA** : Tension Artérielle
- **TTT** : Traitement

U

- **UI** : Unité Internationale

V

- **VVC** : Voie Veineuse Centrale
- **VVP** : Voie Veineuse Périphérique

W – X – Y - Z

11- Textes Réglementaires

- **Décret n° 2004 802 du 29 juillet 2004**, relatif aux actes professionnels, à l'exercice de la profession et aux règles professionnelles
 - *Article R 4311 – 3 : « L'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins »*
 - *Article R 4312 – 28 : « L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins contenant tous les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi du patient »*
- **Arrêté du 31 juillet 2009 (annexes)**, Programme de formation IDE
- **Arrêté du 22 octobre 2010**, relatif à la formation conduisant au diplôme d'état aide soignant
- **Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-3/ du 19 janvier 1996**, missions des aides soignants
- **Loi n° 2002 – 303 du 4 mars 2002**, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- **Arrêté du 13 mars 1999**, relatif à la gestion des traitements personnels des patients de l'entrée à la sortie
- **Décret 2003 – 462 (annexe) du 21 mars 2003**, relatif à l'accès aux informations personnelles
- **Arrêté du 5 mars 2004**, homologation des recommandations de bonnes pratiques relative à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne
- **Loi n° 78 – 17 du 6 janvier 1978**, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- **Loi n° 2000 – 230 du 13 mars 2000**, relative à la signature électronique
- **Décret n°2001 – 272 du 30 mars 2001**, relatif à l'application de la signature électronique
- **Code de la santé publique.**
 - *Article 1112 – 2 « Le dossier médical contient notamment le dossier de soins »*
 - *Article R 4351 – 3 « Les manipulateurs en radiologie participe à la transmission écrite... »*
- **Circulaire DHOS/E3 n° 2006 - 281 du 28 juin 2006**, relative à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) par les établissements de santé
- **Guide du service de soins infirmiers**, Soins infirmiers normes de qualité - septembre 2001 - 2ème édition
- **Recommandations de l'ANAES**
 - *Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Décembre 2005*
 - *Evaluations des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : dossier patient amélioration de la qualité, de la tenue et du contenu - Juin 2003*
 - *Bonnes pratiques « information des patients – recommandations destinées aux médecins » - Mars 2000*
 - *Les pratiques cliniques concernant le dossier patient*
 - *en masso – kinésithérapie - Mars 2000*
 - *en ergothérapie –Mai 2001*
 - *en pédicurie podologie - Mai 2001*
- **Haute autorité des soins (HAS)**, Référentiel Dossier patient. 2003

12- Bibliographie

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient. Fascicule 1 : réglementation et recommandations. Paris : ANAES ; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient. Fascicule 2 : réalisation pratique de l'audit clinique. Paris : ANAES ; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient. Fascicule 3 : méthodes d'amélioration de la qualité. Paris : ANAES ; 2003.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris : ANAES ; 2003.

13- Participants au référentiel dossier de soins

Chef de projet :

- K. GARCIA LIDON, Cadre Supérieur de Santé chargée de missions Direction Coordination Générale des Soins

Participants :

- C. MARINO, Cadre Supérieur de santé, Direction Qualité Gestion des Risques
- G. GLEIZES, Cadre de santé, missions transversales Dossier patient Informatisé
- F. BUHLER, Cadre de santé cardiologie
- C. FORESTIER, Cadre de santé chirurgie ambulatoire
- A. KOURRAD, Cadre de santé Centre de Gérontologie, Amandier 3 et 4
- M. TROMPAT, Cadre de santé Pneumologie
- L. VIDAL, Cadre de santé Institut de Formation en Soins Infirmiers
- C. LAMBLARD, Cadre de santé Institut de Formation en Soins Infirmiers
- I. TORDJMAN, Puéricultrice Pédiatrie A
- A. BRUANT, IDE Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
- A. CHARMASSON, IDE Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
- E. DUDON, IDE Pneumologie
- J. LOPEZ, IDE Hémodialyse
- P. PEREZ, IDE Orthopédie
- V. PONT, IDE Centre de Gérontologie, Ruffi 1