

Le dossier patient

* fiche d'entretien d'accueil

- identifier le patient : ne pas faire d'erreur
- permet de situer la personne ds son contexte maladie: besoins, dépendance = bonne prise en charge IDE.

* diagramme de soins prévisionnels

⇒ repris par les besoins fondamentaux

on fait toujours le lien avec la feuille d'entretien d'accueil.

- pour les soins techniques & soins quotidiens : +++
- ⇒ pour chaque maladie qui rentre:
 - évaluation grille Norton: risque escarre.
 - évaluation de la DL: EVA.

/!/ toujours mettre 1 étiquette sur chaque feuille. Quand ouvre un dossier, mettre 1 étiquette en priorité.

Numéroté les feuilles: ~~ex~~ 1/3, 2/3, 3/3.

* cibles

commune partout, feuille jaune

date/heure/signature - cible - données - actions - Résultats - Date/heure
signatures

⇒ permet de voir pb/év^t du malade, vie du malade

Il faut être très précis, très professionnel: ex DL ~~des~~ = lombalgies

Elles permettent de s'approprier un langage professionnel: permet d'être au cœur des pb du malade.

Ne pas confondre actions & résultats. Il faut toujours remplir le cas résultat qd on soulève 1 pb: aller au bout de sa démarche.

* Les paramètres (ancienne feuille température)

permet de suivre le malade du point de vue: T, TA, O, poids, taille, ...
de plus en plus sur PM.

* Prescriptions médicales

daté, signé, horodaté.

!! Pas de recepage de PR.

au bout de 7 jours, le Dr doit revoir sa PR.

Les fiches plus spécifiques par service

* suivi de pansement

- prescription médicale ou protocole
- suivi de la plaie & du pt.

* contrôle pré interventionnel

pour préparer le malade au: de monter au bloc : check list

cohérence prise en charge de tous les partenaires qui vont intervenir auprès
du patient.

5 modules théoriques notes sur 20 $\rightarrow$ 100