

Régions

UN DOSSIER DE SOINS EN HÉMODIALYSE

Ph. LABROCHERIE,

Cadre infirmier, Unité d'hémodialyse

CHU de Bicêtre

PRÉSENTATION DU SERVICE

Le service de Néphrologie, Hémodialyse et Transplantation du Pr Bernard Charpentier est réparti sur deux secteurs géographiquement distincts. Le premier secteur est situé au 7^e niveau du bâtiment central. Il regroupe :

- un secteur d'hospitalisation de 24 lits,
- un secteur de transplantation de 4 lits,
- une unité d'hémodialyse de 2 postes,
- une unité de dialyse péritonéale.

Le second secteur est situé dans un autre pavillon du CHR et regroupe :

- un centre d'hémodialyse chronique de 8 postes,
- un hôpital de jour, incluant une unité d'immunoabsorption.

L'activité de l'unité d'hémodialyse et d'hospitalisation a été supérieure à 6 000 séances pour l'exercice 95, et 198 patients ont été pris en charge : instauration du traitement d'insuffisance rénale par hémodialyse.

POURQUOI UN DOSSIER DE SOINS ?

Les textes

L'article 1^{er} de la circulaire 387 du 15 septembre 1989 de la Direction Générale de la Santé, Direction des Hôpitaux, définit le dossier de soins comme étant :

- un outil de travail spécifique à l'infirmier(e),

- un support à la démarche de soins,
- un outil d'apprentissage pour les étudiants en soins infirmiers,
- un élément de la recherche infirmière,
- un recueil privilégié d'informations, accessible aux médecins,
- une partie intégrante du dossier médical.

Toujours d'après cet article, le dossier de soins doit comporter les éléments suivants :

- toutes les informations concernant le patient,
- les décisions infirmières,
- les objectifs de soins,
- les actes et actions mises en œuvre,
- l'évaluation des soins.

On retrouve ces mêmes notions d'organisation, de recherche et d'évaluation des soins infirmiers dans la loi portant réforme hospitalière de juillet 1991, à l'article L 714.26 qui fixe le rôle de la direction du service de soins infirmiers.

Le décret du 15 mars 1993, relatif aux actes de la profession d'infirmière stipule, à l'article 2 dudit décret, que :

« l'infirmier(e) est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins. »

En résumé, le dossier de soins s'inscrit dans une logique d'organisation et d'évaluation des soins devant permettre la mise en place de démarches de soins individualisés, dont la finalité est la prise en charge de patient dans sa globalité.

QU'EST-CE QU'UN DOSSIER DE SOINS ?

C'est avant tout un outil de travail qui offre les avantages de regrouper l'intégralité des informations concernant l'hospitalisation du malade. C'est une source d'information accessible à tous les acteurs de soins qui interviennent auprès du malade.

Ces prestataires peuvent y puiser toutes les informations qui leur seront utiles, autant qu'ils doivent y reporter toutes les données recueillies concernant la personne soignée.

En trois mots, le dossier de soins doit être un document :

UNIQUE, PERSONNALISÉ et PARTAGÉ.

UNIQUE : parce qu'il n'y a qu'un seul document par personne hospitalisée.

PERSONNALISÉ : parce que ce document est destiné à ne regrouper que les informations utiles pour le patient. L'intégralité des données est recueillie afin que les soins soient adaptés, individualisés et destinés à la personne concernée.

Le dossier de soins se doit d'être le reflet de l'hospitalisation du malade.

PARTAGÉ : parce que le dossier de soins est accessible à tous, médecins y compris.

C'est pourquoi ce document, cet outil de travail, doit être considéré comme un élément de référence par l'ensemble des prestataires ; il se doit d'être accessible à tous les intervenants, il doit restituer l'information de façon claire et précise.

Ce document fait partie **INTÉGRANTE** du **DOSSIER MÉDICAL**.

Le dossier de soins doit être accepté comme l'élément fondamental du processus d'individualisation et de personnalisation des soins dans un contexte pluridisciplinaire et pluridimensionnel des soins.

NOTRE DÉMARCHE

Analyse de l'existant

- Le classeur d'hémodialyse regroupait une très, voire trop, importante quantité d'informations. Ces informations étaient peu accessibles à quiconque n'ayant que rarement à utiliser le dossier.
- Les fiches de surveillance ne comportaient pas de réelle possibilité de rédaction d'une transmission infirmière et aide-soignante.
- Les fiches de prescriptions n'étaient plus adaptées aux besoins actuels et n'étaient pas en conformité avec les textes législatifs en vigueur.
- Il n'y avait pas de protocoles ou de processus de soins individualisés.
- Il n'y avait pas de fiche d'identification, ni de renseignements administratifs.
- Il y avait, par contre, surabondance de renseignements médicaux mais pas de possibilité de transmission médicale.

Les étapes du projet

ÉTAPE N° 1 : (de février à mai 1995)

Sensibilisation à la refonte de l'existant par :

- proposition d'une nouvelle feuille de surveillance infirmière,
- proposition d'une nouvelle feuille de prescription,
- mise en place de staffs hebdomadaires,
- remise à jour des observations, et traçabilité des décisions,
- instauration d'une feuille de planification des examens complémentaires, avec suivi des dates de rendez-vous.

L'objectif de ces actions était double :

Premièrement, il s'agissait de démontrer l'utilité d'une individualisation du suivi et du besoin de personnaliser les documents ;

Deuxièmement, il était nécessaire de stimuler l'équipe soignante toute entière à la nécessité de conduire ensemble une ré-

flexion qui devait aboutir à la compréhension de la nécessité d'adapter l'outil existant à l'actualisation de pratiques et à l'évolution des soins en hémodialyse.

ÉTAPE N° 2 : (de mai à septembre 1995).

- analyse de l'efficacité des documents mis en place,
- recueil des critiques positives et négatives de toute l'équipe (médicale, paramédicale),
- création d'un groupe de travail avec un chef de projet.

Cette démarche s'est déroulée progressivement sur plusieurs mois et s'est soldée par une remise en question du document utilisé. L'insatisfaction qui résultait de l'utilisation du document remanié a permis de motiver un groupe de personnes à travailler sur le projet du dossier de soins. Le lien qui existait entre la notion législative et le besoin professionnel s'est alors fait plus clairement sentir. Nous avons donc pu entamer la partie la plus constructive de notre démarche : l'élaboration du document final.

ÉTAPE N° 3 : (d'octobre 95 à janvier 96)

- élaboration d'une maquette,
- présentation de cette maquette,
- recueil des critiques,
- essai et réajustement.

Plusieurs projets ont été réalisés sur informatique. Tous les documents nécessaires ont été élaborés, puis présentés aux personnes référentes. L'analyse des documents présentés, le recueil des critiques qui en découlaient ont toutes été prises en compte et les feuilles immédiatement remaniées. Le but était de pouvoir présenter un support de type définitif, prêt à l'emploi, de façon à ce que les critiques se fassent sur un document potentiellement utilisable.

ÉTAPE N° 4 : (à ce jour)

- mise en place d'un dossier de soins au début du mois de février,

- essai sur trois mois (février, mars, avril),
- analyse des résultats début mai 96.

A la fin du mois de janvier, les diverses composantes du dossier de soins satisfaisaient l'ensemble des personnes de l'équipe. La mise en place pouvait donc se faire. Toutes les feuilles ont donc été reproduites, perforées et insérées dans un classeur rigide. Notre centre fonctionnant en deux séances quotidiennes, quatre couleurs différentes ont été choisies pour les classeurs, de façon à éviter de mélanger les dossiers de soins en fonction des séries de patients.

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

Le dossier de soins se présente donc sous la forme d'un classeur rigide, de format 21 x 29,7. Il se compose de deux parties : une partie paramédicale et une partie médicale, la séparation de ces deux parties se faisant grâce au dossier transfusionnel, sous la forme d'une chemise cartonnée de couleur rouge et de taille supérieure au format 21 x 29,7.

A noter que nous respectons un code de couleurs pour repérer plus facilement les différents éléments du dossier de soins. Dans l'ordre :

- Les éléments d'identification du patient sont sur feuilles de couleur jaune (fiche d'identification, schéma de la fistule, type de voie d'abord, etc.) ;
- Les prescriptions concernant les modalités de dialyse, les prélèvements et les examens complémentaires sont des feuilles de couleur verte ;
- Tout ce qui concerne la surveillance (infirmière et médicale) est de couleur blanche.

La séparation entre la partie paramédicale et médicale est assurée par le dossier transfusionnel.

Le dossier paramédical

La fiche d'identification (en jaune)

Elle comporte les éléments de base d'une fiche d'identification, c'est-à-dire le nom, l'âge, l'adresse, les coordonnées du patient et de sa famille, sa profession, son mode d'habitation etc.

Au verso figurent des informations plus spécifiques concernant l'hémodialyse. Il s'agit du type d'accès vasculaire, du schéma de la fistule, des précautions à prendre au branchement, du taux d'ultrafiltration maximum supportée par le patient, etc.

Une feuille diététique et aide-soignante, jaune aussi, suit la fiche d'identification. On y trouve le régime et les annotations aides-soignantes sur l'alimentation et le comportement lors des séances de dialyse, etc.

Vient ensuite la partie prescription médicale : trois feuillets distincts (en vert) :
– les conditions de dialyse,
– les demandes d'examens complémentaires,
– le suivi biologique et complémentaire annuel.

A noter l'absence de renseignements médicaux concernant la pathologie. Certains patients pouvant accéder ou avoir une vue sur le dossier, il a été décidé de conserver les observations médicales à part, avec le reste du dossier (le dossier de soins étant soumis à la même confidentialité que le dossier médical).

Le dossier médical

Il regroupe plusieurs documents tenus par le médecin de l'unité et compulsés par les membres de l'équipe soignante.

Une feuille de transmission médicale. Plusieurs médecins assurent des vacations dans l'unité et il nous a semblé utile de pouvoir disposer d'une partie transmission réservée à la notation d'événements

plus ou moins importants concernant le patient.

Une feuille de suivi des vaccinations.

Une feuille de suivi des résultats biologiques avant et après dialyse, sur six mois, mise à jour par les médecins de l'unité. Le recto de cette feuille est divisé en deux pavés, un pour le traitement médical et un pour un « résumé » de résultats d'examens complémentaires.

Une pochette contenant les derniers résultats des sérologies ainsi que le dernier tracé du dernier électrocardiogramme.

Une pochette contenant le compte rendu de la dernière échographie cardiaque.

Une pochette contenant les étiquettes à code barre du patient.

REMARQUES ET CRITIQUES

A deux mois d'utilisation, le bilan est plutôt positif. L'équipe s'accorde à trouver le document plus facile à utiliser, plus accessible et plus synthétique.

A ce jour :

Fiches d'identification quasiment complètes. Cette tâche a été déléguée à une étudiante en soins infirmiers en stage dans notre unité, sous le contrôle du chef de projet.

Les transmissions infirmières sont remplies ; seules les constantes de la machine ne sont pas intégralement reportées à chaque tour de surveillance.

Les prescriptions sont intégralement retranscrites par le prescripteur, à chaque changement de poids sec, de traitement de fond en dialyse et sont conformes avec les textes en vigueur.

Le suivi des examens complémentaires et la planification souffrent encore d'un manque de précision et de retranscription des examens réalisés, à réaliser et des dates d'exécution.

Les parties « transmissions » sont utilisées à bon escient. Subsiste encore la trans-

mission des événements qui revêtent un caractère plus important sur la partie « surveillance des constantes ».

NOS OBJECTIFS

Mettre en place les documents identiques en hémodialyse d'hospitalisation et chronique, en fonction des besoins de chaque secteur et insérer ces documents dans le dossier de soins d'hospitalisation.

Mettre au point une fiche de liaison.

Établir les protocoles individualisés, les procédures de soins ainsi que des fiches de conduite à tenir en cas d'urgence.

CONCLUSION

Le résultat à deux mois est globalement positif. La mise en place du dossier de soins dans sa configuration actuelle nous a permis de mettre en évidence la nécessité d'un document individualisé. Cela nous a aussi permis de stimuler une démarche de réflexion infirmière, de mobiliser tous les acteurs de l'équipe et de déboucher sur d'autres projets concernant la prise en charge du patient en dialyse.

Je ne citerai pour exemple que le projet des aides-soignants de créer une animation en hémodialyse, sous forme de jeux de société avec scrabble et loto géants.

Certes, nous avons pris du temps, plus d'un an et demi pour arriver au document actuel et nous sommes conscients de sa perfectibilité. Dans un mois nous recueillerons les critiques, remodèlerons encore notre dossier de soins pour aboutir à un document qui soit encore plus adapté à nos besoins, en attendant l'arrivée du dossier de soins informatisé.

Je retirerai, en outre, de cette expérience commune, au moins une devise que je me permettrai d'emprunter à Jean de La Fontaine :

« Patience et longueur de temps font plus que force ni que rage. »

Régions

Service d'hémodialyse

FICHE D'IDENTIFICATION

CHU DE BICETRE

coller ici l'étiquette
du malade

coller ici l'étiquette avec
l'adresse du malade

téléphone 1 :	téléphone 2 :
N° de sécurité sociale:-.....-.....-.....-.....	
Mutuelle O - N prise en charge :	
Célibataire Marié Divorcé Veuf enfants à charge O - N Nbre :	
profession (retraité de) :	
Type d'habitation : pavillon appartement étage : O - N ascenseur O - N	
Religion :	
Sté de transport : Tél :	
Type de transport : <u>aller</u> : VSL Ambulance <u>retour</u> VSL Ambulance	

Personne à prévenir :	Tél :
lien de parenté :	Tél :

Date de première dialyse:...../...../.....	Inscrit liste de transplantation O - N
--	--

autres informations :
.....
.....
.....

Régions

Service d'hémodialyse

FICHE DIETETIQUE

CHU de BICETRE

*Coller ici
l'étiquette du malade*

DATE	REGIME	CONSIGNES

DATE	Aide - Soignant(e)	COMMENTAIRES

Régions

Service d'hémodialyse

SUIVI BIOLOGIQUE ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES

CHU DE BICETRE

coller ici l'étiquette
du malade

Nom du prescripteur : _____

→ Une fois par mois :

⇒ N.F.S.

⇒ Ionogramme sanguin, avant / après dialyse

⇒ Calcium Phosphore.

fait le :	fait le :	fait le :	fait le :
fait le :	fait le :	fait le :	fait le :
fait le :	fait le :	fait le :	fait le :

→ Tous les trois mois :

↳ BIOLOGIE : prélèvement mensuel auquel il faut ajouter :

⇒ Fer sérique, Ferritine

⇒ Réticulocytes,

⇒ Bilan Hépatique Complet ASAT, ALAT, γ GT, Bilir,

⇒ Acide Urique

⇒ Parathormone,

⇒ Phosphats Alcalines ⇒ Albuminémie

⇒ Coéf et cap Transferrine

⇒ E.C.B.U

fait le :	fait le :	fait le :	fait le :
-----------	-----------	-----------	-----------

↳ SEROLOGIES :

⇒ AC Anti HbC

⇒ AG Hbs

⇒ AG HbE

⇒ AG delta

⇒ Séro. HCV

⇒ AC Anti Hbs

⇒ AC Anti HbE

⇒ DNA Viral

⇒ PCR HCV

fait le :	fait le :	fait le :	fait le :
-----------	-----------	-----------	-----------

⇒ Radio THORAX,

fait le :	fait le :	fait le :	fait le :
-----------	-----------	-----------	-----------

⇒ Dosage des A.C.C. chez les personnes inscrites sur la liste de transplantation ou susceptibles de l'être et à J7, J14, J21 et chez les personnes transfusées.

fait le :	fait le :	fait le :	fait le :
-----------	-----------	-----------	-----------

⇒ ElectroCardioGramme.

fait le :	fait le :	fait le :	fait le :
-----------	-----------	-----------	-----------

→ Tous les six mois :

↳ BIOLOGIE : prélèvement des quinze jours auquel il faut ajouter :

⇒ Aluminémie

⇒ ApolipoProt. A et B

⇒ Cholestérol Trigly.

⇒ $\beta^2\mu$ Globulines

fait le :	fait le :
-----------	-----------

→ Une fois par an :

⇒ Echo Cardiaque

fait le : _____

⇒ Radio OSseuse

fait le : _____

⇒ Cons. OPH + Fond d'Oeil

fait le : _____

⇒ ElectroPhorèse des Protid

fait le : _____

et, selon protocole, après en avoir informé le patient :

⇒ HIV 1x/mois pendant 3 mois puis à 6 mois

fait le :	fait le :	fait le :
-----------	-----------	-----------

Régions

Service d'hémodialyse

FICHE DE PRESCRIPTION D'HEMODIALYSE

CHU de BICETRE

*coller ici
l'étiquette du malade*

DATE	/	/	/	/	/
PRESCRIPTEUR					
POIDS SEC(*)					
DUREE					
FILTRE					
MODE					
BAIN					
CONDUCT.					
PONCTION					
DEBIT SANG					
ANTICOAG.					
E.P.O.					
FER I.V					
FONZYLANE					
UN ALFA					
Autres TTT					
signature					

Autres prescriptions :

date :	nom	prescription	jusqu'au :	signature

Régions

Service d'hémodialyse

SUIVI DES EXAMENS et CONSULTATIONS

CHU de BICETRE

DATE												
Poids Sec												
Durée												
	avant	après										
Urée												
Na +												
K +												
Cl-												
TCO ²												
Glucose												
Prot. TTx												
Créatinine												
Ca + +												
Phosphore												
PTH < 55 pg/ml												
SGOT / SGPT												
Gamma GT												
Bilirubine T / C												
AG Hbs												
AC Hbs												
AC Hbc												
Séro Hép. C												
Séro HIV												
Cholest. < 6.5												
TriGlyc < 1.7												
Apo A1 (1 à 1.9)												
Apo B/A1 < 0.9												
Leucocytes												
Hématies												
Hb / Hte												
VGM												
TCMH												
Plaquettes												
Reticulocytes												
Neu / Eos / Bas												
Lympho / Mono												
Fer Sér. (9 à 28)												
Cap Tot / Coef												
Transfe (1.9 à 3.2)												
Ferrit. (20 à 250)												
Transfusions												
EPO hebdo												
UnAlpha IV/Séan												
Acide Urique												
Aluminium												
Albumine (35 à 50)												
CRP												
β ² μGlob												

Régions

Service d'hémodialyse

SUIVI DES EXAMENS et CONSULTATIONS

CHU de BICETRE

*coller ici
l'étiquette du malade*

Traitements per os

DATE												

Traitements injectables (IV, IM, Perfusions)

DATE												

Explorations	Commentaires	Commentaires	Commentaires
Radiographie pulmonaire	date:	date:	date:
Echographie Cardiaque	date:	date:	date:
Electro Cardiogramme	date:	date:	date:
.....	date:	date:	date:
.....	date:	date:	date:
.....	date:	date:	date: