

**SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire,
Environnement
DG 1
Service Datamanagement**

**MANUEL DE CODAGE
des Données Infirmières du RHM**

DI-RHM

Juillet 2007

Version 1.4

Cellule Audits infirmiers

AVERTISSEMENT

Ce manuel de codage constitue la quatrième version officielle publiée par le SPF.

Cette version adaptée de la version précédente ne modifie pas la structure des items.

Certains items ont été modifiés après consultation de la commission d'accompagnement.

De nombreuses adaptations portent sur la forme de la rédaction du document et ont pour objectif d'améliorer la précision et la lisibilité de celui-ci ainsi que la cohérence entre la version francophone et néerlandophone; elles ont été réalisées par la commission de révision.

Cette version est la version définitive pour le nouvel enregistrement en 2008.

Il est formellement déconseillé d'utiliser pour le codage des versions antérieures de travail ou des versions personnelles recopiées.

Table des matières

Avertissement	2
Table des matières	3
Introduction	4
1. Que sont les DI-RHM?	4
2. Comment l'outil d'enregistrement DI-RHM est-il construit?	4
3. Qu'est ce qu'une intervention infirmière réalisée?	8
4. Quelles interventions infirmières réalisées faut-il enregistrer?	9
5. Qu'est ce qu'un épisode de soins infirmiers?	9
6. Comment valider l'enregistrement d'un item/d'une possibilité de codage DI-RHM?	10
7. Définitions courantes utilisées dans le manuel de codage	11
Description détaillée des interventions infirmières du DI-RHM	14
Domaine 1: Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires	15
Classe A: Gestion des activités et de l'exercice	16
Classe B: Soins liés à l'élimination	17
Classe C: Gestion de la mobilité	31
Classe D: Soins liés à l'alimentation	35
Classe E: Promotion du confort physique	43
Classe F: Soutien aux soins personnels	47
Domaine 2: Soins liés aux fonctions physiologiques complexes	54
Classe G: Gestion hydro-électrolytique ou acido-basique	55
Classe H: Administration des médicaments	61
Classe I: Soins liés à la fonction neurologique	66
Classe K: Soins liés à la respiration	68
Classe L: Soins de la peau et des plaies	72
Classe M: Thermorégulation	84
Classe N: Perfusion tissulaire	85
Domaine 3: Comportement	92
Classe O: Thérapie comportementale	93
Classe P: Thérapie cognitive	96
Classe Q: Amélioration de la communication	98
Classe R: Aide aux stratégies d'adaptation	99
Classe S: Education du patient	102
Domaine 4: Sécurité	106
Classe V: Gestion du risque	107
Domaine 5: Famille	116
Classe W: Soins liés à la naissance	117
Classe X: Soins relatifs au cycle de la vie	122
Domaine 6: Système de santé	123
Classe Y: Médiation au sein des systèmes de santé	124
Classe Z: Gestion du processus de soins et de l'information	126

Introduction

L'objectif de l'enregistrement des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal ou DI-RHM est de donner une image des interventions infirmières réalisées par des prestataires de soins (comme défini au point 7.1 de ce manuel).

Cet enregistrement a également pour objectif de collecter des informations pour diverses applications: systèmes d'allocation en personnel, financement des soins infirmiers, processus qualitatifs, ...

1. Que sont les DI-RHM?

Les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal ou DI-RHM constituent un **outil minimal d'enregistrement** d'interventions infirmières réalisées.

Les DI-RHM font partie intégrante d'un enregistrement **plus global** de l'activité hospitalière: le RHM ou Résumé Hospitalier Minimal.

Il comprend:

- des données générales sur la structure de l'hôpital
- des données concernant le personnel
- des données administratives (patient, séjour, unité de soins, ...)
- des données médicales
- des données infirmières.

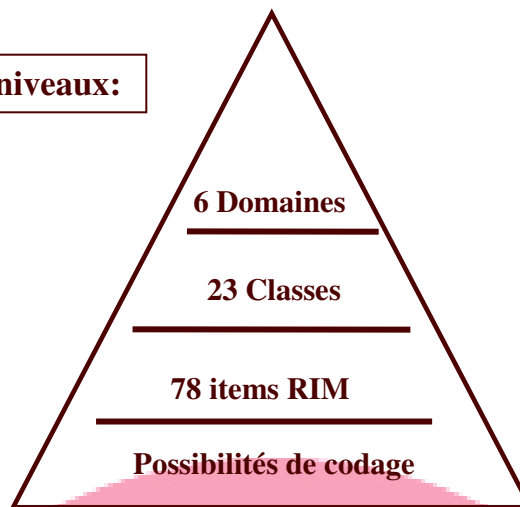
2. Comment l'outil d'enregistrement DI-RHM est-il construit?

2.1. La structure

A l'instar de la classification américaine NIC (Nursing Interventions Classification) dont le DI-RHM s'inspire pour sa structure, la **taxonomie** des items s'organise en **quatre niveaux hiérarchiques**.

Le premier niveau est constitué par 6 domaines, le second niveau est composé de 23 classes, le troisième de 78 items, le quatrième et dernier niveau concerne des possibilités de codage.

4 niveaux:

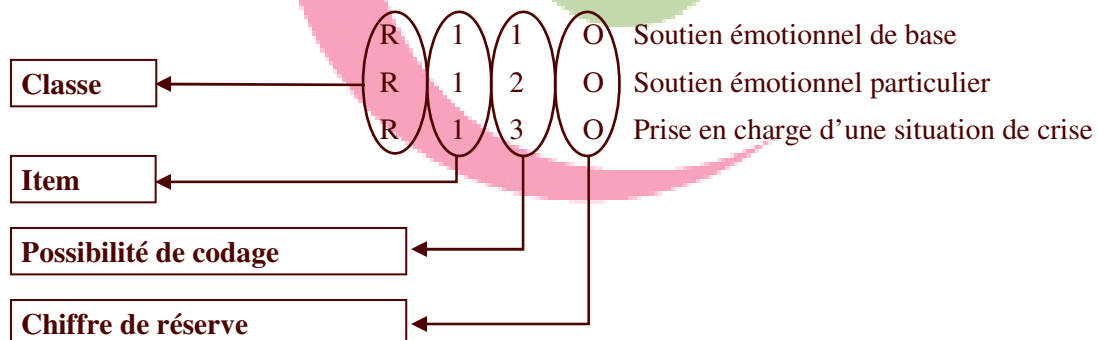


Le **code** de l'item DI-RHM est composé de **quatre positions**:

- Position 1: le caractère fait référence à la classe
- Position 2: le chiffre fait référence à l'item
- Position 3: le chiffre fait référence à la possibilité de codage
- Position 4: chiffre de réserve

L'identification du domaine n'est pas reprise dans le code de l'item DI-RHM.

Exemple:



2.2. Les domaines

Le premier niveau hiérarchique du DI-RHM est composé de 6 domaines coordonnés entre eux et comporte les interventions infirmières relatives aux aspects suivants :

- soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires
- soins liés aux fonctions physiologiques complexes
- comportement
- sécurité
- famille
- système de santé

2.3. Les classes (position 1 du code DI-RHM)

Chaque domaine comporte une ou plusieurs classes.

L'outil d'enregistrement actuel comporte 23 classes distinctes réparties comme suit:

- **Domaine 1: Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires**
 - A. Gestion des activités et de l'exercice.
 - B. Soins liés à l'élimination
 - C. Gestion de la mobilité
 - D. Soins liés à l'alimentation
 - E. Promotion du confort physique
 - F. Soutien aux soins personnels

- **Domaine 2: Soins liés aux fonctions physiologiques complexes**
 - G. Gestion hydro-électrolytique ou acido-basique
 - H. Administration de médicaments
 - I. Soins liés à la fonction neurologique
 - K. Soins liés à la respiration
 - L. Soins de la peau et des plaies
 - M. Thermorégulation
 - N. Perfusion tissulaire

- **Domaine 3: Comportement**
 - O. Thérapie comportementale
 - P. Thérapie cognitive
 - Q. Amélioration de la communication
 - R. Aide aux stratégies d'adaptation
 - S. Education du patient

- **Domaine 4: Sécurité**
 - V. Gestion du risque

- **Domaine 5: Famille**
 - W. Soins liés à la naissance
 - X. Soins relatifs au cycle de la vie

- **Domaine 6: Système de santé**
 - Y. Médiation au sein des systèmes de santé
 - Z. Gestion du processus de soins et de l'information

Les classes J, T et U sont des classes existantes dans la classification NIC mais non retenues dans la taxonomie de l'enregistrement des DI-RHM. Elles ne sont donc pas présentes dans les pages qui suivent mais restent disponibles pour une éventuelle implémentation future.

2.4. Les items (position 2 du code DI-RHM)

A l'intérieur de chaque classe, on trouve un ou plusieurs items.

Ces items sont décrits en détail après l'introduction et constituent la partie essentielle du manuel de codage.

Chaque item est composé de **cinq éléments**:

- **un nom**: il synthétise le concept de l'item
- **une définition**: elle précise le concept et délimite ce qui est pris en compte par l'item.
- **des modalités de score**: elles indiquent le(s) score(s) possible(s) et leur signification

Si plusieurs scores sont possibles au cours du même épisode de soins, c'est le score le plus élevé qui est enregistré

- **des éléments de contrôle:** ils constituent des conditions obligatoires qui doivent être satisfaites pour pouvoir enregistrer l'item
- **des remarque(s):** elles constituent des éclaircissements, des particularités ou des exceptions qui doivent être prises en compte pour enregistrer correctement l'item

2.5. Les possibilités de codage (position 3 du code DI-RHM)

Certains items se divisent en plusieurs possibilités de codage, le chiffre des dizaines est alors différent de zéro (en gras dans l'exemple).

Ces possibilités de codage offrent des alternatives supplémentaires afin de préciser plus l'intervention réalisée. Chaque possibilité de codage est également composée des cinq éléments descriptifs définis en 2.4.

Une seule possibilité de codage peut être choisie durant un épisode de soins.

Si plusieurs possibilités de codage se présentent lors d'un même épisode de soins, c'est la possibilité de codage possédant le code DI-RHM le plus élevé qui doit être enregistrée:

Exemples :

Item B2** - 5 possibilités de codage B250>B240>B230>B220>B210

Item B4** - 5 possibilités de codage B450>B440>B430>B420>B410

Item C1** - 2 possibilités de codage C120>C110

Item D1** - 2 possibilités de codage D120>D110

Item R1** - 3 possibilités de codage R130>R120>R110

3. Qu'est ce qu'une intervention infirmière réalisée?

Une intervention infirmière réalisée est une intervention infirmière **effectivement réalisée**, chez le patient concerné par l'enregistrement, durant l'épisode de soins.

Les activités planifiées ou requises en fonction des besoins du patient mais non réalisées ne sont pas prises en compte pour l'enregistrement.

Une intervention infirmière est un soin reposant sur un jugement clinique et un savoir qu'un infirmier réalise afin d'améliorer les résultats escomptés pour un patient.

Une activité infirmière est un comportement spécifique adopté par l'infirmier ou une action réalisée dans le cadre d'une intervention pour aider la personne soignée à atteindre un résultat escompté.

Il est nécessaire de réaliser une série d'activités afin de mettre en œuvre une intervention.

Il existe des interventions infirmières directes (à l'initiative de l'infirmier, prescrites par un médecin, en collaboration avec d'autres professionnels de la santé) et des interventions infirmières indirectes (réalisées en l'absence du patient).

L'ensemble des domaines et des classes montre la grande variété des interventions infirmières ainsi que les nombreuses spécificités de celles-ci : somatique, psychologique, sociale, de gestion, ...

4. Quelles interventions infirmières réalisées faut-il enregistrer ?

Les DI-RHM constituent un enregistrement infirmier **minimal** et non un enregistrement de tous les soins du patient.

Il faut enregistrer les interventions infirmières, telles que définies et délimitées dans le manuel de codage, réalisées par des prestataires de soins affectés de manière permanente ou temporaire (équipe mobile, membre d'une autre unité de soins, équipe centralisée de prélèvement, infirmier intérimaire,...) à l'unité de soins.

Les interventions effectuées par les patients ou le personnel non-praticien de l'art infirmier (médecin, kinésithérapeute, personnel paramédical, assistant social, psychologue, assistant logistique...) ne sont pas enregistrées, même si ce personnel fait partie du personnel de l'unité de soins.

L'enregistrement des interventions infirmières concerne toujours l'unité de soins dans laquelle le patient est hospitalisé.

L'enregistrement des interventions infirmières concerne toujours l'épisode de soins infirmiers durant lequel elles sont réalisées.

L'enregistrement des interventions infirmières concerne:

- les interventions infirmières réalisées pour un patient physiquement présent dans une unité et sous la responsabilité de l'équipe de soins de l'unité ou du personnel affecté à cette unité de soins
- les interventions infirmières réalisées chez un patient physiquement absent de l'unité au moment du soin et temporairement hors de l'unité de soins (p. ex. patient en attente en radiologie pour lequel une infirmière de l'unité de soins se déplace pour réaliser un changement de perfusion IV) et sous la responsabilité de l'équipe de soins de l'unité ou du personnel affecté à cette unité de soins.

5. Qu'est-ce qu'un épisode de soins infirmiers?

Un épisode de soins infirmiers constitue une période d'hospitalisation du patient dont la durée maximale est de 24h (soit une durée comprise entre 0h et 23h59). Plusieurs épisodes de soins peuvent se succéder au cours d'une même journée.

Un nouvel épisode de soins infirmiers est généré par le séjour dans :

- une unité de soins
- le bloc accouchement
- la salle d'opération
- la salle de réveil (à condition qu'elle soit consécutive à un passage en salle d'opération).

Lorsqu'un patient séjourne dans plusieurs unités de soins au cours d'une même journée d'enregistrement, il y a autant d'enregistrements DI-RHM que d'épisodes de soins infirmiers.

Les différentes activités enregistrées se rapportent donc chacune à une unité de soins et un épisode de soins infirmiers spécifique, sans concaténation des données entre les différentes unités concernées.

Toutefois, de manière temporaire et uniquement **pour une journée opératoire**, si l'unité d'hospitalisation pré- et post-opératoire est la même, exceptionnellement, l'hôpital a la possibilité d'enregistrer les DI-RHM dans un seul épisode de soins infirmiers pour l'unité concernée (en référence aux directives de la circulaire du 22/12/2006 et selon les modalités d'enregistrement du « Manuel d'enregistrement du RHM »).

6. Comment valider l'enregistrement d'un item/d'une possibilité de codage DI-RHM?

En fonction qu'il se divise ou non en plusieurs possibilités de codage, c'est soit l'item, soit la possibilité de codage qui offre une possibilité d'enregistrement.

Afin de ne pas nuire à la lisibilité du texte, on parlera uniquement de la validation d'un item ; sachant que quand il ne s'agit pas d'un item mais d'une possibilité de codage, ce sont les mêmes règles de conformité qui s'appliquent.

Pour être validé un item doit être conforme:

- à l'ensemble des informations contenues dans les différents éléments de son descriptif: nom, définition, modalités de score, contrôles et remarques
- aux définitions reprises au début du manuel de codage
- à l'ensemble des règles de codage et d'enregistrement reprises dans les manuels et circulaires envoyés aux hôpitaux.

Les contrôles à retrouver pour chaque item ont été rédigés sous forme de liste succincte. Ils doivent toujours respecter les éléments de précision apportés par la définition, les modalités de scores et les remarques.

Toute l'information nécessaire pour valider l'item doit être retrouvée dans le dossier du patient et principalement dans le dossier infirmier, conformément à l'AR du 28 décembre 2006.

Quand une activité infirmière a été réalisée, il convient de retrouver dans le dossier patient:

- soit le nom précis de l'activité et la validation de sa réalisation par un sigle au choix de l'institution mais pouvant être facilement identifié: croix, paraphe,...
- soit l'inscription d'un résultat: valeur chiffrée, appréciation, ...

7. Définitions courantes utilisées dans le manuel de codage

Les lignes qui suivent précisent quelques termes utilisés régulièrement dans la description des items.

Un indice de renvoi dans le texte fait référence aux définitions qui suivent (par ex. dossier patient²).

7.1. Prestataire de soins¹

Un prestataire de soins¹, tel que défini dans ce manuel, est une personne habilitée à exercer l'art infirmier conformément à l'AR n°78 du 10 novembre 1967 articles 21 quater, 21 quinques et 21 sexiesdecies et à l'annexe III de l'AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Il faut ajouter à cette liste les aide-soignants conformément à l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aide-soignants peuvent poser ces actes.

7.2. Dossier patient²

Le dossier patient² est constitué du dossier infirmier et du dossier médical comme défini dans l'AR du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17 quater de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, doit répondre.

7.3. Instrument de mesure³

Un instrument de mesure³, tel que défini dans ce manuel, est un instrument qui permet d'objectiver sur une base mesurable et scientifiquement validée la situation du patient au regard de ses problèmes de santé ou de ses besoins en soins infirmiers.

Un instrument scientifiquement validé est un instrument dont la validité a été reconnue au minimum par une publication dans une revue scientifique et de préférence dans une revue scientifique répertoriée dans une base de données « peer reviewed » (Medline, CINAHL, INIST-CNRS, BDSP,...).

Les consignes d'utilisation et les références scientifiques de l'outil utilisé doivent être disponibles dans l'unité de soins.

Un projet de validation des échelles les plus couramment utilisées est en cours de réalisation au SPF Santé Publique. Les résultats de la recherche peuvent être consultés sur le site: <http://www.best.ugent.be>.

7.4. Personne significative⁴

Une personne significative⁴, tel que définie dans ce manuel, est un membre de la famille, le conjoint, le cohabitant ou un ami proche qui accompagne le patient lors de son séjour hospitalier et/ou qui le prendra en charge lors de sa sortie de l'hôpital.

7.5. Education⁵

L'éducation du patient consiste en une prise en charge infirmière visant à faciliter l'apprentissage de savoir, savoir-faire et savoir-être en vue d'atteindre un changement de comportement chez le patient, sa famille ou une personne significative⁴.

Un plan d'éducation doit au moins comprendre un bilan des connaissances et des compétences du patient, des sessions d'éducation programmées et une évaluation des résultats obtenus.

Lorsqu'une éducation est fournie à un patient ou à une personne significative⁴, elle est scoriée dans l'enregistrement DI-RHM du patient pour lequel l'éducation est destinée.

7.6. Plan de soins⁶

Le plan de soins⁶ «est» notamment le jugement clinique de l'infirmière dans l'approche des problèmes de santé qui relèvent de sa responsabilité spécifique.

Le plan de soins⁶ est composé de problèmes de soins infirmiers¹⁰ et/ou diagnostics infirmiers¹⁰, des objectifs, des résultats escomptés et des interventions infirmières (Article 2 de l'AR du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17 quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre).

7.7. Plan de soins de référence⁷

Le plan de soins de référence⁷ permet d'aborder et de soigner systématiquement le patient atteint d'une affection déterminée (Article 7ter de l'AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre).

7.8. Plan de soins individualisé⁸

Le plan de soins de référence⁷ peut être individualisé au patient pour lequel il est destiné.

7.9. Procédure⁹

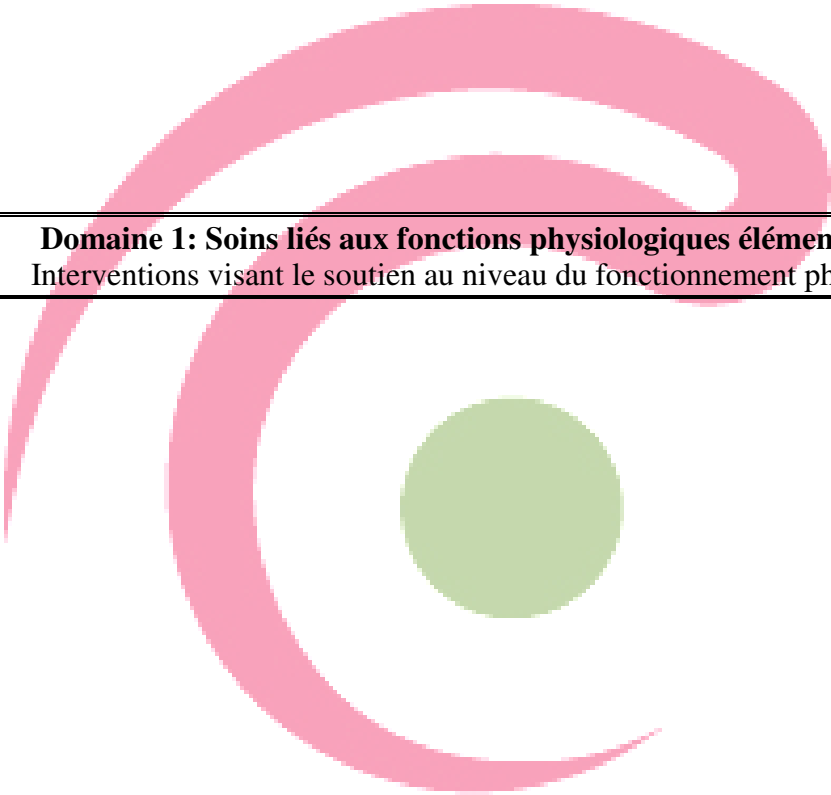
Une procédure⁹ décrit le mode d'exécution d'une technique médicale ou infirmière déterminée (Article 7ter de l'AR du 18 juin 1990, modifié par l'AR du 13 juillet 2006, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre).

7.10. Problème en soins infirmiers¹⁰ ou diagnostic infirmier¹⁰

Un problème en soins infirmiers¹⁰ ou diagnostic infirmier¹⁰ est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie, d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers¹⁰ servent de base pour choisir les interventions de soins visant à l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable (NANDA International 2005).



**Description détaillée des interventions
infirmières du DI-RHM**



Domaine 1: Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires
Interventions visant le soutien au niveau du fonctionnement physique

Classe A: Gestion des activités et de l'exercice

Définition: Interventions visant le soutien au niveau de l'activité physique et la dépense et/ou l'économie d'énergie.

Item A1**: Exercices corporels

➤ **A100: Exercices corporels structurés**

Définition:

Exercices corporels, passifs ou actifs à visée de réadaptation, intégrés dans un plan de soins de référence⁷ ou un plan de soins individualisé⁸.

- **Exercices passifs:** exercices exécutés par un prestataire de soins¹.
- **Exercices actifs:** exercices exécutés par le patient sous la guidance et la présence permanente du prestataire de soins¹.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Plan de soins de référence⁷ ou individualisé⁸
- Rapport, au minimum hebdomadaire, comprenant l'évaluation des objectifs

Remarque:

- Une attelle de mobilisation articulaire passive (type Kinetec®) ne peut être scorée.

Classe B: Soins liés à l'élimination

Définition: Interventions visant à instaurer et maintenir les habitudes d'élimination régulières et les soins liés aux conséquences des modifications de ces habitudes.

Item B1**: Soins liés à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans

➤ **B100: Soins liés à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans**

Définition:

Niveau d'acquisition de la propreté de l'enfant de moins de 5 ans reflétant la surveillance ou les activités liés à l'élimination urinaire et/ou fécale.

Modalités de score:

- 1 = **enfant propre** qui est accompagné pendant l'élimination: l'enfant est conduit à la toilette et supervisé, l'enfant est aidé pour s'essuyer, ...
- 2 = **enfant propre la journée**, nécessitant des soins en vue de la période de sommeil (nuit, sieste,...): mettre un linge pour la sieste, ...
- 3 = **enfant non propre aussi bien le jour que la nuit**: contrôle et changement du linge à des heures régulières

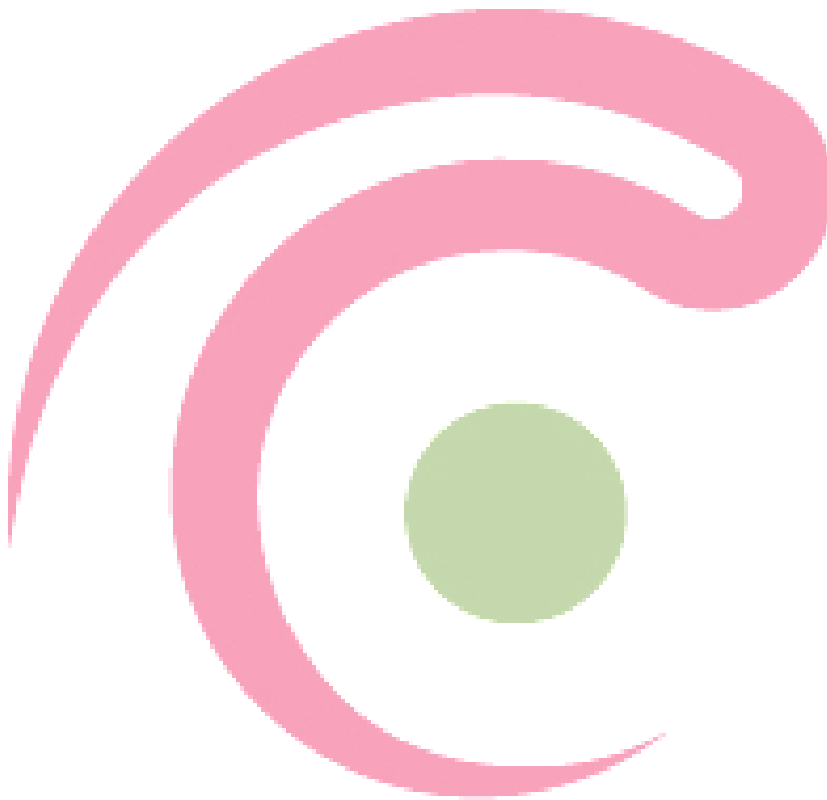
Contrôles:

- Age de l'enfant
- Niveau d'acquisition de la propreté: le jour et pour les périodes de sommeil

Remarques:

- B100 score l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans, âge à l'admission (critère d'âge exclusif).
- B100 est non cumulable avec:
B210 – B220 – B230
B410 – B420 – B430
- Si présence d'une sonde urinaire, scorer en plus
B250 – Soins liés à la sonde vésicale à demeure
B300 – Réalisation d'un sondage vésical

- Si présence d'une stomie, scorer en plus
 - B240 – Soins liés à la stomie urinaire*
 - B440 – Soins liés à la stomie fécale/pouch*
- Si administration d'un lavement et/ou enlèvement manuel de fécalome(s) et/ou placement d'une sonde/canule rectale dans le but de prévenir ou traiter la constipation, scorer en plus
 - B500 – Administration d'un lavement et/ou enlèvement manuel de fécalome(s) et/ou placement d'une sonde/canule rectale dans le but de prévenir ou traiter la constipation*
- Si présence d'éducation⁵ à l'élimination urinaire et/ou fécale scorer en plus
 - B600 – Sensibilisation/Education⁵ à l'élimination urinaire et/ou fécale*



Item B2** : Soins liés à l'élimination urinaire

➤ **B210: Suivi de la miction chez un patient continent pour l'urine**

Définition:

Ensemble des activités liées à la surveillance qualitative et/ou quantitative de la miction et/ou des urines chez un patient continent pour l'urine en précisant la fréquence ou le volume ou l'odeur ou la couleur de l'urine: 1^{ère} miction post-opératoire, présence ou non d'urines exprimée sous forme de signes (+,-,++,...) ou d'un volume en ml, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Surveillance réalisée

Remarque:

- B210 ne peut être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.

➤ **B220: Soutien de l'élimination urinaire chez un patient continent pour l'urine**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient continent pour l'urine mais qui n'est pas capable d'utiliser les moyens mis à sa disposition pour uriner de manière autonome et/ou sécuritaire: apporter de l'aide au patient lorsqu'il va sur le WC ou sur la chaise percée, mettre et/ou ôter la panne et/ou l'urinal, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Activités réalisées

Remarques:

- B220 ne peut être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'élimination urinaire se score en plus dans

Classe C – Gestion de la mobilité

➤ **B230: Soins liés à l'incontinence urinaire**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient porteur préventivement ou curativement de moyens destinés à récolter les urines: réalisation de contrôles réguliers du linge, de l'alèse ou de l'étui pénien avec ou sans changement, vidange ou changement des dispositifs de recueil de l'urine, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Notion d'incontinence urinaire
- Activités réalisées

Remarques:

- Un patient porteur d'une sonde vésicale n'est pas considéré comme patient incontinent pour l'urine mais est scorable en
B250 – Soins liés à la sonde urinaire à demeure
- B230 ne peut être scorable chez l'enfant de moins de 5 ans.

➤ **B240: Soins liés à la stomie urinaire**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient porteur d'une stomie urinaire: vidange de la poche, changement de la poche, de la plaque, d'une compresse ou de tout autre moyen de récolte de l'urine, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Présence d'une stomie urinaire
- Activités réalisées

Remarques:

- Le soin de plaie d'une stomie urinaire non consolidée est scoré en *L200 – Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel*
- Fournir uniquement le matériel adéquat n'est pas scoré.

➤ **B250: Soins liés à la sonde urinaire à demeure**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure (sonde vésicale, cathéter suspubien, cathéter de néphrostomie, ...): soins de méat, irrigations vésicales, vidange et/ou changement du sac collecteur d'urine, clamber temporairement la sonde vésicale, vérification du ballonnet de sécurité,...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Présence d'une sonde urinaire à demeure
- Activités réalisées

Remarques:

- La présence d'un étui pénien ou d'une stomie urinaire se score respectivement en
B230 – Soins liés à l'incontinence urinaire
B240 – Soins liés à la stomie urinaire
- La mise en place d'une sonde vésicale durant l'épisode de soins infirmiers se score en
B300 – Réalisation d'un sondage vésical
- L'enlèvement de la sonde urinaire n'est pas scoré.
- L'annotation du volume urinaire observé, sans vidange du sac collecteur, ne suffit pas pour scorer B250.

Item B3** : Mise en place d'une sonde vésicale

➤ **B300: Réalisation d'un sondage vésical**

Définition:

Pose ou remplacement d'une sonde par voie urétrale ou par stomie dans la vessie ou dans une vessie artificielle afin d'assurer la récolte d'urines de manière ponctuelle ou permanente: sondage vésical à demeure, sondages intermittents, sondage pour culture d'urines, sondage pour mesure du résidu post-mictionnel, ...

Modalité de score:

- Nombre de sondage(s) vésical(aux) réalisé(s)

Contrôles:

- Pose ou remplacement de la sonde
- Résultat des sondages intermittents réalisés: exprimé sous forme de signes (+,-,++,...) ou d'un volume en ml, ...

Remarques:

- Les essais non fructueux de mise en place d'une sonde vésicale ne sont pas pris en compte.
- L'enlèvement de la sonde vésicale n'est pas scoré.

Item B4** : Soins liés à l'élimination fécale

➤ **B410: Suivi de la défécation chez un patient continent pour les selles**

Définition:

Ensemble des activités liées à la surveillance qualitative et/ou quantitative de la défécation et/ou des selles chez un patient continent pour les selles en précisant la fréquence ou le volume ou l'odeur ou la couleur ou la consistance des selles, date des dernières selles, surveiller la reprise de transit en post-opératoire, la présence ou non de selles sous forme de signes (+,+++,0,...), la présence de melæna, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Surveillance réalisée

Remarque:

- B410 ne peut être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.

➤ **B420: Soutien de l'élimination fécale chez un patient continent pour les selles**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient continent pour les selles mais qui n'est pas capable d'utiliser les moyens mis à sa disposition pour déféquer de manière autonome et/ou sécuritaire: apporter de l'aide au patient lorsqu'il va sur le WC ou sur la chaise percée, mettre et/ou ôter la panne, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Activités réalisées

Remarques:

- B420 ne peut être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'élimination fécale se score en plus dans

Classe C – Gestion de la mobilité

➤ **B430: Soins liés à l'incontinence fécale**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient porteur préventivement ou curativement de moyens destinés à récolter les selles: réalisation de contrôles réguliers du linge, de l'alèse avec ou sans changement, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Notion d'incontinence fécale
- Activités réalisées

Remarque:

- B430 ne peut être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.

➤ **B440: Soins liés à une stomie fécale/pouch**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient porteur d'une stomie fécale/pouch: vidange de la poche, changement de la poche, de la plaque, de la compresse ou de tout autre moyen de collecte des selles, ...

Modalités de score:

1 = Présence d'activités liées à la stomie fécale

2 = Présence d'activités liées au pouch

Contrôles:

- Présence d'une stomie fécale ou d'un pouch
- Activités réalisées

Remarques:

- Le soin de plaie d'une stomie fécale non consolidée est scoré en *L200 – Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel*
- Fournir uniquement le matériel adéquat n'est pas scoré.

Item B5 : Soins liés à l'administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalomes et/ou le placement d'une sonde /canule rectale dans le but de prévenir ou traiter la constipation**

➤ **B500: Administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalome(s) et/ou le placement d'une sonde/canule rectale dans le but de prévenir ou traiter la constipation**

Définition:

Ensemble des activités réalisées en vue de prévenir ou de traiter la constipation par:

- l'administration un lavement par voie rectale ou par stomie en utilisant des produits traitants la constipation (eau, glycérine,...)

ET/OU

- l'enlèvement manuel de fécalome par voie anale ou stomie

ET/OU

- le placement d'une sonde/canule rectale

Modalité de score:

1 = présence

Contrôles:

- Notion de constipation ou de problèmes de transit
- Activités réalisées
- Résultat des activités réalisées

Remarques:

- Les mini- et micro- lavements sous forme commerciale sont scorés en B500.
- Les lavements pré-opératoire/pré-examens ne sont pas scorés.
- L'administration de suppositoire n'est pas scorée.

Item B6** : Education à l'élimination urinaire et/ou fécale

➤ **B600: Sensibilisation/Education à l'élimination urinaire et/ou fécale**

Définition:

Ensemble d'activités éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour retrouver une autonomie urinaire et/ou fécale: conseils diététiques et de mobilisation pour éviter la constipation, éducation⁵ à la miction, éducation⁵ à la prise en charge d'une stomie, éducation⁵ à la prise en charge d'une énurésie, éducation⁵ au maintien des habitudes d'élimination, ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative⁴.

Modalités de score:

- 1 = Sensibilisation et information occasionnelle à l'élimination urinaire et/ou fécale
- 2 = Education⁵ structurée à l'élimination urinaire et/ou fécale

Contrôles:

- **Score 1:**
 - sujet des informations données
 - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
 - plan d'éducation
 - réalisation de l'éducation⁵ et son résultat

Remarque:

- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation/éducation⁵ concernant le bébé est scorée chez le bébé.

Classe C: Gestion de la mobilité

Définition: Interventions visant à prendre en charge une restriction des mouvements corporels et ses séquelles éventuelles.

Item C1**: Installation d'un patient

➤ **C110: Installation d'un patient alité**

Définition:

L'ensemble des activités qui consistent à fournir une position correcte et confortable au patient qui doit rester strictement au lit pendant tout l'épisode de soins infirmiers:

- installation du patient au lit pour dormir ou pour manger ou pour lire, ...
- installation du patient au lit dans une position particulière pour une raison médicale ou infirmière
- ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Notion d'alitement
- Activités réalisées pour l'installation au lit

Remarque:

- Le changement de position lié à la prévention des escarres est scoré en:
V200 – Prévention des plaies de décubitus: changements de positions

➤ **C120: Installation d'un patient non alité**

Définition:

L'ensemble des activités liés au passage d'une position au lit à une autre position dans le fauteuil, fauteuil roulant, chaise percée, brancard, ... ou inversement, avec ou sans point d'appui.

Modalités de score:

1 = **Présence lors de l'installation**: pour des raisons de sécurité, le patient a besoin d'une présence pour le passage d'une position à l'autre: assise, couchée, debout

2 = **Aide partielle pour l'installation**: le patient est soutenu sans être porté totalement, avec ou sans matériel de manutention (plaque tournante, lève-personne actif, ...)

3 = **Aide complète pour l'installation**: le patient est porté totalement, avec ou sans matériel de manutention (rollboard®, slides, lève-personne passif, ...)

Contrôle:

- Activités réalisées

Remarques:

- Si durant l'installation d'un patient non-alité, le patient fait quelques pas ou s'il est déplacé, on peut scorer en plus

C200 – Aide au déplacement d'un patient dans l'unité ou dans la chambre

- Porter un enfant et le mettre sur une chaise ou dans un relax (et inversement) est considéré comme une aide complète, il faut scorer

C120 – Installation d'un patient non alité – score 3

Item C2** : Aide au déplacement d'un patient dans l'unité

➤ **C200: Aide au déplacement d'un patient dans l'unité ou dans la chambre**

Définition:

Ensemble des activités liés au déplacement d'un patient d'un endroit à un autre de l'unité ou de la chambre, peu importe la position et/ou le matériel utilisé: aide à la marche dans le couloir, déplacement en chaise roulante, porter un enfant, ...

Modalités de score:

1 = **Accompagnement du patient lors du déplacement**: une personne âgée atteinte de troubles de l'équilibre a besoin d'être soutenue par le bras, un enfant a besoin d'être conduit vers la salle de jeu de l'unité pour éviter qu'il ne se perde, ...

2 = **Aide complète au déplacement du patient**: le patient est déplacé en chaise roulante, en lit ou à l'aide de matériel adapté: amener le patient à la salle de bain de l'unité à l'aide d'un lève-personnes, amener un patient à la fenêtre de sa chambre en chaise roulante car il n'a pas la force de le faire tout seul, ...

Contrôle:

- Activités réalisées

Item C4** : Présence de traction(s)

➤ C400: Présence de traction(s)

Définition:

Patient dont une partie du corps est mise en traction dans le cadre d'un **traitement orthopédique**.

Le système de poids doit être installé et actif.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Présence de traction à visée orthopédique

Remarque:

- Les fauteuils ou chaises-roulantes avec coquilles de maintien, les coussins, les fixateurs externes, attelles et autres méthodes d'immobilisation ne sont pas scorés.

Classe D: Soins liés à l'alimentation

Définition: *Interventions visant à modifier ou à maintenir l'état nutritionnel.*

Item D1**: Soins liés à l'alimentation

➤ **D110: Soins liés à l'alimentation prise dans la chambre**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'alimentation par voie orale prise dans la chambre: aide pour boire et/ou manger.

Modalités de score:

1 = **Suivi ou soutien logistique** du patient qui s'alimente seul: ouvrir les emballages, couper la viande, beurrer les tartines, remplir un verre, évaluer la prise des repas, ...

2 = **Aide partielle:** le patient est aidé pour boire OU manger: faire boire une tasse de café, donner un repas à la cuillère au patient, ...

3 = **Aide complète:** le patient est aidé complètement pour boire ET manger

4 = **Guidance et présence permanente:** le prestataire de soins¹ dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée d'au moins un des repas, en raison d'une perturbation de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (troubles de la déglutition, confusion aiguë, anorexie, ...) de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée du repas

Contrôles:

- Activités réalisées
- **Pour le score 4:**
 - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance et la présence permanente d'un prestataire de soins¹ est justifiée par le besoin de supervision de l'alimentation lié à son jeune âge
 - pour les autres patients, la guidance et la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique/psychique ou le niveau de développement

Remarques:

- Les soins à l'enfant bénéficiant uniquement de biberons ou d'une alimentation maternelle se score en

D200 – Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant

- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'alimentation se score en plus dans

Classe C – Gestion de la mobilité



➤ **D120: Soins liés à l'alimentation prise à la salle à manger**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'alimentation par voie orale prise à la salle à manger: aide pour boire et/ou manger.

La salle à manger est un espace en dehors des chambres des patients, spécialement conçu pour prendre les repas en groupe.

Modalités de score:

1 = **Suivi ou soutien logistique** du patient autonome qui s'alimente seul: ouvrir les emballages, couper la viande, beurrer les tartines, remplir un verre, évaluer la prise alimentaire, ...

2 = **Aide partielle**: le patient est aidé pour **boire OU manger**: faire boire une tasse de café, donner un repas à la cuillère au patient, ...

3 = **Aide complète**: le patient est aidé complètement pour **boire ET manger**

4 = **Guidance et présence permanente**: le prestataire de soins¹ dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée d'au moins un des repas, en raison d'une perturbation de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (troubles de la déglutition, confusion aiguë, anorexie, ...) de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée du repas

Contrôles:

- Lieu du repas
- Activités réalisées
- **Pour le score 4:**
 - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance et la présence permanente d'un prestataire de soins¹ est justifiée de le besoin de supervision de l'alimentation lié à son jeune âge
 - pour les autres patients, la guidance et la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique/psychique ou le niveau de développement

Remarques:

- Les soins à l'enfant bénéficiant uniquement de biberons ou d'une alimentation maternelle se score en

D200 – Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant

- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'alimentation se score en plus dans

Classe C – Gestion de la mobilité

➤ **D130: Patient à jeun durant tout l'épisode de soins**

Définition:

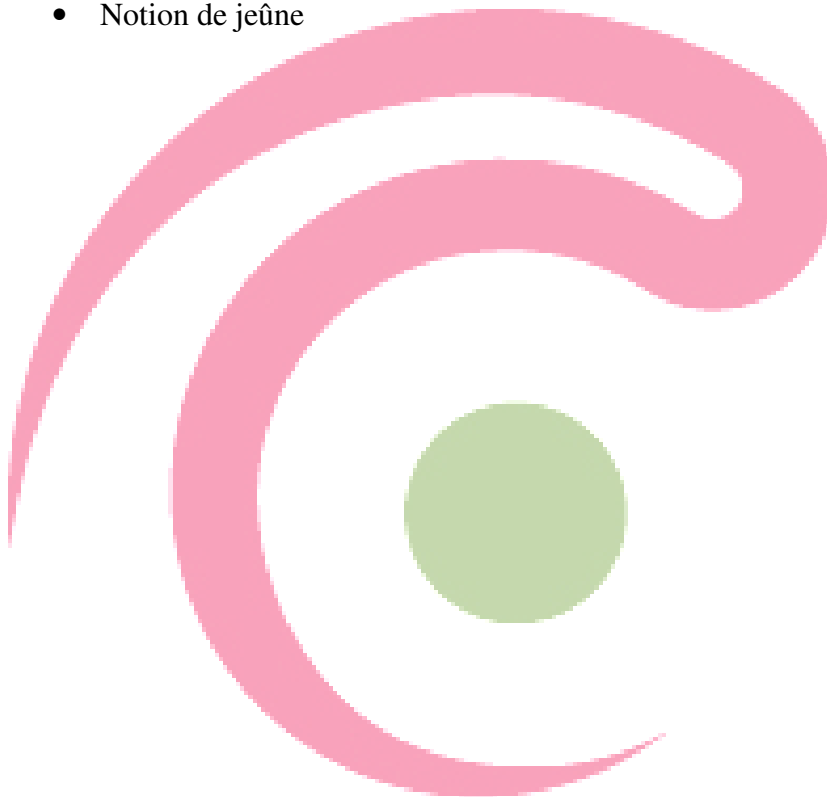
Le patient ne prend rien par voie entérale (passage par la voie digestive), sauf l'eau nécessaire à la prise des médicaments, durant tout l'épisode de soins infirmiers.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Notion de jeûne



Item D2**: Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant

➤ D200: Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant

Définition:

Ensemble des activités liées à l'alimentation de l'enfant: administration du biberon de lait maternel et/ou artificiel par le prestataire de soins¹ et/ou guidance des parents en cas d'allaitement maternel et/ou artificiel.

Modalités de score:

- Nombre de moment d'administration de biberons par le prestataire de soins¹

ET/OU

- Nombre de moments où le prestataire de soins¹ assure une guidance

Contrôles:

- Type d'alimentation: maternelle et/ou artificielle
- Nombre de moments d'administration de biberons et/ou de guidance
- Observations cliniques par moment d'administration: quantité bue, ...

Remarques:

- D200 se score uniquement chez le bébé et non chez la maman.
- L'alimentation 'cup' (tasse, cuillère) est scorée en D200.
- La préparation seule du biberon n'est pas scorée.
- L'alimentation maternelle et/ou artificielle (biberon de lait) de l'enfant ne peut pas être scorée en

D110 – Soins liés à l'alimentation lors d'un repas pris dans la chambre

D120 – Soins liés à l'alimentation lors d'un repas pris à la salle à manger

Item D3**: Administration d'alimentation entérale par sonde

➤ D300: Administration d'alimentation entérale par sonde

Définition:

Ensemble d'activités liées à l'administration de l'alimentation entérale (alimentation liquide et/ou eau) via une sonde gastrique, intestinale ou via une voie d'accès artificielle (gastrostomie, jéjunostomie).

Modalités de score:

- 1 = Administration d'alimentation entérale par sonde sans perforation cutanée
- 2 = Administration d'alimentation entérale par voie d'accès artificielle: gastrostomie, jéjunostomie

Contrôles:

- Type d'accès utilisé
- Produits et quantités administrés, horaire d'administration

Remarques:

- Une préparation intestinale en vue d'un examen ou d'une opération n'est pas scorée.
- Les soins liés à une sonde gastrique de décharge sont scorés en
G200 – Gestion d'une sonde gastrique de décharge
- La préparation de l'alimentation sans réaliser son administration n'est pas scorée.

Item D4** : Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)

➤ D400: Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)

Définition:

Surveillance de l'alimentation parentérale totale: l'eau, les lipides, les protéines et le glucose doivent être perfusés durant une partie ou l'entièreté de l'épisode de soins infirmiers.

Ces composants peuvent être administrés soit séparément, soit en perfusion unique.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Produits administrés (en perfusion unique ou séparément)

En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarques:

- L'administration d'alimentation parentérale totale doit être scorée en plus dans
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
 - H300 – Administration de médicaments IV: fréquence la plus élevée*
- Les vitamines et les oligo-éléments qui seraient éventuellement ajoutés à la TPN sont scorés en
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
 - H300 – Administration de médicaments IV: fréquence la plus élevée*

Item D5** : Education à l'alimentation

➤ D500: Sensibilisation/Education à l'alimentation

Définition:

Ensemble d'activités éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour retrouver une autonomie au niveau de l'alimentation: éducation⁵ en cas de déficit nutritionnel, altération de l'état général, ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative⁴.

Modalités de score:

1 = Sensibilisation et information occasionnelle à l'alimentation

2 = Education⁵ structurée liée à l'alimentation

Contrôles:

- **Score 1:**
 - sujet des informations données
 - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
 - plan d'éducation
 - réalisation de l'éducation⁵ et son résultat

Remarque:

- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation/éducation⁵ à l'alimentation du bébé est scorée chez le bébé.

Classe E: Promotion du confort physique

Définition: Interventions visant à promouvoir le confort du patient

Item E1** : Gestion des symptômes: douleur

➤ E100: Gestion des symptômes: douleur

Définition:

Ensemble des activités permettant un suivi régulier et systématique de la douleur du patient et sa prise en charge:

- observation et évaluation de la douleur à l'aide d'un instrument de mesure³ (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle de la douleur selon un plan de soins⁶ et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: recherche d'une position antalgique, pose d'une poche de glace, administration de médicaments antalgiques, assistance psychologique à la douleur, ...
- réévaluation de la douleur
- ...

Modalité de score:

- Nombre de contrôles de la douleur

Contrôles:

- Valeurs des mesures de douleur réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la douleur suite à l'évaluation

Remarque:

- L'administration de médicaments antalgiques est scorée en
 - H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID : nombre*
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV : nombre*
 - H300 – Administration de médicaments IV : fréquence la plus élevée*
 - H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff/tente)*

Item E2** : Gestion des symptômes: nausées et/ou vomissements

➤ E200: Gestion des symptômes: nausées et/ou vomissements

Définition:

Ensemble des activités permettant un suivi régulier et systématique des nausées et/ou vomissements du patient et sa prise en charge:

- observation et évaluation à l'aide d'un instrument de mesure³ (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle des nausées et/ou vomissements selon un plan de soins⁶ et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: administration de médicaments anti-émétiques, assistance lors d'un épisode de vomissements, fractionnement des repas, ...
- réévaluation des nausées et/ou vomissements
- ...

Modalité de score:

- Nombre de contrôles des nausées et/ou vomissements

Contrôles:

- Valeurs des mesures de nausées/vomissements réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge les nausées et vomissements suite à l'évaluation

Remarque:

- L'administration de médicaments anti-émétiques est scorée en
 - H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID: nombre*
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV : nombre*
 - H300 – Administration de médicaments IV : fréquence la plus élevée*
 - H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff/tente)*

Item E3** : Gestion des symptômes: fatigue

➤ E300: Gestion des symptômes: fatigue

Définition:

Ensemble des activités permettant un suivi régulier et systématique de la fatigue du patient et sa prise en charge:

- observation et évaluation à l'aide d'un instrument de mesure³ (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle de la fatigue selon un plan de soins⁶ et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: administration de médicaments, conseils d'hygiène de vie, gestion du stress, ...
- réévaluation de la fatigue
- ...

Modalité de score:

- Nombre de contrôles de la fatigue

Contrôles:

- Valeurs des mesures de fatigue réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la fatigue suite à l'évaluation

Remarque:

- L'administration de médicaments est scorée en
 - H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID : nombre*
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
 - H300 – Administration de médicaments IV: fréquence la plus élevée*
 - H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff/tente)*

Item E4** : Gestion des symptômes: sédation

➤ E400: Gestion des symptômes: sédation

Définition:

Ensemble des activités permettant un suivi régulier et systématique de la sédation du patient et sa prise en charge:

- observation et évaluation à l'aide d'un instrument de mesure³(minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle de la sédation selon un plan de soins⁶ et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: administration de médicaments, ...
- réévaluation de la sédation
- ...

La sédation est un état induit de réduction de la 'vigilance'.

Modalité de score:

- Nombre de contrôles de la sédation

Contrôles:

- Valeurs des mesures de sédation réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la sédation suite à l'évaluation

Remarque:

- L'administration de médicaments de la sédation est scorée en
 - H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID : nombre*
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV : nombre*
 - H300 – Administration de médicaments IV : fréquence la plus élevée*
 - H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff/tente)*

Classe F: Soutien aux soins personnels

Définition: Interventions visant à prodiguer ou à aider à réaliser des activités habituelles de la vie quotidienne.

Item F1**: Soins d'hygiène

➤ **F110: Soins d'hygiène: toilette au lavabo / lit / couveuse**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'hygiène du patient, comprenant le lavage corporel complet ou partiel au lavabo, au lit ou en couveuse, associé ou non au brossage des dents et/ou au rasage de la barbe, ...

Modalités de score:

- 1 = **Suivi ou soutien logistique** du patient qui se lave seul: fournir le nécessaire de toilette au lit, faire couler de l'eau au lavabo, ...
- 2 = **Aide partielle** du patient pour réaliser une partie du lavage corporel: laver le dos ou les pieds au lavabo, ...
- 3 = **Aide complète** du patient pour réaliser complètement le lavage corporel: toilette complète au lit, au lavabo, en couveuse
- 4 = **Guidance et présence permanente**: le prestataire de soins¹ dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée des soins d'hygiène, en raison d'un trouble physique ou psychique qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée des soins d'hygiène; le patient réalise son lavage corporel

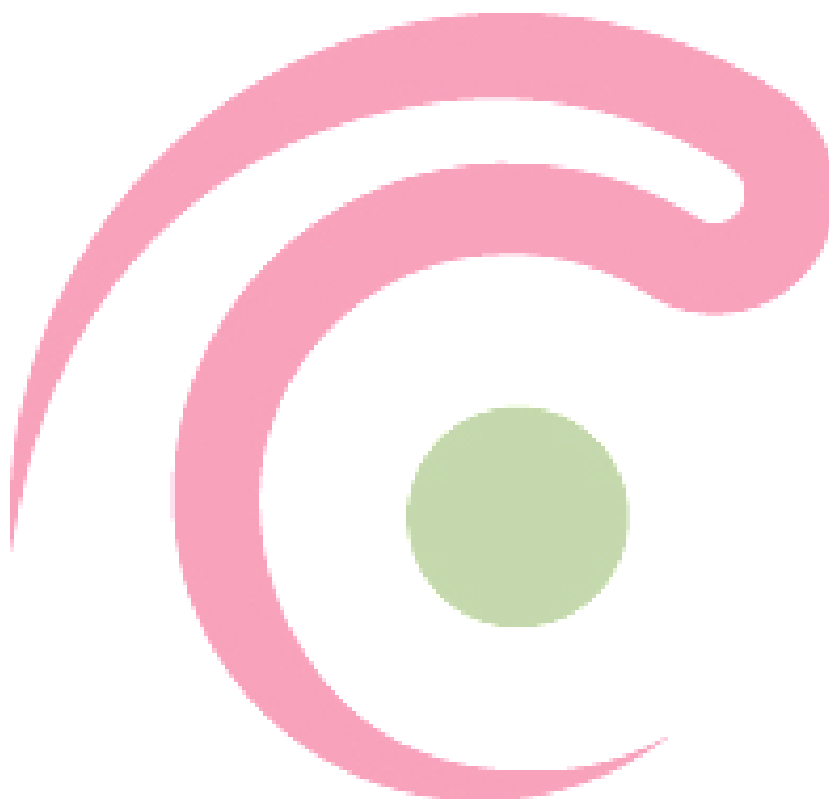
Contrôles:

- Activités réalisées
- **Pour le score 4:**
 - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance et la présence permanente d'un prestataire de soins¹ est justifiée par le besoin de supervision de l'hygiène lié à son jeune âge
 - pour les autres patients, la guidance et la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique / psychique ou le niveau de développement

Remarques:

- Le lavage des cheveux, réalisé seul, est scoré comme aide partielle.
- Le brossage des dents, le rasage de la barbe, les soins aux oreilles, aux yeux, aux ongles, au nez, au nombril et aux mamelons réalisés seuls ne sont pas scorés.
- La toilette mortuaire et les soins aux défunts ne sont pas scorés.
- La toilette vulvaire des épisiotomies ou des déchirures non suturées n'est pas scorée. La surveillance est scorée en:

W400 – Soins post-partum: suivi post-partum



➤ **F120: Soins d'hygiène: donner un bain ou une douche**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'hygiène du patient, comprenant le lavage corporel complet ou partiel au bain ou à la douche, associé ou non au brossage des dents et/ou au rasage de la barbe, ...

Modalités de score:

1 = **Suivi ou soutien logistique** du patient qui se lave seul: fournir le nécessaire de toilette à la douche, faire couler l'eau du bain, ...

2 = **Aide partielle du patient** pour réaliser une partie du lavage corporel: laver le dos et les pieds à la douche, ...

3 = **Aide complète** du patient pour réaliser complètement le lavage corporel: toilette complète au bain ou à la douche

4 = **Guidance et présence permanente**: le prestataire de soins¹ dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée des soins d'hygiène, en raison d'un trouble physique ou psychique qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée des soins d'hygiène; le patient réalise son lavage corporel

Contrôles:

- Lieu de réalisation du soin d'hygiène
- Activités réalisées
- **Pour le score 4:**
 - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance et la présence permanente d'un prestataire de soins¹ est justifiée par le besoin de supervision de l'hygiène lié à son jeune âge
 - pour les autres patients, la guidance et la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique/psychique ou le niveau de développement

Remarques:

- Le lavage des cheveux, réalisé seul, est scoré comme aide partielle.
- Le brossage des dents, le rasage de la barbe, les soins aux oreilles, aux yeux, aux ongles, au nez, au nombril et aux mamelons réalisés seuls ne sont pas scorés.
- La toilette vulvaire des épisiotomies ou des déchirures non suturées n'est pas scorée. La surveillance est scorée en:
W400 – Soins post-partum : suivi post-partum
- Les bains thérapeutiques ne sont pas scorés.

Item F2** : Education aux soins d'hygiène

➤ F200: Sensibilisation/Education aux soins d'hygiène

Définition:

Ensemble des activités éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour retrouver une autonomie au niveau des soins d'hygiène: sensibiliser au risque de brûlures chez l'enfant lors d'un bain, éducation⁵ pour retrouver les habitudes d'hygiène après un AVC ou une altération de l'état général, ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative⁴.

Modalités de score:

1 = Sensibilisation et information occasionnelle aux soins d'hygiène

2 = Education⁵ structurée aux soins d'hygiène

Contrôles:

- **Score 1:**
 - sujet des informations données
 - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
 - plan d'éducation
 - réalisation de l'éducation⁵ et son résultat

Remarques:

- L'éducation⁵ relative à la prise en charge d'une stomie est scorée en
B600 – Sensibilisation/Education⁵ à l'élimination urinaire et/ou fécale
- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation ou l'éducation⁵ aux soins d'hygiène concernant le bébé est scorée chez le bébé.

Item F3** : Aide pour l'habillement civil de jour

➤ **F300: Aide pour l'habillement civil de jour**

Définition:

Ensemble des activités en rapport avec l'habillement et le déshabillage des vêtements de jour et de nuit, le matin comme le soir: le patient a besoin d'aide pour l'habillement et le déshabillage tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, y compris les chaussures ou les pantoufles.

Les vêtements de jour comprennent tout l'éventail des vêtements de l'habillement civil au training.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Notion de dépendance face à l'habillement/déshabillage
- Activités réalisées

Remarques:

- Ne sont pas considérés comme vêtements de jour: pyjama, chemise d'opéré, peignoir, grenouillère, barboteuse, ...
- Ne sont pas considérés comme habillement et déshabillage des vêtements de jour:
 - le déshabillage seul du patient ou de l'enfant
 - l'habillement seul du patient ou de l'enfant
 - l'habillement lors du décès

Item F4** : Soins liés à l'image corporelle

➤ **F400: Soins liés à l'image corporelle**

Définition:

Ensemble des activités spécifiques destinées à conserver et/ou restaurer l'image corporelle:

- type a: mise en place d'une prothèse: capillaire, mammaire, oculaire, de membre.
- type b: prévention de la chute des phanères: casque ou gants réfrigérants, bain d'ongles.
- type c: maquillage.

Modalité de score:

- Nombre de types d'activités liées à l'image corporelle:
score maximal $a + b + c = 3$

Contrôles:

- Raison des activités
- Activités réalisées

Remarques:

- Les activités réalisées par le coiffeur, la pédicure, la manucure, l'esthéticienne ne sont pas scorés.
- La toilette mortuaire et les soins aux défunts ne sont pas scorés.

Item F5** : Soins de bouche particuliers

➤ F500: Soins de bouche particuliers

Définition:

Ensemble des activités réalisées de manière préventive ou curative en rapport avec l'état buccal (muqueuse, langue et dents):

- l'évaluation de l'état buccal par épisode de soins infirmiers

ET

- le soin de bouche:
 - réalisé complètement ou partiellement par le prestataire de soins¹

OU

- réalisés par le patient ou la personne significative⁴, sous la guidance et avec la présence permanente du prestataire de soins¹

Modalité de score:

- Fréquence des soins de bouche particuliers

Contrôles:

- Evaluation de l'état buccal par épisode de soins infirmiers
- Activités réalisées et leur fréquence
- Produits utilisés

Remarques:

- La sensibilisation/éducation⁵ aux soins de bouche particuliers est scoré en *F200 – Sensibilisation/ Education⁵ aux soins d'hygiène*
- Fournir uniquement le matériel adéquat n'est pas scoré.
- Le brossage des dents n'est pas scoré.



Domaine 2: Soins liés aux fonctions physiologiques complexes
Soins qui aident à la régulation homéostatique

Classe G: Gestion hydro-électrolytique ou acido-basique

Définition: Interventions visant à réguler l'équilibre hydro-électrolytique et acido-basique et à prévenir les complications.

Item G1**: Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique

➤ **G100: Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique**

Définition:

Ensemble des activités réalisées afin d'éviter ou de diminuer les complications liées à un éventuel déséquilibre de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique.

Modalités de score:

1 = Suivi par épisode de soins infirmiers

- du débit urinaire total: au minimum 2 mesures et un total

OU

- de l'état nutritionnel: contrôle de l'ensemble de l'alimentation et des boissons prises par le patient (quoi et combien)

OU

- du poids: contrôle du poids et calcul de la différence par rapport au poids précédent

2 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out 1 fois**

3 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out de 2 à 6 fois**

4 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out de 7 à 12 fois**

5 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out plus de 12 fois**

Contrôles:

- **Pour le score 1:** le débit urinaire total ou l'état nutritionnel ou le poids et la différence
- **Pour les scores 2 à 5:** le total des entrées, des sorties et le résultat pour chaque balance réalisée

Item G2** : Gestion d'une sonde gastrique de décharge

➤ G200: Gestion d'une sonde gastrique de décharge

Définition:

L'ensemble des activités liées à la présence d'une sonde gastrique à visée évacuatrice: contrôle de la position, prévention d'escarres au niveau du nez/coin de la bouche, contrôle de la décharge, vérification de l'aspiration, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Présence d'une sonde gastrique « en décharge »
- Activités réalisées
- Volume récolté

Remarque:

- Le lavage gastrique n'est pas scoré.

Item G3** : Gestion de la glycémie

➤ **G300: Gestion de la glycémie**

Définition:

Ensemble des activités liées à la prévention et/ou au traitement, avec ou sans éducation⁵ du patient, d'une glycémie trop élevée ou trop basse:

- la mesure de la glycémie (au minimum 2 fois) associée ou non à la recherche des signes cliniques d'une hypo- ou d'une hyperglycémie

ET

- l'appréciation des résultats de la glycémie

ET

- la prise en charge éventuelle de l'hypo- ou hyperglycémie selon un plan de soins⁶ et/ou un ordre permanent: prise d'une collation, administration d'insuline,...

AVEC ou SANS

- éducation⁵ du patient.

Modalités de score:

1 = Présence d'une gestion de la glycémie.

2 = Présence d'une gestion de la glycémie **avec** éducation⁵

Contrôles:

- **Score 1:**
 - mesures de la glycémie et/ou les signes cliniques
 - activités réalisées
- **Score 2:**
 - mesures de la glycémie et/ou les signes cliniques
 - activités réalisées
 - plan d'éducation
 - réalisation de l'éducation⁵ et son résultat

Remarque:

- Les prélèvements artériels, veineux et capillaires sont scorés en

N300 – Prélèvements sanguins veineux

N400 – Prélèvements sanguins artériels

N500 – Prélèvements sanguins capillaires

- Une prescription médicale unique et isolée n'est pas suffisante pour être scorée comme une gestion de la glycémie.



Item G4 : Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation**

➤ **G400: Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation**

Définition:

Ensemble des activités consistant en un suivi et une appréciation des résultats de prélèvements (artériels, veineux ou capillaires): valeurs biologiques acido-basiques, valeurs biologiques ioniques, hémoglobine, coagulation (minimum 2 valeurs pour un même type de gestion).

La prise en charge des éventuels déséquilibres se fait en référence à un ordre permanent ou une prescription médicale.

Modalité de score:

1 = Présence d'une gestion

Contrôles:

- Valeurs biologiques mesurées
- Activités éventuelles réalisées

Remarques:

- Les prélèvements artériels, veineux et capillaires réalisés par un prestataire de soins¹ sont scorés en
 - N300 – Prélèvements sanguins veineux*
 - N400 – Prélèvements sanguins artériels*
 - N500 – Prélèvements sanguins capillaires*
- Une prescription médicale unique et isolée n'est pas suffisante pour être scorée comme une gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation.

Item G5** : Gestion de la dialyse

➤ G500: Gestion de la dialyse

Définition:

Ensemble des activités liées à la régulation des entrées et sorties des liquides d'une dialyse péritonéale ou d'une épuration extra-rénale: branchement, débranchement, ...

Modalités de score:

- 1 = Présence d'une dialyse péritonéale
- 2 = Présence d'une hémodialyse opérationnelle \leq 8 heures
- 3 = Présence d'une hémodialyse opérationnelle $>$ 8 heures

Contrôles:

- Type de dialyse
- Heures de dialyse
- Activités réalisées

Remarques:

- Les liquides de substitution utilisés pour la dialyse ne peuvent pas être scorés en
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
 - H300 – Administration de médicaments par voie IV: fréquence la plus élevée*
- Si des produits supplémentaires (ex.: potassium, ...) sont ajoutés aux liquides de substitution, ceux-ci peuvent être scorés en
 - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
 - H300 – Administration de médicaments par voie IV: fréquence la plus élevée*
- La plasmaphérèse n'est pas scorée.

Classe H : Administration des médicaments

Définition: Interventions visant à faciliter la survenue des effets désirés des agents pharmacologiques.

Items H1** : Administration de médicaments par voie IM/SC/ID

➤ **H100: Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID: nombre**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial) par voie intramusculaire, sous-cutanée ou intradermique.

Les reconstituants et diluants du principe actif ne sont pas comptabilisés comme des médicaments supplémentaires.

L'eau distillée, la solution de NaCl 0,9% et la solution de glucose 5% ne sont jamais scorées.

Modalité de score:

- Nombre de médicaments différents administrés par voie IM/SC/ID

Contrôle:

- Médicaments IM/SC/ID administrés

En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarques:

- Les médicaments transdermiques (ex. patches) ne sont pas scorés.
- Les perfusions SC sont scorées en H100 en indiquant clairement l'heure de début.

Items H2** : Administration de médicaments IV

➤ H200: Administration de médicaments différents par voie IV: nombre

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial) par voie intraveineuse.

Les reconstituants et diluants du principe actif ne sont pas comptabilisés comme des médicaments IV supplémentaires.

L'eau distillée, la solution de NaCl 0,9% et la solution de glucose 5% ne sont jamais scorées.

Modalité de score:

- Nombre de médicaments différents administrés par voie IV

Contrôle:

- Médicaments IV administrés

En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarques:

- Les médicaments IV sont scorés en plus en
H300 – Administration de médicaments par voie IV: fréquence la plus élevée
- La présence d'alimentation parentérale totale est scorée en plus en
D400 – Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)
- Les perfusions IV sont reprises en H200 en indiquant clairement le début de l'administration.
- Si des produits supplémentaires sont ajoutés aux liquides de substitution utilisés lors de la dialyse ou aux perfusions d'entretien veineux, ceux-ci peuvent être scorés en H200.
- Le sang et dérivés sanguins sont scorés en
N100 – Administration de sang et de composants sanguins
- Les liquides de substitution utilisés en dialyse ne sont pas scorés.
- Le maintien de la perméabilité d'une voie d'accès obturée par un bouchon (solution NaCl 0,9% et /ou anticoagulant) n'est pas scoré en H200 car ces produits ne sont pas considérés comme des administrations de médicaments IV.

Items H3** : Administration de médicaments IV

➤ H300: Administration de médicaments par voie IV : fréquence la plus élevée

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial) par voie intra veineuse.

Les reconstituants et diluants du principe actif ne sont pas comptabilisés comme des médicaments IV supplémentaires.

L'eau distillée, la solution de NaCl 0,9% et la solution de glucose 5% ne sont jamais scorées.

Modalité de score:

- Fréquence du médicament IV administré le plus souvent

Contrôle:

- Médicaments IV administrés

En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarques:

- Les médicaments IV sont scorés en plus en
H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre
- La présence d'alimentation parentérale totale est scorée en plus en
D400 – Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)
- Les perfusions IV sont scorées en H300 en indiquant clairement le début de l'administration.
- Si des produits supplémentaires sont ajoutés aux liquides de substitution utilisés lors de la dialyse ou aux perfusions d'entretien veineux, ceux-ci peuvent être scorés en H300.
- Le sang et dérivés sanguins sont scorés en
N100 – Administration de sang et de composants sanguins
- Chaque changement de seringues ou remplissage de burette est scoré en H300; les modifications des vitesses de perfusion ne sont pas scorées.
- Les liquides de substitution utilisés en dialyse ne sont pas scorés.
- Le maintien de la perméabilité d'une voie d'accès obturée par un bouchon (solution NaCl 0,9% et/ou anticoagulant) n'est pas scoré en H300 car ces produits ne sont pas considérés comme des administrations de médicaments IV.

Item H4 : Administration de médicaments par inhalation (aérosol / puff / tente à oxygène)**

➤ **H400: Administration de médicaments par inhalation (aérosols/puffs/tente)**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments par inhalation (aérosol/puffs/tente).

Un moment d'administration est une phase pendant laquelle le prestataire de soins¹ administre la dose prescrite de médicament ou accompagne le patient, sans faire de différence entre le nombre de flapsules, puffs, ... administrés lors du même moment d'administration.

Modalité de score:

- Nombre de moments d'administration de médicaments par inhalation

Contrôle:

- Médicaments administrés par moment d'administration

En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarque:

- L'administration d'oxygène peut être scorée en

K200 – Amélioration de la respiration: matériel de soutien

Item H5** : Administration de médicaments par voie vaginale

➤ H500: Administration de médicaments par voie vaginale

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments par voie vaginale.

Modalité de score:

- Nombre de médicaments différents administrés par voie vaginale

Contrôle:

- Médicaments administrés par voie vaginale

En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Classe I: Soins liés à la fonction neurologique

Définition: Interventions visant à optimiser les fonctions neurologiques.

Item I1** : Surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure

➤ **I100: Surveillance de la fonction neurologique à l'aide d'un instrument de mesure**

Définition:

Ensemble des activités liées à la collecte et l'analyse des données du patient afin de prévoir ou réduire les complications neurologiques à l'aide d'un instrument de mesure³ échelle de Glasgow, ...

<u>Echelle de coma de Glasgow</u>	
A) Ouverture des yeux (Y) Spontanée : 4 Sur ordre : 3 A la douleur : 2 Absente : 1	C) Réponses verbales (V) Orientées : 5 Conversation confuse : 4 Mots inappropriés : 3 Sons incompréhensibles : 2 Absente : 1
B) Meilleure réponse motrice (M) Obéit : 6 Localisée : 5 Mouvements de retrait : 4 Flexion anormale (le fait de plier un membre par exemple) : 3 Réponse en extension : 2 Absente : 1	Le score du coma = Y+M+V Minimum : 3 Maximum : 15

Modalité de score:

- Fréquence des surveillances réalisées avec l'instrument de mesure³

Contrôle:

- Valeurs des scores mesurés

Item I2** : Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage

➤ I 200: Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage

Définition:

Ensemble des activités liées à la collecte et à l'analyse des données du patient afin de réguler la pression intracrânienne associée ou non à un drainage ventriculaire externe: mesure de la pression, mesure de la quantité de liquide céphalo-rachidien (LCR) drainée, ...

Modalités de score:

- 1 = Surveillance de la pression intracrânienne sans drainage
- 2 = Surveillance de la pression intracrânienne avec drainage de LCR

Contrôles:

- Présence d'un drain ventriculaire externe avec ou sans drainage du LCR
- Surveillance réalisée
- Valeurs des mesures réalisées

Remarque:

- La réfection du pansement du cathéter de drainage ventriculaire externe n'est pas scorée.

Classe K: Soins liés à la respiration

Définition: Interventions visant à favoriser la perméabilité des voies aériennes et les échanges gazeux.

Item K1**: Aspiration des voies aériennes

➤ **K100: Aspiration des voies aériennes**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'aspiration des sécrétions par voie buccale et/ou nasale et/ou endo-trachéale à l'aide d'une sonde d'aspiration.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Voie d'aspiration utilisée
- Aspect (couleur, fluidité,...) et/ou la quantité des sécrétions (sous forme de signes +,+++,...)

Item K2** : Statut respiratoire

➤ **K200: Amélioration de la respiration: matériel de soutien**

Définition:

Ensemble des activités liées à la présence de matériel respiratoire chez le patient afin d'optimiser sa respiration et son oxygénation, exception faite du soutien médicamenteux.

Modalités de score:

- Présence de:
 - 1 = Masque, lunettes, sonde, tente, cloche ou couveuse
 - 2 = Tube endo-trachéal, masque laryngé
 - 3 = Canule trachéale

Contrôle:

- Matériel respiratoire utilisé

Remarque:

- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) sont scorées en combinant les items K200 et K300

Item K3** : Ventilation artificielle

➤ **K300: Amélioration de la ventilation: ventilation artificielle**

Définition:

Ensemble des activités liées à la présence d'une ventilation artificielle ou d'une ventilation artificielle spéciale ou à la présence d'une position particulière à visée respiratoire.

La ventilation artificielle spéciale comprend:

- une technique de ventilation à haute fréquence : High Frequency Positive Pressure Ventilation (HFPPV), High Frequency Jet Ventilation (HFJV), High Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV), High Frequency Percussion Ventilation (HFPV)

OU

- la ventilation sous NO (ventilation au monoxyde d'azote)

OU

- la ventilation liquide.

La position particulière à visée respiratoire comprend:

- l'utilisation d'un lit de type «RotaRest»

OU

- l'utilisation de la position ventrale.

Modalités de score:

1 = Présence d'une ventilation artificielle

2 = Présence d'une ventilation artificielle spéciale ou d'une position particulière à visée respiratoire

Contrôles:

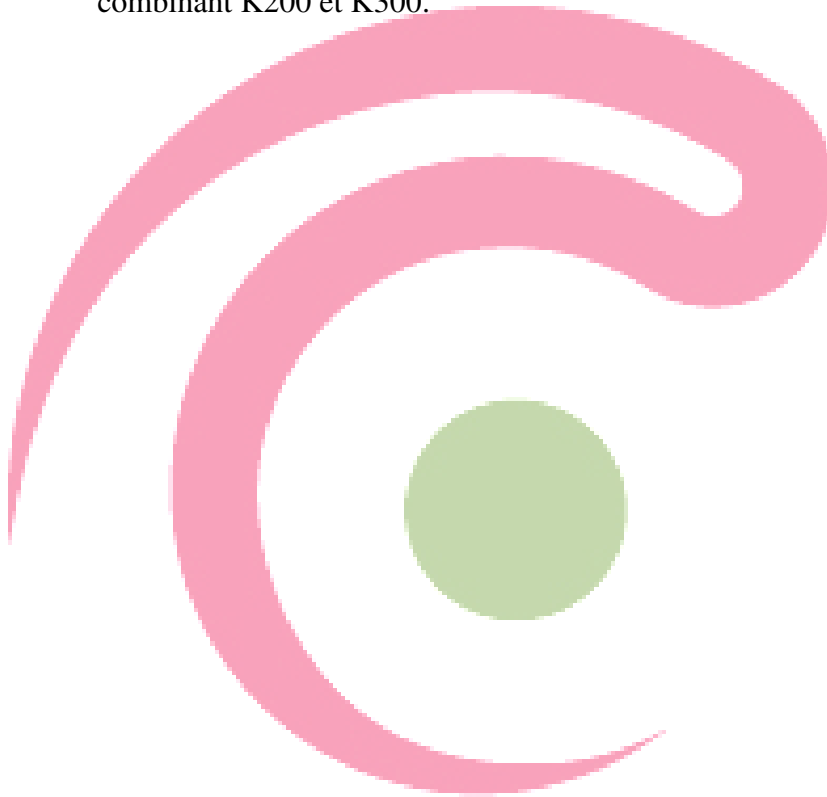
- **Score 1:**
 - Présence d'une ventilation artificielle
 - Mode de ventilation artificielle

- **Score 2:**

- Présence d'une ventilation artificielle spéciale ou d'une position particulière à visée respiratoire
 - si ventilation artificielle spéciale: type de ventilation artificielle spéciale
 - si position particulière: objectif respiratoire de cette position particulière

Remarque:

- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) sont scorées en combinant K200 et K300.



Classe L: Soins de la peau et des plaies

Définition: *Interventions visant à maintenir ou à restaurer l'intégrité des tissus.*

Item L1:** Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement et/ou de matériel sans changement du pansement

➤ **L100: Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement et/ou de matériel sans changement du pansement**

Définition:

Ensemble des activités liées à la surveillance d'une plaie (saturée ou ouverte) et/ou d'un pansement et/ou de matériel **SANS** changement du pansement durant l'épisode de soins: surveillance d'une plaie avec colle, surveillance d'un pansement avec lamelle, surveillance d'un pansement sous vide, vidange et/ou changement du collecteur du drain de Redon, ...

Modalité de score:

- Nombre de zone où une surveillance est réalisée

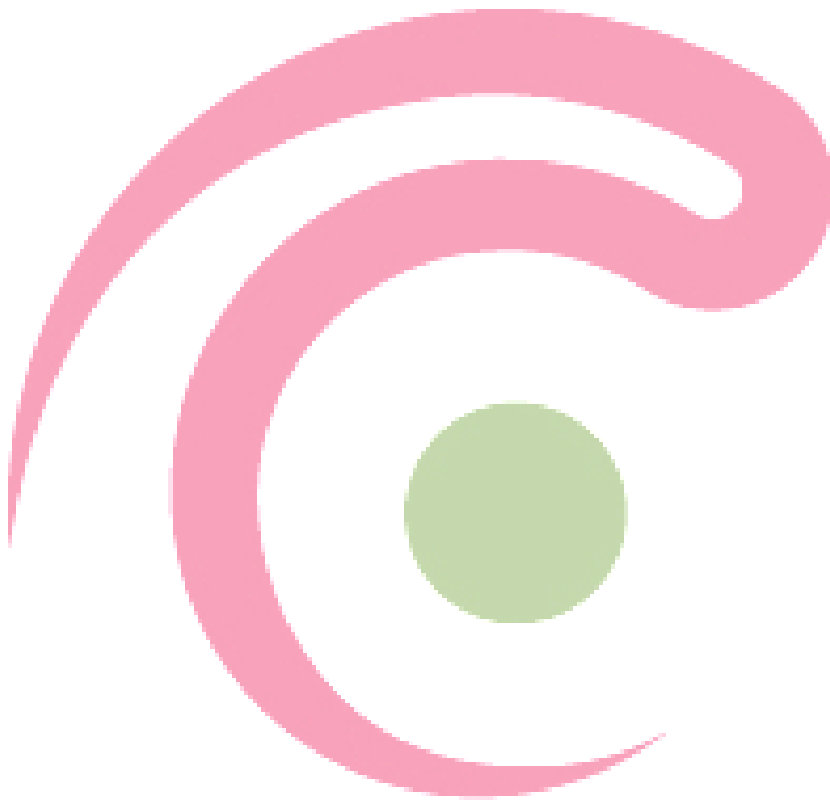
Contrôles:

- Localisation de la plaie et/ou du pansement et/ou du matériel
- Résultat de la surveillance: observations cliniques

Remarques:

- Chaque zone ne peut être scorée qu'une seule fois par épisode de soins infirmiers en L100.
- Si des soins de plaies sont réalisés, il faut scorer
 - L200 – Soins aux plaies suturées et /ou aux orifices de drains*
 - L300 – Soins simples de plaies ouvertes*
 - L400 – Soins complexes de plaies ouvertes*
- Les surveillances aux orifices de cathéters/aiguille IV, IA, incision d'une voie d'accès, sont scorés en
 - N200 – Surveillance et/ou soins aux voies d'accès*
 - I200 – Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage*
- Les surveillances aux muqueuses et aux yeux ne sont pas scorés.

- En post-partum, la surveillance de l'épisiotomie, de la déchirure suturée ou non est scorée en
W400 – Soins au post-partum: suivi post-partum
- La surveillance des mèches nasales et vaginales n'est pas scorée.



Item L2** : Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain

➤ L200: Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel

Définition:

Ensemble des activités liées aux soins de plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel comprenant:

- un nettoyage et/ou une désinfection d'une plaie fermée chirurgicalement

OU

- le nettoyage et/ou la désinfection d'un point d'insertion de matériel

ET

- la surveillance de la plaie ou du point d'insertion de matériel

Notamment:

- les soins aux plaies suturées (agrafes, fils, clips, stéri-strips, colle) avec présence ou non d'un drain de Redon, d'une lamelle dans la suture ou dans les alentours
- les soins à un orifice de drain thoracique, de drain de Redon
- les soins à un orifice de sonde suspubienne ou de sonde de gastrostomie
- les soins aux orifices de fixateurs externes
- les soins aux sites de ponction ou d'insertion suturés (biopsie hépatique, après enlèvement d'un cathéter cardiaque,...)
- les soins aux orifices des électrodes de pace maker externe
- les soins au cordon ombilical avec «clamp»
- les soins à la suture de déchirure périnéale ou d'épisiotomie
- ...

Modalités de score:

- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

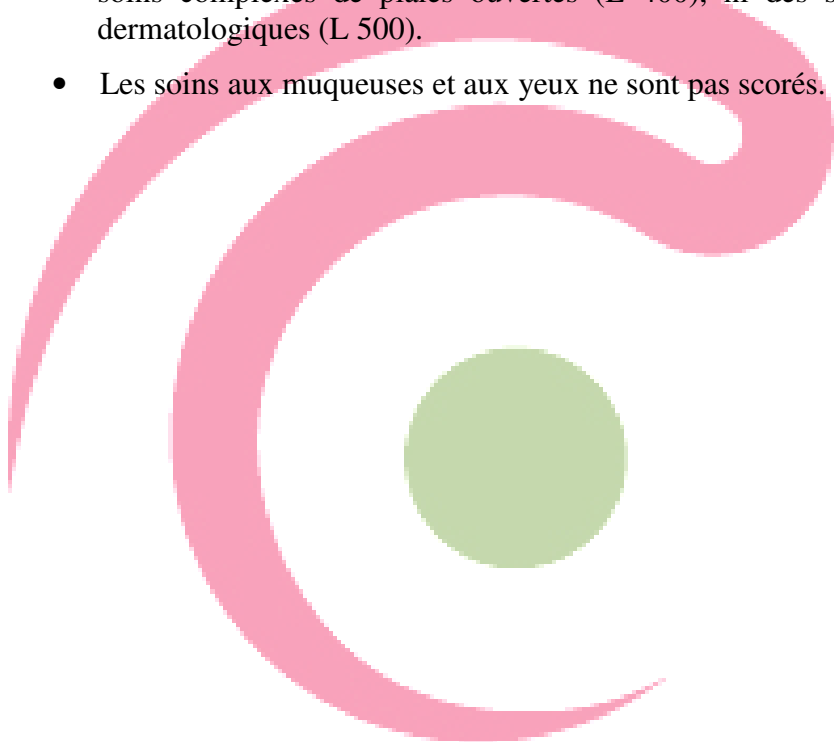
Contrôles:

- Nature de la plaie et/ou du point d'insertion de matériel
- Description clinique de la plaie (localisation, taille, couleur ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...)

- Activités réalisées (processus, matériel et produits)
- Observation de la plaie ou du point d'insertion de matériel durant les soins
- Description d'un changement de modalité de soins, de matériel, de produits

Remarques:

- Les soins à l'épisiotomie suturée ou à la déchirure périnéale par toilette vulvaire ou par bain de siège sont scorés en L200.
- Les soins aux voies d'accès avec ou sans fils de maintien sont scorés en
N200 – Surveillance et/ou soins aux voies d'accès
- Ces soins ne sont ni des soins simples de plaies ouvertes (L300), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L 400), ni des soins aux lésions dermatologiques (L 500).
- Les soins aux muqueuses et aux yeux ne sont pas scorés.



Item L3** : Soins simples de plaies ouvertes

➤ L300: Soins simples de plaies ouvertes

Définition:

Ensemble des activités liées à des soins simples de plaies ouvertes comprenant le nettoyage et/ou la désinfection d'une plaie ouverte avec ou sans application d'un pansement protecteur: pansement avec compresses, pansement bio-actif (type hydrogel, hydrocolloïde, alginate, ...), pansement avec application de tulle gras, de pommade, pansement à un point d'insertion ouvert, ...

Modalités de score:

- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

Contrôles:

- Nature de plaie
- Description clinique de la plaie (localisation, taille, profondeur, couleur) ainsi que le matériel éventuellement présent: drainage, ...
- Activités réalisées (processus, matériel et produits)
- Observation de la plaie durant les soins
- Description d'un changement de modalité de soins, de matériel, de produits

Remarques:

- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel (L200), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L 400), ni des soins aux lésions dermatologiques (L500).
- Les soins aux muqueuses et aux yeux ne sont pas scorés.
- En cas de «lâchage» partiel de sutures, L300 ou L400 est scoré en et non L200.

Item L4** : Soins complexes de plaies de plaies ouvertes

➤ L400: Soins complexes de plaies ouvertes

Définition:

Ensemble des activités liées à des soins complexes de plaies ouvertes comprenant:

- le nettoyage et/ou une désinfection de la plaie avec ou sans application d'un pansement protecteur (voir L300)

ET

- la réalisation d'au moins une des activités suivantes:
 - irrigation d'une plaie profonde (à l'aide d'une seringue, d'un cathéter, d'une sonde, ...)
 - douche/bain (hydrothérapie)
 - méchage
 - placement d'un système d'aspiration sous vide
 - placement de lumière polarisée
 - repositionnement d'un skin tear (greffe de peau)
 - débridement, curetage, placement de larves ou de sangsues, ...

Modalités de score:

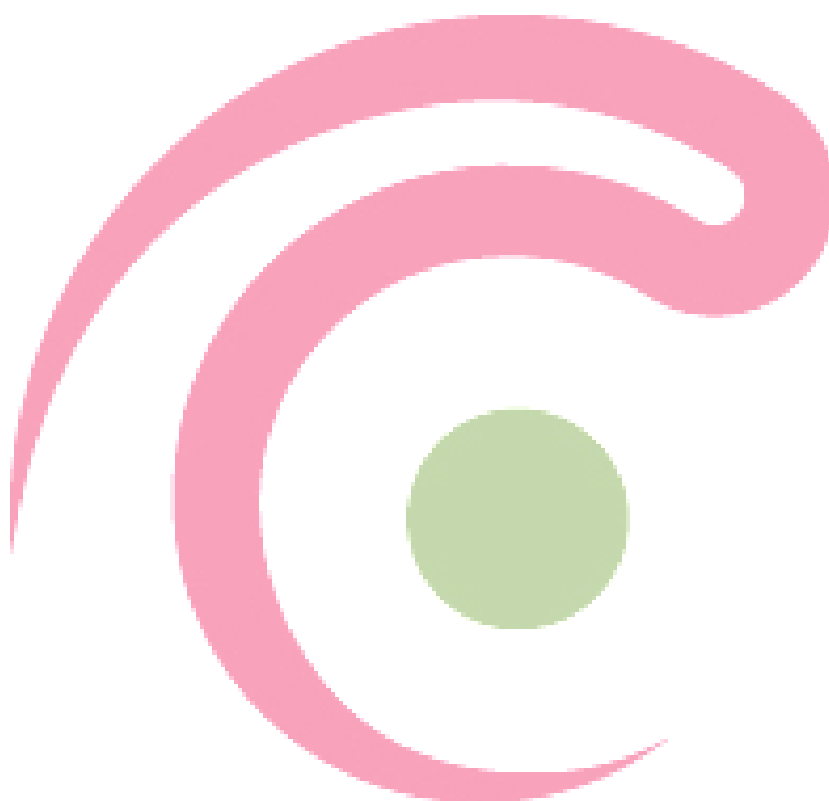
- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

Contrôles:

- Nature de plaie
- Description clinique de la plaie (localisation, taille, profondeur, couleur) ainsi que le matériel éventuellement présent: drainage ...
- Activités réalisées (processus, matériel et produits)
- Observation de la plaie durant les soins
- Description d'un changement de modalité de soins, de matériel, de produits

Remarques:

- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel (L200), ni des soins simples de plaies ouvertes (L 300), ni des soins aux lésions dermatologiques (L500).
- Les soins aux muqueuses et aux yeux ne sont pas scorés.
- En cas de «lâchage» partiel de sutures, L300 ou L400 est scoré et non L200.
- Les soins aux mèches nasales et vaginales ne sont pas scorés.



Item L5** : Soins aux lésions dermatologiques

➤ L500: Soins aux lésions dermatologiques

Définition:

Ensemble des activités liées au traitement d'une ou plusieurs maladies de la peau (en référence à la classification ICD-9) **sans** rupture de la barrière cutanée avec ou sans application d'un pansement: désinfection de la peau en cas d'érysipèle, application de pommades en cas d'intertrigo, bain thérapeutique en cas de psoriasis, ...

L'absence de rupture de la barrière cutanée distingue la lésion dermatologique d'une plaie.

Modalités de score:

- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de lésions (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de lésions dermatologiques la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

Contrôles:

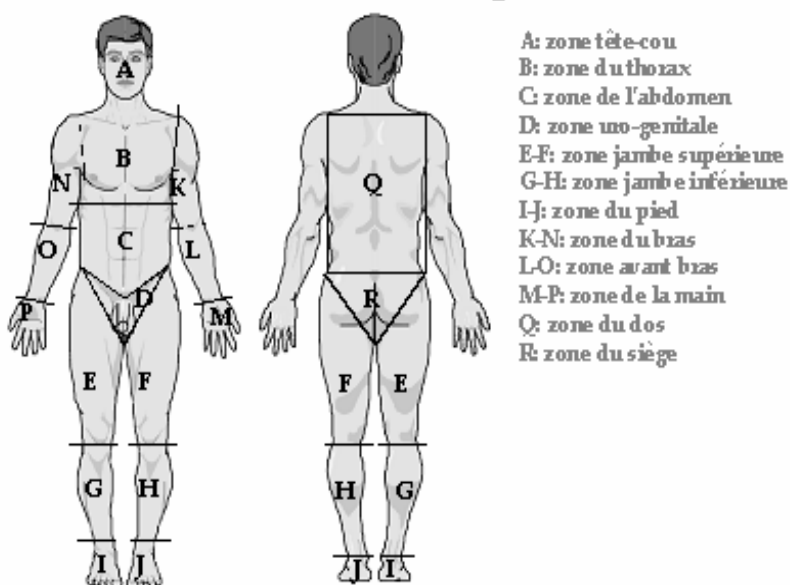
- Nom de la maladie de la peau entraînant la lésion dermatologique
- Description clinique de la lésion dermatologique (localisation, taille, couleur)
- Activités réalisées (processus, matériel et produits)
- Observation de la lésion dermatologique durant les soins
- Description d'un changement de modalité de soins, de matériel, de produits

Remarques:

- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturées et/ou points d'insertion de matériel (L200), ni des soins simples de plaies ouvertes (L 300), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L400).
- Une friction avec de l'eau de Cologne ou un massage avec une lotion hydratante n'est pas scoré.
- En cas de maladie de la peau, telle que la gale, le psoriasis, ..., si le traitement prévoit un soin préventif sur tout le corps, on peut scorer l'ensemble des zones.

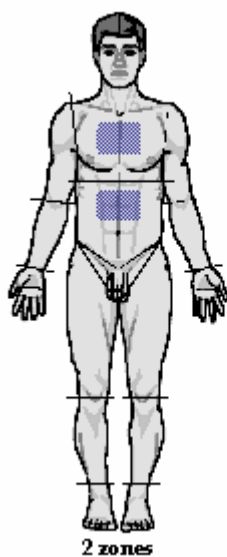
Carte des zones de plaies

18 zones du corps

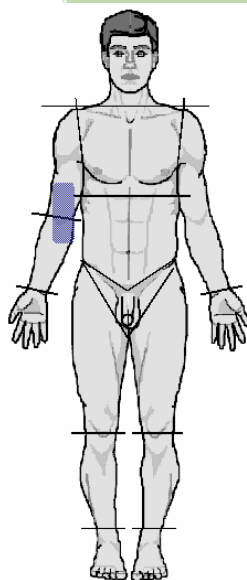


Quelques exemples pour le calcul du nombre de zone de plaie

Chez ce patient, deux zones sont clairement identifiées: le thorax et l'abdomen.

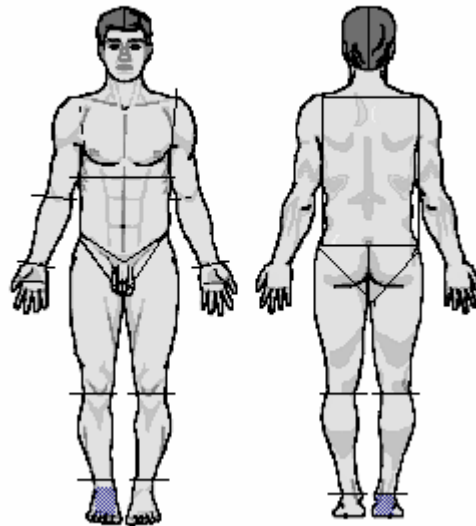


Chez ce patient, il y a chevauchement de deux zones; il faut donc compter 2 zones de plaie.



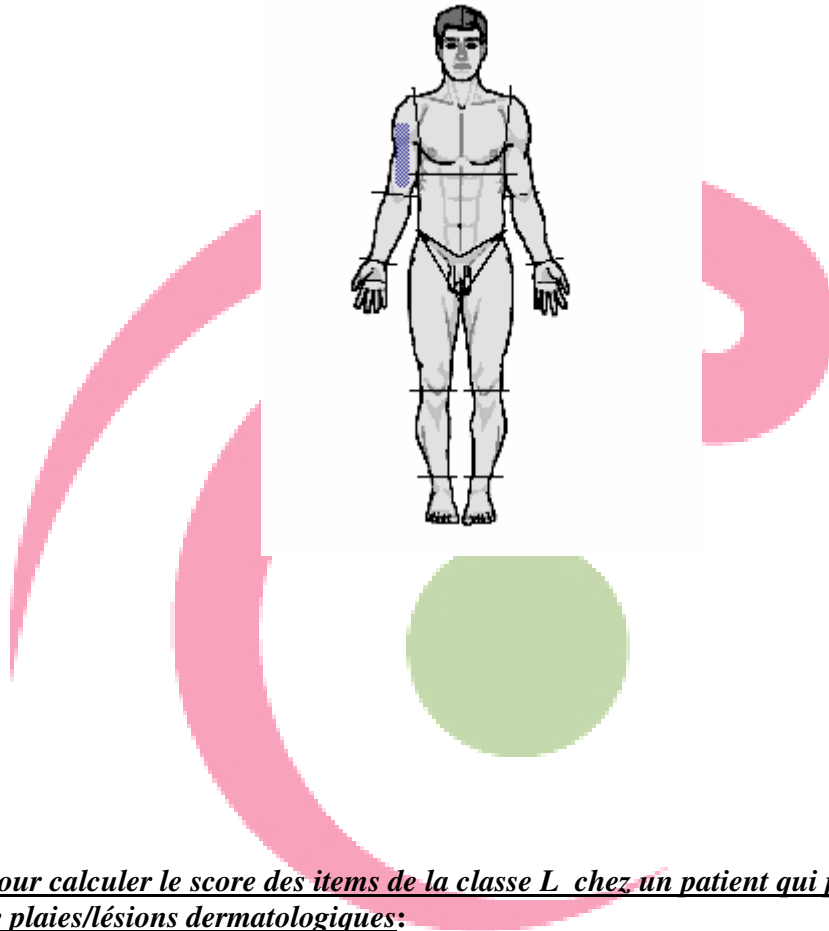
Chez ce patient, la plaie est située de deux côtés : avant du pied et talon.

Ces plaies sont situées dans 1 zone et scorées comme tel : 1



Calcul des zones:

- En cas de surveillance d'une plaie (L100), 3 fois par épisode de soins, il faut scorer une zone de plaie par épisode de soins. Le nombre de surveillance de plaie effectué au cours d'un épisode de soins infirmiers n'est pas cumulable.
- En cas de soins de plaies suturées (L200), soins simples ou complexes de plaies ouvertes (L300 ou 400) ou de soins de plaie dermatologique (L500) fait trois fois par épisode de soins, il faut compter 1 zone multipliée par 3 soins par épisode de soins infirmiers soit 3.



Règle pour calculer le score des items de la classe L chez un patient qui présente différents types de plaies/lésions dermatologiques:

- Définir le type de plaies différentes ou de lésions dermatologique: L200 ou L300 ou L400 ou L500
- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone pour ce type de plaie (= score par zone)
- Additionner les scores par zone pour ce type de plaie.

Classe M: Thermorégulation

Définition: Interventions visant à maintenir la température du corps dans les limites de la normale.

Item M1**: Suivi de la thermorégulation

➤ **M100: Gestion de la thermorégulation du bébé dans la couveuse**

Définition:

Ensemble des activités liées à la surveillance et la régulation de la température corporelle du bébé en adaptant son environnement physique:

- surveillance et régulation de la température de la couveuse fermée ou de la couveuse ouverte avec servocontrôle
- surveillance et régulation du degré d'humidité de la couveuse
- application de mesures physiques de protection de la convection, la conduction, la radiation et l'évaporation (couverture en aluminium, couverture plastifiée, lampe chauffante, gestion des draps ou couvertures, ...).

Modalité de score:

1 = Présence d'au moins 2 des 3 activités

Contrôles:

- Activités réalisées
- Paramètres des appareils utilisés
- Température centrale et/ou périphérique du bébé

Remarques:

- La surveillance de la température centrale ou périphérique du bébé est scorée en
 - V300 – Surveillance des paramètres vitaux: monitoring continu
 - V400 – Surveillance des paramètres vitaux: monitoring discontinu
- La gestion de la thermorégulation du bébé dans un lit chauffant n'est pas scorée.

Définition: *Interventions visant à optimiser la circulation du sang et des fluides vers les tissus.*

Item N1:** Administration de sang et de composants sanguins

➤ **N100: Administration de sang et de composants sanguins**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de sang et/ou de composants sanguins et la surveillance des éventuelles réactions post-transfusionnelles.

Concerne:

- sang complet,
- concentré érythrocytaire (globules rouges lavés, ...),
- concentré plaquettaire,
- concentré leucocytaire,
- plasma frais congelé,
- cellules souches hématopoïétiques,
- facteurs de coagulation,
- immunoglobulines.

Modalités de score:

- Nombre de poches de sang et/ou de flacons de composants sanguins

OU

- Nombre d'administration fractionnée d'une même poche

Contrôles:

- Nombre d'administration (poches, flacons ou fraction de poche)
- Surveillance et éventuelles réactions

Remarques:

- Les transfusions autologues sont scorées en N100.
- Le sang et les composants sanguins ne sont pas scorés en H100, H200 et H300.

Item N2 : Surveillance et/ou soins aux voies d'accès sous-cutanée, intra-veineuse, artérielle, intra-musculaire, intra-pleurale, intra-thécale, épidurale, intra-osseuse, intra-péritonéale, intra-ombilicale**

➤ **N200: Soins et/ou surveillance aux voies d'accès**

Définition:

Ensemble des activités liées aux soins et/ou à la surveillance d'une ou de plusieurs **voies d'accès permanentes** utilisées: sous-cutanée, intraveineuse (périphérique, centrale, chambre implantable), intra-artérielle, intra-osseuse, intra-thécale, intra-péritonéale, intra-pleurale, intra-ombilicale, épidurale.

L'utilisation de la voie consiste notamment en: administration d'un médicament en IV par un cathéter permanent ou obturé, héparinisation d'un port-a-cath, flush d'un cathéter artériel, administration de médicaments par un drain thoracique, ...

Modalité de score:

- Nombre de voies d'accès utilisées

Contrôles:

- Voies d'accès utilisées, date de placement et localisation
- Activités réalisées

Remarques:

- Les cathéters à plusieurs voies ne comptent que pour 1 cathéter.
- Les injections directes à l'aiguille ne sont pas scorées comme étant une voie d'accès permanente.
- Les électrodes, les sondes à visée évacuatrice et les points de ponction des fixateurs externes ne sont pas scorés en N200.

Item N3** : Prélèvements sanguins veineux

➤ **N300: Prélèvements sanguins veineux**

Définition:

Ensemble des activités liées au prélèvement d'un échantillon de sang veineux par ponction ou par cathéter.

Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins¹ réalise un prélèvement de sang veineux et collecte des tubes en vue d'une analyse.

Modalité de score :

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins veineux

Contrôles:

- Type de prélèvement sanguin (veineux, artériel ou capillaire)
- Nombre de séquences de prélèvements réalisées
- Résultat des analyses

Remarques:

- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.
- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas scoré.
- Quand un prélèvement veineux se fait sur deux sites, ceux-ci peuvent être comptés comme deux séquences de prélèvements (par ex. des hémocultures à deux sites différents).
- Le prélèvement de sang au moment de la section du cordon ne peut être scoré.

Item N4** : Prélèvements sanguins artériels

➤ **N400: Prélèvements sanguins artériels**

Définition:

Ensemble des activités liées au prélèvement d'un échantillon de sang artériel par ponction ou par cathéter.

Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins¹ réalise un prélèvement de sang artériel et collecte des tubes en vue d'une analyse.

Modalité de score:

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins artériels

Contrôles:

- Type de prélèvement sanguin (veineux, artériel ou capillaire)
- Nombre de séquences de prélèvements réalisés
- Résultat des analyses

Remarques:

- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas pris en compte.
- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.
- Le prélèvement de sang à la section du cordon ne peut être scoré.

Item N5** : Prélèvements sanguins capillaires

➤ N500: Prélèvements sanguins capillaires

Définition:

Ensemble des activités liées au prélèvement d'un échantillon de sang capillaire par ponction.

Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins¹ réalise un prélèvement de sang capillaire en vue d'une analyse.

Modalité de score:

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins capillaires

Contrôles:

- Type de prélèvement sanguin (veineux, artériel ou capillaire)
- Nombre de séquences de prélèvements réalisés
- Résultat des analyses

Remarques:

- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas pris en compte.
- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.

Item N6** : Assistance cardio-circulatoire électrique

➤ N600: Suivi d'une assistance cardio-circulatoire électrique

Définition:

Ensemble des activités liées au suivi d'une assistance cardio-circulatoire électrique externe active (en fonctionnement).

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Présence d'une assistance cardio-circulatoire électrique externe
- Paramètres de fonctionnement et fréquence programmée

Remarques:

- La défibrillation d'un patient n'est pas considérée comme un soutien cardio-circulatoire électrique.
- La simple présence de l'appareil, des fils ou des électrodes n'est pas suffisante pour scorer N600.

Item N7** : Assistance cardio-circulatoire mécanique

➤ **N700: Suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique**

Définition:

Ensemble des activités liées au suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique (interne ou externe) active.

Modalités de score:

- 1 = Présence d'une assistance mécanique interne sans circulation extra-corporelle (CEC): Contre Pulsion par Ballon Intra-Aortique (CPBIA)
- 2 = Présence d'une assistance mécanique externe avec CEC: hémopompe, centrifugeuse, ...
- 3 = Présence d'une assistance mécanique externe avec CEC et membrane d'oxygénation: Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)

Contrôles:

- Présence et type d'assistance cardio-circulatoire mécanique.
- Paramètres de fonctionnement et fréquence programmée.



Domaine 3: Comportement

Soins qui aident au fonctionnement psychosocial et qui facilitent les modifications du style de vie

Classe O: Thérapie comportementale

Définition: Interventions visant à renforcer ou à promouvoir des comportements souhaités ou à modifier des comportements indésirables.

Item O1**: Gestion des activités

➤ **O100: Gestion des activités**

Définition:

Ensemble des activités de type thérapeutique ou pédagogique liées à l'aide et/ou à l'accompagnement **permanent** du patient, de l'enfant ou du groupe:

- expression: bricolage, peinture, théâtre, ...
- distraction: aller au cinéma, au marché, ...
- stimuler à exercer ou à maintenir les aptitudes: hobbies, jeux, chants, repas...

L'objectif de ces activités est de faire augmenter la fréquence, la durée et la variabilité des activités physiques, cognitives, sociales et spirituelles réalisées par le patient, l'enfant ou le groupe.

Modalités de score:

- 1 = Présence d'une activité en groupe
- 2 = Présence d'une activité individuelle

Contrôles:

- Plan de soins de référence⁷ ou plan de soins individualisé⁸
- Rapport, au minimum hebdomadaire, des activités réalisées par le patient

➤ **O200: Soins aux troubles comportementaux**

Définition:

Ensemble des activités réalisées chez un patient souffrant de troubles du comportement.

Le comportement est défini comme étant la manière de se conduire ou de manifester une partie de son activité; c'est un ensemble d'attitudes, d'actions et de réactions de l'individu.

1. Le trouble du comportement est défini par une modification du comportement par rapport aux normes socialement admises dans une culture donnée.

Des troubles du comportement sont retrouvés:

- dans plusieurs diagnostics infirmiers¹⁰ (violence envers soi et les autres, opérations de la pensée perturbées, syndrome post traumatique, automutilation ou risque d'automutilation, risque de suicide, prise en charge inefficace du programme thérapeutique, interactions sociales perturbées, isolement social...)
 - dans différentes pathologies ou syndrômes (autisme, syndrome hyperkinétique, phobies, anorexie, boulimie, ...)
2. Ces activités comprennent au moins une des interventions suivantes:
 - ***maîtrise du comportement***: aide à un patient pour qu'il puisse contenir ses comportements inappropriés
 - ***conduite à tenir face à un comportement de suractivité / inattention***: établissement d'un environnement thérapeutique adapté et sûr pour le patient tout en lui permettant un niveau de fonctionnement optimal
 - ***conduite à tenir face à un comportement d'auto-agression***: aider le patient à réduire ou à éliminer les comportements à type d'automutilation ou de mauvais traitement qu'il s'inflige à lui-même
 - ***gestion du comportement sexuel***: délimitation et prévention de comportements sexuel socialement inacceptables
 - ***modification du comportement***: mise en œuvre de moyens visant à favoriser un changement de comportement chez un patient
 - ***modification du comportement - aptitudes sociales***: assister le patient afin qu'il développe ou améliore ses capacités interpersonnelles et sociales
 - ***entraînement et contrôle des impulsions***: aider le patient à remédier à son comportement impulsif grâce à l'application de stratégies de résolution de problèmes secondaires à des situations sociales ou interpersonnelles
 - ***établissement de limites***: détermination de paramètres distinguant un comportement acceptable d'un comportement inacceptable de la part d'un patient.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Identification d'un diagnostic infirmier¹⁰ ou médical lié aux troubles du comportement
- Présence d'un plan de soins de référence⁷ ou individualisé⁸ comprenant au moins la réalisation d'une des activités précitées
- Présence d'un rapport, au minimum hebdomadaire, comprenant l'évaluation des objectifs

Remarque:

- Les soins au patient atteint de démence et d'un délirium (confusion aigue) sont scorés respectivement en:
 - P100 - Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif*
 - V700 - Soins liés à la désorientation*

Définition: Interventions visant à renforcer ou à promouvoir des fonctions cognitives souhaitées ou à modifier des fonctions cognitives indésirables.

Item P1:** Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif

➤ **P100: Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif**

Définition:

Ensemble des activités liées à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif: altération ou une perte des fonctions cognitives.

1. Les fonctions cognitives réfèrent à la manière dont le patient perçoit les informations de son environnement, s'en fait des représentations mentales qui deviennent des connaissances, celles-ci étant utilisées dans les différentes activités. Elles sont le support de la pensée, de l'action et de la communication. Elles sont divisées en 4 classes principales:
 - les fonctions réceptives (acquisition, traitement, classification de l'information)
 - la mémoire et l'apprentissage (stockage et rappel de l'information)
 - le raisonnement ou la pensée (organisation mentale de l'information)
 - les fonctions expressives (communication/action).
2. Le déficit cognitif est un signe de diagnostic médical (en cas de vieillissement pathologique, traumatisme, AVC, démence sénile, désorientation aiguë, ...) et/ou de diagnostic infirmier¹⁰ (en cas d'altération des opérations de la pensée, troubles de la perception sensorielle, troubles de la mémoire, ...).
3. Ces activités comprennent au moins une des 5 activités suivantes:
 - ***restructuration cognitive***: remise en cause des propos intérieurs que se dit un patient présentant des troubles de la pensée afin de le ramener à une perception plus réaliste de lui-même et de son environnement
 - ***stimulation cognitive***: utilisation de différents stimuli pour favoriser chez un patient une prise de conscience et une meilleure compréhension de son environnement
 - ***entraînement de la mémoire***: pratique d'exercices propres à développer la mémoire du patient
 - ***orientation dans la réalité***: emploi de divers moyens pour permettre à un patient de s'orienter dans le temps, dans l'espace et par rapport aux personnes (par ex. mettre une horloge et un calendrier en évidence, plaques nominatives, conversations pour orienter le patient, ...)

- **thérapie par la réminiscence**: utilisation du rappel des événements, des pensées et des émotions passées afin de faciliter l'adaptation aux circonstances actuelles.

Modalités de scores:

1 = Occasionnel

2 = Structuré

Contrôles:

- **Score 1:**

- diagnostic infirmier¹⁰ validé par un score d'un instrument de mesure³ et/ou un diagnostic médical lié au déficit cognitif
- réalisation d'au moins 1 des 5 activités de la définition

- **Score 2:**

- diagnostic infirmier¹⁰ validé par un score d'un instrument de mesure³ et/ou un diagnostic médical, lié au déficit cognitif
- présence d'un plan de soins de référence⁷ ou individualisé⁸
- réalisation d'au moins 1 des 5 activités de la définition
- évaluation de l'état du patient suite aux interventions infirmières au minimum une fois par semaine

Remarque:

- Le patient qui sort d'une narcose n'est pas scoré en P100.

Classe Q: Amélioration de la communication

Définition: Interventions visant à faciliter l'émission et la réception de messages verbaux et non verbaux.

Item Q1**: Amélioration de la communication

➤ **Q100: Amélioration de la communication**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'utilisation de moyens pour aider un patient souffrant de problèmes de communication verbale, auditive ou visuelle, de toute origine: ardoise, papier/bic, clavier, dessins, alphabet et pictogrammes.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Moyens utilisés pour améliorer la communication

Remarques:

- L'utilisation d'un appareil auditif, de lunettes ou de lentilles n'est pas scoré.
- L'intervention d'un interprète, y compris pour la langue des signes n'est pas scoré.
- L'utilisation d'une prothèse phonatoire n'est pas scorée.

Classe R: Aide aux stratégies d'adaptation

Définition: Interventions visant à aider quelqu'un à construire sur ses propres points forts, à s'adapter à un changement de sa fonction ou à atteindre un niveau de fonctionnement supérieur.

Item R1** : Soutien émotionnel

➤ **R110: Soutien émotionnel de base**

Définition:

Ensemble des activités permettant au patient, à sa famille ou à une personne significative⁴ d'exprimer ses/leurs sentiments, de favoriser des moments de silence et d'apporter un soutien dans les moments difficiles:

- ***insufflation d'espoir***: stimulation à adopter une attitude constructive dans une situation donnée
- ***soutien psychologique***: manifestations de réconfort, d'encouragement et d'acceptation qu'on apporte à une personne qui traverse une période de stress
- ***présence***: être auprès d'une personne qui en a besoin
- ***amélioration de la capacité d'adaptation***: soutien à apporter à un patient afin qu'il s'adapte au stress, à des changements ou à des événements menaçants qui l'empêchent d'exercer ses différents rôles et de faire face aux exigences de la vie
- ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Etat du patient, de la famille ou de la personne significative⁴
- Activités réalisées

Remarque:

- En cas de décès du patient, R110 peut être scoré.

➤ **R120: Soutien émotionnel particulier**

Définition:

Ensemble des activités liées au soutien émotionnel du patient, de sa famille ou d'une personne significative⁴ afin d'éviter une situation de crise, notamment:

- **réaction d'anticipation:** aide apportée à un patient en prévision d'une crise situationnelle ou d'une crise de croissance.
- **aide à la prise de décision difficile:** information et soutien à fournir à un patient ou à une personne significative⁴ qui doit prendre une ou des décisions relatives aux soins/traitements nécessaires à sa santé.
- **communication de la vérité:** divulgation de la vérité en totalité ou en partie et en temps opportun afin de favoriser l'autonomie et le bien-être du patient.
- **proposition de nouvelles perspectives**
- ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Description de l'état émotionnel du patient, de sa famille ou d'une personne significative⁴, qui présage d'une situation de crise
- Activités réalisées pour éviter la crise émotionnelle
- Evaluation des activités mises en œuvre pour éviter la crise émotionnelle

Remarque:

- En cas de décès du patient, R120 peut être scorable

➤ **R130: Prise en charge d'une situation de crise émotionnelle**

Définition:

Ensemble des activités liées au soutien du patient, de sa famille ou d'une personne significative⁴ lors d'une situation de crise émotionnelle:

- favoriser l'expression non violente des sentiments
- aider le patient à déterminer les causes et la dynamique de la situation de crise
- aider le patient à acquérir de nouvelles stratégies d'adaptation
- ...

Une situation de crise émotionnelle est un débordement émotionnel face à un événement exceptionnel ou une situation imprévue; un ou plusieurs prestataires de soins sont présents exclusivement chez ce patient, sa famille ou une personne significative⁴ pour l'accompagner de manière intensive.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Motif de la crise
- Façon dont la détresse est exprimée
- Personnes impliquées dans la crise
- Activités réalisées
- Résultats après la crise: état du patient et/ou de ses proches, ...
- Eventuels points à retenir en prévention d'une nouvelle crise

Remarques:

- En cas de décès du patient, R130 peut être scoré.

Classe S: Education du patient

Définition: Interventions visant à faciliter l'apprentissage de savoir, savoir-faire et savoir-être en vue d'atteindre un changement de comportement.

Item S1** : Sensibilisation et éducation spécifique

➤ **S100: Sensibilisation/Education spécifique**

Définition:

Ensemble de activités éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences en vue de retrouver une autonomie:

- information sur le processus de la maladie
- éducation⁵ à la gestion de la médication prescrite
- éducation⁵ à la gestion des conséquences de la chimiothérapie
- éducation⁵ à la gestion d'une dialyse péritonéale
- information aux parents en cas d'hyperthermie de l'enfant
- éducation⁵ à l'autonomie du patient ayant subi une trachéostomie
- ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative⁴.

Modalités de score:

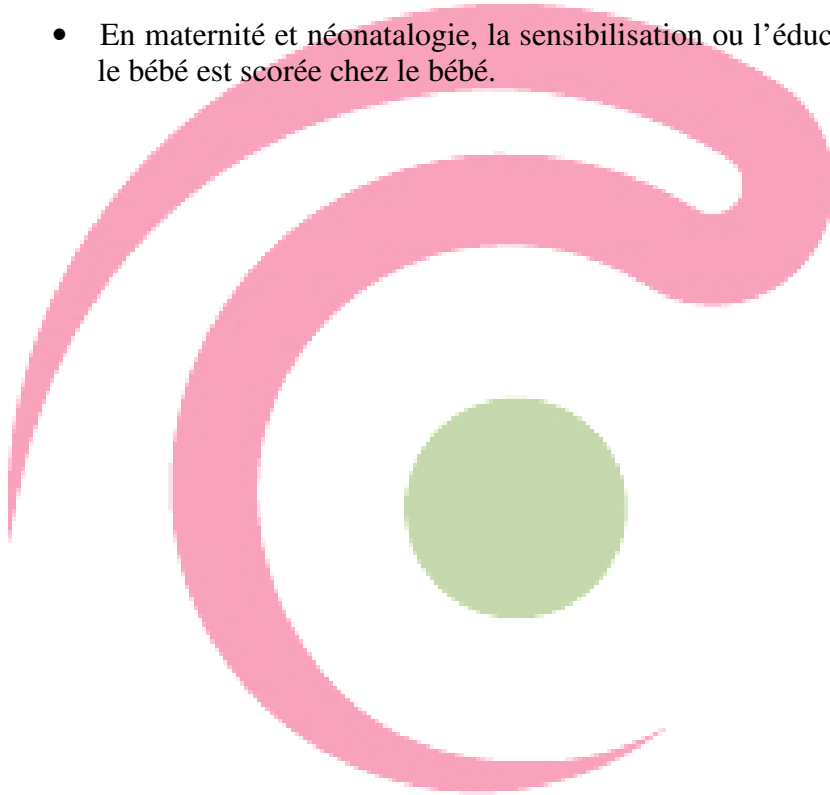
- 1 = Sensibilisation et information occasionnelle
- 2 = Education⁵ spécifique structurée

Contrôles:

- **Score 1:**
 - sujet des informations données
 - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
 - présence d'un plan d'éducation
 - réalisation de l'éducation⁵ et son résultat

Remarques:

- La sensibilisation ou l'éducation⁵ concernant l'intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen diagnostic est scoré en
S200 – Sensibilisation/Education⁵ concernant une intervention chirurgicale ou un examen diagnostic
- Les sensibilisations ou éducations⁵ déjà prises en compte ailleurs ne sont pas reprises en S100:
 - B600 – Sensibilisation/Education⁵ à l'élimination urinaire et/ou fécale*
 - D500 – Sensibilisation/Education⁵ à l'alimentation*
 - F200 – Sensibilisation/Education⁵ aux soins d'hygiène*
 - G300 – Gestion de la glycémie*
- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation ou l'éducation⁵ concernant le bébé est scorée chez le bébé.



Item S2** : Education concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique

➤ **S200: Sensibilisation/Education concernant une intervention chirurgicale ou un examen diagnostic**

Définition:

Ensemble des activités éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences concernant une intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen diagnostique:

- information sur le déroulement de l'intervention chirurgicale
- éducation⁵ à la gestion de la médication prescrite en vue de préparer à un examen endoscopique
- information concernant le rasage pré opératoire réalisé par le patient
- ...

Cet item concerne le patient, sa famille ou toute autre personne significative⁴.

Modalités de score:

1 = Sensibilisation et information occasionnelle

2 = Education⁵ spécifique structurée

Contrôles:

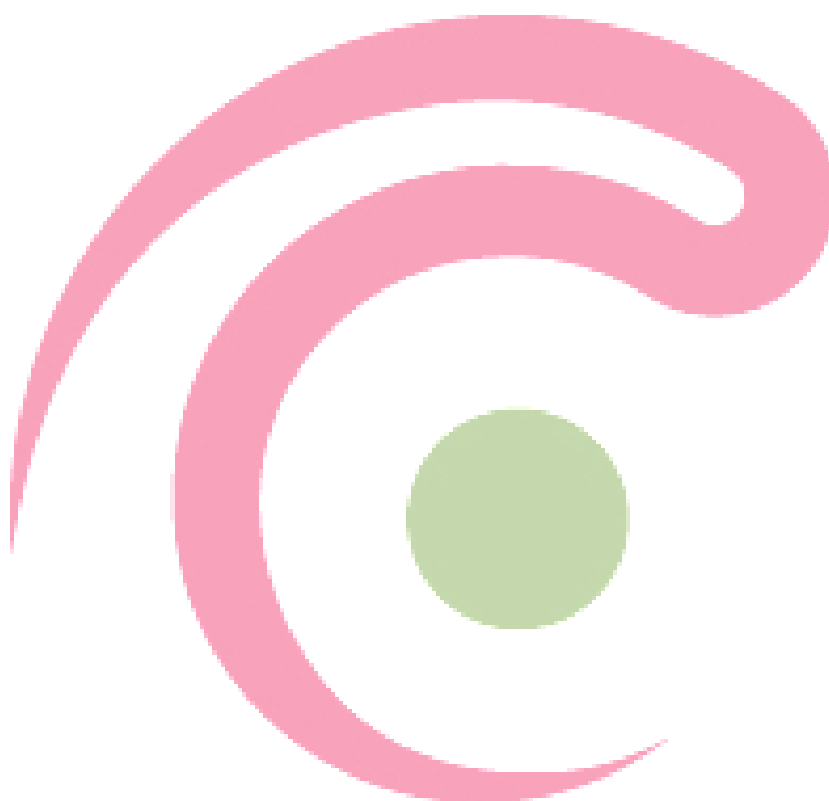
- **Score 1:**
 - sujet des informations données
 - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
 - présence d'un plan d'éducation
 - réalisation de l'éducation⁵ et son résultat

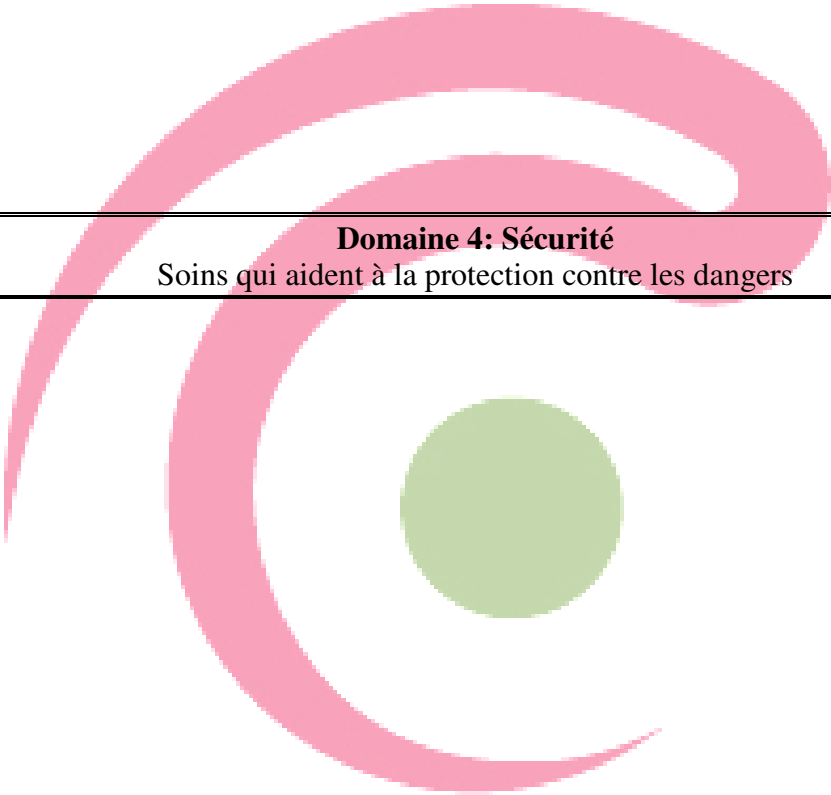
Remarques:

- Les sensibilisations ou éducations⁵ ne concernant pas une intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen diagnostique sont scorées en
 - B600 – Sensibilisation/Education⁵ à l'élimination urinaire et/ou fécale*
 - D500 – Sensibilisation/Education⁵ à l'alimentation*
 - F200 – Sensibilisation/Education⁵ aux soins d'hygiène*
 - G300 – Gestion de la glycémie*

S100 – Sensibilisation/Education⁵ spécifique

- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation ou l'éducation⁵ concernant le bébé est scorable chez le bébé.





Domaine 4: Sécurité
Soins qui aident à la protection contre les dangers

Définition: Interventions visant à mener des actions de réduction des risques et à poursuivre la surveillance des risques dans la durée.

Item V1:** Prévention de plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique

➤ **V100: Prévention des plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique**

Définition:

Ensemble des activités liées à la prévention des plaies de décubitus:

- évaluer le risque d'escarres en utilisant un *instrument de mesure*³ et/ou l'expertise clinique
- éviter leur apparition en utilisant du matériel dynamique de prévention: matelas alternating, matelas dynamique, lit fluidisé, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Risque d'escarre
- Matériel de prévention dynamique utilisé

Remarque:

- La réalisation concomitante de changements de positions est scorée en plus en
V200 – Prévention de plaies de décubitus: changements de position

Item V2** : Prévention des plaies de décubitus: changements de position

➤ V200: Prévention de plaies de décubitus: changements de position

Définition:

Ensemble des activités liés à la prévention des plaies de décubitus:

- évaluer le risque d'escarres en utilisant un *instrument de mesure*³ et/ou de l'expertise clinique
- éviter leur apparition chez un patient qui a de fortes chances d'y être sujet en mobilisant ce patient régulièrement en fonction d'un schéma de mobilisation

Modalité de score:

- Nombre de changements de position

Contrôles:

- Risque d'escarre
- Schéma de prévention, comprenant les positions et les heures
- Changements de position réalisés

Remarque:

- L'utilisation concomitante de matériel de prévention dynamique est scoré en plus en

V100 – Prévention des plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique

Item V3 : Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle): monitoring continu**

➤ **V300: Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle): monitoring continu**

Définition:

Ensemble des activités liées à la collecte et l'analyse des paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et/ou de température corporelle afin de déceler et/ou d'éviter des complications à l'aide d'un monitoring continu (appareillage qui mesure les paramètres en continu).

Monitoring d'un ou de plusieurs de ces 13 paramètres:

- fréquence respiratoire
- fréquence cardiaque et/ou monitoring ECG = 1 paramètre
- température corporelle périphérique
- température corporelle centrale
- mesure de CO₂
- saturation artérielle en oxygène
- pression artérielle invasive (systolique et diastolique)
- pression artérielle pulmonaire
- pression veineuse centrale
- débit cardiaque
- saturation veineuse en oxygène
- pression de l'oreillette gauche
- monitoring fœtal

Modalité de score:

- Nombre de paramètres différents mesurés en continu (max. = 13)

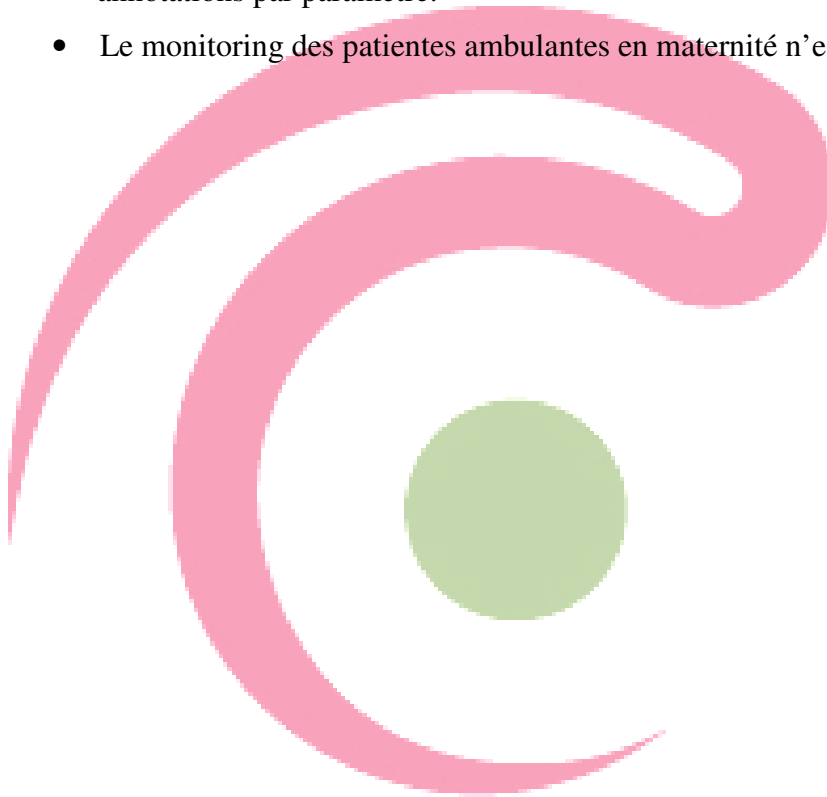
Contrôles:

- Utilisation d'un monitoring continu.
- Au minimum deux mesures par paramètre avec au moins deux heures d'intervalle.

- Paramètre(s) et valeur(s) (chiffres ou graphique):
 - transcription manuelle
 - print out
 - dossier électronique

Remarques:

- La surveillance d'un holter n'est pas scorée.
- Si l'épisode de soins infirmiers est inférieur à 2 heures et que le monitoring continu est permanent pendant toute la durée de l'épisode de soins infirmiers, V300 peut être enregistré avec un minimum de 2 annotations par paramètre.
- Le monitoring des patientes ambulantes en maternité n'est pas scoré.



Item V4 : Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle): monitoring discontinu**

➤ **V400: Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle) : monitoring discontinu**

Définition:

Ensemble des activités liées à la collecte et l'analyse des paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et de température corporelle afin de déceler et/ou d'éviter des complications à l'aide de mesures discontinues.

Surveillance d'un de ces 13 paramètres:

- fréquence respiratoire
- fréquence cardiaque et/ou tracé ECG = 1 paramètre
- température corporelle périphérique
- température corporelle centrale
- mesure de CO₂
- saturation artérielle en oxygène
- pression artérielle (systolique et diastolique)
- pression artérielle pulmonaire
- pression veineuse centrale
- débit cardiaque
- saturation veineuse en oxygène
- pression de l'oreillette gauche
- monitoring fœtal

Modalité de score:

- Fréquence de la mesure du paramètre le plus mesuré en discontinu

Contrôles:

- Heure de mesure.
- Paramètre et valeurs (chiffres ou graphique)
 - transcription manuelle
 - print out
 - dossier électronique

Item V5** : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique

➤ V500: Prélèvements tissulaires ou de matériel organique

Définition:

Ensemble des activités liés aux prélèvements de matériel organique à visée diagnostique: prélèvements tissulaires ou de liquides biologiques (urines, selles, liquide gastrique, matériel biologique sur l'extrémité du cathéter, expectoration, écouvillon de plaies, ...).

Modalité de score:

- Nombre de prélèvements

Contrôles:

- Nom du prélèvement réalisé
- Résultats des analyses

Remarques:

- Par ex.: 2 x prélèvement d'urine + 1 x prélèvement de selles + 1 x prélèvement de sécrétions = score 4.
- Les essais non fructueux de prélèvements ne sont pas scorés.
- Les prélèvements réalisés par le médecin ne sont pas scorés.
- Le prélèvement de sang et les hémocultures sont scorés uniquement dans
Classe N – Perfusion tissulaire

Item V6** : Mesures d'isolement: précautions additionnelles

➤ V600: Mesures d'isolement: précautions additionnelles

Définition:

Ensemble des activités destinées à prévenir la propagation de germes entre patients ou entre des patients et d'autres personnes, par contact direct ou indirect (air, matériel contaminé, salive, selles, urine,...) et vice versa.

Les micro-organismes dont le patient est porteur sont pathogènes (isolement contagieux) ou potentiellement dangereux pour le patient (isolement protecteur).

Modalités de score:

1 = Présence minimum d'au moins 2 de ces précautions additionnelles:

- port du tablier
- port du masque
- port de gants
- mesures particulières pour l'élimination des déchets/du matériel

2 = Isolement architectural avec au minimum 3 précautions additionnelles reprises ci-dessus

Contrôles:

- **Score 1:**
 - présence d'une procédure⁹ reprenant le type d'isolement et les précautions additionnelles à appliquer
 - précautions additionnelles réalisées
- **Score 2:**
 - présence d'une procédure⁹ reprenant le type d'isolement et les précautions additionnelles à appliquer
 - précautions additionnelles réalisées
 - notion d'isolement architectural

Remarques:

- Quand deux patients sont dans la même chambre et bénéficient des mêmes précautions additionnelles, V600 peut être scoré chez les deux patients.
- La couveuse est considérée comme un isolement architectural, si la définition et les modalités de score sont respectées.

Item V7** : Soins liés à la désorientation: mesures de protection

➤ V700: Soins liés à la désorientation: mesures de protection

Définition:

Ensemble des activités ayant trait aux soins d'un patient désorienté dans le temps et/ou dans l'espace, suite à un trouble d'ordre physique, chimique ou psychique (prise en charge de la démence, du délirium, d'hallucinations, de la confusion, ...):

- **instauration et suivi d'une contention** (bandes suédoises, bracelets électroniques, tables,...): mettre, contrôler et ôter les mesures de contention utilisées afin de réduire la mobilité du patient
- **instauration et suivi d'une contrainte physique**: réduction de la mobilité du patient désorienté à sa chambre, à une partie ou l'entièreté de l'unité
- **application d'un isolement protecteur** (autre que bactériologique)
- ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

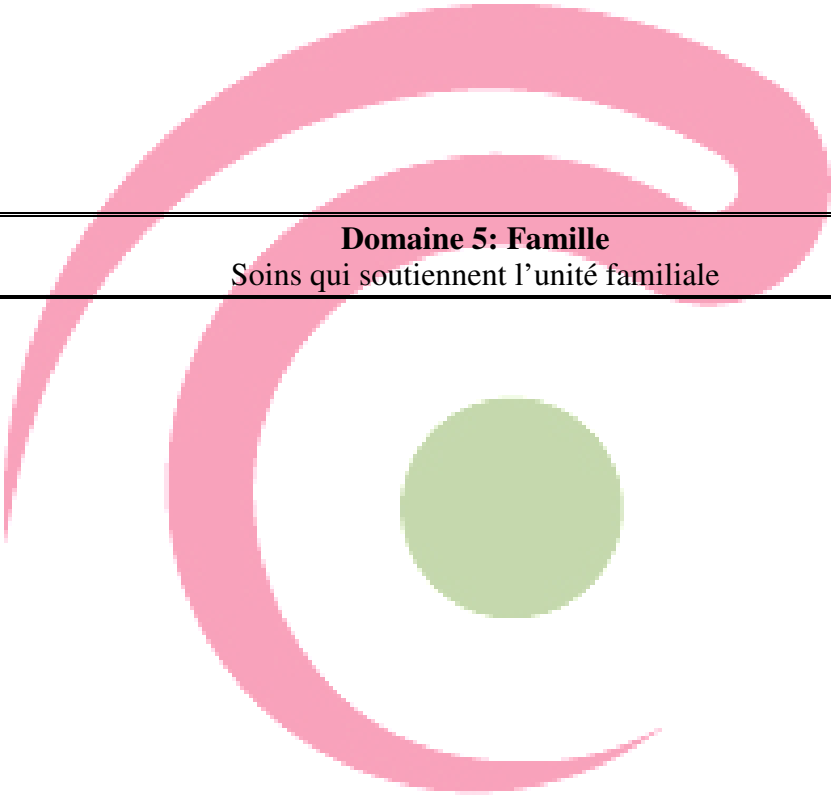
- Pour l'ensemble des mesures de protection:
 - problème de désorientation évalué à l'aide d'un instrument de mesure³
 - procédure⁹ reprenant les mesures de protection à appliquer
 - mesures de contention utilisées: heure de début et de fin de chaque épisode de contention
 - rapport de la désorientation, une fois par épisode de soins infirmiers
 - évaluation des mesures de protection utilisées et de la nécessité de continuer les mesures prises, à réaliser au moins une fois par semaine
- En cas de contention physique:
 - évaluation des mesures de contention utilisées et de la nécessité de les continuer, à réaliser une fois par épisode de soins infirmiers

Remarques:

- Ne sont pas suffisant pour scorer V700:

- matériel orthopédique (plâtre,...)
- placer uniquement des barrières de lit
- V700 n'est pas scoré en salle de réveil si l'ensemble des contrôles n'est pas respecté.





Domaine 5: Famille
Soins qui soutiennent l'unité familiale

Classe W: Soins liés à la naissance

Définition: *Interventions visant à la compréhension et à l'acceptation des changements mentaux et physiques lors de la grossesse et la naissance.*

Item W1**: Soins de relaxation liés à la préparation à l'accouchement

➤ **W100: Soins de relaxation liés à la préparation à l'accouchement**

Définition:

Ensemble des activités liées au suivi et à l'accompagnement d'une parturiente afin de favoriser le bon déroulement du travail: réalisation de massages, utilisation de ballons ou de baignoire de dilatation.

Modalité de score :

1 = Présence

Contrôles:

- Activités réalisées
- Résultats des activités

Item W2** : Soins ante-partum: suivi de l'activité utérine

➤ W200: Soins ante-partum: suivi de l'activité utérine

Définition:

L'ensemble des activités liées à la surveillance de l'activité utérine:

- réalisation d'un monitoring fœtal et maternel: contractions utérines, fréquence cardiaque du bébé, ...
- réalisation d'un toucher vaginal
- palpation de l'activité utérine.

Modalité de score:

- Fréquence du paramètre le plus mesuré ou observé

Contrôle:

- Paramètre et sa valeur (chiffres ou graphique):
 - transcription manuelle
 - print out signé
 - dossier électronique

Item W3** : Accouchement par une sage-femme

➤ **W300: Accouchement par une sage-femme**

Définition:

Ensemble des activités liées à la réalisation de l'accouchement par la sage-femme (sans la présence du gynécologue).

L'accouchement comprend la naissance du bébé et la délivrance du placenta.

Modalité de score:

1 = Accouchement réalisé par la sage-femme

Contrôle:

- Rapport de l'accouchement

Item W4** : Soins post-partum

➤ W400: Soins post-partum: suivi post-partum

Définition:

Ensemble des activités liées à la surveillance du post-partum afin de déceler ou prévenir des complications.

Surveillance des paramètres suivants:

- hauteur utérine
- lochies
- seins (crevasses, tensions mammaires, lactation,...)
- périnée (y compris la surveillance de l'épisiotomie ou de la déchirure du périnée suturé ou non)

Modalité de score:

- Fréquence du paramètre le plus mesuré ou observé

Contrôle:

- Paramètre et sa(s) valeur(s) (chiffres, signes ou observations):
 - transcription manuelle
 - dossier électronique

Item W5**: Soins «kangourou»

➤ W500: Soins «kangourou»

Définition:

Ensemble des activités liées à l'installation et à la surveillance du soin «kangourou».

Le soin «kangourou» est un contact peau à peau direct entre le bébé et un parent afin de favoriser le lien parent-enfant.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Réalisation du soin «kangourou»
- Durée du soin: heure de début et de fin
- Présence d'une procédure⁹

Remarques:

- Le soin «kangourou» est uniquement scoré chez le bébé.
- La mise au sein pour allaitement maternel n'est pas un soin «kangourou» et se score en

D200 – Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant

Classe X: Soins relatifs au cycle de la vie

Définition: Interventions visant à faciliter le fonctionnement de l'unité familiale et à promouvoir la santé et le bien-être des membres de la famille tout au long de leur vie.

Item X1** : Rooming-in

➤ **X100: Rooming-in**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'accompagnement du patient par la famille ou une personne significative⁴ non hospitalisée qui séjourne auprès de lui **pendant tout l'épisode de soins infirmiers**.

Modalité de score:

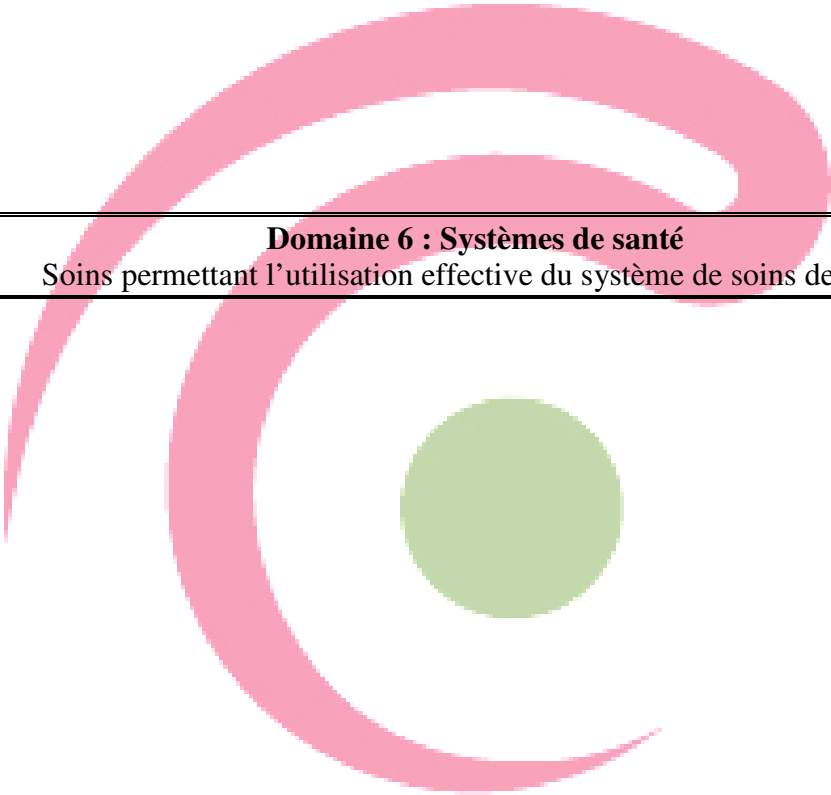
1 = Présence

Contrôle:

- Notion de rooming-in

Remarque:

- L'accompagnement peut être assuré par plusieurs personnes qui se relayent.



Domaine 6 : Systèmes de santé
Soins permettant l'utilisation effective du système de soins de santé

Classe Y: Médiation au sein des systèmes de santé

Définition: Interventions visant à faciliter l'interface entre le patient / famille et le système de santé.

Item Y1**: Médiation interculturelle

➤ **Y100: Médiation interculturelle**

Définition:

Ensemble des activités liées à la négociation/l'échange avec le patient, la famille ou une personne significative⁴ concernant les différences existantes dans la conception de la santé et/ou des soins.

La médiation interculturelle est une réunion organisée entre l'équipe soignante, le médiateur interculturel de l'hôpital (A.R. 11/07/2005) et le patient, avec ou sans la présence de la famille et/ou d'un chef spirituel.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Rapport comprenant les points suivants:
 - sujet de médiation et description du problème
 - nom du médiateur interculturel et des membres de l'équipe de soins présents
 - date de la médiation
 - interventions réalisées et dispositions prises
 - évaluation des résultats de la médiation et/ou état du patient après l'intervention du médiateur

Remarques:

- Y100 peut être scoré le jour du décès du patient.
- L'intervention du médiateur pour une traduction seule, n'est pas scorée.

Item Y2** : Anamnèse infirmière

➤ Y200: Anamnèse infirmière

Définition:

Ensemble des activités liées à l'établissement du **bilan des besoins en soins infirmiers** du patient, à un moment donné, par l'observation et/ou par un dialogue avec lui, sa famille ou une personne significative⁴.

Ce bilan met en évidence les problèmes¹⁰ en soins infirmiers spécifiques du patient et permet l'élaboration du plan de soins⁶.

Le premier bilan doit être réalisé lors des premiers jours d'hospitalisation du patient dans une unité de soins.

Modalité de score:

1= Présence d'une anamnèse infirmière complète

Contrôles:

- Présence d'un document d'anamnèse infirmière complet
- Date de la finalisation de l'anamnèse infirmière

Remarques:

- La consultation et/ou la récolte de données administratives, sociales et/ou médicales ne constituent pas une anamnèse infirmière; même si ce type de données sont également utilisées par les infirmiers dans leur travail.
- La simple actualisation d'un élément de l'anamnèse infirmière n'est pas suffisante pour scorer Y200.
- Si l'évolution de l'état de santé du patient ou un changement d'optique de soins le justifie, un nouveau bilan des besoins en soins infirmiers peut être réalisé. Un autre document d'anamnèse doit être rédigé en indiquant l'évolution de l'état du patient. Dans ce cas la réalisation de l'anamnèse peut être scorée plusieurs fois au cours du séjour du patient.
- L'ensemble des besoins en soins infirmiers du patient doivent être envisagés dans le document d'anamnèse pour qu'il soit complet.

Classe Z: Gestion du processus de soins et de l'information

Définition: Interventions visant à offrir et à améliorer les dispositifs de soins requis et à soutenir la communication entre les prestataires de soins.

Item Z1**: Evaluation (assessment) fonctionnelle, mentale, psychosociale

➤ **Z100: Evaluation fonctionnelle, mentale, psychosociale**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'évaluation systématique d'un état fonctionnel, mental ou psychosocial d'un patient à l'aide d'un instrument de mesure³.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Instrument de mesure³ utilisé
- Formulaire d'évaluation daté
- Résultats de l'évaluation

Remarque:

- Les instruments de mesure³ utilisés pour évaluer la douleur (E100), les nausées (E200), la fatigue (E300), la sédation (E400), la surveillance neurologique (I 100) et le risque d'escarres (V100 et V200) ne sont pas valables pour scorer Z100.

ItemZ2** : Assistance médicale aux actes médicaux non déléguables

➤ Z200: Assistance aux actes médicaux non déléguables

Définition:

Assistance au médecin lors d'actes médicaux invasifs non déléguables: ponction pleurale, ponction lombaire, ponction d'ascite, placement d'un cathéter artériel, placement d'une voie centrale, d'une Swanganz, placement d'un cathéter sus-pubien, placement d'un drain thoracique, suture, incision d'abcès...

Cette assistance inclus:

- la préparation du matériel

ET

- la préparation et l'installation du patient

ET

- l'assistance à l'examen ou au traitement

ET

- le soutien émotionnel et/ou physique au patient

Modalité de score:

- Nombre d'assistances aux actes médicaux non déléguables

Contrôles:

- Actes médicaux non déléguables
- Assistances réalisées

Remarques:

- Les essais non fructueux d'actes médicaux ne sont pas pris en compte.
- Le tour des patients avec le médecin n'est pas scoré.

Item Z3** : Contacts multidisciplinaires

➤ Z300: Echanges multidisciplinaires

Définition:

Ensemble des activités de contact et d'échange réalisés avec des praticiens professionnels d'autres disciplines en vue d'une évaluation et d'une planification des soins aux patients.

En plus de l'infirmière ou de la sage-femme, deux autres disciplines au moins doivent être représentées.

Le moment de concertation doit être organisé.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Rapport comprenant au moins les points suivants:
 - date
 - nom et fonction des personnes présentes
 - objectif de la concertation

Remarques:

- En cas de contact multidisciplinaire réunissant une infirmière **et** une sage-femme, au moins **une autre** discipline doit être représentée.
- En cas de contact multidisciplinaire réunissant une infirmière **et** une infirmière sociale, au moins **deux autres** disciplines doivent être représentées.

Item Z4** : Contacts avec les autres institutions

➤ Z400: Contacts avec les autres institutions

Définition:

Ensemble des activités de contact réalisées en vue:

- d'obtenir des informations, auprès des prestataires de soins¹ d'autres établissements ou structures de soins (maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,...), médecin traitant ou de la personne significative⁴, concernant la situation du patient et les soins qui lui sont administrés avant son hospitalisation

ET / OU

- de fournir des informations aux prestataires de soins¹ d'autres établissements ou structures de soins (maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,...) médecin traitant ou à la personne significative⁴, concernant la situation du patient et les soins qui lui seront administrés après son hospitalisation.

L'échange d'information est réalisé **exclusivement** dans le but de prendre des dispositions visant à **organiser la prise en charge des soins du patient par d'autres prestataires de soins¹**.

L'échange d'information est concrétisé lors par un moment de contact tel que: contact téléphonique, échange de mails, contacts interpersonnels, ...

Modalité de score:

1 = Présence d'un moment de contact

Contrôles:

- Date du contact
- Sujet du contact
- Résultat du contact

Remarques:

- Les contacts réalisés dans le cadre d'une prise en charge sociale (repas à domicile, placement d'un enfant lors de l'hospitalisation d'un parent, ...) ne sont pas scorés.
- La réalisation de l'anamnèse infirmière, d'une lettre de sortie, ... ne sont pas scorées en Z400.