



Présentation du Dossier de Soins

Pourquoi le dossier de soins dans le Centre d'Hémodialyse ?

E. PETRUCCI - T. EGAN - Infirmières Dialyse - CH - MARTIGUES

HISTORIQUE

Le Centre a débuté par l'utilisation du cahier de dialyse pendant environ un an. Puis le relais a été pris par l'informatique : feuilles de séance avec prescriptions médicales et les paramètres techniques de dialyse.

L'équipe a ressenti immédiatement le manque d'information et de repérage du suivi du patient par rapport au rôle propre infirmier.

Nous avons donc associé à nos feuilles de séance le dossier de soins.

DÉFINITIONS

LE DOSSIER DE SOINS

Le dossier de soins est un document unique, défini comme un outil de travail. Il regroupe toutes les informations utiles à la prise en charge d'un patient ; il sert de preuve tant sur le plan juridique qu'au sein de l'institution.

"TRANSMISSIONS CIBLÉES"

C'est une méthode d'organisation des transmissions écrites de l'équipe soignante, centrée sur les problèmes de santé d'une personne.

LA CIBLE EST :

- Une préoccupation ou comportement de la personne soignée à un moment donné.
- Un changement dans l'état de santé du malade.
- Un événement significatif dans le traitement.
- Un diagnostic infirmier.

UNE CIBLE N'EST PAS :

- Un diagnostic médical
- Un acte infirmier.

COMPOSITION DU DOSSIER DE SOINS

- 1 - Fiche administrative
- 2 - Recueil des données
- 3 - Fiche "abord vasculaire"

- 4 - Prescription de dialyse
- 5 - Traitement
- 6 - Enquête alimentaire
Régime prescrit
- 7 - Fiche de synthèse mensuelle
- 8 - Diagramme
- 9 - Fiches d'informations et de transmissions écrites en cibles
- 10 - Feuilles de séance informatisées
- 11 - Liste des cibles prévalentes
Liste des cibles communes à tous les services
- 12 - Etiquettes du patient

COMPOSITION ET RÈGLES DE GESTION DU DOSSIER DE SOINS

Mis en place en 1996, en référence au décret de 93, à partir des objectifs du S.S.I. et de la politique institutionnelle.

Lors d'un entretien pré-dialyse, le cadre infirmier établit le recueil de données du patient accompagné de sa famille. (Connaissance de la personne).

Ce document est réajusté par l'infirmière qui prend en charge le patient lors de la première séance.

PRÉSENTATION DU DOSSIER DE SOINS

FICHE ADMINISTRATIVE :

Est réajustée à chaque changement (adresse, numéro de téléphone, personne à prévenir...).

RECUEIL DE DONNÉES :

Est fondé sur les besoins fondamentaux en référence aux processus Virginia Anderson - Réajustement lors de modifications (autonomie, pathologies associées...)

ABORD VASCULAIRE :

Schéma ou protocole opératoire établi par le chirurgien. Réajuster si problème.

PRESCRIPTION DE DIALYSE :

Une remise à jour est effectuée par le médecin à chaque modification.

TRAITEMENT :

Changement effectué par le médecin. L'infirmière s'assure de la bonne observance du traitement, de la conformité entre ce qui est écrit et réalisé au niveau de la prescription de dialyse.

ENQUÊTE ALIMENTAIRE ET RÉGIME PRESCRIT :

Sont établis à l'entrée du patient par la diététicienne en collaboration avec le médecin. L'infirmière fait appel à la diététicienne lors d'une prise importante de poids plusieurs fois de suite ou à la demande du patient (faire remplir la feuille pour enquête).

Ces deux documents restent un point faible du dossier dû à la chronicité, aux pathologies associées, à la non-observance de l'hygiène alimentaire.

PROTOCOLE D'INSULINE :

Selon la spécificité de la pathologie se rajoutent des documents supplémentaires tel que protocole d'insuline chez le patient diabétique.

FEUILLE DE SYNTHÈSE MENSUELLE :

La synthèse des observations permet de visualiser les problèmes non résolus, les macrocibles, les rendez-vous et résultats d'examens... permet d'épurer le dossier. Objectif à court terme : améliorer le contenu de ces fiches.

DIAGRAMME : DÉFINITION

Listing des soins répétitifs des soins de base. Vécu du patient mensuel. Evite de recopier sur le dossier de soins.

FICHES D'INFORMATIONS ET DE TRANSMISSIONS ÉCRITES EN CIBLES :

Définition des TC (transparent)

Cette méthodologie s'organise sur les éléments essentiels

Définitions des cibles (transparent)

C : problème que rencontre un patient à un moment précis

D : observation et analyse du problème

A : action réalisée
R : résultat des actions réalisées

Pour faciliter la recherche d'appellation des cibles, le Centre a établi une liste de cibles prévalentes. Il existe une liste de cibles commune à tous les services.

Ces deux documents sont positionnés à la fin du dossier de soins pour une utilisation pratique.

FEUILLES DE SÉANCES INFORMATISÉES :

Permet la préparation des séances suivantes.

Ces trois derniers éléments du dossier sont archivés tous les mois après avoir effectué la synthèse.

LES ÉTIQUETTES DU PATIENT :

Sont renouvelées par l'infirmière qui prend en charge le patient.

Chaque infirmière prend en charge un groupe de trois à quatre patients et fait la mise à jour du dossier de ces patients en fin de chaque semaine.

ÉVALUATION

L'évaluation n'est pas une méthode de sanction mais permet une progression.

- 1 - Évaluation en septembre 1997
- 2 - Évaluation en novembre 1997
- 3 - Évaluation en mai 1998
- 4 - Auto-évaluation en octobre 1999

La première évaluation a été effectuée trois mois après la mise en place du dossier de soins.

La deuxième et troisième évaluation ont été effectuées tous les six mois.

La quatrième auto-évaluation a été faite à un an. Elle permet à chacun de prendre conscience de ses lacunes et de mieux réajuster.

BILAN

Actuellement notre dossier de soins est en constante progression dans l'esprit de la démarche de soins.

Bien que la surveillante nous demande toujours plus, le dossier de soins du

Centre d'Hémodialyse est reconnu institutionnellement.

PERSPECTIVES

MALADE

- 1 - Entretien pré-dialyse réalisé par l'infirmière :
 - pour une meilleure connaissance de la personne
 - pour poser des objectifs adaptés et négociés avec le malade.

- 2 - Harmoniser le dossier de soins :

La pose d'objectifs dans deux dossiers différents ne favorise pas l'obtention de résultat.

PERSONNEL

- 1 - Acquérir un réflexe conditionné pour poser des cibles adaptées.
- 2 - Approfondir la démarche des soins (réflexion de l'équipe).

INSTITUTIONNELLES

- 1 - Faire participer tous les partenaires de soins à l'utilisation du dossier de soins.
- 2 - Uniformiser un type de dossier de soins dans le département uro-néphro-dialyse.
- 3 - Éviter de multiplier les documents qui ont un coût.

CONCLUSION

Le dossier de soins est défini comme :

- Outil de travail
- Recueil privilégié d'informations
- Élément de recherche en soins infirmiers
- Support de la démarche de soins
- Relation soignant-soigné

Il permet la personnalisation et la continuité des soins. Il est la mémoire de l'activité de l'équipe et sert de preuve tant sur le plan juridique qu'au sein de l'institution.

Avec le temps nous espérons utiliser le dossier de soins avec autant de dextérité que nos aiguilles et avec autant de réflexes que ceux que nous avons aux branchement et débranchement.

Ainsi nous démontrons une fois de plus que nous sommes "autre chose" que de simples techniciennes de dialyse !!!