



FILIERE INFIRMIER.E

UE 3.1 SEMESTRE N°1

Les différents documents du dossier de soins

Formateur/ Intervenant :
L. THELLIER CSF
Année scolaire : 2023/2024
Dates : 7/12/23

- Dossier patient : définition
- Selon la loi
- Évolution
- Composition du dossier de soins
 - Fiche d'identification administrative
 - Macro-cible d'entrée
 - prescription médicale
 - pancarte ou fiche de température
 - transmission ciblée
 - Autres fiches spécifiques
- autres éléments du dossier patient
 - Observation médicale
 - Macro-cible de sortie
- Références

Dossier patient : définition

- Selon l'HAS

« Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé. »

Dossier patient : définition

- *Les informations **médicales et paramédicales** regroupent dans le dossier du patient les informations recueillies par les professionnels de santé .*
- *Le dossier du patient assure la **traçabilité de toutes les actions** effectuées.*

Dossier patient : définition

- *Il est un **outil de communication, de coordination et d'information** entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient ; il **reflète la valeur ajoutée par l'intervention des professionnels de santé** à la restauration, la protection ou l'amélioration de sa santé.*
- *Il est le **reflet de la pratique professionnelle** et de sa **qualité**. Le dossier permet des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.*

Article R. 4312-35 du code de la santé publique (CSP)

Section 3 relative aux devoirs entre confrères et membres des autres professions de santé

- *"l'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant les éléments pertinents et actualisés relatifs à la prise en charge et au suivi*
- *L'Infirmier veille, quel que soit son mode d'exercice, à la protection du dossier de soins infirmier contre toute indiscretion.*
- *Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, il prend toutes les mesures de son ressort afin d'assurer la protection des données".*

L'évolution

- Beaucoup de changement depuis sa création:
- Évolution de la médecine
- Evolution des prises en soins
- Arrivée de l'informatique: DPI

**CHANGEMENT
EN COURS ...**



Composition du dossier de soins

1. Fiche d'identification administrative
2. Macrocycle d'entrée (M T E V D)
3. Prescriptions médicales
4. Pancarte ou fiche de température
5. Transmissions ciblées
6. Autres fiches spécifiques

1. Fiche d'identification administrative

=Données administratives

- Identité du patient (Nom Prénom, n° administratif)
- Coordonnées: Adresse, numéro de téléphone, adresse mail
- Statut du patient: célibataire, marié, veuf
- Profession
- Personne à prévenir
- Sécurité sociale (caisse, si ALD, ...), mutuelle,
- Date et mode d'hospitalisation
- Élément important de l'identitovigilance



2. La macrocible d'entrée

- C'est la synthèse des informations relatives au patient au moment de l'entrée en établissement de santé:
- Antécédents médicaux
- Antécédents chirurgicaux
- Mode de vie (maison, appartement, ...)/ habitudes de vie
- Situations familiales
- Personne de confiance et personne à prévenir
- Faire le point des problèmes de santé existant avant l'hospitalisation.

M T E V D

- **M** : maladie, mode d'entrée (urgence, programmée), symptômes, diagnostic médical, exploration réalisée, prévue
- **T** : traitement, (antérieur, actuel, régime, interventions médicales, infirmières=
- **V** : vécu, (expression verbale du ressenti du patient par rapport à son entrée à l'institution)
- **E** : environnement, (habitat, famille, vie sociale, aides ou soins à domicile, aménagement particulier)
- **D** : développement/devenir (placement, rééducation... projet de sortie)

3. Les prescriptions médicales

- Le nom du médicament
 - La forme galénique
 - La voie d'administration
 - La durée du traitement
 - La posologie
 - La conformité d'administration
-
- Mais attention on ne prescrit pas seulement des thérapeutiques, on prescrit également des soins: pansement, mobilisation, alimentation, examen,

4. « Pancarte » ou fiche de température

- Document sur lequel les soignants consignent:
- Les paramètres cliniques (pouls, tension, température, saturation, EVA, Fréquence respiratoire).....
- L'administration ou non des thérapeutiques mais également leur programmation
- La programmation des examens
- Bilan entrée/ sortie

- Cf annexe

5. Transmissions ciblées

- Éléments constitutifs des transmissions ciblées :
 - **La fiche de transmissions ciblées**
 - **Le diagramme de soin**

5. Transmissions ciblées

La fiche de transmissions ciblées

- But:
 - Identifier les problèmes nouveaux au moment où ils apparaissent
 - Assurer des transmissions complètes, précises et sans multiplier les écrits.
 - Se centrer sur la personne malade plutôt que sur la maladie
 - Éviter les retranscriptions répétitives

5. Les transmissions ciblées

La fiche de transmissions ciblées

DATE HEURE Nom Fonction	CIBLES + DONNEES	ACTIONS REALISEES	RESULTATS OBTENUS

5. Les transmissions ciblées

Le diagramme de soin
= tableau de bord

- But :
 - **Planifier, organiser et contrôler** l'exécution des actes de soins
 - Limiter les écrits
 - Assurer la traçabilité des soins
 - suivi des **activités de soins répétitives et régulières**, réalisées par les **soignants**.

5. Les transmissions ciblées

Le diagramme de soin

- La **lecture verticale** permet d'évaluer le niveau de dépendance du patient et la **quantité d'activités** de soins réalisées à un moment donné
- La lecture horizontale du diagramme de soins permet d'évaluer **l'évolution** des soins ainsi que **l'état du patient**

Exemple

04

Diagramme de soins

Arrêt de traitement ou du soin =
 Soin effectué = Code fiche

Référence aux transmissions ciblées =
 Soin à programmer =

Mois : Année : Nom et Prénoms du Patient :
 N° INSEE : / / / / / / / / / / / / ou Date de naissance : / / /

Soins techniques : se référer aux fiches de protocole, pansement et traitement	Cf. fiche	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
Pansement Surveillance – Réfection	08								
Pansement Surveillance – Réfection	08								
Injection IV – IM – SC	07								
Injection IV – IM – SC	07								
Perfusion Pose – Surveillance	07								
Perfusion Pose – Surveillance	07								
Poche urinaire Échange – Vidange de poche	07								
Sonde urinaire Pose – Surveillance	07								
Alimentation Nasogastrique – Gastrostomie – Autre	07								
PAC Pose – Retrait – Héparinisation	07								
V.V.C. Pose – Retrait – Héparinisation	07								
Autre :									
Autre :									
Autre :									
Autre :									
Autre :									
Autre :									
Autre :									
Évaluation de la douleur (E.V.A. de 1 à 10)	12								
Éducation et relation									
Information – Stimulation – Conseil									
Éducation Régime – Traitement – Autre									
Relation d'aide Occasionnel – Important – Majeur									
Surveillance du comportement ADapté – Désorienté – Confus – AGité – ARéactif									
Validation de la séance de soins	03								
Référence aux transmissions ciblées									
Identification de l'I.D.E. (Paraphe)									

Exemple : Soins d'hygiène et de confort

	Date	
Hygiène	Toilette Lit /Lavabo/Douche	
	Autonome/APartiel/ATotal	
	Capiluve/Pédiluve/Rasage	
	Soins de Bouche	
	Prévention d'Escarre	
	Habillage/Déshabillage	
	Réfection lit/Désinfection	
Alimentation	Installation du patient	
	Préparation plateau	
	Régime:	
	Aide repas	
	Surveillance plateau repas	
	Surveillance hydrique	
Elimination	Change protection	
	Sonde à demeure	
	Lavement évacuateur	
	Bassin-Urinal-Chaise Percée	
	Surveillance selles/urines	
	Diurèse	
Locomotion	Fauteuil	
	Aide au lever	
	Aide au coucher	
	Déambulateur/Canne/Fauteuil	
	Rééducation kiné	
	Aide à la marche/1er lever	
Sécurité/ confort	Barrière de lit	
	Surveillance sommeil	
	Bas de contention	
Relationnel	Visite	
Signatures		

6. Autres fiches spécifiques

- Fiche de suivi de glycémie capillaire
- Fiche de liaison avec le bloc opératoire
- Fiche de retour de bloc
- Echelle de Braden
-
- Mais également d'autre documents: personne de confiance, consentement à la réalisation (examen, intervention)
- Et n'oublions pas l'inventaire (1.3 droit du patient)

	Codification HYG_ENR_002	Version 4 APPROUVE	Date d'application 02/07/2021
TECHNIQUE DE SOINS : FICHE DE SUIVI DE SOINS DE PLAIE POST-OPERATOIRE AVEC RISQUE INFECTIEUX MODERE OU ELEVE			

6. Autres fiches spécifiques

Fiche de suivi des plaies

Plaie Chirurgicale							
Signes locaux : Désunion Odeur nauséabonde Douleur Berges saines Berges rouges Ecoulement séreux Ecoulement pus Ecoulement sang Nécrose							
Type de soins : NaCl 0.9% BETADINE® Dermique BETADINE® Scrub HIBITANE® Miel médical							
Type de pansement : -Plaie "à l'air" -Recouvrement (ex : EUROPLAIE®) -Transparent (ex : OPSITE®, OPSITE aérosol®) -Hydrocellulaire (ex : MEPILEX BORDER®) -Hydrocellulaire repositionnable (ex : AQUACEL FOAM PRO®) -Hydrofibres (ex : AQUACEL®) -Hydrocolloïde (ex : COMFEEL PLUS transparent®) -Alginate (ex : ALGINATE KALTOSTAT®) -Alginates mèches (ex : ALGOSTERIL®) -Hydrodétersif absorbant (ex : URGOCLEAN®) -Interface grasse (ex : JELONET®) -Irrigo-absorbant (ex: HYDROCLEAN®) -Hydrofibre-Ag (ex: AQUACEL-Ag®) -Interface Ag (ex: URGOTUL-Ag)							
Sutures : Agrafes Points Colle							
Evolution : Avis chirurgical Avis Equipe mobile Plaie et cicatrisation Bonne évolution cicatrice Evolution défavorable Reprise au bloc							
Commentaire libre							

Autres éléments du dossier patient

- Observations médicales
- Macrocycle de sortie

Les observations médicales

- Rédigées par le médecin (senior ou interne)
 - informations recueillies lors des examens médicaux du patient

Il contient

- L'interrogatoire
- L'examen clinique
- Les examens paracliniques (radiographie, scanner, bilan sanguin etc...)
- Les principaux éléments du diagnostic
- Indication thérapeutique et surveillance du traitement
- Incidence personnelle sur la maladie (vécu de la maladie, ttt, hospitalisation)

Macro-cible de sortie

- Elle peut être également appelée fiche de liaison
- C'est la synthèse des informations relatives au patient au moment de la sortie du patient que ce soit vers son domicile ou vers un autre établissement de santé:
- Elle reprend tous les faits marquants de l'hospitalisation ainsi que l'histoire de la maladie, l'histoire de l'hospitalisation les problèmes de santé à ce jour, le traitement, le devenir...

- Example

ETIQUETTE PATIENT		MACROCIBLE DE SORTIE DE NEUROLOGIE FICHE DE LIAISON IDE		Date de Sortie :
				Durée du Séjour :
M	Motif d'entrée :			
	Antécédents notables :			
	Evènements significatifs durant l'hospitalisation :			
	Personne à prévenir (n° tél.) :			
T	Thérapeutique ☐ Ordonnance			
	☐ Traitement : ☐ IDE à domicile pour : ☐ Soins de base ☐ Dextros ☐ Injections, perfusions ☐ Pansements (protocole + localisation) ☐ Surveillance biologique ☐ Kiné. ou Aides techniques, appareillages ? ☐ Autres ☐ Programmation de rendez-vous :			
E	Destination ☐ Domicile		☐ Institution ☐ Autres (à préciser)	
	Mode de transport ☐ Ambulance ☐ TAP		☐ Véhicule privé	
I		Date et heure :		
V	Environnement ☐ vit seul ☐ en famille :			
D	Développement :		Synthèse :	
	Surveillance Neurologique : Effets personnels :		☐ Besoins perturbés ☐ Autonome ☐ Respirer ☐ Boire et manger ☐ Eliminer ☐ Se mouvoir ☐ Se laver, s'habiller ☐ Eviter les dangers ☐ Communiquer ☐ Douleur	
Fiche rédigée par : Nom Fonction Date et Heure				



Références

- [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier du patient - fascicule 1 reglementation et recommandations - 2003.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf)