

Le dossier de soins ciblé

I. VALLEE et V. MARECHAL - Infirmières - C.H. VALENCIENNES

INTRODUCTION

Nous allons débiter en vous présentant notre travail sur les transmissions ciblées et l'application qui en a été faite dans notre service.

Infirmières dans le service d'hémodialyse du centre hospitalier de Valenciennes, nous accueillons des patients en insuffisance rénale aiguë et chronique, trois fois par semaine à raison de 4 à 5 heures / séance. Actuellement, nous prenons en charge 223 patients chroniques auxquels nous devons ajouter les patients aigus et les dialyses dans le service de réanimation.

La prise en charge de ces patients est assurée par une équipe pluridisciplinaire de 60 personnes dont environ 40 infirmières.

Nous sommes les 2 référentes d'un groupe de volontaires composé de 10 membres de l'équipe soignante : infirmières, aides-soignantes et 1 surveillante. Nous nous réunissons en moyenne une fois tous les 15 jours, pour réfléchir sur l'évolution de notre dossier de soins.

La réactualisation de celui-ci est issu d'une décision d'équipe après critiques constructives du dossier actuel.

Les principales critiques observées étaient les suivantes :

- Manque de clarté dans les transmissions, ce qui entraîne des difficultés pour retrouver les informations.
- Recopiage inutile
- Fiche inadéquate pour les transmissions ciblées.
- Absence de résultat dans le suivi des transmissions.
- Les macrocibles sont rarement réactualisées.
- Proximité du dossier de soins par rapport aux patients, ce qui occasionne des problèmes de confidentialité.

- Manque de justifications lors de la demande d'examen et lors de changement dans les prescriptions.
- Difficultés pour l'équipe de retranscrire les informations.
- Rétention volontaire et/ou involontaire des informations.

Il devenait donc important de transformer notre dossier de soins actuel, qui ne nous apportait pas entière satisfaction et qui ne répondait pas aux normes de l'accréditation en vigueur.

Notre objectif est donc de constituer un dossier de soins complet, individualisé, centré sur la personne, le plus simple possible d'utilisation, attractif et légal. Il serait également basé sur les référentiels d'accréditation actuels puisque le service d'hémodialyse du centre hospitalier de Valenciennes en est un service pilote.

LES RÉFÉRENTIELS D'ACCREDITATION

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe réalisée par des professionnels de santé.

Elle se veut objective et indépendante à l'égard des divers organismes de tutelle.

Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement.

Les référentiels par rapport au dossier du patient

REFERENCE 1

L'établissement définit et met en œuvre une politique du dossier du patient dans l'ensemble des secteurs d'activité :

- un recueil d'information permet d'assurer la continuité des soins ;

- une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient et à assurer la protection de la confidentialité des dossiers ;
- assurer le droit d'accès du patient à son dossier par l'intermédiaire d'un médecin qu'il choisit.

REFERENCE 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les instances et personnels concernés :

- s'assurer que les modalités du dossier de soins soient écrites, validées, diffusées et évaluées ;
- surveiller l'organisation du circuit du dossier et de son archivage.

REFERENCE 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de confidentialité : si le dossier est informatisé, le patient doit en être informé.

REFERENCE 4

La tenue du dossier du patient permet une gestion fiable des informations :

- il est tenu par écrit par les différents intervenants ;
- les prescriptions médicales sont rédigées par le praticien prescripteur, datées, et comportant le nom

- et la signature du praticien ;
- il doit être organisé et classé.

REFERENCE 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Il comporte les motifs d'hospitalisation, des informations actualisées sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge, le traitement, la trace de la réflexion concernant la stratégie de diagnostic et de thérapeutique.

REFERENCE 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'accès aux informations : dossier localisé et accessible à tout moment, et conservé en toute sécurité.

REFERENCE 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continue : les dysfonctionnements seront recensés, analysés et le dossier pourra être modifié, à périodicité définie.

Les objectifs de l'accréditation

- La mise en valeur de la qualité des soins par la mesure des résultats et l'évaluation des processus.

- L'appréciation de la capacité qu'a l'établissement à prodiguer des soins de façon régulière, à réviser et à améliorer son fonctionnement par préjugé de l'administration des soins de qualité.
- Une évaluation externe : résultats connus au public.
- La demande continue vers l'excellence qui présuppose une implication et une mobilisation.

LA FEUILLE DE SÉANCE INFORMATISÉE (doc. 1)

Elle reprend toutes les prescriptions médicales concernant la séance de dialyse du patient.

C'est aussi un des supports qu'utilisent les infirmières pour préparer toute nouvelle séance de dialyse, ce qui permet ainsi d'avoir un aperçu général de la séance de dialyse précédente.

Cette feuille informatisée ne remplace en aucun cas le dossier de soins infirmiers. Toutes les informations écrites en commentaires sur cette feuille doivent impérativement être présentes dans le dossier infirmier.

FICHE ADMINISTRATIVE (doc. 2)

Doc. 1

Doc. 2

C'est la première feuille du dossier de soins.

Elle permet de visualiser rapidement toutes les données administratives concernant le patient.

MACROCIBLE (doc. 3, 4 & 5)

Définition

Ce document présente la personne soignée de façon organisée et synthétique, à une phase précise de la prise en charge : admission dans un service, transfert pour hospitalisation et/ou une autre institution. Elle permet d'assurer un relais rapide et pertinent.

Dans notre service, la macrocible est établie par une infirmière avec les informations apportées par l'équipe, pour les patients chroniques, au cours du premier mois de dialyse.

Cette macrocible est réactualisée lors de l'apparition d'une modification physique ou psychologique ayant entraîné une perturbation chez le patient, parfois une hospitalisation ou même un placement en institution. Il est impossible dans notre service de réactualiser les macrocibles à date précise étant donné le nombre de patients que nous traitons.

FICHE DE PRESCRIPTIONS MÉDICALES (doc. 6)

Cette feuille reprend toutes les prescriptions médicales.

On y retrouve les changements thérapeutiques, les demandes d'examens sanguins et radiologiques et toutes les éventuelles consultations.

Toute nouvelle et/ou changement de prescription médicale est notifié par écrit par l'infirmière puis vérifié et contresigné par le médecin prescripteur.

Remarques :

Une photocopie de la macrocible est transmise dans les services lors d'une hospitalisation ou d'un examen.

Valenciennes, le

Nom, Prénom :

Macrocible En Soins Infirmiers

Date

Introduction

Présentation du patient

Date de la première dialyse

Causes de l'insuffisance rénale chronique

Facteurs de risques (tabac, alcool, allergies)

Bref rapp

Valenciennes, le 1er Mai 1999

Nom, Prénom :

Macrocible En Soins Infirmiers

2 avril 99

1365 Hémodialyse Rdc

Présenta

Aspects

Aspects

Habitud

Conclu

Phrase

"visuali

Valenciennes, le 13 Mai 1999

Nom, Prénom :

Macrocible En Soins Infirmiers

13 déc. 98

1365 Hémodialyse 5 Eme

Madame X Joséphine, âgée de 76 ans, dialyse depuis 10 mois en date du 6 mars 1998. Cette patiente est arrivée en dialyse suite à une Néphropathie diabétique et une hypertension depuis 1992.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

ASPECT PHYSIQUE : PARTICULARITÉS

Personne autonome et valide qui a parfois de légers troubles de l'équilibre. Elle a tendance à perdre ses repères et a besoin d'être dirigée.

HABITUDES DE VIE

Patiente mariée depuis 57 ans, son mari est retraité des mines (mineur de jour). Elle a eu quatre enfants (trois garçons et une fille), onze petits-enfants et dix arrière-petits-enfants.

C'est une personne qui se veut autonome et désire le rester, en gardant une activité ménagère à la maison. Elle est très entourée par son mari, qui s'occupe bien d'elle, et par toute sa famille.

Elle va régulièrement chez ses enfants et occasionnellement au QUESNOY où est installé leur caravane. Madame X est très autoritaire envers son époux et sa fille qui l'entourent beaucoup.

ASPECT PSYCHOLOGIQUE

Personne qui aime parler et l'on se rend compte qu'elle accepte très mal son état. Dit qu'elle ne comprend pas pourquoi elle est malade car elle n'a jamais "fait de travers" : (boire/fumer).

Elle est venue en dialyse sous la pression de sa fille et de sa petite-fille. C'est une personne de nature anxieuse et nerveuse qui supporte mal d'être immobilisée pendant la séance voire impatiente en fin de dialyse, accepte mal le retard de ses ambulanciers, et peut même se sauver quand ils tardent trop.

Patiente pouvant être très agressive quand on ne la satisfait pas assez rapidement.

Pour conclure, c'est une patiente volontaire, qui parle facilement avec les autres patients et le personnel soignant, qui prend toujours soin de son hygiène, mais qui peut être parfois très impatiente.

Infirmière Isabelle Vallée

FICHE DE PRESCRIPTION MEDICALE

PRESCRIPTION

DATE	PRESCRIPTEUR
------	--------------

Doc. 6

La visite du médecin se fait le plus souvent pendant les séances de dialyse, avec présence de l'infirmière, qui note au fur et à mesure les changements de prescriptions, que le médecin signe de suite.

FEUILLE DE TRANSMISSIONS CIBLÉES (doc. 7)

Remplie par un membre de l'équipe pluridisciplinaire, le plus souvent une infirmière.

Toutes les informations recueillies par l'équipe soignante concernant un patient sont retranscrites sous forme de transmissions ciblées : c'est-à-dire : C + D.A.R.

La "Cible" est un mot-clé qui pose le problème, concis et précis, qui attire l'attention de tout changement physique ou psychologique concernant la personne soignée.

La cible peut être :

- un événement important de la vie du patient ;

ETIQUETTE	Donnée(s)	Action(s)	Résultat(s)	Fin
Cible / Date Signature				

Doc. 7

- une préoccupation ;
- un comportement ;
- un changement de l'état de santé de la personne soignée ;
- une réaction aux thérapeutiques ou aux soins ;
- un symptôme.

L'information est classée sous une des trois rubriques suivantes :

Données : informations décrites par les observations (visuelles ou auditives) de l'équipe concernant le patient à un moment donné.

Actions : ce sont les soins infirmiers actuels ou futurs après analyse de la situation, en fonction du rôle propre infirmier et/ou de celui sur prescriptions médicales.

Résultats : description de la réaction du malade aux soins infirmiers ou médicaux. Le résultat peut être immédiat ou plus tardif.

Fin : remplie lorsque le problème (cible) est résolu. Le rôle principal étant de faciliter la relecture du dossier lorsque l'infirmier prépare les dossiers.

LES DIAGRAMMES (doc. 8, 9 & 10)

Dans notre service nous utilisons deux types de diagrammes :

- des diagrammes d'activités :
- des soins sur prescription médicale ;
- des soins du rôle propre.
- des diagrammes mixtes :
- pansements ;
- surveillance des fistules.

DIAGRAMME POUR LA PERIODE DU

AU

ETIQUETTE PATIENT

semaine n°	semaine n°	semaine n°
------------	------------	------------

EXAM. SANG.

Numération

M 12

M 10

M 5

Ca - P

TP-INR

Dosage Antibio.

TSH

PTH

RAI

VS-CRP

Signature I D E

Doc. 8

DIAGRAMME POUR LA PERIODE DU

AU

ETIQUETTE PATIENT

semaine n°	semaine n°	semaine n°
------------	------------	------------

ETIQUETTE Patient

EXAM. RX-ENDO

RP

CMO

BILAN OSSEUX

ECHO FAV

ANGIOGRAPHIE FAV

ANGIOPLASTIE FAV

ECHO CARDIAQUE

ARTERIOGRAPHIE

PHLEBOGRAPHIE

RETOUR VEINEUX

FIBRO. GASTRIQUE

COLOSCOPIE

FIBRO. BRONCHIQUE

E.T.O

SCANNER

I.T.M.

SCINTIGRAPHIE

Commentaire

Signature I D E

Doc. 9

DIAGRAMME DES EXAMENS RADIOLOGIQUES

ETIQUETTE Patient

demande	RDV	recupere	demande	RDV	recupere
---------	-----	----------	---------	-----	----------

EXAM. RX-ENDO

RP

CMO

BILAN OSSEUX

ECHO FAV

ANGIOGRAPHIE FAV

ANGIOPLASTIE FAV

ECHO CARDIAQUE

ARTERIOGRAPHIE

PHLEBOGRAPHIE

RETOUR VEINEUX

FIBRO. GASTRIQUE

COLOSCOPIE

FIBRO. BRONCHIQUE

E.T.O

SCANNER

I.T.M.

SCINTIGRAPHIE

Commentaire

Signature I D E

Doc. 10

But des diagrammes

- planification et continuité des soins ;
- contrôle de l'exécution des soins ;
- évaluation de l'efficacité des soins ;
- mémoire du suivi du patient ;
- aide à la mesure de la charge des soins ;
- valorisation professionnelle ;
- légalité du dossier de soins ;
- préparation à l'informatisation.

Diagramme des thérapeutiques en séance

On coche lorsque le soin est réalisé. S'il y a modification de la prescription on entoure en rouge. Séparation des thérapeutiques en trois :

- per os ;
- injectables ;
- apports.

Diagrammes pansements

Sur la première page : type de pansement, localisation, prescription médicale du soin, nom, date et signature. sur la deuxième page : on coche quand il est fait et on entoure en rouge si modification ou problème.

LES FEUILLES ANNEXES

Schéma de fistule

Lors de la création de la fistule, le patient descend avec son schéma, que le chirurgien essaie de remplir après l'intervention, afin de mieux cerner la localisation de la fistule.

Surveillance de fistule (doc. 11)

Test de débit réalisé tous les mois au moment du bilan mensuel. On monte le débit à 500 ml/min progressivement pendant deux minutes, on observe la pression veineuse et artérielle.

On relève les mesures sur la feuille et on indique le type d'aiguille utilisée. Si problème pour augmenter le débit, on ne force pas et on le signale au médecin qui donnera un avis.

Feuilles vacances :

On y note les dates de vacances du patient départ/retour, les jours de dialyse, le lieu précis du centre de dialyse et son lieu de résidence. Ceci afin de pouvoir le joindre à n'importe quel moment si problème.

Bilan d'insuffisance rénale chronique (doc. 12)

Feuille regroupant tous les examens nécessaires pour le bilan insuffisance rénale chronique, réalisé lorsque le patient est déclaré chronique.

Bilan de prétransplantation (doc. 13)

EXAMENS A RECHERCHER DANS LE DOSSIER DE NEPHROLOGIE POUR COMPLETER LE DOSSIER ANNUEL D'HEMODIALYSE			
	DEMANDE LE	FAIT LE	RECOPIE LE
1ère DIALYSE LE :			
GROUPE SANGUIN			
ABORD VASCULAIRE			
B2 microglobulinémie			
ALUMINEMIE			
PHOSPHATASES ALCALINES			
25 OH D3			
PTH			
RADIO DOS			
FERRITINE			
FER SERIQUE			
CTF-CSS			
TRANSFUSIONS			
ATC ANTI-LEUCOPLAQ.			
ATC ANTI-ERYTHROC.			
CHOLEST.-TRIGLYCERIDES-HDL/CHOLEST.			
Ag HBS			
ATC ANTI-HBs			
ATC ANTI-HBc			
ATC ANTI-HCV			
ATC ANTI-HIV			
TGO-TGP-GGT			
Protocole de vaccination ANTI HBs			
GAMMAGLOBULINES			
EMG-VCN			
FD			
Mesure De Minéralisation Osseuse			
DIETETIC IENNE			
DOSSIER CONTROLE LE :		PAB :	

BILAN PRETRANSPLANTATION			
	FAIT LE :	PREVU LE :	RECOPIE LE :
NOM :			
PRENOM :			
NOM DE JEUNE FILLE :			
(E) LE :			
Groupe Sanguin Phénotypé :			
1ère détermination			
2ème détermination			
CARTE OBTENUE			
Groupe HLA A, B, DQ, DR			
1ère détermination			
2ème détermination			
Ac Anti-leucocytoplaquettaires			
Ac Anti-érythrocytaires			
Date des transfusions antérieures :			
Résultats recherche Ac anti ALP			
			J7
			J14
			J21
			J28
Sérologie EBV			
Sérologie CMV			
Sérologie Herpes Simplex			
Sérodiagnostic HIV0			
Sérologie HIV 1 + 2			
Sérologie HTLV 1 - 2			
Ag HBs: Ac Anti-HBs			
si HBs: Ac Anti HBs - Ag HBe - Ac Anti-HBe			
Ag DNA VIRAL (PCR) x 2			
Ag HCV			
si + RNA viral (PCR) x 2			
Electrophorese proteines sériques			
Dosage Ig			
Cholestérol, Triglycérides, Apo A, Apo B, Lp(a)			
Bilirubine T/C			
Phosphatases alcalines			
Phosphatases alcalines osseuses			
Uricémie			
Néuro-Cystographie rétrograde et mictionnelle			
ASP			
Echographie abdo			
EGD			
us			
Panoramique dentaire			
consultation stomatologie			

FEUILLE DE SURVEILLANCE DE FAV				
NOM		Prénom		
DATE	TEST DEBIT	EXAMEN CLINIQUE	MATERIEL DE PONCTION ET CALIBRE	PRESSION FAV AVANT BRANCHEMENT
	DEBIT		ARTERE	
	PV			
	PA		VEINE	
	DEBIT		ARTERE	
	PV			
	PA		VEINE	
	DEBIT			

Doc. 11

Doc. 13

FORMATION D'UN PATIENT POUR L'AUTODIALYSE

NOM DU PATIENT :

Non vu par le patient
 Vu par le patient
 Manipulé par le patient
 Acquis par le patient

Préparation : 1ère étape

- Mettre la machine en marche
- La mettre en rinçage
- Préparer le matériel
- Se laver les mains
- Monter le circuit
- Purger avec la poche de 2 l

Pendant la purge : 2ème étape

- Alcooliser la table
- Préparer les seringues (poche de 1 l)
- Adapter la seringue héparine au circuit
- Poser la poche de 1 l + purger ligne extension
- Adapter la ligne extension au circuit
- Se peser
- Remplir le cahier

SI POSSIBLE :

- Prendre la TA
- Calculer la perte de poids

Doc. 14

NOM DU PATIENT :

Quand le rinçage est terminé : 3ème étape

- Faire le test
- Mettre la conductivité
- Préparer le bras

Pendant la séance : 4ème étape

SI POSSIBLE :

- Amorcer et brancher le circuit
- Mettre en marche le maîtreur

OBLIGATOIRE : ALARMES

- Détecteur d'air
- Serrer les fourchettes de PV
- Alarme de conductivité

A la fin de la séance : 5ème étape

- Se restituer
- Faire injection d'EPREX
- Se tensionner
- Se peser
- Remplir le cahier
- Démonteur la machine
- La mettre en rinçage
- La mettre en désinfection
- La laver

Nom de l'IDE

Doc. 15

Surveillances Accueil-Mobilité

jour	L	M	M	J	V	S	L
date							

AVANT SEANCE

HYGIENE FISTULE
Lavage-Béatadine

SURVEILLANCE DU POIDS

seul
chaise
balance

MOBILITE

seul
avec aide
chaise
lit

INSTALLATION AU LIT

seul
avec aide

APRES-SEANCE

SURVEILLANCE POIDS

seul
avec aide
chaise
balance

RETOUR

seul
avec aide
chaise
lit

Doc. 16

Suivi d'un patient en formation pour l'autodialyse (doc. 14, 15 & 16)

LE CHOIX DE 50 PATIENTS "TESTS" POUR ÉVALUER LE NOUVEAU DOSSIER DE SOINS

Avant d'uniformiser le dossier à tous nos patients, nous avons décidé de l'évaluer sur un échantillon de 50 patients.

Pour cela, une réunion d'information sur l'utilisation du nouveau dossier de soins a été effectuée à l'ensemble du personnel d'Hémodialyse, en leur précisant les grandes lignes d'utilisation.

Suite à cette réunion, une fiche d'évaluation a été mise en place, à différents endroits du service (Doc. 17).

Avantage(s)	Inconvénient(s)	Solution(s)
<ul style="list-style-type: none"> - Plus de lisibilité ; - Dossier de soins plus attractif ; - Facilité d'utilisation ; - Plus de clarté dans la programmation des examens (sanguins et radiologiques) ; - Une meilleure continuité des soins (grâce aux diagrammes des thérapeutiques) ; - Une meilleure connaissance de la personne soignée (grâce à la macroble et à la feuille de transmissions ciblées) ; - Reconnaissance du travail des soignants ; - Document légal ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Un manque de cases vides dans les diagrammes concernant les examens sanguins ; - Programmation des soins par semaines numérotées ; - Noter les dates dans les cases vides concernant le diagramme des thérapeutiques ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cases vides supplémentaires ; - Pour chaque semaines numérotées, rajouter au-dessus des colonnes, la date et le mois de la séance de dialyse concernée ; - Possibilité de mettre un « triangle vierge », dans la case du jour concerné pour planifier la thérapeutique choisie, qui sera noté par l'infirmière ayant effectué le soin afin de le valider ;

Fiche d'évaluation

Doc. 17

Cette fiche, à la disposition de l'équipe, présentée sous forme d'un tableau, permet de noter les avantages, les inconvénients et les solutions.

CONCLUSION

- Les premières impressions sur le nouveau dossier de soins ne sont pas négatives, au contraire, cela nous a permis de le réajuster.
- Un guide d'utilisation du dossier de soins va être mis en route dans notre service très prochainement.
- Une évaluation du dossier de soins se fera tous les six mois avec tous les partenaires de l'équipe.