



## *Le dossier de soins formalisé et individualisé dans une unité d'hémodialyse*

Aurélien DORLEAC, Anne-Laure CLAUDON - Thionville

### PRÉALABLE

Il y a 2 ans, l'équipe soignante a constaté que le dossier de dialyse existant n'intégrait pas de projet de soins formalisé. En effet, le dossier n'était ni structuré, ni adapté à la spécificité du service, mais également peu exploité et peu approprié par l'équipe.

### CONSTAT

Il en résultait une perte d'informations, une absence de traçabilité des actes infirmiers, ainsi qu'un manque de suivi des problèmes de santé propres au patient (liés à sa vie quotidienne et à l'hémodialyse).

### DÉFINITION

Le dossier de soins infirmier est un document individualisé et actualisé regroupant toutes les informations concernant la personne soignée ou un groupe de personnes. C'est un élément fondamental dans la cohérence et la continuité des soins. Il est le support du processus de soins infirmiers, il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin.

Tout ceci nous a amené à développer ce projet de formalisation et d'individualisation du dossier de soins dans notre unité d'hémodialyse.

**Nos objectifs** sont les suivants :

- Déterminer un agencement pratique et raisonné du dossier de dialyse et du dossier de soins.
- Etablir un consensus d'équipe permettant de déterminer le projet de soins argumenté et validé de chaque malade, sur la base d'un jugement clinique formalisé et communiqué dans le dossier de soins.
- Etablir des outils de transmissions écrites spécifiques à la prise en charge des patients insuffisants rénaux, permettant d'assurer la continuité des soins.
- Inscrire ce projet dans une démarche institutionnelle de l'établissement, afin de répondre au cadre légal.

En effet, le dossier de soins infirmier est obligatoire en vertu des textes professionnels. Son absence en cas de poursuites pénales peut entraîner la condamnation du ou des soignants pour défaut de preuves (pas de preuves du travail de prévention ou de surveillance des effets secondaires accomplis).

### MÉTHODE

Un groupe de travail composé de 10 infirmières et du cadre de santé a donc été constitué. Quatre réunions communes ainsi que plusieurs en sous groupe ont permis l'élaboration du dossier de soins adapté et personnalisé, basé sur le développement des 4 axes suivants :

- une nouvelle configuration du dossier de dialyse incluant le dossier de soins.
- une redéfinition des outils institutionnels existants.
- la création d'un diagramme de soins spécifique aux patients hémodialysés.
- l'élaboration de supports centrés sur l'abord vasculaire.

La nouvelle configuration comporte 4 parties :

- dossier de dialyse
- abord vasculaire
- dossier de soins
- biologique

Nous allons maintenant vous décrire les différentes parties.

**La partie dialyse** se compose de différents documents :

- la feuille de dialyse, sur laquelle nous retrouvons l'identité du patient, les prescriptions médicales relatives à sa séance (dialyseur, bain, traitement médicamenteux, etc....), les paramètres surveillés pendant la séance, les transmissions éventuelles.
- Les fiches de suivi antibiotique et anticoagulant, qui nous permettent une traçabilité du traitement, mais qui ne sont pas un support de prescription.
- La prescription initiale des paramètres de dialyse qui est réalisée par un médecin à l'arrivée du patient et réajusté si besoin.
- Le traitement du patient qui correspond à la

liste de ses médicaments.

- La feuille de suivi clinique, qui retrace les antécédents et l'évolution de sa pathologie.

**La partie abord vasculaire** est un élément clé de la prise en charge du patient. Auparavant, sa non différenciation d'avec les autres éléments du dossier générant une perte d'informations. La mettre en avant nous a permis une meilleure exploitation.

De nouveaux éléments ont donc été élaborés :

- Un schéma de l'abord vasculaire qui précise le type d'abord, sa localisation, la date de sa création et le nom du chirurgien. Deux autres schémas identiques permettent de le modifier en cas de reprises chirurgicales. Ce document est rempli par le médecin ou l'infirmière.
- Une feuille de transmission ciblée "abord vasculaire", calquée sur la feuille de transmission ciblée standard. Elle permet le suivi des actes de soins spécifiques à l'abord vasculaire ainsi que la traçabilité des événements le concernant.

Pour faciliter l'écriture de ces transmissions, nous avons créé des transmissions ciblées type, sous forme de poster affiché à l'infirmierie et à la disposition de tous

**La partie dossier de soins** est une adaptation des outils institutionnels afin de les rendre pratiques d'utilisation. Elle comporte différents documents que nous allons vous présenter :

- Il nous a semblé opportun de créer un diagramme de soins spécifique à l'unité. Il assure la traçabilité des actes de soins, permet une vision globale du patient et une continuité des soins.

Il se présente sous forme d'un document recto verso, en différenciant les soins de base (hygiène de vie) des soins spécifiques. Il se veut pratique et lisible. Il met aussi en évidence les incidents relatifs à la prise en charge du patient.

Nous allons vous présenter le référentiel d'utilisation.

Pour la partie soins de base, il faut noter :

- Le mois
- La date du jour
- Chaque soin est validé par la signature abrégée de l'agent
- Chaque soin validé qui fera l'objet d'une transmission ciblée sera identifié par un \*. Cet \* renverra le soignant vers la feuille verte de transmission ciblée (T.C.).
- Des lignes supplémentaires permettent de rajouter un soin spécifique pour chaque patient
- La validation de ce soin fait toujours appel à une T.C. sur la feuille verte
- Pour un premier pansement, faire une T.C., puis valider la case, les jours suivants, s'il n'y a pas de changement. Ne pas oublier d'évaluer le résultat des T.C.

Pour la partie soins spécifiques, il faut noter :

- A chaque changement de feuille le type d'abord vasculaire, en cochant les cases correspondantes
- Si le patient est porteur de patches ou de crème Emla®
- Cette évaluation fait référence au document "évaluation d'un abord vasculaire". Si tous les critères sont respectés, valider la case sinon réaliser une T.C.
- Evaluer la distance entre les 2 points de ponction
- Ce test est à réaliser selon le protocole une fois par mois
- La mesure de recirculation est à réaliser en cas de doute sur l'abord vasculaire
- Noter tous les incidents relatifs à l'abord vasculaire : piquage, problème V.V.C., stase fibrinolytique, problème saignement,... Ces incidents donnent toujours lieu à une T.C.
- Cette partie n'est à remplir que s'il s'agit d'un réel pansement ou un pansement de V.V.C. (ne concerne pas le pansement de fin de séance).
- Cocher les cases correspondantes. Cependant, tout signe particulier fera l'objet d'une T.C.

- La feuille de transmission ciblée est également un élément prioritaire de la prise en charge. Elle permet la traçabilité d'évènements ou de problèmes de santé vécus par le patient.

- la feuille "autres intervenants" est remplie par le professionnel externe à l'unité, qui intervient auprès du patient (ex : assistante sociale, psychologue...).
- les 3 derniers supports : recueil de données, évaluation initiale et synthèse permettent de réaliser une photographie du patient à son arrivée en dialyse. Ils sont remplis lors de la 1<sup>re</sup> séance sous forme d'entretien, par l'infirmier(e) l'ayant pris en charge. Ces documents sont réévalués annuellement par l'infirmier(e) référent(e) ayant en charge le dossier. L'entretien réalisé avec le patient permet de faire le point sur ses connaissances de la pathologie ainsi que sur son état psychologique. C'est un moment clé d'échange, d'information et de réajustement de certaines représentations.

**La partie biologie** a été modifiée pour une meilleure lisibilité des résultats biologiques.

En premier lieu, nous avons créé un support de traçabilité mensuelle ou l'infirmier(e) note et valide l'examen réalisé.

En deuxième lieu, le classement des résultats a été réalisé par ordre de priorité permettant une vision complète des paramètres biologiques essentiels.

En dernier lieu, nous retrouvons une feuille de suivi du dossier de dialyse. Chaque infirmier(e) référent(e) de 4 à 5 dossiers, est responsable de sa tenue et de son classement.

**Deux évaluations** ont été réalisées au décours de ce projet :

- Par le groupe de travail, sur la base d'un référentiel
- Au niveau de l'établissement, sur la base de critères institutionnels.

## POUR LE GROUPE RÉFÉRENT

Nous retrouvons un projet de soins formalisé, centré sur le patient.

Le diagramme de soins est globalement bien rempli. Les transmissions ciblées sont régulières et surtout en lien avec les éléments retrouvés sur le diagramme de soins. Nous notons un sentiment global d'une meilleure connaissance du patient.

Cependant, un rappel sur la méthodologie d'utilisation des outils s'est avéré nécessaire. Par exemple le renvoi du diagramme de soins vers une transmission ciblée nécessite de mettre un \*. Une simplification du diagramme de soins a aussi été réalisée. Certains éléments non indispensables ont été retirés au niveau du choix des aiguilles et des pansements. La description du type d'abord vasculaire a été allégée.

## AU NIVEAU INSTITUTIONNEL RÉFÉRENT

Les points forts du dossier sont les suivants :

- Très bonne tenue dans l'ensemble
- Adaptation des outils à la spécialité
- Mode d'emploi clair et connu
- Diagramme de soins bien rempli

Certains points restent à améliorer :

- Intitulé de certaines cibles qui manque parfois de précision
- L'horodatage des écrits
- L'étiquetage recto verso (diagramme de soins)
- Un listing des abréviations spécifiques à la spécialité
- La validation médicale n'est pas toujours réalisée

## CONCLUSION

Le bilan réalisé à partir des axes développés permet de constater les changements suivants :

Pour le patient :

- une prise en compte de ses besoins et de ses attentes,
- une information de la personne soignée et de son entourage,
- des soins centrés sur la personne en terme de satisfaction,
- des soins sécuritaires (traçabilité, gestion des risques et des complications).

Pour le soignant :

- une valorisation des pratiques par le biais de l'évaluation du dossier de soins, conduisant à de nouvelles interrogations sur leurs pratiques,
- une visualisation de la pratique grâce à toute la traçabilité des soins,
- une amélioration de la communication des informations au sein de l'équipe.
- Une reconnaissance du travail infirmier

Aurélie DORLEAC  
Anne-Laure CLAUDON  
Infirmières

Jean-Jacques REPLLINGER  
Cadre de Santé

Hémodialyse

CHR de Thionville

7 NOV 2002

Cahier de dialyse de Mr DUPONT PIERRE du 16 NOV 2002 - le MATIN

Durée : 04 :00 Poids à perdre : ..... Poids Désiré : .....  
instructions divers sur la dernière séances :

Commentaires ou

Rein 5/5

Générateur : H18  
Dialyseur : BS 1.8U  
Mode de ponction : D

Aiguilles :  
-artère :  
-veine :

Bain : ACIDE 454 A  
Na (mEq) : 107

Héparine : heparin HBPM

- Entretien total :
- Entretien / heure

Unique

Traitement en cours :  
⇒ RECORMON 5000 UI 1 X / SEM  
⇒ PROFIL 9000 - 600  
⇒ SURV GLYCEMIE  
⇒ HDF : DD 600 4 L DS 400

Avant : Poids : .....  
T.A.D : .....  
T.A.C : .....  
T° : .....  
Pouls : .....  
Infir : .....  
Ph : ..... Stér : .....  
Heure arrivée : .....  
Mode entrée : .....

Après : : Poids : .....  
T.A.D : .....  
T.A.C : .....  
T° : .....  
Pouls : .....  
Infir : .....  
Ph : ..... Stér : .....  
Heure départ : .....  
Mode sortie : .....

Heure	T.A	Débit sang	Héparine	P.V	P.A	U.F Aff.	U.F Réelle	PTM	Volume infusé	Puls / T°	Notas
			Ca : 90.0 mg								

Transmission/  
Cons ORL en février 2003  
Cons ophtalmo le 28/01/2003 à 13h30  
ALLERGIE A TOUTE

Commentaire et instructions diverses :

## FICHE DE SUIVI ANTIBIOTHERAPIE

FEUILLE N°

POIDS SEC : .....

TAILLE : .....

ANTIBIOTIQUE 1				ANTIBIOTIQUE 2				ANTIBIOTIQUE 3			
DATE				DATE				DATE			
DOSE INITIALE				DOSE INITIALE				DOSE INITIALE			
DUREE DE TTT		..... JOURS		DUREE DE TTT		..... JOURS		DUREE DE TTT		..... JOURS	
DATE	RESULTAT DOSAGE	PRESCRIPTION		DATE	RESULTAT DOSAGE	PRESCRIPTION		DATE	RESULTAT DOSAGE	PRESCRIPTION	

# SURVEILLANCE DU TRAITEMENT ANTI-COAGULANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Traitement anticoagulant : \_\_\_\_\_

Date	Dosage	T.P	I.N.R	Changement de traitement

**Prescription de dialyse (1/5)**

Nom, prénom : DUPONT PIERRE

N° dossier service :  Date : 24 MAR 2006 | 41 an(s) 0 mois

**Traitement**

Type\* : HD | Hémodialyse Mode\* : Hémodialyse Conventione

**Jours (OUI/NON) et Moments (Matin/Après midi/Soir Nuit)** Nb séances/s 3

Lund  Mt  Mercredi  Mt  Vendre  Mt  Dimanche  Mt

Mard  Mt  Jeud  Mt  Samedi  Mt

Notes

**Prescription**

Poids de bs : 59,000 Kg Durée de la séance : 04:00 Heures:min

Débit sang : 300 ml/min Débit dialysat : 500 ml/min

Volume sang à épur : 72 litres Température dialysa : 36,50 °

<< Ecran 5/5      Annuler      Ok      Ecran 2/5 >>

**Prescription de dialyse (2/5)**

Nom, Prénom : DUPONT PIERRE

N° dossier service :  Date : 24 MAR 2006 | 45 ans 0 mois

**Générateur**

Type PRESENIUS 5008 Marque  Mode de désinfection CHIM

**Traitement de l'eau**

Modélit OSM (OSM/DEM/ADO/...) Type EI OSM Marque GAMBRO

**Bain**

Type\* ACIDE 412 OU X230G

Composition Na 117 mEq K 2,0 mEq Ca 1,0 mEq Mg 11,0 mEq

Autres éléments dans la composition du bain :

<< Ecran 1/5      Annuler      Ok      Ecran 3/5 >>

**Traitements** [?] [x]

<< **Num et Prénoms :**  >>

N° dossier  Date  Ag  Poids

=> EUCALCIC 1 o/jour  
 => KAYEXALATE 1/2 mesure / jour de non dialyse  
 => DI ANTALVIC 4 à 6 gel si douleur  
 => LASTILX 500 1 cp le matin

Signature :

**SERVICE DE MEDECINE INTERNE**  
**NEPHROLOGIE – HEMODIALYSE**  
Docteur Pierre Louis CARAMAN

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse :

Téléphone :

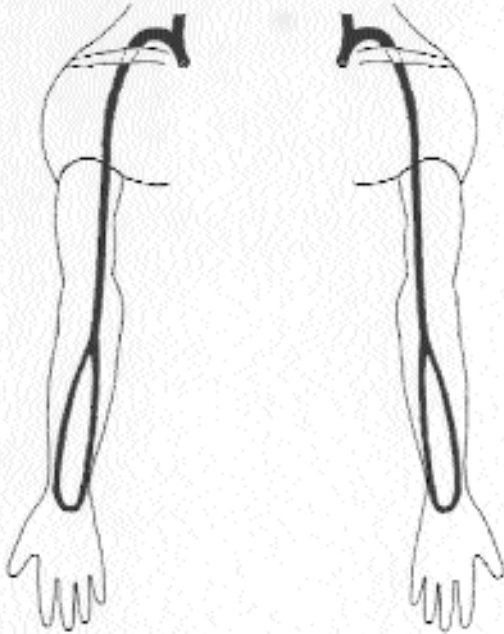
Profession :

Médecin traitant :

Diagnostic :	
Date	

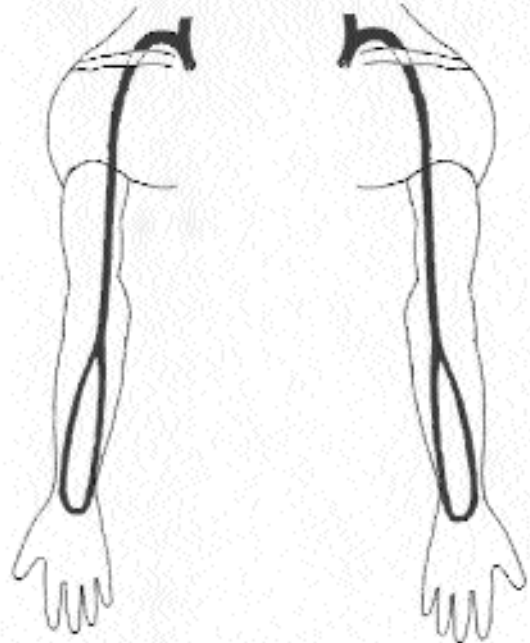
### SCHEMA DE LA L'ABORD VACSULAIRE

Date de d'intervention:.....  
Nom du chirurgien:.....  
Type d'abord:.....  
.....



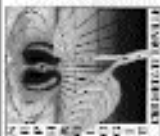
### SCHEMA DE LA L'ABORD VACSULAIRE

Date de d'intervention:.....  
Nom du chirurgien:.....  
Type d'abord:.....  
.....



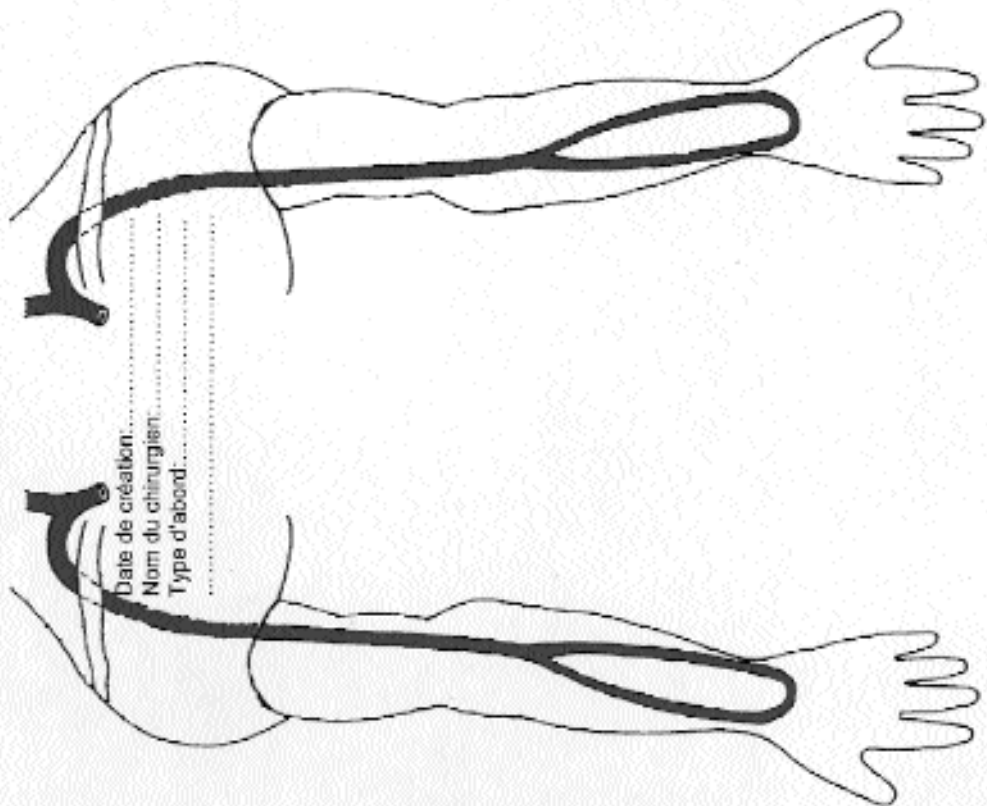
ETIQUETTE

CHR METZ-THONVILLE  
HOPITAUX DE THIONVILLE  
SERVICE D'HEMO-DIALYSE



### SCHEMA DE L'ABORD VASCULAIRE

Date de création:.....  
Nom du chirurgien:.....  
Type d'abord:.....  
.....



INDIQUER LA ZONE DE PONDAGE PAR UNE



Date/Heure/Sign.	CIBLES	DONNEES	ACTIONS	RESULTATS

Date/heure signature	CIBLE	DONNEES	ACTION	RESULTATS
	<p><b>HEMATOME</b></p>	<p>Hématome ancien</p> <p>Induration</p> <p>Localisation</p> <p>Il comprime la F.A.V</p> <p><b>ORIGINE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au piquage</li> <li>• pendant la séance par retrait accidentel de l'aiguille</li> <li>• au retrait de l'aiguille (compression par le patient)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eviter de piquer dans l'hématome.</li> <li>➤ Piquer en dessous de l'hématome pour l'artère.</li> <li>➤ Piquer au dessus de l'hématome pour la veine.</li> <li>➤ Prévenir le médecin</li> <li>➤ Hémoclar sur P.M</li> <li>➤ Adapter le débit</li> <li>➤ Retrait de l'aiguille</li> <li>➤ Compression du point de ponction</li> <li>➤ Hémoclar sur P.M</li> <li>➤ Pansement alcoolisé</li> <li>➤ Repiquer ou passage en uniponcture</li> <li>➤ Fixation et surveillance plus accrue du patient</li> <li>➤ Compression en fin de séance par le personnel</li> <li>➤ Education sur la méthode de compression</li> <li>➤ Vérification de l'hémostase (surdosage anticoagulant)</li> </ul>	
	<p><b>STENOSE</b></p> <p>(On peut aussi parler en risque ou suspicion de)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Augmentation de la PV ou de la PA lors du branchement par rapport aux séances précédentes</li> <li>☞ Taux de recirculation</li> <li>☞ Perception d'un rétrécissement du canal veineux ou artériel</li> <li>☞ Localisation</li> <li>☞ Temps de compression augmenté</li> <li>☞ Test de débit modifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prévenir le médecin</li> <li>➤ Programmer une fistulographie ou une angiographie sur PM</li> </ul>	<p>Lever de la sténose</p>



**DIAGRAMME DE SOINS  
HEMODIALYSE**

Année : 2006 Mois :	SEMAINE 1				SEMAINE 2				SEMAINE 3				SEMAINE 4				SEMAINE 5			
	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4
DATE																				
<b>MOBILISATION</b>																				
Marche avec aide																				
Fauteuil roulant																				
brancard																				
Aide à l'installation au lit																				
Prise lève malade																				
Autonomie																				
<b>ALIMENTATION</b>																				
Collation																				
Aide au repas																				
Partielle																				
Complète																				
A jeun																				
Complément nutritionnel																				
<b>HYGIENE</b>																				
Change du patient																				
Aide à l'habillage																				
Religion lit et environnement																				
<b>ELIMINATION</b>																				
Pose bassin, urinal																				
Changement de peche (urinaire, gynécologique, stercoré)																				
<b>SOIN RELATIONNEL</b>																				
Relation d'aide																				
Education malade ou famille																				
<b>DIVERS</b>																				
Pansement divers (sauf abord vasal)																				
Incident soins (sauf abord vasal)																				

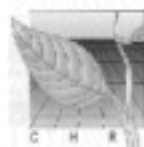
- Tout soin doit être identifié dans la case correspondante par la signature abrégée du soignant
- Tout soin nécessitant de réaliser une transmission ciblée est identifié par un \*
- (1) colmatage – rebranchement – incident technique – hypoTA – crampes – malaise – nausée – vomissement .....

Étiquette	SEMAINE 1				SEMAINE 2				SEMAINE 3				SEMAINE 4				SEMAINE 5				
	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	Numero 1	Numero 2	Numero 3	Numero 4	
FAV																					
Curios																					
V.V.C.																					
Préparation choied	Fevie																				
	Lavage du bras	autonom aide																			
Piépage	compression																				
	Type d'aiguille	Calib 16 L Calib 16 C Calib 17 Calib 18 A80 16 25 mm A80 16 30 mm																			
Incision- sauf :	Distance entre les points de piépage (en mm)																				
	uniponcture biponcture																				
Com pression In de sauf :	Lignes brisées																				
	Test de débr																				
	Recherche																				
	Qui ?		Petit Aide pince																		
Pansement (hors pansement de fin de séance)	Type de compression (A / V)																				
	Non-occlusif		Pneum Alginat/celle																		
	Incident relatif à l'abord vasal (1)																				
Pansement (hors pansement de fin de séance)		E.A.V Gauze V.V.C. Protocole hémodine Protocole bioptique																			
Pansement (hors pansement de fin de séance)		Tégaderm Crapine																			

➤ (1) piépage – problème V.V.C – choc artériel – problème soignement .....



Date/Heure/Sign.	CIBLES	DONNEES	ACTIONS	RESULTATS



## AUTRES INTERVENANTS

ETIQUETTE

NOM DE L'INTERVENANT :

SPECIALITE :

Date/Heure	OBSERVATIONS - INFORMATION	DÉCISION-ACTIONS	ÉVALUATION	EMARGEMENT



**SITUATION FAMILIALE**

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcé(e)
- Vie maritale
- Veuf (ve)
- Nombre d'enfants
- A charge
- Mineur oui  non
- Patient sous tutelle oui  non
- Autorisation d'opérer oui  non
- Dépôt de valeur oui  non
- Choix d'une ambulance oui  non
- Si oui, laquelle \_\_\_\_\_
- Inventaire des objets personnels oui  non
- Information sur le risque de vol oui  non

INVALIDITÉ

ALD

AT

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_ MUTUELLE : \_\_\_\_\_

**PERSONNES A PRÉVENIR / PERSONNE DE CONFIANCE**

Identité des correspondants	Lien de parenté	N° de téléphone	À prévenir	
			jour <input type="checkbox"/>	nuît <input type="checkbox"/>
			jour <input type="checkbox"/>	nuît <input type="checkbox"/>
			jour <input type="checkbox"/>	nuît <input type="checkbox"/>
			jour <input type="checkbox"/>	nuît <input type="checkbox"/>

Nom du médecin-traitant : \_\_\_\_\_

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

- En activité   
Précisez : \_\_\_\_\_
- Préretraite
- Retraite
- Sans activité
- Au chômage   
Depuis le : \_\_\_\_\_

**CONDITIONS DE VIE**

- En famille
- Seul
- Foyer-logement
- Maison de retraite - unité de vie
- Maison de retraite médicalisée
- SDF

**AIDES A DOMICILE**

- Aide-ménagère
- I.D.E.
- A.S.
- Autre \_\_\_\_\_
- HABITAT**
- Maison
- Appartement
- Etage
- Autre \_\_\_\_\_

**PROTHÈSE**

- |                                   |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Lunettes                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lentilles                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse dentaire supérieure      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothèse dentaire inférieure      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareil auditif                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (cannes, déambulateurs...) |                          |                          |
| Précisez _____                    |                          |                          |

**ANTÉCÉDENTS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONTRACEPTION**

OUI  NON   
Date des dernières règles \_\_\_\_\_

**ALLERGIES**

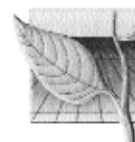
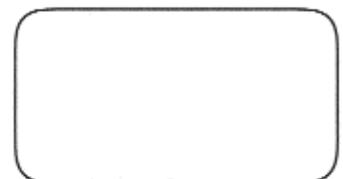
OUI  NON   
Si oui, précisez \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT EN COURS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VACCINATION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





MOTIF D'HOSPITALISATION :

Etiquette

BESOINS	EVALUATION AVANT L' HOSPITALISATION	EVALUATION A L'ADMISSION		
		OBSERVATIONS	C	M
Respirer				
Boire Manger				
Eliminer				
Se mouvoir				
Dormir Se reposer				
Se vêtir Etre propre				



SYNTHÈSE D'ENTRÉE

Empty rounded rectangular box for a signature or stamp.

Large empty rounded rectangular box for the synthesis of entry.

Date et heure de l'entretien :

Signature de l'agent :  
NOM :

GEF 162450

# Feuille de validation Bilan mensuel standard

## FEUILLE DE SUIVI DES DOSSIERS DE DIALYSE

INFIRMIERE RESPONSABLE DU DOSSIER :

MOIS	DATE DE CLASSEMENT
JANVIER	
FEVRIER	
MARS	
AVRIL	
MAI	
JUIN	
JUILLET	
AOÛT	
SEPTEMBRE	
OCTOBRE	
NOVEMBRE	
DECEMBRE	

### RÈGLE DE CLASSEMENT DU DOSSIER

1. L'INFIRMIERE EST RESPONSABLE DU CLASSEMENT DE SON DOSSIER
2. LES FEUILLES DE SEANCES SONT ARCHIVEES APRES UN MOIS
3. TROIS MOIS DE BIOLOGIE SONT AU MAXIMUM CONSERVE DANS LE DOSSIER
4. LA REALISATION DES BILANS MENSUELS EST NOTEE ET VALIDEE PAR L'I.D.E AYANT REALISE LE SOIN
5. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES SONT NOTES SUR LA FEUILLE: BILANS ET EXAMENS COMPLEMENTAIRE

MOIS	DATE	AUTRES	SIGNATURE I.D.E