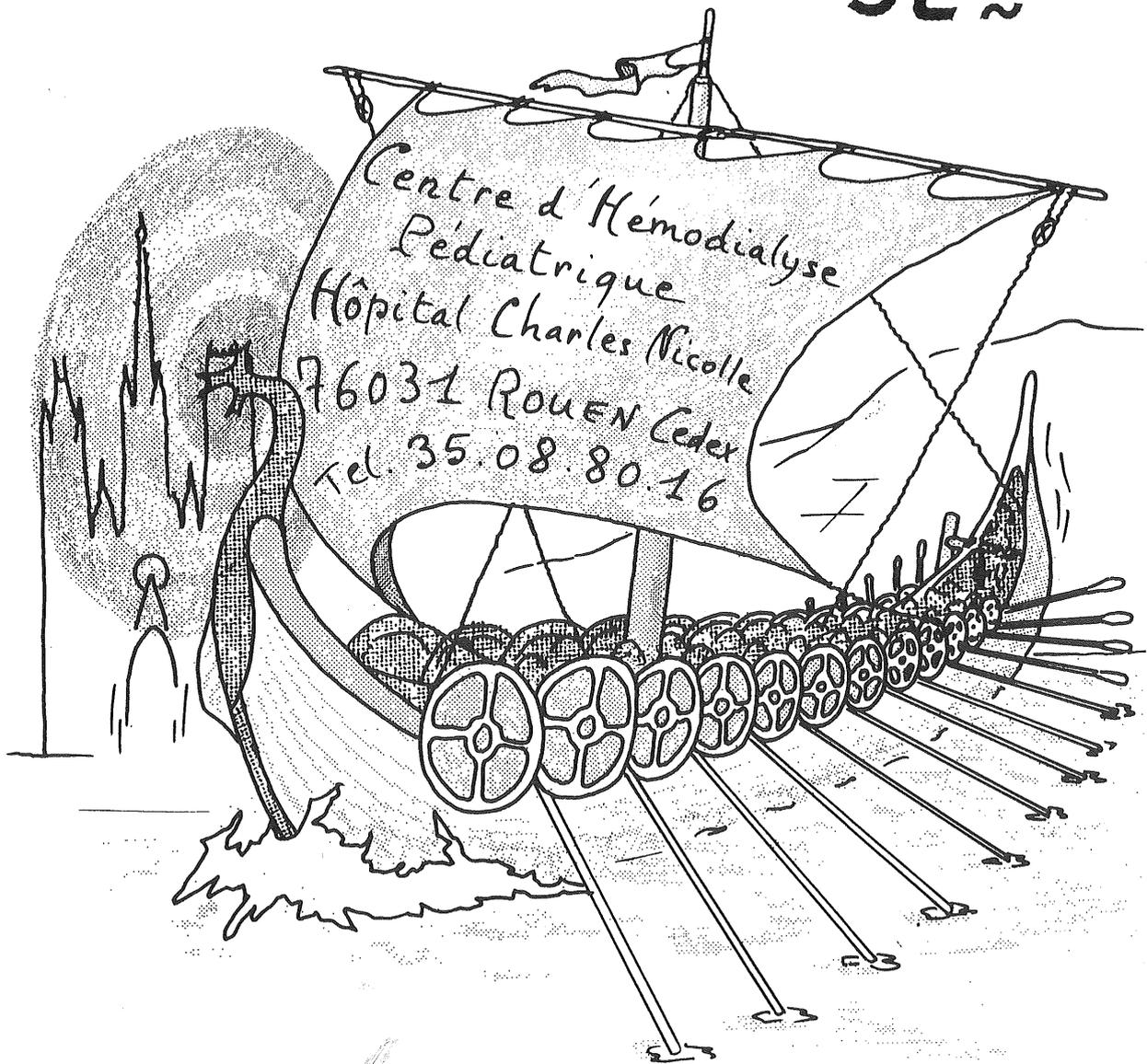


L

es cahiers de surveillance en Néphrologie, Dialyse
et transplantation Pédiatrique

F. DE BOISGENCY-Cadre infirmier-Hémodialyse Pédiatrique-Hôpital Charles Nicolle-CHU ROUEN

HEMODIALYSE



Présentation de 3 cahiers de surveillance :

I - UN CAHIER D'OBSERVATION EN HÉMODIALYSE, AVEC BILANS SANGUINS ET DIFFÉRENTS TABLEAUX

Cf I - Couverture blanche :

- ① - Renseignements administratifs
- ② - Correspondants
- ③ - Renseignements médicaux
- ④ - Relevé des faits marquants
- ⑤ - Calendrier des examens (2 feuilles)
- ⑥ - Bilans mensuels (11 feuilles) + pages blanches, en fin de cahier

II - UN CAHIER DE SURVEILLANCE DES SÉANCES D'HÉMODIALYSE

Cf II- Couverture bleue :

- ① - Critères d'évaluation de la tolérance clinique des dialyses
- ② - Items constants
- ③ et ④ - Prescriptions et surveillance de la dialyse (20 feuilles)
- ⑤ - Valeurs biologiques (Urée Na K Excès pondéral - Ca P CO₃H)
- ⑥ - Feuille récapitulative du cahier

III - UN CAHIER DE SURVEILLANCE ET D'OBSERVATION DES GREFFES

Cf III- Couverture rouge :

- ① - Renseignements administratifs
- ② - Correspondants
- ③ - Renseignements médicaux
- ④ - Calendrier des examens
- ⑤ - Relevé des faits marquants (2 feuilles)
- ⑥ - Examens biologiques (4 feuilles)
- ⑦ - Fiche thérapeutique (3 feuilles) + pages blanches, en fin de cahier

Les cahiers existants sur le marché ne donnaient pas entièrement satisfaction pour le suivi des enfants.

Ces 3 cahiers ont été conçus dans le cadre des Cercles de Qualité, en Intra service.

Depuis 1984, leur exploitation nous convient.

La reprographie en est assurée par le CHU de Rouen.

CALENDRIER DES EXAMENS									
Date									
Transfusion	Qualité								
	Quantité								
Date									
Ac. Anti-Leuco (n/N)									
Date									
Radio (Type)									
Date									
Rapport	Coeur								
	Thorax								
Date									
Taille									
Poids sec									
Date									
VCN = A	EEG = B								
ECG = C	= D								
Dates E/S									
Hospitalisation (motif)									
Date									
Diurèse résiduelle (ml/24h)									
Date									
Débitmétrie FAV (ml/mn)									
Consultation pré-T. (date)									
Ex-ophtalmo. (date)									
Ex-stomato. (date)									
VACCINS	DTCP								
	BCG								
	Tests tubercul								
	Anti-Hépatite B								
Année scolaire									
Niveau									

CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA TOLÉRANCE CLINIQUE DES DIALYSES	
Bonne	Aucun Symptôme
Moyenne	Symptômes modérés (sans retentissement notable sur l'activité, le sommeil, l'alimentation) et de durée < 25 % du temps de dialyse.
Mauvaise	Symptômes intenses, ou durables > 25 % du temps de dialyse (ou inhabituels : vomissements, crampes, etc.) ou au moins 2 perfusions de sérum ou chute tensionnelle sévère.

HÉMODIALYSE PÉDIATRIQUE - Bilans mensuels (DRA)									
NOM :		PRÉNOM :							
DATES : Année		Jour/Mois							
		/	/	/	/	/	/	/	/
SANG (mmol/l)	Urée								
	Créatinine								
	Na								
	K								
	CO ₂ H								
	Ca								
	P								
	Phosph.alc.								
	Protides (g/l)								
	Albumine (g/l)								
	Globulines α 1/α 2								
	(g/l) β/γ								
	Glycémie								
	T.G.O.								
	T.G.P.								
	γ G.T.								
	Bilirubine								
	Cholestérol								
	Triglycérides								
	Fer sérique								
Ferritine									
P.T.H.									
25 OHD ₃									
Aluminémie									
HEMOGRAMME	G. Blanc (giga/l)								
	P.N. L (giga/l)								
	M P.E (giga/l)								
	P.B. Métamyélo (giga/L)								
	G. Rouges (tera/L)								
	Hb (mmol/l g/dl)								
	Hte (%) I.D.R.								
	V.G.M. (fl)								
	T.G.M.H. (fmol)								
	Plaquettes (giga/l)								
URINES (par l/par 24h)	Diurèse (ml/24h)								
	Protéinurie (g)								
	Na (mmol)								
	H/mm3								
	L/mm3								
Bactériurie. / ml									

ITEMS CONSTANTS				
Nom :		Prénom :		
Date de naissance :				
Dialyseur :		Clair. Urée* :Pente UF :		
.....				
Volume C.E.C. (ml/Kg) :		Concentré :		
Abord vasculaire :				
Unipoction <input type="checkbox"/>		Bijonction <input type="checkbox"/>		
Branchement lignes A et V simultané : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Fréquence et durée des séances : x h / sem				
Le : x h / sem				
Héparinothérapie - Concentration de la solution : mg / ml				
Date	Spécialité	Dose de charge ml	Entretien ml/h	Dose totale mg/Kg/h
Erythropoïétine (spécialité - posologie) :				
.....				
Autres produits pendant la séance :				
.....				
Contre - indications :				
.....				
* en ml/ mn pour D sang = 200 ml / mn. D dialysat = 500 ml / mn				

