

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



**COMPILATION DES SITUATIONS  
POUR L'ENREGISTREMENT DU**

**DI-RHM**

**Janvier 2013**

**Cellule 'Audit des données infirmières'**

# AVERTISSEMENT

**Cette compilation des situations est la première version officielle publiée par le SPF.**

Cette compilation ne modifie pas la nature ni la structure des items mais tente d'apporter par des exemples concrets et pratiques des réponses en matière d'enregistrement du DI-RHM de certaines situations particulières.

Ces clarifications ont pour objectif d'améliorer la précision des items et limiter les interprétations possibles des règles d'enregistrement.

**Cette compilation précise la version 1.6 du manuel de codage DI-RHM.**

**Il est rappelé que seule compte la version officielle du manuel de codage en vigueur lors de la période d'enregistrement DI-RHM. Les FAQ et la compilation des cas ne servent qu'à la compléter ou la préciser.**

# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT</b> .....	<b>1</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>DESCRIPTION DES SITUATIONS ET POSSIBILITES D'ENREGISTREMENT DU DI-RHM</b> .....	<b>6</b>
<b>INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES PRELIMINAIRES</b> .....	<b>7</b>
<b>DOMAINE 1: SOINS LIES AUX FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES ELEMENTAIRES</b> .....	<b>9</b>
<b>CLASSE A: GESTION DES ACTIVITES ET DE L'EXERCICE</b> .....	<b>10</b>
➤ A100: EXERCICES CORPORELS STRUCTURES .....	10
<b>CLASSE B: SOINS LIES A L'ELIMINATION</b> .....	<b>11</b>
➤ B100: SOINS LIES A L'ELIMINATION CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS .....	11
➤ B220: SOUTIEN DE L'ELIMINATION URINAIRE CHEZ UN PATIENT CONTINENT POUR L'URINE .....	13
➤ B230: SOINS LIES A L'INCONTINENCE URINAIRE.....	14
➤ B240: SOINS LIES A LA STOMIE URINAIRE .....	15
➤ B250: SOINS LIES A LA SONDE URINAIRE A DEMEURE .....	16
➤ B300: REALISATION D'UN SONDAGE VESICAL.....	17
➤ B410: SUIVI DE LA DEFECATION CHEZ UN PATIENT CONTINENT POUR LES SELLES .....	18
➤ B420: SOUTIEN DE L'ELIMINATION FECALE CHEZ UN PATIENT CONTINENT POUR LES SELLES .....	19
➤ B430: SOINS LIES A L'INCONTINENCE FECALE.....	20
➤ B440: SOINS LIES A UNE STOMIE FECALE/POUCH.....	21
➤ B500: ADMINISTRATION D'UN LAVEMENT ET/OU L'ENLEVEMENT MANUEL DE FECALOME(S) ET/OU LE PLACEMENT D'UNE SONDE/CANULE RECTALE DANS LE BUT DE PREVENIR OU TRAITER LA CONSTIPATION .....	22
➤ B600: SENSIBILISATION/EDUCATION A L'ELIMINATION URINAIRE ET/OU FECALE .....	23
<b>CLASSE C: GESTION DE LA MOBILITE</b> .....	<b>24</b>
➤ C110: INSTALLATION D'UN PATIENT ALITE.....	24
➤ C120: INSTALLATION D'UN PATIENT NON ALITE.....	25
➤ C200: AIDE AU DEPLACEMENT D'UN PATIENT DANS L'UNITE OU DANS LA CHAMBRE .....	26
➤ C400: SOINS LIES A LA PRESENCE DE TRACTION(S) A VISEE ORTHOPEDIQUE .....	27
<b>CLASSE D: SOINS LIES A L'ALIMENTATION</b> .....	<b>28</b>
➤ D110: SOINS LIES A L'ALIMENTATION PRISE DANS LA CHAMBRE .....	28
➤ D120: SOINS LIES A L'ALIMENTATION PRISE A LA SALLE A MANGER .....	29
➤ D130: PATIENT A JEUN DURANT TOUT L'EPISODE DE SOINS INFIRMIERS .....	30
➤ D200: SOINS LIES A L'ALIMENTATION MATERNELLE ET/OU ARTIFICIELLE DE L'ENFANT.....	31
➤ D300: SOINS LIES A L'ADMINISTRATION D'UNE ALIMENTATION ENTERALE PAR SONDE.....	32
➤ D400: SOINS LIES A LA SURVEILLANCE D'UNE ALIMENTATION PARENTERALE TOTALE (TPN) .....	33
➤ D500: SENSIBILISATION/EDUCATION A L'ALIMENTATION .....	34
<b>CLASSE E: PROMOTION DU CONFORT PHYSIQUE</b> .....	<b>35</b>
➤ E100: GESTION DES SYMPTOMES: DOULEUR .....	35
➤ E300: GESTION DES SYMPTOMES: FATIGUE.....	38
➤ E400: GESTION DES SYMPTOMES: SEDATION .....	39
<b>CLASSE F: SOUTIEN AUX SOINS PERSONNELS</b> .....	<b>41</b>
➤ F110: SOINS D'HYGIENE: TOILETTE AU LAVABO / LIT / COUVEUSE .....	41
➤ F120: SOINS D'HYGIENE: DONNER UN BAIN OU UNE DOUCHE.....	42
➤ F200: SENSIBILISATION/EDUCATION AUX SOINS D'HYGIENE .....	43
➤ F300: AIDE POUR L'HABILLEMENT CIVIL DE JOUR .....	44
➤ F400: SOINS LIES A L'IMAGE CORPORELLE .....	45
➤ F500: SOINS DE BOUCHE PARTICULIERS.....	46
<b>DOMAINE 2: SOINS LIES AUX FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES COMPLEXES</b> .....	<b>47</b>
<b>CLASSE G: GESTION HYDRO-ELECTROLYTIQUE OU ACIDO-BASIQUE</b> .....	<b>48</b>

➤ G100: GESTION DE LA BALANCE ALIMENTAIRE OU HYDRO-ELECTROLYTIQUE .....	48
➤ G200: GESTION D'UNE SONDE GASTRIQUE DE DECHARGE .....	49
➤ G300: GESTION DE LA GLYCEMIE.....	50
➤ G400: GESTION DE L'EQUILIBRE ACIDO-BASIQUE ET/OU IONIQUE ET/OU DE L'HEMOGLOBINE ET/OU DE LA COAGULATION ...	51
➤ G500: GESTION DE LA DIALYSE .....	52
<b>CLASSE H : ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS .....</b>	<b>53</b>
➤ H100: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS DIFFERENTS PAR VOIE IM/SC/ID: NOMBRE .....	53
➤ H200: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS DIFFERENTS PAR VOIE IV: NOMBRE.....	54
➤ H300: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS PAR VOIE IV : FREQUENCE LA PLUS ELEVEE .....	56
➤ H400: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS PAR INHALATION (AEROSOLS/PUFFS) .....	58
➤ H500: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS PAR VOIE VAGINALE.....	59
<b>CLASSE I: SOINS LIES A LA FONCTION NEUROLOGIQUE.....</b>	<b>60</b>
➤ I100: SURVEILLANCE DE LA FONCTION NEUROLOGIQUE A L'AIDE D'UN INSTRUMENT DE MESURE .....	60
➤ I 200: SURVEILLANCE D'UNE PRESSION INTRACRANIEENNE AVEC OU SANS DRAINAGE .....	61
<b>CLASSE K: SOINS LIES A LA RESPIRATION.....</b>	<b>62</b>
➤ K100: ASPIRATION DES VOIES AERIENNES .....	62
➤ K200: AMELIORATION DE LA RESPIRATION: MATERIEL DE SOUTIEN.....	63
➤ K300: AMELIORATION DE LA VENTILATION: VENTILATION ARTIFICIELLE.....	64
<b>CLASSE L: SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES.....</b>	<b>65</b>
➤ L100: SURVEILLANCE D'UNE PLAIE ET/OU D'UN PANSEMENT ET/OU DE MATERIEL SANS CHANGEMENT DU PANSEMENT .....	65
➤ L200: SOINS AUX PLAIES SUTUREES ET/OU AUX POINTS D'INSERTION DE MATERIEL EN PLACE .....	67
➤ L300: SOINS SIMPLES DE PLAIES OUVERTES .....	69
➤ L400: SOINS COMPLEXES DE PLAIES OUVERTES .....	70
➤ L500: SOINS AUX LESIONS DERMATOLOGIQUES .....	71
<b>CLASSE M: THERMOREGULATION .....</b>	<b>72</b>
➤ M100: GESTION DE LA THERMOREGULATION DU BEBE DANS LA COUVEUSE .....	72
<b>CLASSE N: PERFUSION TISSULAIRE.....</b>	<b>73</b>
➤ N100: ADMINISTRATION DE SANG ET DE COMPOSANTS SANGUINS .....	73
➤ N200: SOINS ET/OU SURVEILLANCE A UNE VOIE D'ACCES.....	74
➤ N300: PRELEVEMENTS SANGUINS VEINEUX .....	76
➤ N400: PRELEVEMENTS SANGUINS ARTERIELS .....	77
➤ N500: PRELEVEMENTS SANGUINS CAPILLAIRES .....	78
➤ N600: SUIVI D'UNE ASSISTANCE CARDIO-CIRCULATOIRE ELECTRIQUE.....	79
➤ N700: SUIVI D'UNE ASSISTANCE CARDIO-CIRCULATOIRE MECANIQUE .....	80
<b>DOMAINE 3: COMPORTEMENT .....</b>	<b>81</b>
<b>CLASSE O: THERAPIE COMPORTEMENTALE.....</b>	<b>82</b>
➤ O100: GESTION DES ACTIVITES .....	82
➤ O200: SOINS AUX TROUBLES COMPORTEMENTAUX .....	83
<b>CLASSE P: THERAPIE COGNITIVE.....</b>	<b>84</b>
➤ P100: SOINS LIES A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SOUFFRANT D'UN DEFICIT COGNITIF.....	84
<b>CLASSE Q: AMELIORATION DE LA COMMUNICATION.....</b>	<b>85</b>
➤ Q100: AMELIORATION DE LA COMMUNICATION.....	85
<b>CLASSE R: AIDE AUX STRATEGIES D'ADAPTATION .....</b>	<b>86</b>
➤ R110: SOUTIEN EMOTIONNEL DE BASE .....	86
➤ R120: SOUTIEN EMOTIONNEL PARTICULIER .....	87
➤ R130: PRISE EN CHARGE D'UNE SITUATION DE CRISE EMOTIONNELLE .....	88
<b>CLASSE S: EDUCATION DU PATIENT.....</b>	<b>89</b>
➤ S100: SENSIBILISATION/EDUCATION SPECIFIQUE .....	89
➤ S200: SENSIBILISATION/EDUCATION CONCERNANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU UN EXAMEN DIAGNOSTIC .....	91
<b>DOMAINE 4: SECURITE.....</b>	<b>93</b>

<b>CLASSE V: GESTION DU RISQUE</b> .....	<b>94</b>
➤ V100: PREVENTION DES PLAIES DE DECUBITUS: UTILISATION DE MATERIEL DE PREVENTION DYNAMIQUE .....	94
➤ V200: PREVENTION DE PLAIES DE DECUBITUS: CHANGEMENTS DE POSITION .....	95
➤ V300: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX (CŒUR, POUMONS, TEMPERATURE CORPORELLE): MONITORING CONTINU .....	96
➤ V400: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX (CŒUR, POUMONS, TEMPERATURE CORPORELLE) : MONITORING DISCONTINU .....	98
➤ V500: PRELEVEMENTS TISSULAIRES OU DE MATERIEL ORGANIQUE.....	100
➤ V600: MESURES D'ISOLEMENT: PRECAUTIONS ADDITIONNELLES.....	101
➤ V700: SOINS LIES A LA DESORIENTATION: MESURES DE PROTECTION.....	102
<b>DOMAINE 5: FAMILLE</b> .....	<b>103</b>
<b>CLASSE W: SOINS LIES A LA NAISSANCE</b> .....	<b>104</b>
➤ W100: SOINS DE RELAXATION LIES A LA PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT.....	104
➤ W200: SOINS ANTE-PARTUM: SUIVI DE L'ACTIVITE UTERINE .....	105
➤ W300: ACCOUCHEMENT PAR UNE SAGE-FEMME .....	106
➤ W400: SOINS POST-PARTUM: SUIVI POST-PARTUM .....	107
➤ W500: SOIN «KANGOUROU» .....	108
<b>CLASSE X: SOINS RELATIFS AU CYCLE DE LA VIE</b> .....	<b>109</b>
➤ X100: ROOMING-IN.....	109
<b>DOMAINE 6 : SYSTEMES DE SANTE</b> .....	<b>110</b>
<b>CLASSE Y: MEDIATION AU SEIN DES SYSTEMES DE SANTE</b> .....	<b>111</b>
➤ Y100: MEDIATION INTERCULTURELLE .....	111
➤ Y200: ANAMNESE INFIRMIERE.....	112
<b>CLASSE Z: GESTION DU PROCESSUS DE SOINS ET DE L'INFORMATION</b> .....	<b>113</b>
➤ Z100: EVALUATION FONCTIONNELLE, MENTALE, PSYCHO-SOCIALE .....	113
➤ Z200: ASSISTANCE AUX ACTES MEDICAUX NON DELEGABLES .....	114
➤ Z300: ECHANGES MULTIDISCIPLINAIRES (INTRA MUROS) .....	116
➤ Z400: CONTACTS AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS (EXTRA MUROS) .....	117

# Introduction

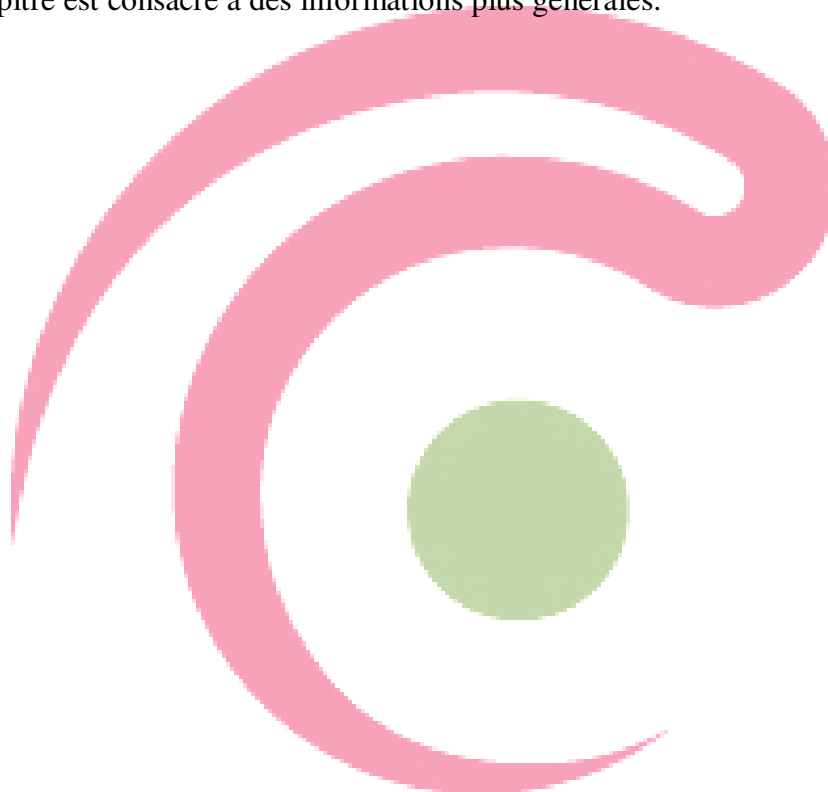
Toutes les situations énumérées ont été sélectionnées parmi les nombreuses questions des hôpitaux quant à l'exactitude de leur interprétation du manuel de codage.

Ces réflexions ont fait l'objet d'une attention particulière des auditeurs des données infirmières et ont reçu une réponse individuelle.

Les questions pouvant être généralisées ou étant d'un intérêt plus large qu'une situation particulière ont été reprises afin de profiter à l'ensemble des institutions hospitalières.

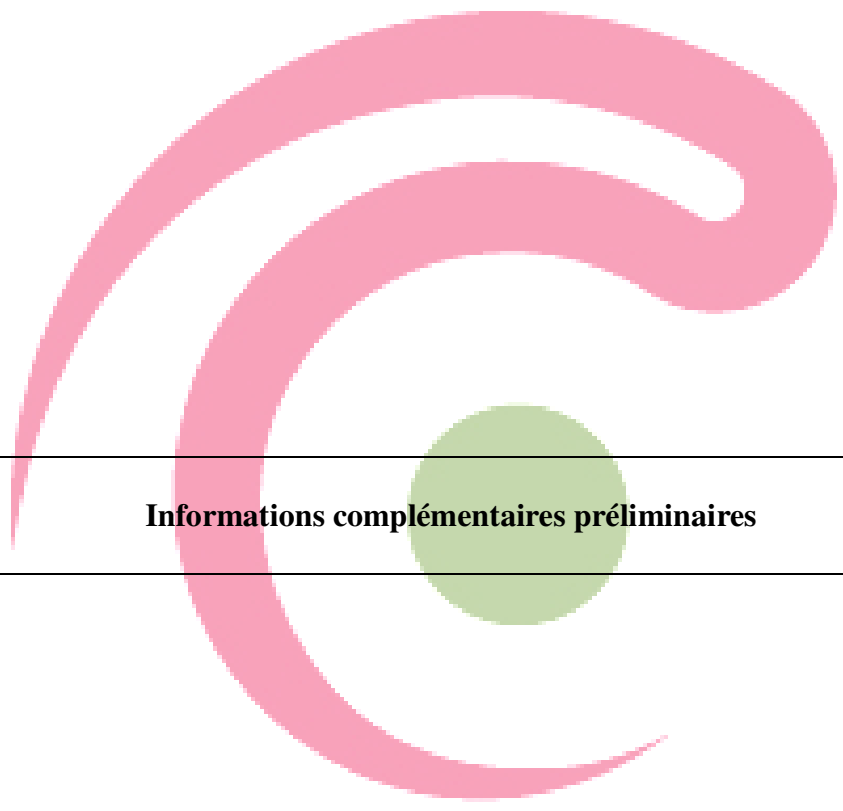
Les questions ont été reprises par domaine, classe et item. Chaque situation est précédée de la définition de l'item telle qu'indiquée dans le manuel de codage, version 1.6. La réponse indique dans quelle mesure un code et un score DI-RHM peut ou non être attribué.

Le premier chapitre est consacré à des informations plus générales.





**Description des situations et possibilités  
d'enregistrement du DI-RHM**



**Informations complémentaires préliminaires**



Les directives d'enregistrement du RHM peuvent être consultées sur :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD\(MinimumHospitalData\)/Guidelines/index.htm?&fodnlang=fr#dirrhm](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/Guidelines/index.htm?&fodnlang=fr#dirrhm)

Les directives d'enregistrement spécifiques au DI-RHM peuvent être consultées sur :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD\(MinimumHospitalData\)/Guidelines/index.htm?&fodnlang=fr#dirinf](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/Guidelines/index.htm?&fodnlang=fr#dirinf)

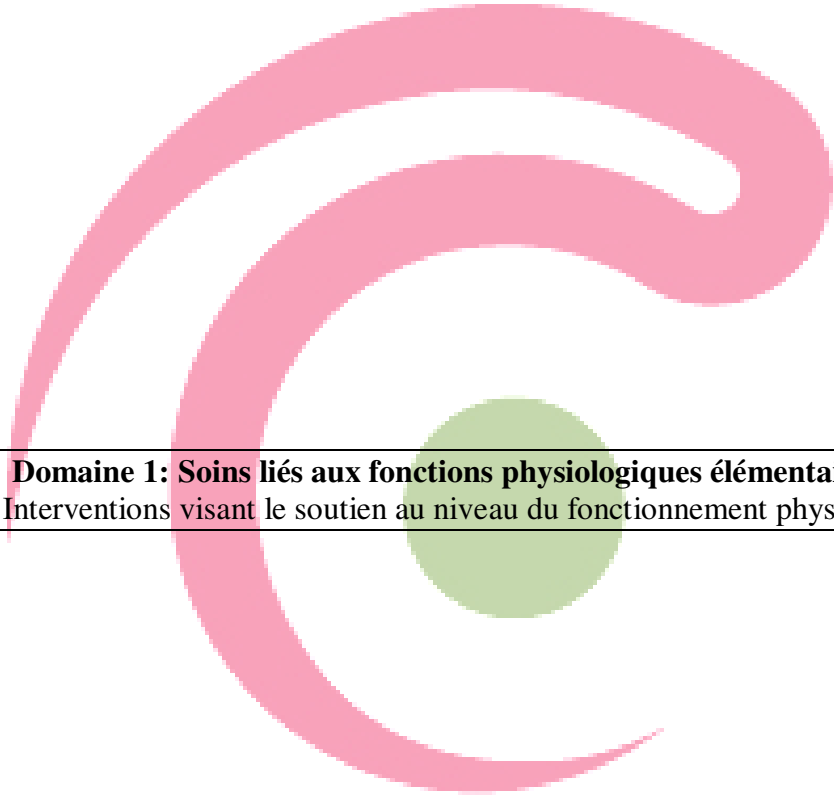
La carte des items DI-RHM actualisée peut être consultée sur :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD\(MinimumHospitalData\)/Referencelists/index.htm#refdirhm](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/Referencelists/index.htm#refdirhm) sous le titre 'Fichiers de référence DI-RHM'

La liste actualisée des compatibilités, incompatibilités entre items ainsi que les scores autorisés par items pour les sévérités 1 et 2 peuvent être consultées sur :

[http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD\(MinimumHospitalData\)/Referencelists/index.htm#refdirhm](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/Referencelists/index.htm#refdirhm) sous le titre 'Compatibilité des items DI-RHM'

Les résultats des études consacrées d'une part au relevé des instruments de mesure infirmiers, hébergés sur [http://www.best.ugent.be/BEST3\\_FR/](http://www.best.ugent.be/BEST3_FR/) et, d'autre part à l'élaboration d'une banque de données des bonnes pratiques infirmières, hébergée sur <http://www.sesa.ucl.ac.be/guidelines/page56700.html> seront désormais hébergés sur le site web du SPF : <http://www.ebnursing.be>



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

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

➤ **A100: Exercices corporels structurés**

**Définition:**

Exercices corporels, passifs ou actifs à visée de réadaptation locomotrice, intégrés dans un plan de soins de référence ou un plan de soins individualisé.

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Utilisation d'une attelle de mobilisation passive (type Kinetec®).	1. Non.
2. Conduire un patient à la salle à manger.	2. => Oui, si l'action est intégrée à un plan de soins spécifique de rééducation, avec un rôle infirmier spécifique. => Non, si l'infirmier a uniquement un rôle d'aide au déplacement.
3. Exercices de transferts appris par le kiné mais reproduits par l'infirmière avec plan standard infirmier.	3. Oui, si l'objectif du plan de soin est clairement la revalidation, que le rôle propre infirmier est identifié, que les activités sont quotidiennes et qu'il y a une évaluation hebdomadaire.
4. Chez les prématurés, les exercices destinés à développer l'activité musculaire?	4. Non, car l'item A100 consiste à soutenir un processus de revalidation et n'est pas dirigé vers un processus de développement.
5. Exercices respiratoires ou exercices de déglutition.	5. Non.

## 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.*

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

**Définition:**

Ensemble des activités liées à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans, et ce, en fonction de son niveau d'acquisition de propreté :

- Suivi et/ou contrôle de la miction ou des selles
- Installation et/ou supervision d'un enfant sur le pot/w.c.
- Change du linge avec ou sans application de pommade/poudre
- ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Réalisation de ces activités par les parents.	1. Oui, si la présence du prestataire de soins est constante.
2. Simple Surveillance.	2. Oui, en fonction du niveau de propreté de l'enfant.
3. Contrôle du linge ou de la miction spontanée au réveil.	3. Oui, en fonction du niveau de propreté de l'enfant.
4. Enfant de 4 ans propre allant seul aux toilettes mais suivi des selles et urines réalisé par infirmière. Les résultats sont notés au dossier.	4. Oui, score 1.

➤ **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<sup>ère</sup> miction post-opératoire, présence ou non d'urines exprimée sous forme de signes (+, -, ++, ...) ou d'un volume en ml, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Réalisation d'un « bladderscan » en vue de déterminer le résidu vésical.	1. Non.
2. Recueil d'un prélèvement d'urine chez un patient autonome.	2. Non. Peut être scoré en V500.
3. Simple constatation de présence d'urines.	3. Oui, si le résultat est indiqué.
4. Vider uniquement un urinal ou une chaise percée.	4. Non.
5. Annotation de 'miction OK'.	5. Oui, si par convention dans l'institution, on entend par 'miction OK' que le patient a uriné. Cette formalisation pourrait, par exemple, se retrouver dans le guide d'utilisation du dossier infirmier.

➤ **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 pour uriner sur le WC ou sur la chaise percée, mettre et/ou ôter la panne et/ou l'urinal, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Le simple fait de mettre une alaise absorbante.	1. Non.
2. Conduire un patient jusqu'aux toilettes.	2. Non, il s'agit d'une aide au déplacement dans ce cas (C200).
3. Vider uniquement un urinal ou une chaise percée.	3. Non.

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Le simple fait de mettre une alaise absorbante.	1. Non.
2. Un patient continent le jour mais clairement identifié comme incontinent la nuit avec activités en lien au dossier.	2. Oui, car c'est la possibilité de score le plus élevé qui prime.
3. Enfant de 6 ans non encore propre.	3. Oui.

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. <b>Uniquement le soin de plaie</b> d'une stomie urinaire <i>non consolidée</i> (= stomie récente avec présence de fils ou d'agrafes, ou une stomie où persiste une plaie, dans le cas par exemple de déhiscence ou lâchage de suture).	1. Non. Peut être scoré en L200 ou L300 selon le cas.
2. Vidanger une poche de stomie urinaire <i>non consolidée</i>	2. Oui
3. Le soin d'hygiène à une stomie urinaire <i>consolidée</i> .	3. Oui.
4. Fournir uniquement du matériel.	4. Non.
5. Simple constatation de présence d'urines sans autre soin.	5. Non.
6. Simple contrôle ou surveillance de la stomie sans autre soin.	6. Non
7. Suivi du débit.	7. Oui, car c'est plus qu'assurer le simple contrôle d'une stomie, d'autant plus que souvent accompagné d'autres activités telles que vidange de poche, gestion de l'absence ou de l'importance de débit,...



➤ **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, clamper temporairement la sonde vésicale, vérification du ballonnet de sécurité,...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Les soins liés à la présence d'un étui pénien.	1. Non. Peut être scoré en B230.
2. Les soins liés à la présence d'une stomie urinaire.	2. Non. Peut être scoré en B240.
3. La mise en place d'une sonde vésicale.	3. Non. Peut être scoré en B300.
4. Enlèvement d'une sonde urinaire.	4. Non.
5. Simple surveillance et annotation du volume urinaire observé, sans vidange du sac collecteur.	5. Non.
6. Lavage de vessie.	6. Non, le lavage de vessie ne se score pas en soi, il s'agit d'une des activités possibles liées à la présence d'une sonde vésicale à demeure, d'autres activités interviennent certainement permettant de mettre en évidence les soins à la sonde vésicale à demeure.
7. Cathéter sus-pubien ou de néphrostomie.	7. Oui, si les activités de soins au porteur de sonde sont présentes au dossier telles que vidange + relevé des sorties, clampage,...
8. Un patient est porteur d'un cathéter sus-pubien et d'une double sonde de néphrostomie.	8. Oui, score 1.
9. Simple présence d'une sonde JJ.	9. Non, car absence d'autre activité liée à l'élimination et à la continence du patient.

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Essais non fructueux.	1. Non.
2. Enlèvement d'une sonde vésicale.	2. Non.
3. Sondage intermittent afin d'effectuer une instillation vésicale.	3. Non.
4. Sondage pour éviter la mobilisation d'un patient.	4. Oui, puisqu'à visée évacuatrice.

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Recueil d'un prélèvement de selles chez un patient autonome.	1. Non. Peut être scoré en V500.
2. Simple constatation de présence de selles, sans autre soin.	2. Oui, si le résultat est indiqué.
3. Patient sédaté alternant continence et incontinence.	3. En fonction des informations indiquées au dossier, on enregistre la possibilité de score la plus élevée.

➤ **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 pour aller à selles sur le WC ou sur la chaise percée, mettre et/ou ôter la panne, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Le simple fait de mettre une alaise absorbante.	1. Non.

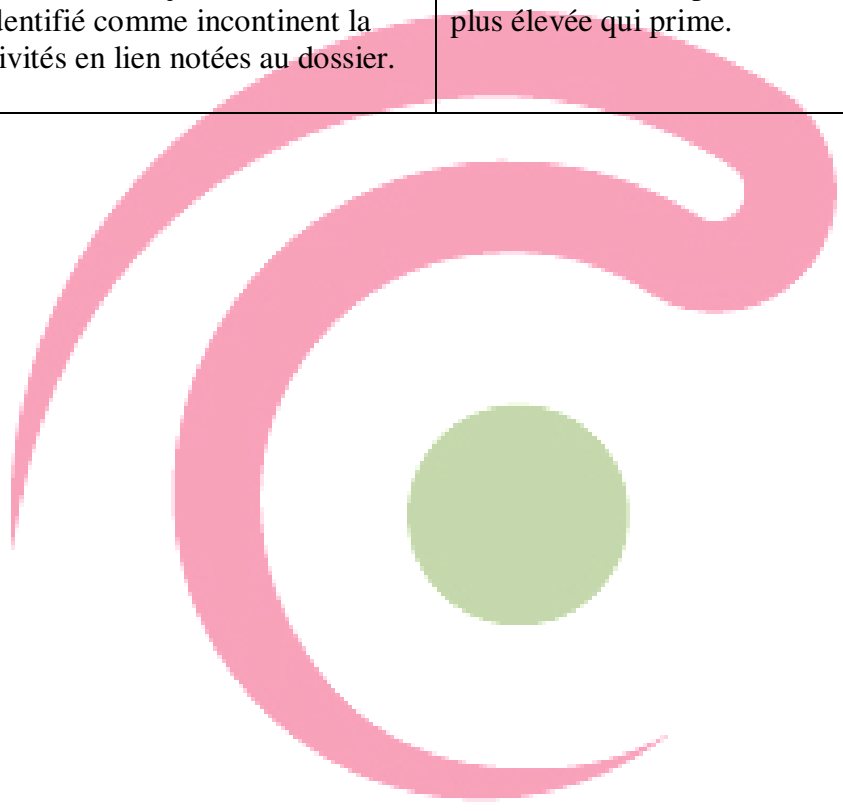


➤ **B430: Soins liés à l'incontinence fécale**

*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'alèze avec ou sans changement, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Le simple fait de mettre une alaise absorbante.	1. Non.
2. Un patient continent le jour mais clairement identifié comme incontinent la nuit avec activités en lien notées au dossier.	2. Oui, car c'est la possibilité de score la plus élevée qui prime.



➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. <b>Uniquement le soin de plaie</b> d'une stomie fécale <i>non consolidée</i> (= stomie récente avec présence de fils ou d'agrafes, ou une stomie où persiste une plaie, dans le cas par exemple de déhiscence ou lâchage de suture).	1. Non. Peut être scoré en L200 ou L300 selon le cas.
2. Vidanger une poche de stomie fécale <i>non consolidée</i>	2. Oui
3. Le soin d'hygiène à une stomie fécale <i>consolidée</i> .	3. Oui.
4. Fournir uniquement du matériel.	4. Non.
5. Simple constatation de présence de selles.	5. Non.
6. Simple contrôle ou surveillance de la stomie sans autre soin.	6. Non.
7. Sigmoidectomie, colectomie, gastrectomie de type bypass sans « sac » externe.	7. Non.
8. Suivi du débit.	8. Oui, car c'est plus qu'assurer le simple contrôle d'une stomie, d'autant plus que souvent accompagné d'autres activités telles que vidange de poche, gestion de l'absence ou de l'importance de débit,...

➤ **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 d'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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Mini- et micro-lavements sous forme commerciale.	1. Oui.
2. Lavements pré-opératoires/pré-examens.	2. Non.
3. Administration de suppositoires.	3. Non.
4. Toucher rectal pour vérifier si présence de fécalome avec comme résultat une absence de fécalome.	4. Non, il doit y avoir enlèvement de fécalome.
5. Lavement au Bifitéral®.	5. Non.

➤ **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, éducation à la miction, éducation à la prise en charge d'une stomie, éducation à la prise en charge d'une énurésie, éducation au maintien des habitudes d'élimination, ...

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Donner uniquement une brochure en lien avec l'élimination.	1. Non, insuffisant.
2. Pour un enfant propre avant son hospitalisation.	2. Oui, car l'objectif est de retrouver l'autonomie urinaire/fécale de l'enfant.
3. Pour un enfant non encore propre avant son hospitalisation.	3. Non, car l'objectif est d'acquérir et non de retrouver une autonomie urinaire/fécale de l'enfant.
4. Pour un bébé, concernant l'élimination du méconium.	4. Non, il ne s'agit pas de retrouver l'autonomie du bébé. Pourrait être scoré en S100.
5. Education faite à la maman à la maternité, concernant l'élimination de son bébé, et avec l'objectif que la maman retrouve sa propre autonomie avant le retour à domicile.	5. Chez le bébé : non, car l'objectif n'est pas le retour à l'autonomie du bébé. Chez la maman : non, car l'objectif n'est pas le retour à l'autonomie de l'élimination chez la maman. Pourrait être scoré en S100 chez la maman.
6. Donner des explications concernant la réalisation d'un Bladderscan®.	6. Non, il ne s'agit pas ici de l'information donnée afin de retrouver une autonomie urinaire.
7. Education et guidance à l'autosondage.	7. Oui.



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

➤ **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
- ...

Le patient strictement alité est un patient non levé qui est allongé dans le lit ou la couveuse sans aucune autre mobilisation que celle nécessaire pour changer les draps du patient en le soulevant ou en le tournant. En conséquence, un bébé n'est pas, à priori, alité sauf pour raison médicale ou infirmière comme un adulte.

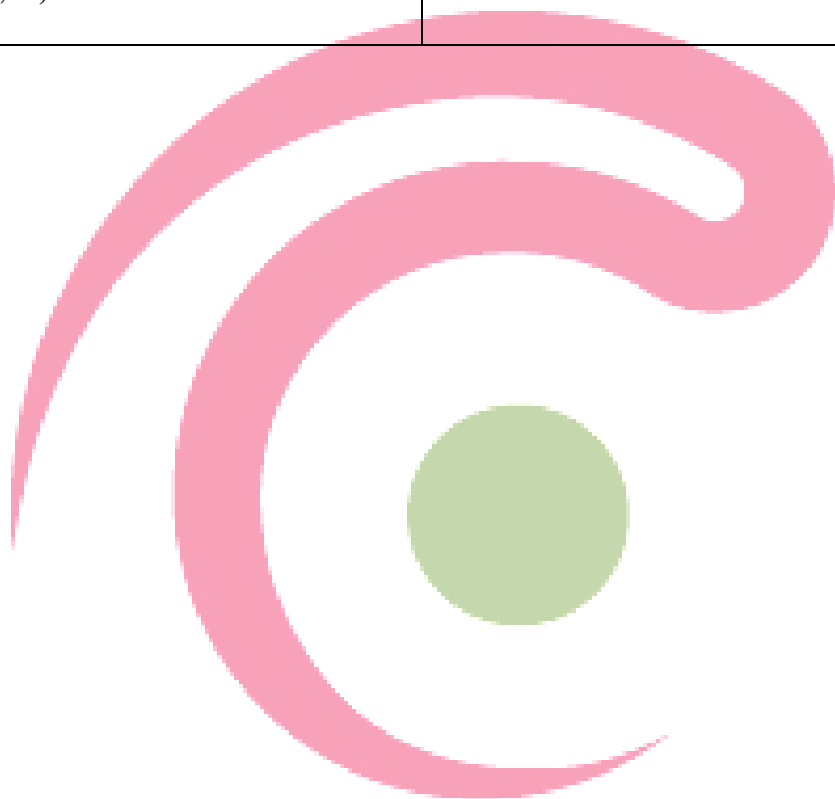
SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Changements de position liés à la prévention des escarres.	1. Non. Peut être scorable en V200.
2. Installation d'un patient de la table d'opération à son lit par le personnel de la salle de réveil.	2. => Oui, s'il y a une raison médicale à ce que le patient doive rester alité durant tout cet épisode de soins (ce qui est souvent le cas en salle de réveil) et que cette raison est notée dans le dossier. => Non, s'il n'y a pas de raison médicale à rester alité. Peut être scorable en C120.
3. Patient en post-opératoire « alité » strict durant 4 heures.	3. Oui, mais seulement si cette durée de 4 heures en post-opératoire correspond à un épisode de soin complet.
4. Tourner ou soulever un patient juste pour effectuer les soins d'hygiène.	4. Oui.
5. Un patient alité la nuit est levé la journée et placé dans une chaise roulante.	5. Non.

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

*Définition:*

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Porter un enfant et le mettre sur une chaise ou dans un relax, et inversément.	1. Oui.
2. Réinstallation unique du patient dans son lit (ex. juste remettre le coussin, le redresser pour manger,...).	2. Non.



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

*Définition:*

Ensemble des activités liées 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, déplacement du lit au fauteuil lorsqu'il est nécessaire d'effectuer quelques pas,...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Simple passage du lit au fauteuil, et inversement, sans que le patient ne fasse de pas.	1. Non. Peut être scoré en C120.
2. Le patient fait quelques pas pour aller du lit au fauteuil, ou autour du lit par exemple.	2. Oui, il s'agit bien d'un déplacement et non d'une installation.
3. Aux soins intensifs.	3. Principe ci-dessus identique : il faut qu'il y ait un réel déplacement ce qui n'est pas toujours le cas aux soins intensifs en raison de la configuration architecturale de ces unités.
4. Déplacement d'un patient en chaise roulante de sa chambre vers la sortie de l'hôpital au moment de sa sortie.	4. Non, seuls les déplacements dont l'objectif est la chambre et l'unité sont enregistrés.
5. Lors de la naissance, le nouveau-né est placé sur le ventre de la maman avec ou sans aide de la sage-femme.	5. Non, car ce n'est pas un déplacement. Ce moment de soin peut se scorer en W500.

➤ **C400: Soins liés à la présence de traction(s) à visée orthopédique**

*Définition:*

Ensemble des activités liées à l'installation et/ou la présence d'un 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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Fauteuils ou chaises roulantes avec coquilles de maintien, coussins, fixateurs externes, attelles, ou autres méthodes d'immobilisation.	1. Non.
2. « Halo ».	2. Non, sauf le « halo » de traction utilisant des poids.
3. Evaluation de l'installation des poids, ajustement de la position des poids, réinstallation du patient sous traction, etc...	3. Oui.
4. Chez les grands brûlés, tractions pour éviter des rétractions.	4. Non car la traction n'a pas de réelle visée orthopédique dans ce cas.

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

➤ **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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins au bébé bénéficiant uniquement de biberons et/ou d'une alimentation maternelle.	1. Non. Peut être scoré en D200.
2. Aide au patient uniquement pour la prise d'un médicament per os.	2. Non.
3. Apporter le repas dans la chambre SANS ouvrir les emballages, remplir un verre, beurrer des tartines, etc... c'est-à-dire sans aide, suivi ou soutien logistique.	3. Non.
4. Donner de l'eau gélifiée à un patient souffrant de problème de déglutition, est-ce manger ou boire ?	4. Manger, car l'eau gélifiée est solide ; boire consiste à avaler du liquide.
5. Administration de glucose 10% au biberon, chez un bébé, après une intervention chirurgicale.	5. Non. Il s'agit d'une médication per os et non d'une alimentation.
6. Aide complète pour un seul repas.	6. Oui, score 3.
7. S'informer du moment de la dernière prise de repas lors de l'admission.	7. Non.

➤ **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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins au bébé bénéficiant uniquement de biberons et/ou d'une alimentation maternelle.	1. Non. Peut être scorable en D200.
2. Aide au patient uniquement pour la prise d'un médicament per os.	2. Non.
3. Apporter le repas dans la salle à manger <b>SANS</b> ouvrir les emballages, remplir un verre, beurrer des tartines, etc... c'est-à-dire sans aide, suivi ou soutien logistique.	3. Non.
4. Salle d'attente en hôpital de jour servant également le midi de salle à manger pour certains patients.	4. Non.

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

*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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Patient à jeun à un moment et avec une alimentation entérale par sonde à un autre moment de l'épisode de soin.	1. Non, le patient doit être à jeun pendant tout l'épisode de soin. Pourrait être scorable en D300.



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

Définition:

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Chez le bébé (jusqu'à 3 ans compris).	1. Oui.
2. Chez la maman.	2. Non.
3. Alimentation « cup » (tasse, cuillère).	3. Oui.
4. Préparation seule du biberon.	4. Non.
5. Préparation du biberon et contrôle de la quantité bue. L'administration est faite par la maman.	5. Non. Il n'y a ni administration, ni guidance par le prestataire de soins.
6. Enfant au-delà de 3 ans nécessitant une alimentation au biberon de lait.	6. Non. Peut être scoré en D110 ou D120.
7. Alimentation maternelle et/ou artificielle du bébé et alimentation solide au cours du même épisode de soins.	7. Oui, D200 et D110/D120 peuvent être cumulés.
8. Alimentation maternelle et/ou artificielle du bébé et alimentation entérale par sonde au cours du même épisode de soins.	8. Oui, D200 et D300 peuvent être cumulés.
9. Administration de glucose 10% au biberon, chez un bébé, après une intervention chirurgicale.	9. Non. Il s'agit d'une médication per os et non d'une alimentation.
10. Administration d'ORS® au biberon chez un bébé, à la place du lait (par ex. en cas de gastroentérite).	10. Non. Il s'agit d'une médication per os et non d'une alimentation.
11. Allaitement maternel/artificiel et soin « kangourou » au cours du même épisode de soins, <b>mais</b> à un moment de soin différent.	11. Oui, D200 et W500 peuvent être cumulés si le moment de soin est différent.
12. Guidance des parents en cas d'allaitement maternel et/ou artificiel.	12. Oui
13. Extraction seule du lait maternel au tire-lait.	13. Non, seule l'administration est prise en compte.
14. Demander après chaque biberon si l'enfant a bien bu.	14. Non, car il n'y a eu ni administration ni guidance.



➤ **D300: Soins liés à l'administration d'une alimentation entérale par sonde**

*Définition:*

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Préparation intestinale en vue d'un examen ou d'une opération.	1. Non.
2. Préparation seule de l'alimentation entérale sans son administration.	2. Non.
3. Patient à jeun à un moment et avec une alimentation entérale par sonde à un autre moment de l'épisode de soins.	3. Oui pour D300. Non pour D130.
4. Soins liés à une sonde gastrique en décharge durant tout l'épisode de soins.	4. Non. Peut être scoré en G200.
5. Alimentation entérale par sonde <b>et</b> soins liés à une sonde gastrique en décharge durant le même épisode de soins.	5. Oui. D300 et G200 peuvent être cumulés.
6. Alimentation par sonde et suivi de l'ingestat.	6. Oui, D300 et G100 peuvent être cumulés.
7. Suivi d'une alimentation gérée par le patient.	7. Non, les activités doivent être réalisées par le prestataire de soins.
8. Administration de charbon actif par sonde naso-gastrique.	8. Non.
9. Utilisation d'une sonde gastrique ou d'une voie d'accès artificielle (gastrostomie), en complément d'une alimentation orale pour l'administration de médicaments.	9. Non.

➤ **D400: Soins liés à la surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)**

*Définition:*

Ensemble des activités liées à la 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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Ajout de vitamines et oligo-éléments à la TPN.	1. Oui, peut être scoré sous H200 et H300.
2. La TPN est-elle considérée comme un médicament IV ?	2. Oui, peut être scoré sous H200 et H300.
3. Administration de TPN où manquent volontairement un ou plusieurs produits lors de l'instauration ou du retrait progressif.	3. Non, l'ensemble des produits doit être administré au cours de l'épisode de soins.
4. Suivi d'une TPN placée dans une autre unité.	4. Oui.

➤ **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**: éducation en cas de déficit nutritionnel, altération de l'état général, ...

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Donner uniquement une brochure en lien avec l'alimentation.	1. Non, insuffisant.
2. Guidance des parents en cas d'allaitement maternel et/ou artificiel.	2. Non. Peut être scoré en D200.
3. Education chez un patient porteur d'une sonde de gastrostomie afin qu'il puisse s'alimenter seul à domicile.	3. Oui.

**Définition: Interventions visant à promouvoir le confort du patient**

➤ **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 (type de douleur, localisation, caractéristiques, ...) et évaluation de la douleur à l'aide d'un instrument de mesure (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle de la douleur selon un plan de soins 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 à l'aide de l'instrument de mesure et l'observation clinique
- ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Administration de médicaments antalgiques, seule.	1. Non. Peut être scoré en H100, H200, H300 ou H400.
2. Evaluation routinière du symptôme sans réelle gestion c-à-d sans autre activité (pas d'évaluation à l'aide d'un instrument de mesure, aucune notion de prise en charge éventuelle,...). => Ex.1 : suivi d'une douleur chronique chez un patient 2x/j comme une prise de paramètre. => Ex.2 : suivi de la douleur comme paramètre, prescrit par le médecin.	2. Non, insuffisant.
3. Utilisation de l'instrument de mesure 1x/j, avec prise en charge de la douleur.	3. Non, 2 mesures par épisode sont nécessaires.
4. Utilisation de l'échelle DOLOUSI pour l'évaluation de la douleur.	4. Non, à la date du 16/08/2011, cette échelle ne répondait pas aux critères de validation scientifique.
5. Présence d'un protocole d'anesthésie dans le dossier : => Ex.1 : seule présence du protocole. => Ex.2 : un ordre permanent fait référence au protocole d'anesthésie.	5. => Ex. 1 : Non, ne justifie pas l'encodage automatique de l'item. => Ex. 2 : Oui.
6. En post-opératoire immédiat, indication de plusieurs mesures EVA sur diagramme de soin sans activité ni transmission ciblée.	6. Non, apparenté à du routinier.

7. Y a-t-il des situations d'hospitalisation qui conditionnent d'office une gestion de ce symptôme (ex : période postopératoire, admission pour douleur, traitement médicamenteux particulier...)?

7. Non. Cela dépend des activités réalisées pour chaque patient.

8. Enregistrement de 2 évaluations de la douleur mais dans 2 unités de soins différentes (lors d'un transfert d'unité de soins).

8. Non. Les différentes activités enregistrées se rapportent chacune à une unité de soins et un épisode de soins infirmiers spécifique.



➤ **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 (type, caractéristiques, ...) et évaluation à l'aide d'un instrument de mesure (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle des nausées et/ou vomissements selon un plan de soins 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 à l'aide de l'instrument de mesure et l'observation clinique
- ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Administration de médicaments anti-émétiques, seule.	1. Non. Peut être scoré en H100, H200, H300 ou H400.
2. Evaluation routinière du symptôme sans réelle gestion.	2. Non, insuffisant.
3. Simple demande au patient s'il a des nausées pendant un gavage.	3. Non, c'est assimilé à une prise de paramètre et non une gestion.
4. Régurgitations du nouveau-né.	4. Non.
5. Y a-t-il des situations d'hospitalisation qui conditionnent d'office une gestion de ce symptôme ?	5. Non. Cela dépend des activités réalisées pour chaque patient.

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

« La fatigue est un symptôme subjectif et déplaisant qui atteint le corps entier au travers de sensations allant de la faiblesse à l'épuisement, créant un état général implacable amenant à une limitation des aptitudes individuelles à fonctionner de manière normale »<sup>1</sup>, non induite par des moyens chimiques ou psychosomatiques destinés à diminuer l'état de vigilance ou entraîner une anesthésie.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Administration de médicaments, seule.	1. Non. Peut être scoré en H100, H200, H300 ou H400.
2. Evaluation routinière du symptôme sans réelle gestion. Ex. : Suivi de la fatigue chronique, avec l'échelle VAS, chez un patient oncologique, comme un paramètre, et sans mise en évidence d'un rôle infirmier spécifique.	2. Non, insuffisant.
3. En chimiothérapie, à l'hôpital de jour, la gestion de la fatigue va généralement durer plusieurs jours ; la 2 <sup>ème</sup> évaluation ne sera pas faite durant le même épisode de soins que la 1 <sup>ère</sup> évaluation.	3. Non, 2 mesures pendant le même épisode de soins sont demandées.
4. La surveillance post-anesthésie au réveil.	4. Non, on ne considère pas les états stuporeux suite à des anesthésies ou sédation comme des états de fatigue.
5. Y a-t-il des situations d'hospitalisation qui conditionnent d'office une gestion de ce symptôme ?	5. Non. Cela dépend des activités réalisées pour chaque patient.

<sup>1</sup> Ream E, Richardson A, *Fatigue : a concept analysis*, International Journal of Nursing Studies, Vol. 33, No. 5, 1996, p. 519-529.

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

La sédation est un état induit de réduction de la 'vigilance', c'est à dire de l'état d'éveil, obtenu par l'utilisation de moyens chimiques ou psychosomatiques destinés à assurer un confort physique et psychique au patient et à faciliter les soins infirmiers techniques. Il s'agit par exemple, de la sédation du patient intubé, de la sédation consciente du patient en phase terminale, de la sédation consciente durant un examen ou un soin,...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Administration de médicaments sédatifs, seule.	1. Non. Peut être scoré en H100, H200, H300 ou H400.
2. Utilisation de somnifères, d'antalgiques et d'alcool.	2. Non.
3. Utilisation du Méopa® ou du Kalinox®, par exemple.	3. Oui, si tous les critères de la définition sont présents et les activités liées au contrôle de la sédation bien indiquées.
4. Utilisation de l'hypnose comme moyen de sédation.	4. Oui, si tous les critères de la définition sont présents et les activités liées au contrôle de la sédation bien indiquées.
5. Surveillance du réveil après une anesthésie. Ex. : score Ramsay pour la surveillance du réveil d'un patient en post-opératoire.	5. Non
6. Evaluation routinière du symptôme sans réelle gestion.	6. Non, insuffisant.
7. Utilisation du Finnegan-score comme instrument de mesure, en Néonatalogie.	7. Non. Cet instrument de mesure est utilisé pour le suivi de la fonction neurologique. Peut être scoré en I100.
8. Gestion de la sédation réalisée lors d'une colonoscopie, gastroscopie. => Ex.1 : en consultation ou salle de technique	8.  =>Ex. 1 : Non, car il n'y a pas d'enregistrement en consultation ou en salle de technique.



=> Ex.2 : aux soins intensifs (ou autre unité) et soins réalisés par le personnel de l'unité

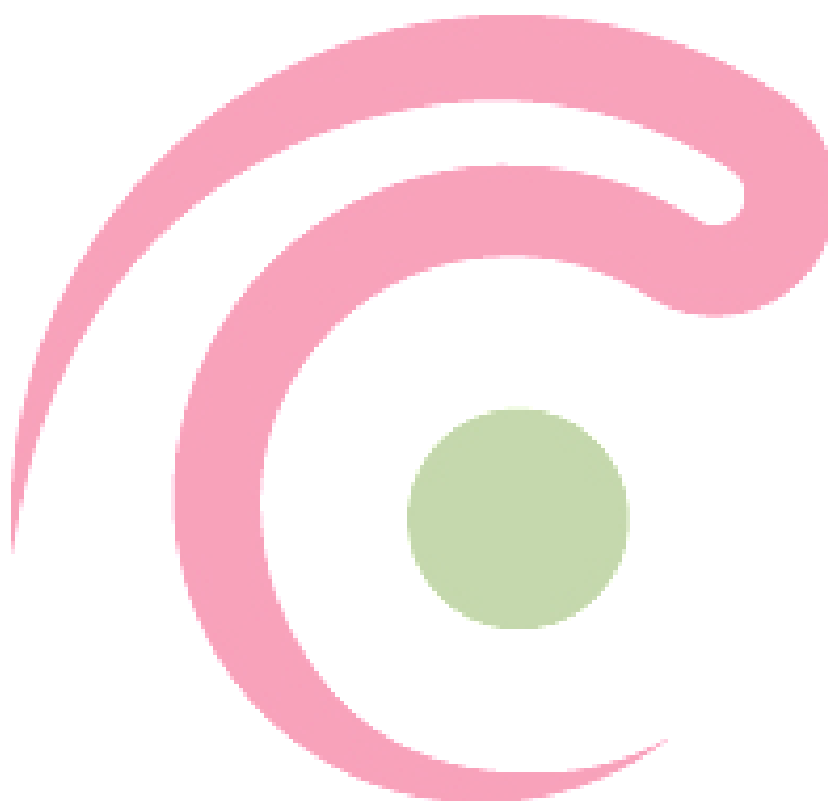
9. Soins en rapport avec la commotion.

10. Y a-t-il des situations d'hospitalisation qui conditionnent d'office une gestion de ce symptôme ?

=>Ex. 2 : Oui

9. Non, il s'agit d'un suivi de la fonction neurologique pouvant être enregistré sous I100.

10. Non. Cela dépend des activités réalisées pour chaque patient.



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

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Lavage des cheveux, y compris en cas de pédiculose, réalisé seul.	1. Oui, aide partielle.
2. Dégraissage du cuir chevelu avant le placement d'électrodes au labo du sommeil.	2. Non, ce n'est pas un soin d'hygiène.
3. Le brossage des dents et des prothèses dentaires, le rasage de la barbe, les soins aux oreilles, aux yeux, aux ongles, au nez, au nombril et aux mamelons réalisés seuls, <i>en dehors du moment des soins d'hygiène quotidien.</i>	3. Non.
4. Toilette mortuaire, soins aux défunts.	4. Non.
5. Soins d'hygiène chez un bébé mort-né.	5. Non.
6. Soins d'hygiène d'une stomie <i>consolidée</i> .	6. Non. Peut être scoré en B240 ou B440.
7. Soins spécifiques d'hygiène préopératoire et pré-partum, <i>en dehors du moment des soins d'hygiène quotidien.</i>	7. Non.
8. Vérification de l'état de propreté chez un patient capable de se laver seul mais dont l'hygiène est douteuse, suite à une anamnèse infirmière et l'établissement d'un plan de soin.	8. Oui.
9. Toilette d'un nouveau-né par les parents, en maternité, avec guidance avec présence permanente (score 4).	9. Non. Pourrait être scoré en S100 chez la maman si l'objectif est d'aider la maman à retrouver son autonomie.
10. Toilette vulvaire ou bain de siège en cas de plaie : => Ex.1 : soins à une épisiotomie suturée ou une déchirure périnéale suturée. => Ex.2 : soins à une déchirure périnéale <i>non</i> suturée. => Ex.3 : Suivi des soins post-partum.	10. Non.  => Ex. 1 : Peut être scoré en L200.  => Ex. 2 : Peut être scoré en L300.  => Ex. 3 : Peut être scoré en W400.

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Bain thérapeutique.	1. Non.
2. Bain thérapeutique servant également à assurer les soins d'hygiène.	2. Oui.
3. Lavage des cheveux, y compris en cas de pédiculose, réalisé seul.	3. Oui, aide partielle.
4. Le brossage des dents et des prothèses dentaires, le rasage de la barbe, les soins aux oreilles, aux yeux, aux ongles, au nez, au nombril et aux mamelons réalisés seuls, <i>en dehors du moment des soins d'hygiène quotidien.</i>	4. Non.
5. Soins spécifiques d'hygiène préopératoire et pré-partum, <i>en dehors du moment des soins d'hygiène quotidien.</i>	5. Non.
6. Vérification de l'état de propreté chez un patient capable de se laver seul mais dont l'hygiène est douteuse, suite à une anamnèse infirmière et l'établissement d'un plan de soin.	6. Oui.
7. Toilette d'un nouveau-né par les parents, en maternité, avec guidance avec présence permanente (score 4).	7. Non. Pourrait être scoré en S100 chez la maman si l'objectif est d'aider la maman à retrouver son autonomie.
8. Toilette vulvaire ou bain de siège en cas de plaie : => Ex.1 : soins à une épisiotomie suturée ou une déchirure périnéale suturée. => Ex.2 : soins à une déchirure périnéale <i>non</i> suturée. => Ex.3 : Suivi des soins post-partum.	8. Non. => Ex. 1 : Peut être scoré en L200. => Ex. 2 : Peut être scoré en L300. => Ex. 3 : Peut être scoré en W400.

➤ **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, éducation 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 significative.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Concernant les soins de bouche particuliers.	1. Oui.
2. Education relative à la prise en charge d'une stomie.	2. Non. Peut être scorée en B600.
3. Donner uniquement une brochure en lien avec l'élimination.	3. Non, insuffisant.

➤ **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'au-dessous de la ceinture, y compris les chaussures ou les pantoufles. Ces activités doivent se dérouler durant le même épisode de soin.

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Habillage seul du patient ou de l'enfant.	1. Non.
2. Déshabillage seul du patient ou de l'enfant.	2. Non.
3. Habillage lors du décès.	3. Non.
4. Remettre un pyjama au patient après sa toilette.	4. Non. Le pyjama est un vêtement exclusif de nuit, il ne peut donc s'agir d'un vêtement civil de jour, même si le patient requiert de l'aide pour l'enlever et le remettre.

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

Définition:

Ensemble des activités spécifiques destinées à conserver et/ou restaurer l'image corporelle perturbée par le contexte thérapeutique:

- 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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Réalisés par le coiffeur, la pédicure, la manucure, l'esthéticienne.	1. Non.
2. Application de vernis sur les ongles en prévention de leur détérioration (chimio).	2. Oui.
3. Toilette mortuaire, soins aux défunts.	3. Non.
4. Mise en place d'une prothèse dentaire.	4. Non.
5. Mise en place d'une prothèse mammaire.	5. => Oui, s'il s'agit d'une intervention suite à un cancer par exemple. => Non, s'il s'agit d'une chirurgie purement esthétique.
6. Aide au port de vêtements spéciaux de compression chez les brûlés.	6. Non.

➤ **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) selon une procédure validée :

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

**ET**

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

**OU**

- réalisé par le patient ou la personne significative, sous la guidance et avec la présence permanente du prestataire de soins

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Fournir uniquement le matériel.	1. Non.
2. Brossage des dents, rinçage de bouche, gargarisme, humidification avec un spray et instillation buccale.	2. Non.
3. Soins de bouche à l'eau claire, effectués selon une procédure.	3. Oui.
4. Soin de bouche préventif, à l'eau claire, après l'utilisation d'un aérosol ou d'un puff : => Ex.1 : Simple rinçage de la bouche. => Ex.2 : Soin de bouche selon une procédure (avec pince ou à la main, des compresses,...).	4. => Ex. 1 : Non. => Ex. 2 : Oui
5. Soin de bouche au laser dans le cadre de traitement de plaies buccales.	5. Oui, si tous les éléments demandés dans les "contrôles" sont tous présents dans le dossier infirmier pour chaque épisode de soins considéré.



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



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

➤ **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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Lavage vésical continu seul.	1. Non.
2. Calcul du bilan in/out en cas de dialyse.	2. Non. Peut être scoré en G500.
3. Suivi de l'état nutritionnel avec indication du type d'aliments et des quantités prises par le patient.	3. Oui, score 1.
4. Suivi du poids avec 1 seule mesure du poids du nouveau-né .	4. Non, insuffisant.
5. Suivi du débit urinaire : => Ex.1 : 2 mesures et 1 total durant un même épisode de soins, sans forcément que le total ne se rapporte aux 2 mesures : <ul style="list-style-type: none"> <li>• J0 : 1 mesure unique à 22h.</li> <li>• J1 : 1 mesure + 1 total à 08h et 1 mesure à 22h.</li> <li>• J2 : 1 mesure + 1 total à 08h. stop suivi.</li> </ul>	5. => Ex.1 : Oui, score 1. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour J0 : Non, car 1 seule mesure pendant l'épisode de soins.</li> <li>• Pour J1 : Oui, car 2 mesures et 1 total.</li> <li>• Pour J2 : Non, car 1 total mais 1 seule mesure pendant l'épisode de soins.</li> </ul>
=> Ex.2 : 2 mesures dont 1 total cumulé, en précisant bien dans le dossier ou dans les directives d'utilisation du dossier qu'il s'agit d'un total cumulé.	=> Ex. 2 : Oui, score 1.
6. Suivi de la balance hydro-électrolytique (scores 2 à 5) : => Ex. 1 : 2 bilans in-out ont été réalisés durant le même épisode de soins (à 08h et à 20h p.ex.), le 1 <sup>er</sup> bilan se rapportant aussi à des mesures de l'épisode précédent.	=> Ex. 1 : Oui, score 3.
=> Ex. 2 : 1 bilan in-out a été réalisé à 08h et porte sur les 24H précédentes (de 08h à 08h).	=> Ex. 2 : Oui, score 2 pour l'épisode de soins au cours duquel le calcul du bilan est fait.

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins liés à une sonde gastrique en décharge <b>et</b> alimentation entérale par sonde durant le même épisode de soins.	1. Oui. G200 et D300 peuvent être cumulés.
2. Lavage gastrique.	2. Non.
3. Contrôle du résidu gastrique seul, sans visée évacuatrice.	3. Non, insuffisant.

➤ **G300: Gestion de la glycémie**

Définition:

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

- la mesure de la glycémie (au minimum 2 fois) par le prestataire de soins ou par le patient accompagné d'un prestataire de soin, 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 de l'hypo-, hyper- ou normoglycémie selon un plan de soins et/ou un ordre permanent: prise d'une collation, administration d'insuline, poursuite du traitement en cours, ...

**AVEC ou SANS**

- éducation du patient concernant tous les aspects de cette prise en charge intégrant essentiellement les autosoins du patient diabétique.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Une prescription médicale unique et isolée.	1. Non, insuffisant pour être considéré comme une gestion.
2. Donner uniquement une brochure en lien avec la gestion de la glycémie, comme éducation.	2. Non, insuffisant.
3. Plusieurs mesures avec appréciation des résultats et prise en charge (suivi d'un schéma), mais les résultats sont normaux.	3. Oui, si l'appréciation des résultats et donc de la normalité est formalisée.

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

*Définition:*

Ensemble des activités liées au maintien de l'équilibre et/ou à la correction des déséquilibres acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation :

- La mesure des valeurs biologiques acido-basiques, valeurs biologiques ioniques, hémoglobine, hématocrite, coagulation (minimum 2 valeurs pour un même type de gestion).

**ET**

- L'appréciation des résultats de prélèvements (artériels, veineux ou capillaires)

**ET**

- La prise en charge de l'équilibre et/ou déséquilibre selon un ordre permanent ou une prescription médicale : transfusion, modification ou poursuite du traitement en cours, ...

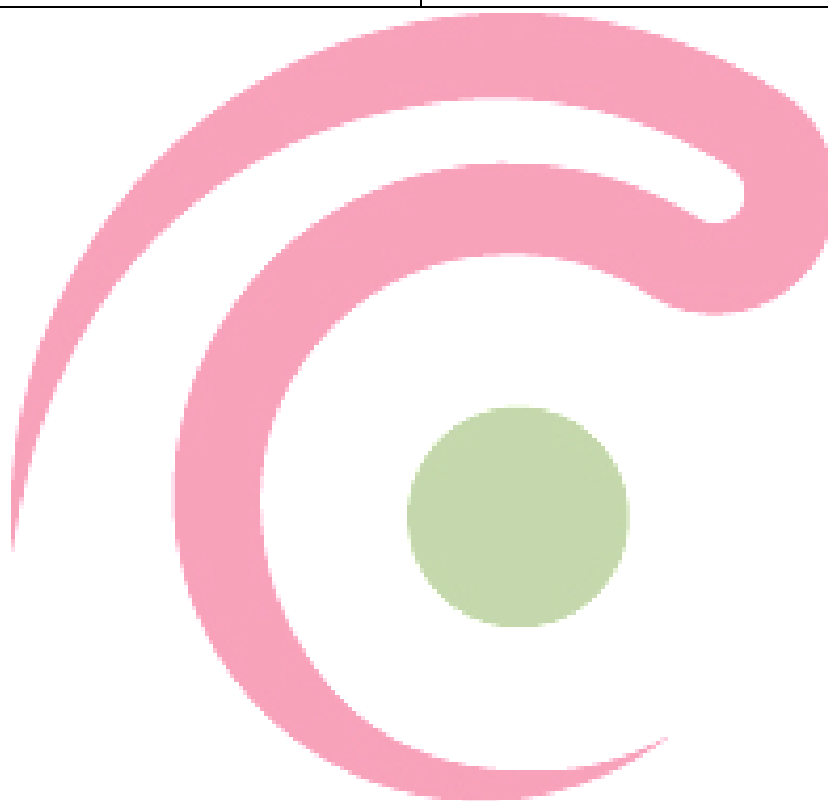
SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Une prescription médicale unique et isolée.	1. Non, insuffisant pour être considéré comme une gestion.
2. Deux mesures d'un même type de gestion sur 2 épisodes de soins différents.	2. Non.
3. Application d'un schéma si bien référencié dans le dossier.	3. Oui.
4. Suivi de la troponine.	4. Non
5. Suivi de la bilirubine chez le bébé sous les lampes.	5. Non.

➤ **G500: Gestion de la dialyse**

*Définition:*

Ensemble des activités liées à une épuration extra-rénale, à travers une membrane semi perméable et via un dialysat, de petites ou de grosses molécules et de liquide : dialyse péritonéale, hémodialyse ou hemofiltration ou hemodiafiltration, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Plasmaphérèse.	1. Non.
2. Leucaphérèse.	2. Non.



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

➤ **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 ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) 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%, la solution de glucose 5% et la combinaison de glucose 5% et de NaCl 0,9% ne sont jamais scorées.**

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Médicaments transdermiques.	1. Non.
2. Perfusions SC, avec indication de l'heure de début.	2. Oui.
3. Test de Mantoux et intra-dermo, test à visée diagnostique.	3. Non. L'information le concernant pourrait éventuellement être scoré en S200.
4. Injection de NaCl 0.9% comme placebo.	4. Non, car le NaCl 0.9% n'est jamais scoré.
5. Administration de vaccins.	5. Oui.
6. Analgésie via un cathéter crural, poplité ou scalénique.	6. Non, ce ne sont pas des voies S.C.
7. Médicaments ayant le même nom, mais ayant une dose ou une concentration différente, et ayant (ou non) une indication différente.	7. Ils ne comptent que pour un seul produit
8. Médicaments déclinés sous différentes appellations comme le nom commerciale, générique ou de la molécule et ayant les mêmes principes actifs et ayant (ou non) une indication différente.	8. Ils ne comptent que pour un seul produit .
9. Utilisation d'abréviations pour l'annotation des médicaments.	9. Non. L'utilisation d'abréviations est interdite pour l'annotation des médicaments (Art. 7 A.R. 18/06/90).

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

*Définition:*

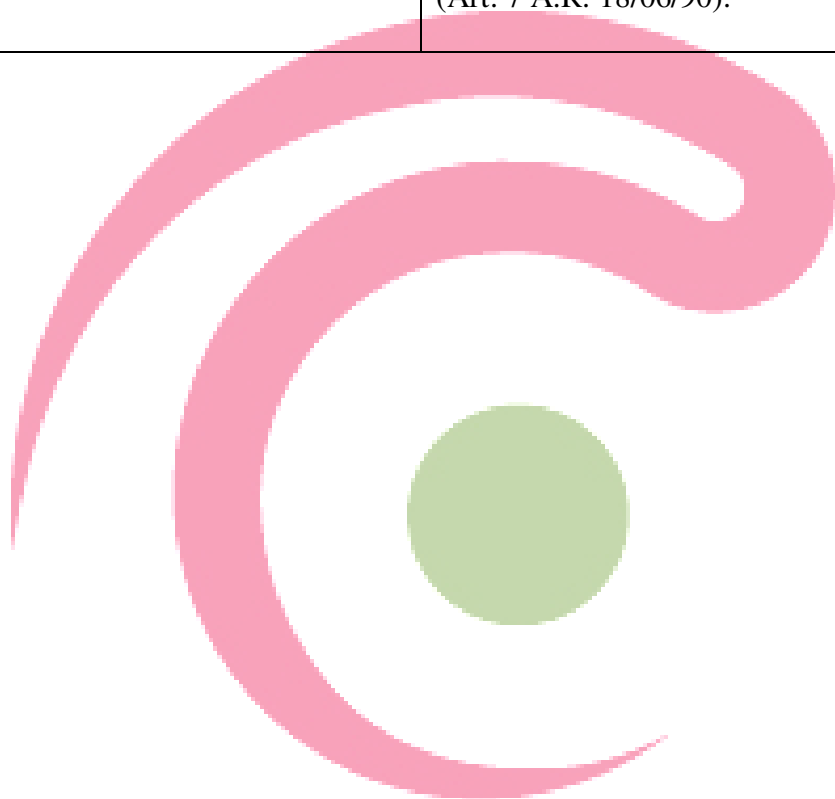
Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par voie intraveineuse.

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%, la solution de glucose 5% et la combinaison de glucose 5% et de NaCl 0,9% ne sont jamais scorées.**

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Vitamines et oligo-éléments ajoutés à la TPN.	1. Oui.
2. Alimentation parentérale totale (TPN).	2. Oui.
3. Liquides de substitution utilisés pour la dialyse.	3. Non.
4. Produits supplémentaires ajoutés aux liquides de substitution utilisés pour la dialyse.	4. Oui.
5. Produits supplémentaires ajoutés aux perfusions d'entretien veineux.	5. Oui.
6. Perfusions IV, avec indication claire du début de l'administration.	6. Oui.
7. Remplissage, à l'étage, d'une burette alors que la perfusion a été placée en salle de réveil.	7. Oui (à l'étage comme au réveil).
8. Sang et dérivés sanguins.	8. Non. Peut être scoré en N100.
9. Perfusion préparée par la pharmacie.	9. Oui, mais compte comme un seul médicament.
10. Maintien de la perméabilité d'une voie d'accès obturée par un bouchon (NaCl 0.9% et/ou anticoagulant).	10. Non, car ce n'est pas considéré comme une administration de médicament IV.
11. Placement d'une perfusion de NaCl procainé.	11. Oui.
12. Médicaments ayant le même nom, mais ayant une dose ou une concentration différente, et ayant (ou non) une indication différente.	12. Ils ne comptent que pour un seul produit.

<p>13. Médicaments déclinés sous différentes appellations comme le nom commerciale, générique ou de la molécule et ayant les mêmes principes actifs et ayant (ou non) une indication différente.</p>	<p>13. Ils ne comptent que pour un seul produit.</p>
<p>14. Pompe placée dans le service A et suivie sans aucune modification dans le service B.</p>	<p>14. Uniquement enregistrée dans le service A jusqu'au changement de seringue dans le service B.</p>
<p>15. Administration de médicaments par voie-intra-osseuse .</p>	<p>15. Non.</p>
<p>16. Utilisation d'abréviations pour l'annotation des médicaments.</p>	<p>16. Non. L'utilisation d'abréviations est interdite pour l'annotation des médicaments (Art. 7 A.R. 18/06/90).</p>





➤ **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 ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) 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%, la solution de glucose 5% et la combinaison de glucose 5% et de NaCl 0,9% ne sont jamais scorées.**

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Vitamines et oligo-éléments ajoutés à la TPN.	1. Oui.
2. Alimentation parentérale totale (TPN).	2. Oui.
3. Liquides de substitution utilisés pour la dialyse.	3. Non.
4. Produits supplémentaires ajoutés aux liquides de substitution utilisés pour la dialyse.	4. Oui.
5. Produits supplémentaires ajoutés aux perfusions d'entretien veineux.	5. Oui.
6. Perfusions IV, avec indication claire du début de l'administration.	6. Oui.
7. Placement d'une perfusion de NaCl procaïné.	7. Oui.
8. Chaque changement de seringue ou remplissage de burette.	8. Oui.
9. Remplissage, à l'étage, d'une burette alors que la perfusion a été placée en salle de réveil.	9. Oui (à l'étage comme au réveil).
10. Modification de vitesse de perfusion, administration d'un bolus.	10. Non.
11. Sang et dérivés sanguins.	11. Non. Peut être scoré en N100.
12. Maintien de la perméabilité d'une voie d'accès obturée par un bouchon (NaCl 0.9% et/ou anticoagulant).	12. Non, car ce n'est pas considéré comme une administration de médicament IV.

<p>13. Médicaments ayant le même nom, mais ayant une dose ou une concentration différente, et ayant (ou non) une indication différente.</p>	<p>13. Ils ne comptent que pour un seul produit.</p>
<p>14. Médicaments déclinés sous différentes appellations comme le nom commerciale, générique ou de la molécule et ayant les mêmes principes actifs et ayant (ou non) une indication différente.</p>	<p>14. Ils ne comptent que pour un seul produit.</p>
<p>15. Utilisation d'abréviations pour l'annotation des médicaments.</p>	<p>15. Non. L'utilisation d'abréviations est interdite pour l'annotation des médicaments (Art. 7 A.R. 18/06/90).</p>



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

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par inhalation (aérosol/puffs).

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Aérosol de solution physiologique, sans ajout de principe actif.	1. Non.
2. Administration d'oxygène.	2. Non. Le matériel utilisé pour l'administration d'oxygène peut être scoré en K200.
3. Administration de gaz tels que le Meopa®.	3. Non.
4. Médicaments ayant le même nom, mais ayant une dose ou une concentration différente, et ayant (ou non) une indication différente.	4. Ils ne comptent que pour un seul produit.
5. Médicaments déclinés sous différentes appellations comme le nom commerciale, générique ou de la molécule et ayant les mêmes principes actifs et ayant (ou non) une indication différente.	5. Ils ne comptent que pour un seul produit .
6. Utilisation d'abréviations pour l'annotation des médicaments.	6. Non. L'utilisation d'abréviations est interdite pour l'annotation des médicaments (Art. 7 A.R. 18/06/90).

➤ **H500: Administration de médicaments par voie vaginale**

Définition:

Ensemble des activités liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par voie vaginale.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Administration d'Iso-bétadine®.	1. Oui, car contient un principe actif.
2. Médicaments ayant le même nom, mais ayant une dose ou une concentration différente, et ayant (ou non) une indication différente.	2. Ils ne comptent que pour un seul produit.
3. Médicaments déclinés sous différentes appellations comme le nom commerciale, générique ou de la molécule et ayant les mêmes principes actifs et ayant (ou non) une indication différente.	3. Ils ne comptent que pour un seul produit .
4. Utilisation d'abréviations pour l'annotation des médicaments.	4. Non. L'utilisation d'abréviations est interdite pour l'annotation des médicaments (Art. 7 A.R. 18/06/90).

***Définition:*** Interventions visant à optimiser les fonctions neurologiques.

➤ **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 mesure : échelle de Glasgow, ...

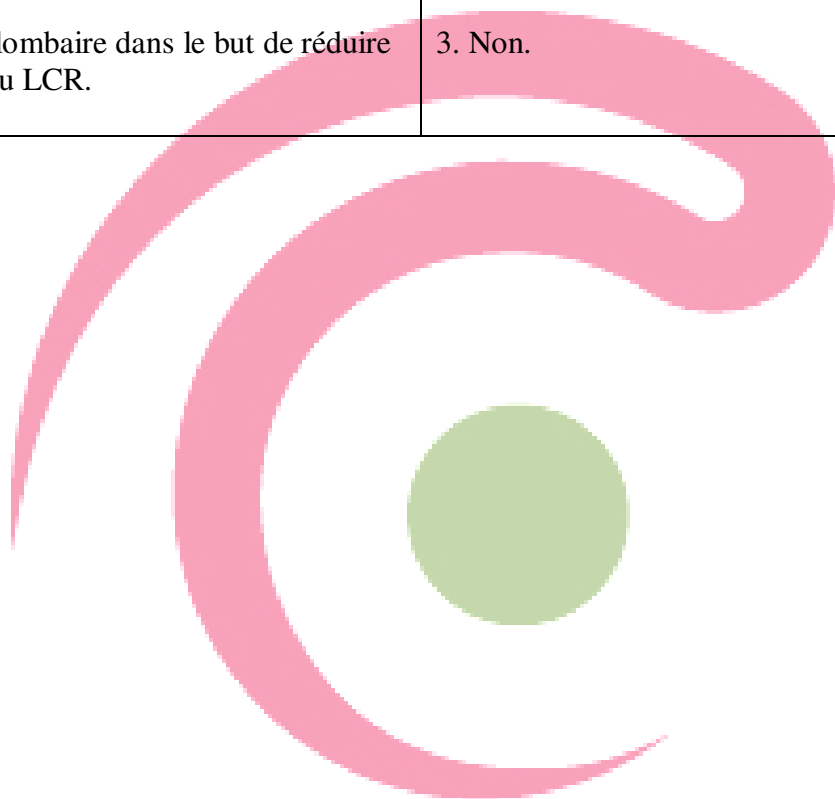
SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Instrument de mesure utilisé uniquement pour le suivi de la sédation.	1. Non. Pourrait être scorable en E400.
2. Utilisation du score de Finnegan comme instrument de mesure, en Néonatalogie (test de diagnostic d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né), pour suivre et optimiser les fonctions neurologiques.	2. Oui.
3. Mesure du score d'Apgar.	3. Non.
4. EEG continu.	4. Non, ce n'est pas un instrument de mesure.

➤ **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Réfection du pansement du cathéter de <i>drainage</i> ventriculaire externe.	1. Non. Pourrait être scorable en L200.
2. Réfection du pansement du cathéter de PIC sans drainage.	2. Non.
3. Drainage lombaire dans le but de réduire la pression du LCR.	3. Non.



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

➤ **K100: Aspiration des voies aériennes**

**Définition:**

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



➤ **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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Une ventilation non invasive comme une BIPAP ou une CPAP.	1. Oui. En combinaison avec K300.
2. Utilisation d'une canule de Mayo.	2. Non.
3. Administration de médicaments comme seul moyen d'amélioration de la respiration, quelle que soit leur forme ou leur voie d'administration (ex. aérosols, Solumédrol® IV,...).	3. Non. Peuvent être scorés en H***.
4. Matériel utilisé pour l'administration d'oxygène.	4. Oui.
5. Soins liés à une canule trachéale « ancienne », <i>sans fils</i> , pansement compris.	5. Oui. K200-3.
6. Soins liés à une canule trachéale « nouvelle », <i>avec fils</i> .	6. Oui. K200-3 pour la présence de la canule trachéale. Peut se scorer en plus en L200 ou L300, s'il y a un soin de plaie.

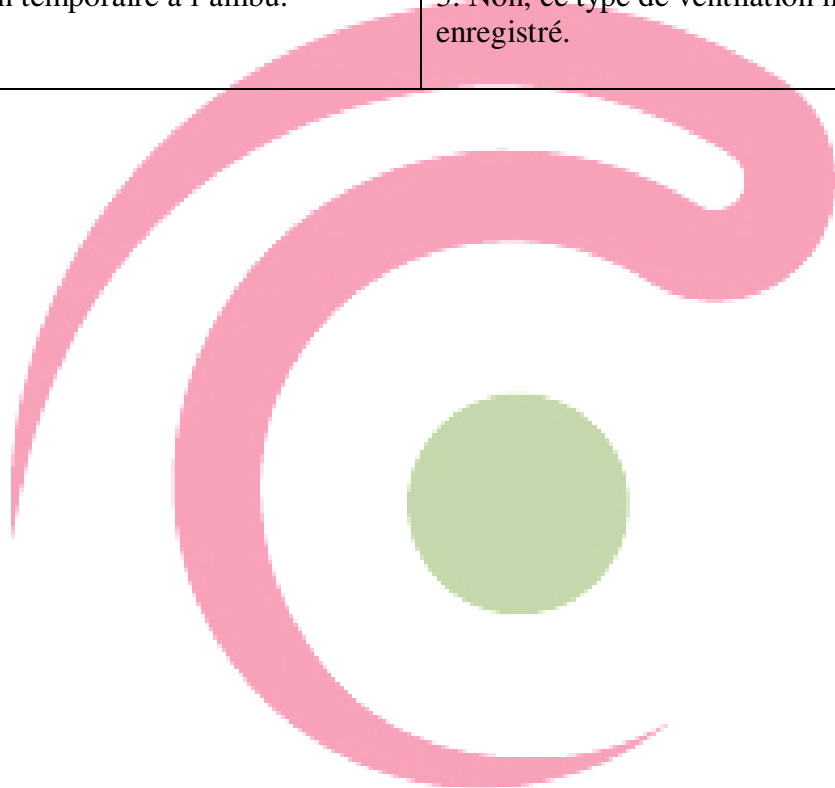


➤ **K300: Amélioration de la ventilation: ventilation artificielle**

*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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Une ventilation non invasive comme une BIPAP ou une CPAP.	1. Oui. En combinaison avec K200.
2. Utilisation de la NAVA (Neurally Adjusted Ventilatory Assist).	2. Oui, score 1.
3. Ventilation temporaire à l'ambu.	3. Non, ce type de ventilation n'est pas enregistré.



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

➤ **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 (suturée ou ouverte) et/ou d'un pansement et/ou de matériel à visée évacuatrice **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, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins de plaies.	1. Non. Peuvent être scorés en L200, L300 ou L400.
2. Surveillance des orifices de cathéters/aiguilles IV, intra-artériels, surveillance d'une incision pour une voie d'accès.	2. Non. Peut être scorée en N200 (si surveillance d'une voie d'accès permanente et utilisée), ou en I200 (si surveillance d'une pression intracrânienne).
3. Surveillance suite au retrait de matériel d'insertion avec orifice suturé ou non.	3. Oui.
4. Surveillance après l'ablation des sutures.	4. Oui, pendant les 48 premières heures.
5. Surveillance de plaies/pansements aux muqueuses et aux yeux.	5. Non.
6. Surveillance de lésions dermatologiques consécutives aux brûlures du 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> degré (codes ICD 941 à 949).	6. Non.
7. En post-partum, surveillance de l'épisiotomie, de la déchirure suturée ou non.	7. Non. Peut être scorée en W400.
8. Surveillance de mèches nasales et vaginales, de drains auriculaires.	8. Non.
9. Surveillance d'une plaie/pansement, en post-op immédiat par ex., <b>sans description</b> clinique de la plaie préalablement à la surveillance.	9. Non, insuffisant.
10. Surveillance d'une plaie/pansement, soignée aux urgences par ex., <b>sans description</b> clinique de la plaie.	10. Non, insuffisant.

<p>11. Surveillance d'une plaie/pansement <i>avec</i> indications dans le dossier, le jour même de la surveillance, de la nature et de la <i>description</i> de cette plaie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur base d'informations communiquées ou d'un document rédigé par la personne ayant pris en charge la plaie la 1<sup>ère</sup> fois (Urgences, SOP, salle technique,...)</li> <li>- sur base d'informations disponibles dans le dossier médical, avec référence dans le dossier infirmier de la présence de ces informations.</li> </ul>	<p>11. Oui.</p>
<p>12. Surveillance de l'écoulement d'un drainage thoracique, ou d'un drainage par un redon, par ex., <i>avec description</i>.</p>	<p>12. Oui.</p>
<p>13. Surveillance d'un bracelet compressif sur un point de ponction en post-coronarographie.</p>	<p>13. Oui, si la plaie post-coronarographie est décrite.</p>
<p>14. Surveillance des pouls périphériques (avec ou sans doppler).</p>	<p>14. Non, il ne s'agit pas d'une surveillance de plaie ou de pansement.</p>
<p>15. Surveillance d'un plâtre.</p>	<p>15. Non, il ne s'agit pas d'une surveillance de plaie ou de pansement.</p>
<p>16. Surveillance du pansement après circoncision.</p>	<p>16. Oui, car il s'agit d'une résection de peau.</p>

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

Définition:

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

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

**OU**

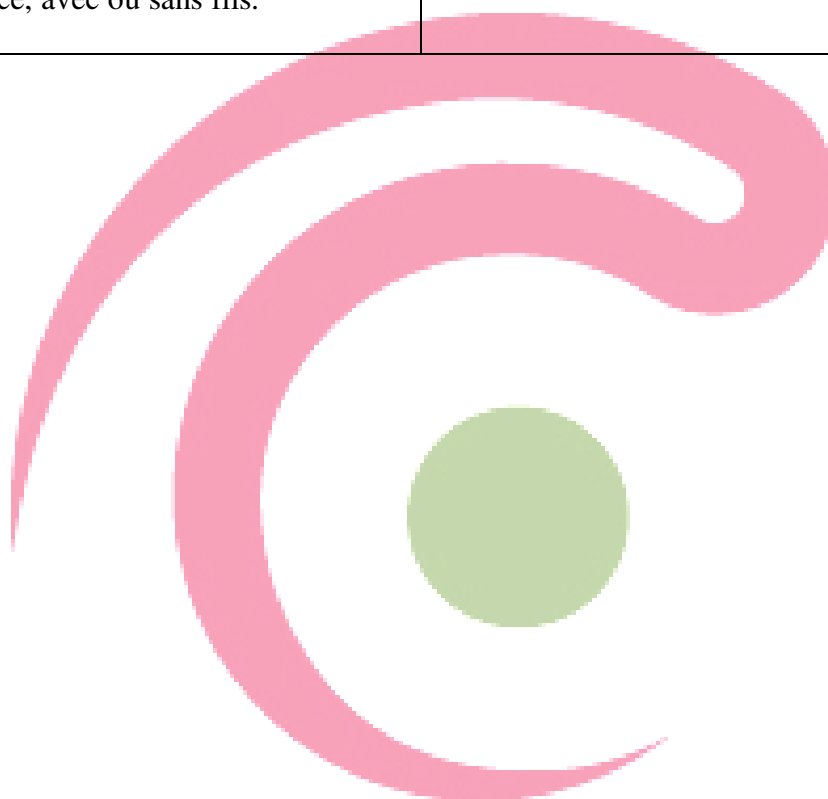
- le nettoyage et/ou la désinfection d'un point d'insertion avec le matériel en place

**ET**

- la surveillance de la plaie et/ou du point d'insertion avec le matériel en place

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. En post-partum, <i>surveillance</i> de l'épisiotomie, de la déchirure suturée ou non.	1. Non. Peut être scorée en W400.
2. Soins à l'épisiotomie <i>suturée</i> ou à la déchirure périnéale <i>suturée</i> par toilette vulvaire ou par bain de siège.	2. Oui.
3. Soins au cordon ombilical avec présence d'un clamp.	3. Oui.
4. Soins aux voies d'accès avec ou sans fils de maintien.	4. Non. Peuvent être scoré en N200 si la voie est permanente et utilisée.
5. Soins aux muqueuses et aux yeux.	5. Non.
6. Soins aux orifices d'insertion de matériel <i>en place</i> .	6. Oui.
7. Retrait de matériel d'insertion avec maintien d'un orifice <i>non suturé</i> .	7. Le retrait en soi ne se score pas mais la réfection du pansement avant retrait, oui, sous L200 ; après retrait, on pourrait scorer L300 ou L400 si persistance d'une plaie ouverte.
8. Retrait de matériel d'insertion avec orifice <i>suturé</i> .	8. Le retrait en soi ne se score pas mais la réfection du pansement avant retrait, oui, sous L200 ; après retrait on pourrait scorer L200 en raison de la suture.
9. Greffes de peau, si la plaie est <i>suturée</i> (greffon ou prise de greffe).	9. Oui.
10. « Lâchage » partiel de sutures, entraînant une ouverture de la plaie.	10. Non. Peut être scoré en L300 ou L400.

11. Soins à une plaie chirurgicale après retrait des fils ou des agrafes et présence de croûtes.	11. Non, ce n'est plus une plaie suturée.
12. Soins liés à une canule trachéale « ancienne », <i>sans fils</i> , et <i>sans</i> présence de <i>plaie</i> .	12. Non. Peut être scoré en K200-3 pour la présence de la canule trachéale.
13. Soins liés à une canule trachéale « nouvelle », <i>avec fils</i> .	13. Oui. Peut se scorer en plus en K200-3 pour la présence de la canule trachéale.
14. Soins aux orifices de cystocath avec sonde en place, avec ou sans fils.	14. Oui, matériel en place.
15. Soins aux orifices de gastrostomie avec sonde en place, avec ou sans fils.	15. Oui, matériel en place.



➤ **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, alginates, ...), pansement avec application de tulle gras, de pommade, pansement à un point d'insertion ouvert, emploi du système « woundmanager », ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins aux muqueuses et aux yeux.	1. Non.
2. « Lâchage » partiel de sutures.	2. Oui, éventuellement L400.
3. Soins à la déchirure périnéale <i>non suturée</i> .	3. Oui, éventuellement L400.
4. Greffes de peau, si la plaie est <i>ouverte</i> (greffon ou prise de greffe).	4. Oui, éventuellement L400.
5. Soins aux mèches nasales et vaginales.	5. Non.
6. Soins de brûlures avec rupture de la barrière cutanée.	6. Oui, éventuellement L400.
7. Retrait de matériel d'insertion avec maintien d'un orifice <i>non suturé</i> (plaie <i>ouverte</i> ).	7. Oui, éventuellement L400.
8. Soins à une plaie ouverte suite à une infiltration lombaire.	8. Oui, éventuellement L400.
9. Soins à un orifice post-coronarographie (par ex.) déjà fermé par une croûte et non suturé.	9. Non, ce n'est plus une plaie ouverte.
10. Soins à une plaie chirurgicale après retrait des fils ou des agrafes et présence de croûtes.	10. Non, ce n'est pas une plaie ouverte.
11. Soins liés à une canule trachéale, <i>avec présence d'une plaie</i> .	11. Oui. Peut se scorer en plus en K200-3 pour la présence de la canule trachéale.

➤ **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.
  - débridement, curetage, placement de larves ou de sangsues,
  - ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins aux muqueuses et aux yeux.	1. Non.
2. « Lâchage » partiel de sutures.	2. Oui, ou L300.
3. Soins à la déchirure périnéale <i>non suturée</i> .	3. Oui, ou L300.
4. Greffes de peau, si la plaie est <i>ouverte</i> (greffon ou prise de greffe).	4. Oui, ou L300.
5. Soins aux mèches nasales et vaginales.	5. Non
6. Soins de brûlures avec rupture de la barrière cutanée.	6. Oui, ou L300.
7. Débridement d'une plaie nécrotique fermée au début du soin.	7. Oui.
8. Retrait de matériel d'insertion avec maintien d'un orifice <i>non suturé</i> (plaie <i>ouverte</i> ).	8. Oui, ou L300.
9. Soins à une plaie ouverte suite à une infiltration lombaire.	9. Oui, ou L300

➤ **L500: Soins aux lésions dermatologiques**

Définition:

Ensemble des activités liées aux soins d'une ou de plusieurs lésions dermatologiques (en référence à la classification ICD-9 : maladies infectieuses et parasites codes 001 à 139, maladies de la peau et du tissu sous-cutané codes 680 à 709 et brûlures codes 941 à 949) **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, soins de tissus nécrosés fermés, ...

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Friction avec de l'eau de Cologne.	1. Non.
2. Massage avec une lotion hydratante.	2. Non.
3. Soins d'hydratation de brûlures cicatrisées (chéloïdes – code ICD-9) chez les grands brûlés.	3. Oui, si le code ICD-9 fait partie de ceux pris en compte pour le L500.
4. Traitement des cicatrices (code ICD-9) avec du Dermatix®	4. Oui, si le code ICD-9 fait partie de ceux pris en compte pour le L500.
5. Maladie de la peau telle que la gale, le psoriasis, nécessitant un soin préventif sur tout le corps.	5. Oui. Ensemble des zones.
6. Soins de brûlures avec rupture de la barrière cutanée.	6. Non. Peuvent être scorés en L300 ou L400.
7. Lésion dermatologique de décubitus de stade 1 : Ex.1 : application d'un pansement hydrocoloïde. Ex.2 : surveillance d'un pansement hydrocoloïde déjà en place.	7. Ex.1 : Oui. Ex.2 : Non.
8. Absence de diagnostic médical ou code ICD-9 ne faisant pas partie de ceux inclus dans la définition de l'item.	8. Non.
9. Soins aux cloques du mamelon lors de l'allaitement maternel.	9. Non.



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

➤ **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, ...).

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Surveillance de la température centrale ou périphérique du bébé.	1. Non. Peut être scoré en V300 ou V400.
2. Gestion de la thermorégulation du bébé dans un lit chauffant.	2. Non.

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

➤ **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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Transfusion autologue.	1. Oui.
2. Administration de Gammaglobulines.	2. Oui.
3. Administration d'Infliximab®.	3. Oui.
4. Administration d'albumine humaine.	4. Non, mais bien sous H200 et H300. Elle n'est pas incluse dans la liste de la définition du N100.
5. Administration de SSPP®, de Gelofusine® ou de Voluven®.	5. Non, mais bien sous H200 et H300. Les solutions de remplissage vasculaires de synthèse (cristalloïdes, colloïdes de synthèse) ne sont pas scorés sous N100.
6. Administration d'érythropoïétine.	6. Non, mais bien sous H200 et H300.

➤ **N200: Soins et/ou surveillance à une voie d'accès**

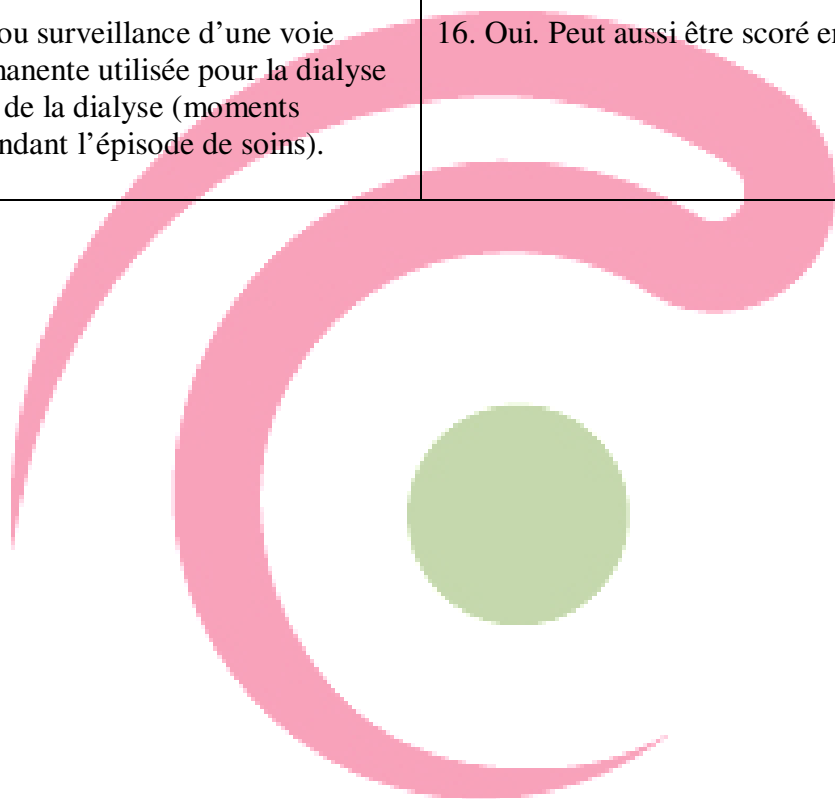
Définition:

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 et/ou prélèvement de sang par un cathéter permanent ou obturé, héparinisation d'un port-a-cath, flush d'un cathéter artériel, administration de médicaments par un drain thoracique, , ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins ou surveillance aux voies d'accès <i>permanentes et utilisées</i> , avec ou sans fils de maintien.	1. Oui.
2. Soins et/ou surveillance suite à la <i>présence</i> d'une voie d'accès pendant <i>toute la durée de l'épisode de soins et l'utilisation</i> de cette voie au moins une fois pendant l'épisode de soins.	2. Oui, la voie d'accès est permanente <b>et</b> utilisée.
3. Jours de pose et de retrait de la voie d'accès.	3. Oui, c'est l'exception à « la présence de la voie d'accès pendant toute la durée de l'épisode de soins ».
4. Perfusion sous-cutanée d'hydratation placée plusieurs fois d'affilée.	4. Oui.
5. Jour d'héparinisation d'un cathéter qui reste permanent et a été utilisé au moins une fois pendant l'épisode de soins avant sa « fermeture » par un bouchon.	5. Oui.
6. Surveillance ou réfection d'un pansement d'une voie d'accès permanente mais <b>non utilisée</b> au moins une fois pendant l'épisode de soins (ex. cathéter hépariné muni d'un bouchon).	6. Non.
7. Un prélèvement de sang est-il considéré comme une utilisation de la voie?	7. Oui.
8. Analgésie via cathéter crural, poplité ou scalénique.	8. Non.
9. Cathéter à plusieurs voies.	9. Compte pour 1 seule voie d'accès.
10. Injections directes à l'aiguille.	10. Non.

11. Electrodes.	11. Non.
12. Sonde à visée évacuatrice.	12. Non.
13. Drain thoracique intra-pleural, utilisé dans un 1 <sup>er</sup> temps avec une visée évacuatrice, puis utilisé pour l'administration de médicaments au moins une fois par épisode de soins.	13. Oui.
14. Points de ponction de fixateurs externes.	14. Non.
15. Soins et/ou surveillance d'une voie d'accès permanente utilisée uniquement pour la dialyse.	15. Non, cette activité fait partie de l'enregistrement du G500.
16. Soins et/ou surveillance d'une voie d'accès permanente utilisée pour la dialyse <b>et</b> en-dehors de la dialyse (moments différents pendant l'épisode de soins).	16. Oui. Peut aussi être scorié en G500.



➤ **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 soins réalise un prélèvement de sang veineux et collecte des tubes en vue d'une analyse.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est-elle considérée comme un résultat ?	1. Oui.
2. Essais de prélèvement non fructueux.	2. Non.
3. Nombre de tubes collectés.	3. Non, uniquement nombre de séquences de prélèvements.
4. 2 prélèvements au même moment sur 2 sites différents (par ex. pour des hémocultures).	4. Oui, 2 séquences de prélèvements.
5. Prélèvement d'hémoculture sur poche de dérivés sanguins.	5. Non.
6. Prélèvement sanguin au moment de la section du cordon ombilical.	6. Non.
7. Prélèvement sanguin par un cathéter ombilical.	7. Oui.
8. Situation : prélèvement à 23h30 et obtention du résultat de l'analyse à 00h30.	8. Oui. Dans certains cas, le résultat n'est pas obtenu au cours du même épisode de soins ; l'essentiel est de pouvoir associer, dans le dossier du patient, avec certitude un prélèvement et son résultat.

➤ **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 soins réalise un prélèvement de sang artériel et collecte des tubes en vue d'une analyse.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est-elle considérée comme un résultat ?	1. Oui.
2. Essais de prélèvement non fructueux.	2. Non.
3. Nombre de tubes collectés.	3. Non, <b>uniquement le nombre de séquences de prélèvements.</b>
4. Prélèvement sanguin au moment de la section du cordon ombilical.	4. Non.
5. Prélèvement sanguin par un cathéter ombilical.	5. Oui.

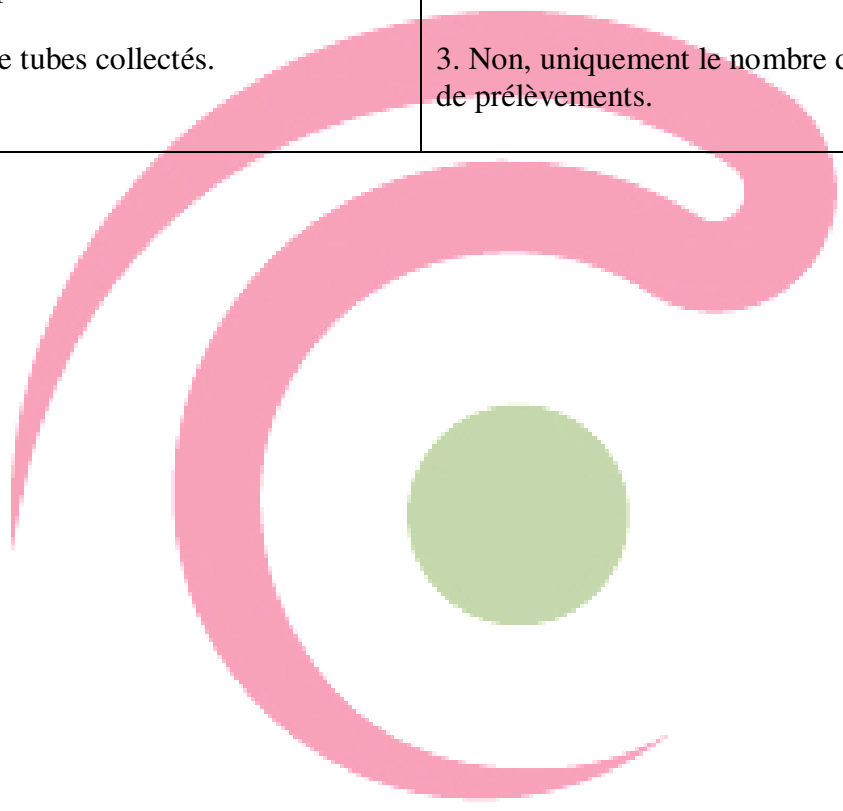
➤ **N500: Prélèvements sanguins capillaires**

*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 soins réalise un prélèvement de sang capillaire en vue d'une analyse.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est-elle considérée comme un résultat ?	1. Oui.
2. Essais de prélèvement non fructueux.	2. Non.
3. Nombre de tubes collectés.	3. Non, uniquement le nombre de séquences de prélèvements.

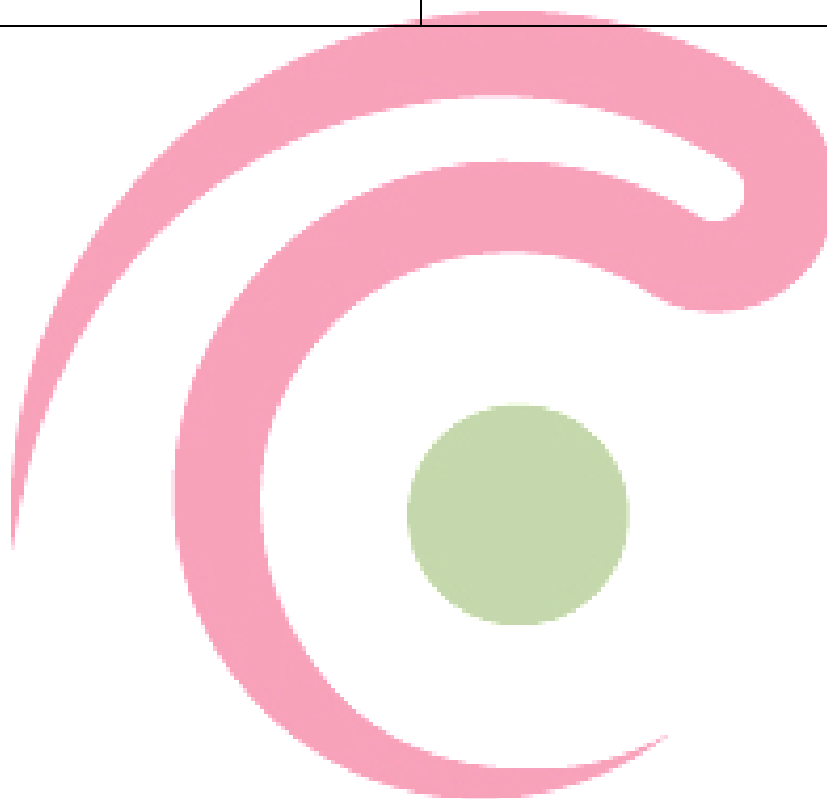


➤ **N600: Suivi d'une assistance cardio-circulatoire électrique**

*Définition:*

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Défibrillation d'un patient.	1. Non.
2. Simple présence de l'appareil, des fils ou des électrodes.	2. Non, insuffisant.
3. Pacing transthoracique.	3. Oui.

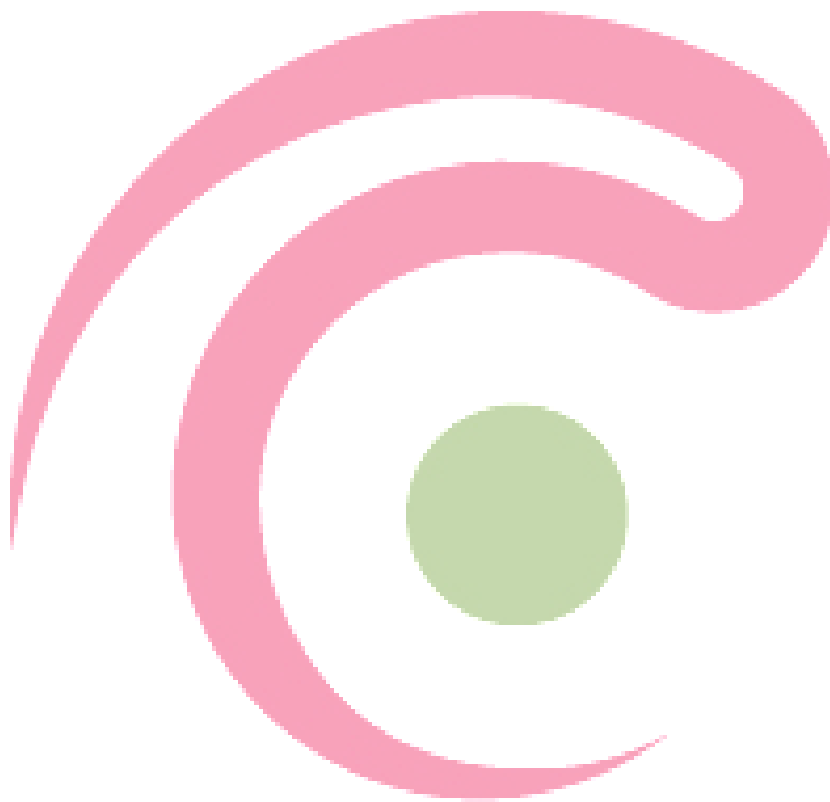


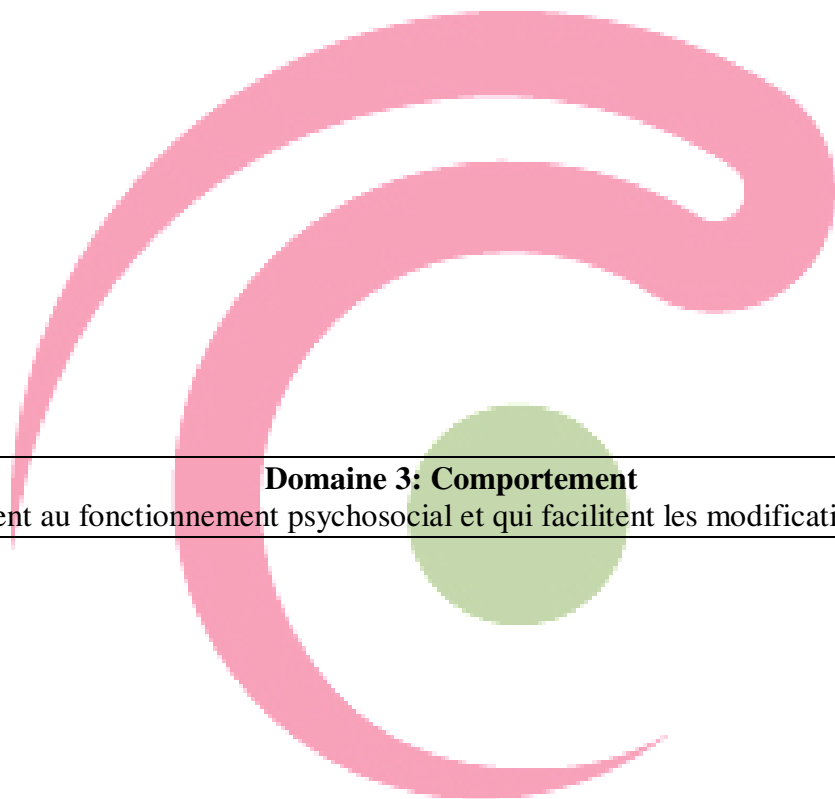


➤ **N700: Suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique**

*Définition:*

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





**Domaine 3: Comportement**

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

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

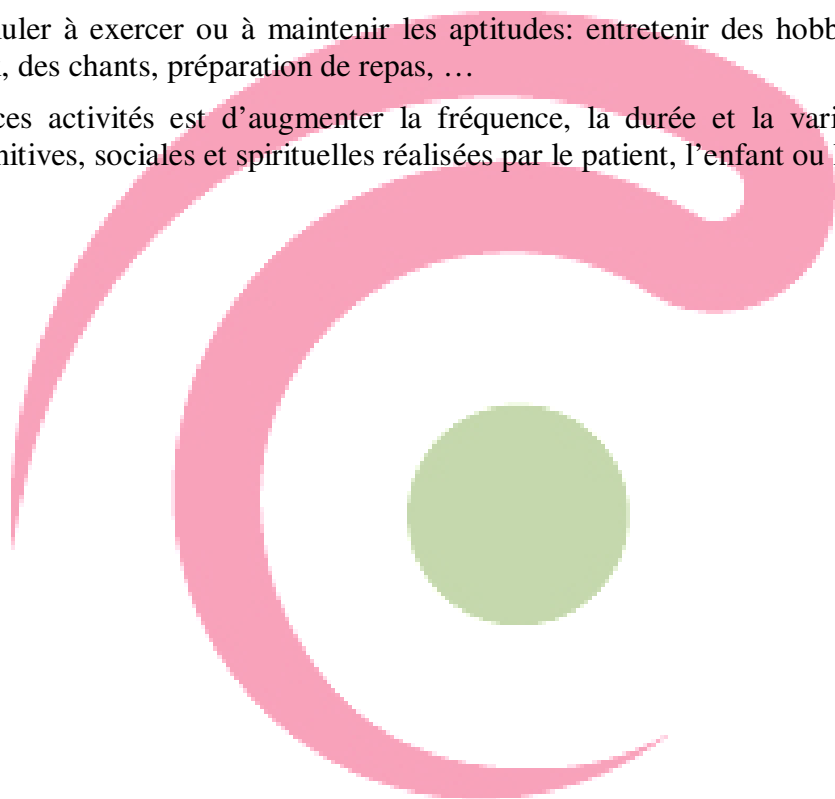
➤ **O100: Gestion des activités**

**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: entretenir des hobbies, participer à des jeux, des chants, préparation de repas, ...

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



➤ **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 infirmiers (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 syndromes (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 sexuels 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 au contrôle des impulsions:*** aider le patient à remédier à son comportement impulsif, secondaire à des situations sociales ou interpersonnelles, grâce à l'application de stratégies de résolution de problèmes
- ***établissement de limites:*** détermination de paramètres distinguant un comportement acceptable d'un comportement inacceptable de la part d'un patient.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Soins aux patients atteints de démence.	1. Non. Pourrait être scoré en P100.
2. Soins aux patients atteints de délirium.	2. Non. Pourrait être scoré en V700.

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

➤ **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 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 infirmier (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 reminiscence:** utilisation du rappel des événements, des pensées et des émotions passées afin de faciliter l'adaptation aux circonstances actuelles.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Patient sortant d'une narcose.	1. Non.
2. Prise en charge occasionnelle tous les jours.	2. Oui.

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

➤ **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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Utilisation d'un appareil auditif, de lunettes ou de lentilles, d'une prothèse phonatoire.	1. Non.
2. Intervention d'un interprète, y compris pour la langue des signes.	2. Non.

**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.

➤ **R110: Soutien émotionnel de base**

Définition:

Ensemble des activités permettant au patient, à sa famille ou à une personne significative 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 une personne 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
- ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. En cas de décès du patient.	1. Oui.
2. En cas de décès d'un nouveau-né.	2. Oui : dans le dossier de la maman si elle est hospitalisée ; dans le dossier du bébé si la maman n'est plus hospitalisée.
3. Pleurs d'un nouveau-né lorsque son linge est sale, qu'il a faim, ...	3. Non, ni chez le bébé ni chez la maman car le nouveau-né pleure par réflexe.
4. Une maman hospitalisée en maternité a besoin d'un soutien émotionnel suite aux pleurs de son bébé qu'elle n'arrive pas à gérer.	4. Oui, chez la maman. Il s'agit d'un besoin de la maman.

➤ **R120: Soutien émotionnel particulier**

Définition:

Ensemble des activités liées au soutien émotionnel du patient, de sa famille ou d'une personne significative 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 significative 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**
- ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. En cas de décès du patient.	1. Oui.
2. En cas de décès d'un nouveau-né.	2. Oui : dans le dossier de la maman si elle est hospitalisée ; dans le dossier du bébé si la maman n'est plus hospitalisée.



➤ **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 significative 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 significative pour l'accompagner de manière intensive.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. En cas de décès du patient.	1. Oui.
2. En cas de décès d'un nouveau-né.	2. Oui : dans le dossier de la maman si elle est hospitalisée ; dans le dossier du bébé si la maman n'est plus hospitalisée.

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

➤ **S100: Sensibilisation/Education spécifique**

***Définition:***

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

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Sensibilisation / éducation concernant une intervention chirurgicale (périodes PRE et PER) ou un examen diagnostic.	1. Non. Peut être scoré en S200.
2. Sensibilisation / éducation concernant l'élimination urinaire et/ou fécale.	2. Non. Peut être scoré en B600.
3. Sensibilisation / éducation concernant l'alimentation.	3. Non. Peut être scoré en D500.
4. Sensibilisation / éducation concernant les soins d'hygiène.	4. Non. Peut être scoré en F200.
5. Sensibilisation / éducation concernant la gestion de la glycémie.	5. Non. Peut être scoré en G300.
6. Communication au patient de la valeur de la glycémie.	6. Non. S'il y a une "Gestion de la glycémie", l'item G300 peut être scoré.
7. Information concernant un prélèvement sanguin capillaire après une opération.	7. Non. Peut être scoré en N500.

<p>8. Recommandations dans le cadre d'une prise en charge d'un patient diabétique <b>sans</b> gestion de la glycémie. Ex. type de chaussures et de chaussettes, ponçage du pied, pédicure, coupe d'ongles,...</p>	<p>8. Oui, si les activités réalisées concernent un traitement ou une prévention particulière.</p>
<p>9. Recommandations dans le cadre d'une prise en charge d'un patient diabétique <b>sans</b> gestion de la glycémie. Ex. conseils de base d'hygiène des pieds.</p>	<p>9. Non, car il s'agit de conseils de base. Peut être scoré en F200/1.</p>
<p>10. En maternité et néonatalogie, la sensibilisation / éducation concernant le <b>bébé</b>.</p>	<p>10. Oui, dans le dossier du bébé, dans la mesure où ces activités sont destinées à permettre aux personnes significatives de retrouver leur autonomie, face à des situations particulières telles que décrites dans la définition. Le bébé ne peut pas retrouver une autonomie qu'il n'avait pas avant.</p>
<p>11. En maternité et néonatalogie, la sensibilisation / éducation concernant le recouvrement de l'autonomie de la <b>maman</b>.</p>	<p>11. Oui, dans le dossier de la maman, tant que la maman est encore hospitalisée. Si la maman n'est plus hospitalisée, peut alors être scoré dans le dossier du bébé.</p>
<p>12. Technique d'utilisation du tire-lait.</p>	<p>12. Oui</p>
<p>13. Rappel presque quotidien, au patient gériatrique ayant des troubles de mémoire, d'informations concernant le processus de sa maladie ou la gestion des médicaments prescrits, par ex.</p>	<p>13. Oui</p>
<p>14. Simple communication fonctionnelle pendant un soin.</p>	<p>14. Non</p>
<p>15. Donner uniquement une brochure.</p>	<p>15. Non, insuffisant.</p>
<p>16. Informations données dans le cadre du déroulement de la journée ou lors de l'installation d'un patient dans sa chambre (lors de l'admission par ex.).</p>	<p>16. Non, insuffisant.</p>
<p>17. Explications données par l'infirmière d'une unité de soins à l'infirmière d'une autre unité, lors du transfert d'un patient d'une unité de soin à une autre.</p>	<p>17. Non. L'information / éducation donnée doit être adressée au patient, sa famille ou toute autre personne significative.</p>

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

Définition:

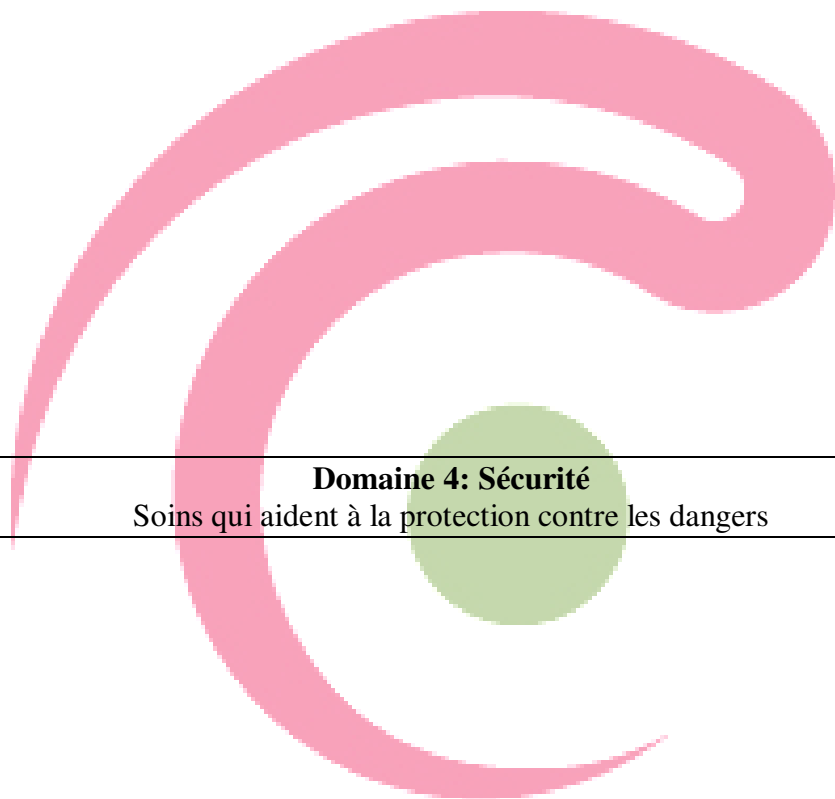
Ensemble des activités éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences concernant une intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen diagnostique invasif:

- information sur le déroulement de l'intervention chirurgicale
- éducation 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 significative.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Sensibilisation / éducation spécifique.	1. Non. Peut être scoré en S100.
2. Sensibilisation / éducation concernant l'élimination urinaire et/ou fécale.	2. Non. Peut être scoré en B600.
3. Sensibilisation / éducation concernant l'alimentation.	3. Non. Peut être scoré en D500.
4. Sensibilisation / éducation concernant les soins d'hygiène.	4. Non. Peut être scoré en F200.
5. Sensibilisation / éducation concernant la gestion de la glycémie.	5. Non. Peut être scoré en G300.
6. Informations, éducation en post-opératoire.	6. Non. Un autre item lié à l'éducation pourrait être scoré.
7. Sensibilisation / éducation concernant, par ex., les examens suivants : gastroscopie avec ou sans biopsie, CT-scan avec injection de produit de contraste.	7. Oui, car ce sont des <b>examens invasifs</b> selon la définition du manuel : franchissement de la barrière cutanée, des muqueuses ou d'un orifice naturel corporel.
8. Sensibilisation / éducation lors d'une prise de sang.	8. Non.
9. Sensibilisation / éducation concernant, par ex., les examens suivants : CT-scan sans injection de produit de contraste, CT-scan nécessitant de boire le produit de contraste, radiographie, échographie.	9. Non, car ces examens ne sont pas invasifs selon la définition du manuel.

<p>10. Sensibilisation / éducation lors d'examens médicaux invasifs tels qu'une ponction lombaire, une ponction d'ascite, un placement de cathéter artériel ou veineux central, par ex.</p>	<p>10. Oui, si les examens invasifs ont une <b>visée diagnostique</b>.</p>
<p>11. Sensibilisation / éducation lors d'une infiltration lombaire.</p>	<p>11. Non. Ce n'est ni une intervention chirurgicale ni un examen diagnostique invasif.</p>
<p>12. En maternité et néonatalogie, la sensibilisation / éducation concernant le <b>bébé</b>.</p>	<p>12. Oui, dans le dossier du bébé, dans la mesure où ces activités sont destinées à permettre aux personnes significatives de retrouver leur autonomie, face à des situations particulières telles que décrites dans la définition. Le bébé ne pouvant pas retrouver une autonomie qu'il n'avait pas avant.</p>
<p>13. En maternité et néonatalogie, la sensibilisation / éducation concernant la <b>maman</b>.</p>	<p>13. Oui, dans le dossier de la maman.</p>
<p>14. Simple communication fonctionnelle pendant un soin.</p>	<p>14. Non</p>
<p>15. Donner uniquement une brochure.</p>	<p>15. Non, insuffisant.</p>
<p>16. Explications données par l'infirmière d'une unité de soins à l'infirmière d'une autre unité, lors du transfert d'un patient d'une unité de soin à une autre.</p>	<p>16. Non. L'information / éducation donnée doit être adressée au patient, sa famille ou toute autre personne significative.</p>



**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.

➤ **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 et/ou l'expertise clinique au minimum une fois par semaine
- éviter leur apparition en utilisant du matériel dynamique de prévention: matelas alternating, matelas dynamique, lit fluidisé, ...

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Réévaluation du risque d'escarre lors d'un transfert d'unité.	1. Oui.
2. La présence unique de matelas de prévention d'escarres dans certaines unités permet-elle un enregistrement systématique ?	2. Non, la présence seule d'un matelas de prévention d'escarres ne suffit pas.

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

Définition:

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

- évaluer le risque d'escarres en utilisant un instrument de mesure et/ou l'expertise clinique au minimum une fois par semaine
- 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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Réévaluation du risque d'escarre lors d'un transfert d'unité.	1. Oui.
2. La présence unique de matelas de prévention d'escarres dans certaines unités permet-elle un enregistrement systématique ?	2. Non, la présence seule d'un matelas de prévention d'escarres ne suffit pas.



➤ **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 CO<sub>2</sub>
- saturation artérielle en oxygène (captation transcutanée)
- 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

SITUATION	ENREGISTREMENT
<p><b>1. Durée du monitoring continu inférieure ou égale à 3h.</b></p> <p>=&gt; Ex.1 : 1<sup>er</sup> jour de branchement au monitoring continu.</p> <p>=&gt; Ex.2 : En maternité, 3 périodes de monitoring continu de 2h chacune.</p>	<p>1. Oui, s'il y a minimum 3 mesures par paramètre et validées par l'infirmier.</p> <p>=&gt; Ex.1 : V300/1 (si 1 paramètre mesuré).</p> <p>=&gt; Ex.2 : V300/2 (si 2 paramètres différents mesurés).</p>
<p>2. En salle de travail : surveillance en continu des contractions utérines.</p>	<p>2. Non, peut être scoré en W200.</p>
<p>3. En salle de travail : surveillance en continu de la saturation en oxygène, du pouls de la maman et monitoring foetal.</p>	<p>3. Oui, s'il y a minimum 3 mesures par paramètre, avec un maximum de 3h entre 2 mesures et validées par l'infirmier, on pourrait scorer V300/3.</p>
<p>4. Paramètre enregistré en continu et en discontinu pendant le même épisode de soins. Ex. : la pression artérielle mesurée en continu via un cathéter artériel et en discontinu au brassard.</p>	<p>4. V300 oui, V400 non (pas de cumul des 2 items au cours du même épisode de soin pour le même paramètre).</p>

5. Monitoring des patientes ambulantes en maternité.	5. Non.
6. Surveillance d'un holter.	6. Non.
7. Surveillance en continu d'un paramètre non repris dans la liste du manuel 1.6.	7. Non, liste exhaustive pour le V300.
8. Surveillance en continu de la saturation en oxygène mais à visée cérébrale, par un procédé proche de la captation transcutanée.	8. Oui, peut être assimilé au 6 <sup>ème</sup> point de la liste.
9. Surveillance de la pression artérielle via un brassard électronique.	9. Non, peut être scoré en V400.
10. Surveillance via une télémétrie.	10. Oui, s'il y a minimum 3 mesures par paramètre, avec un maximum de 3h entre 2 mesures et validées par l'infirmier.
11. Validation en bloc du print-out du monitoring continu.	11. Non, validation insuffisante, car elle indique seulement qu'il y a un monitoring continu et non une surveillance des paramètres.
12. 3 mesures par paramètre notées dans le dossier, avec un maximum de 3h entre les 2 mesures, mais non validées systématiquement par l'infirmière.	12. Non. Peut être scoré en V400.

➤ **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 détecter 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 CO<sub>2</sub>
- 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/ 'Wedge'
- monitoring fœtal

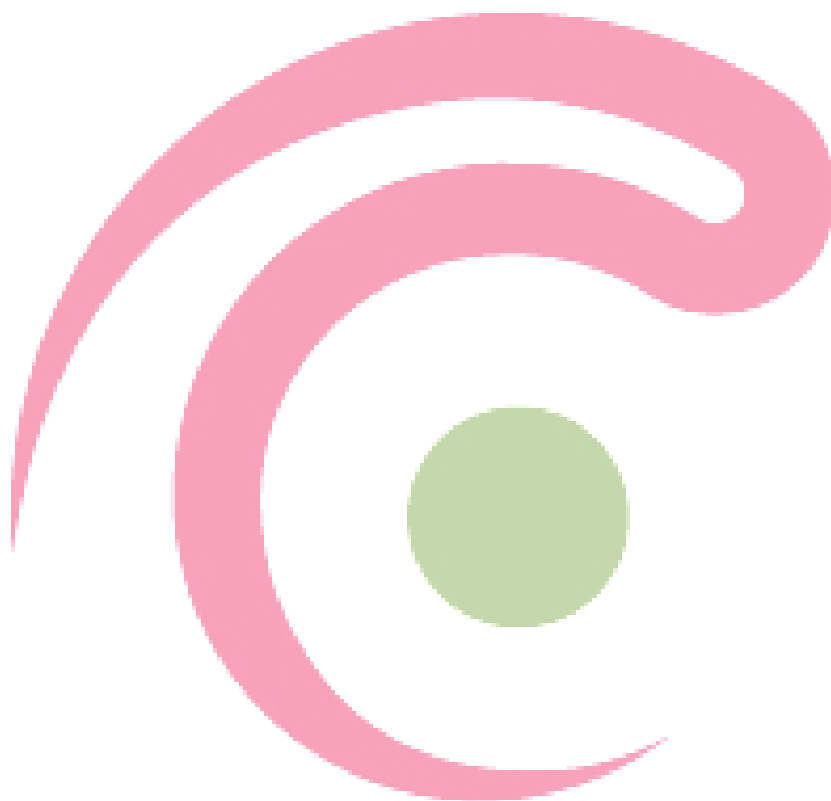
SITUATION	ENREGISTREMENT
<p><b>1. Durée du monitoring continu inférieure ou égale à 3h.</b></p> <p>=&gt; Ex.1 : 1<sup>er</sup> jour de branchement au monitoring continu.</p> <p>=&gt; Ex.2 : En maternité, 3 périodes de monitoring continu de 2h chacune.</p>	<p>1. Non. Peut être scoré en V300 s'il y a minimum 3 mesures par paramètre et validées par l'infirmier.</p> <p>=&gt; Ex.1 : V300/1 (si 1 paramètre mesuré).</p> <p>=&gt; Ex.2 : V300/2 (si 2 paramètres différents mesurés).</p>
<p>2. Paramètre enregistré en continu et en discontinu pendant le même épisode de soins. Ex. la pression artérielle mesurée en continu via un cathéter artériel et en discontinu au brassard.</p>	<p>2. V400 non, V300 oui (pas de cumul des 2 items au cours du même épisode de soin pour le même paramètre).</p>
<p>3. Surveillance de la pression artérielle via un brassard électronique.</p>	<p>3. Oui.</p>
<p>4. Surveillance en discontinu de la pression artérielle sans validation par l'infirmière.</p>	<p>4. Non, contrôles non respectés.</p>

5. Validation en bloc du print-out du monitoring.

6. Pour un monitoring continu, 3 mesures par paramètre notées dans le dossier, avec un maximum de 3h entre les 2 mesures, mais non validées systématiquement par l'infirmière.

5. Non, validation insuffisante car elle indique seulement qu'il y a un monitoring continu et non une surveillance des paramètres.

6. Oui.



➤ **V500: Prélèvements tissulaires ou de matériel organique**

Définition:

Ensemble des activités liées 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, prélèvement de placenta, ...).

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Essais non fructueux de prélèvements.	1. Non.
2. Prélèvements réalisés par le médecin.	2. Non.
3. Prélèvements de sang, hémocultures.	3. Non. Peuvent être scorés dans la Classe N.
4. 2x prélèvement d'urines + 1x prélèvement de selles + 1x prélèvement de sécrétions, faits à des moments différents.	4. Oui, V500/4 (nombre de tous les prélèvements faits pour lesquels on peut retrouver un résultat individuel).
5. 3 frottis de dépistage MRSA faits au même moment et pour lesquels il n'y a qu'un seul résultat groupé.	5. Oui, V500/1. Dans ce cas, les 3 prélèvements sont considérés en pratique, comme un seul prélèvement, d'autant plus que le résultat est groupé.
6. Test d'haleine ou de souffle (Ex. Test lactose).	6. Non.
7. Prélèvements post-mortem (Ex. bébé mort-né).	7. Non, les soins aux patients décédés ne sont pas scorés. (L'Art infirmier, selon l'A.R. N° 78, s'adresse aux personnes saines ou malades, et non aux morts).
8. Prélèvement de selles pour faire un hématest. Visée diagnostique.	8. Oui.

➤ **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).

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Plusieurs patients dans la même chambre, bénéficiant des mêmes précautions additionnelles.	1. Oui, pour chacun des patients.
2. Couveuse comme isolement architectural.	2. Oui.
3. Mesures préventives.	3. Oui.
4. Mesures d'hygiène ou d'asepsie de base dans le cadre de la réalisation d'un soin ou d'un examen. (Ex. lors de l'assistance au médecin au cours d'une bronchoscopie).	4. Non.
5. Isolement en cas d'injection d'isotopes.	5. Non, il ne s'agit pas de prévention de la propagation de germes.
6. Organisation d'une plage opératoire en dehors du programme, avec un passage en salle de réveil, pour un patient infecté.	6. Non, il s'agit d'un isolement temporel et non architectural, sauf si le patient est dans un box spécifique de la salle de réveil.

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

*Définition:*

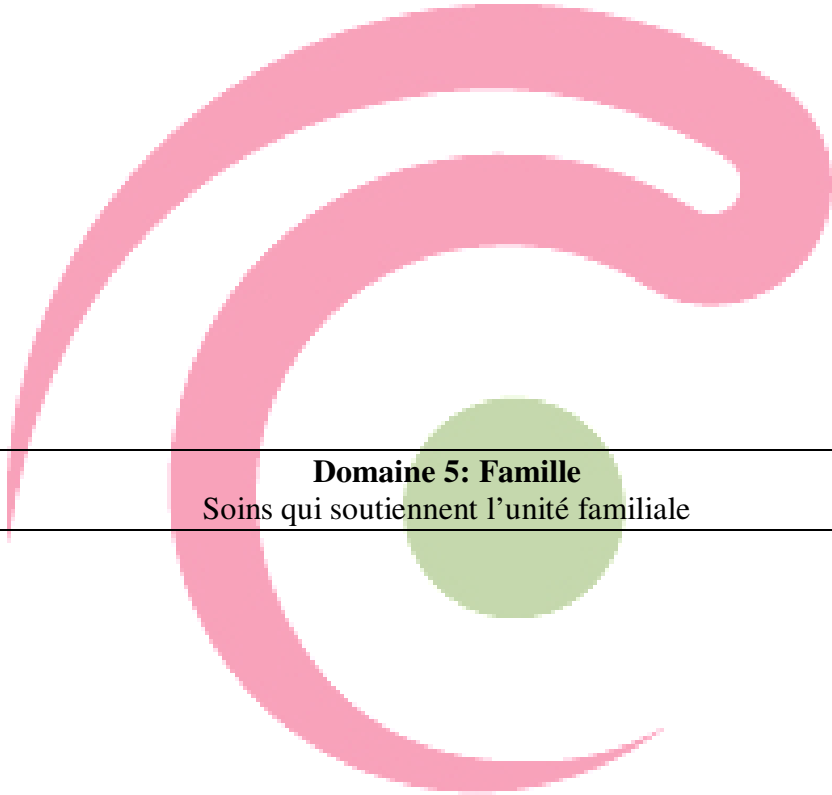
Ensemble des activités de protection physique liées aux soins d'un patient désorienté dans le temps et/ou dans l'espace, suite à un trouble d'ordre physique, chimique ou psychique (prise en charge de la démence, du délirium, d'hallucinations, de la confusion, ...) pour prévenir les lésions corporelles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

- **instauration et suivi d'une contention physique** : mettre, contrôler et ôter les mesures de contention utilisées afin de réduire la mobilité du patient (gilet thoracique, ceinture abdominale, attaches de poignets et de chevilles, siège gériatrique avec tablette, ...)

**ET/OU**

- **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 ou de l'hôpital (bracelets électroniques, unité de soins fermée, ...)

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Placement uniquement de barrières de lit.	1. Non.
2. Présence de matériel orthopédique (plâtre).	2. Non.
3. Patient désorienté hospitalisé dans une unité de soin fermée, ou qui peut se promener dans l'hôpital mais pas en sortir.	3. Oui, une restriction de la mobilité du patient désorienté à une unité ou à l'hôpital fait partie de la contrainte physique.



**Domaine 5: Famille**  
Soins qui soutiennent l'unité familiale

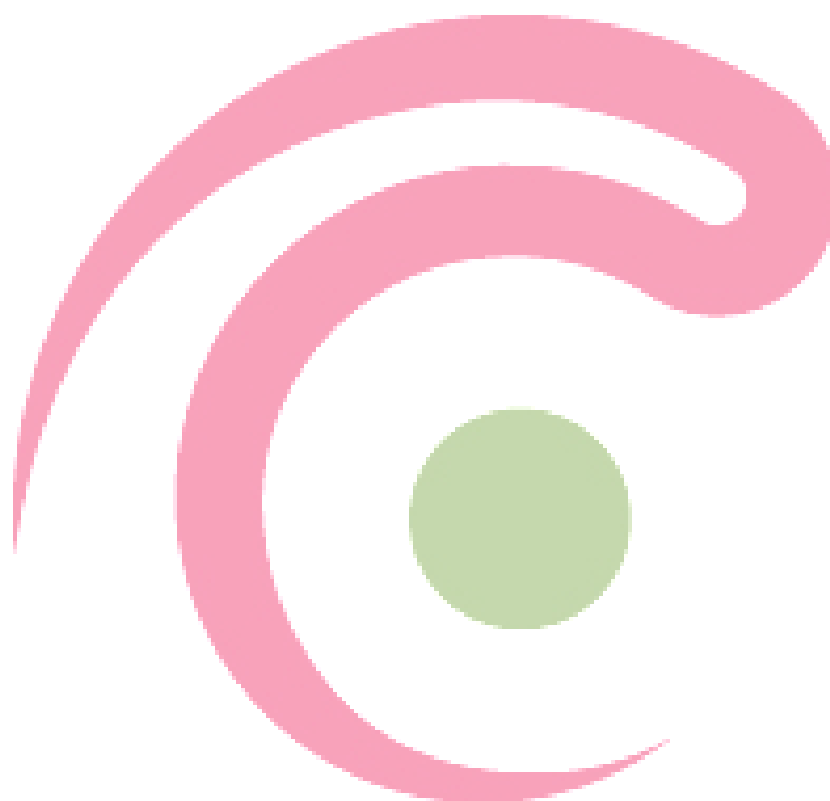


***Définition:*** Interventions visant à la compréhension et à l'acceptation des changements mentaux et physiques lors de la grossesse et la naissance.

➤ **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.

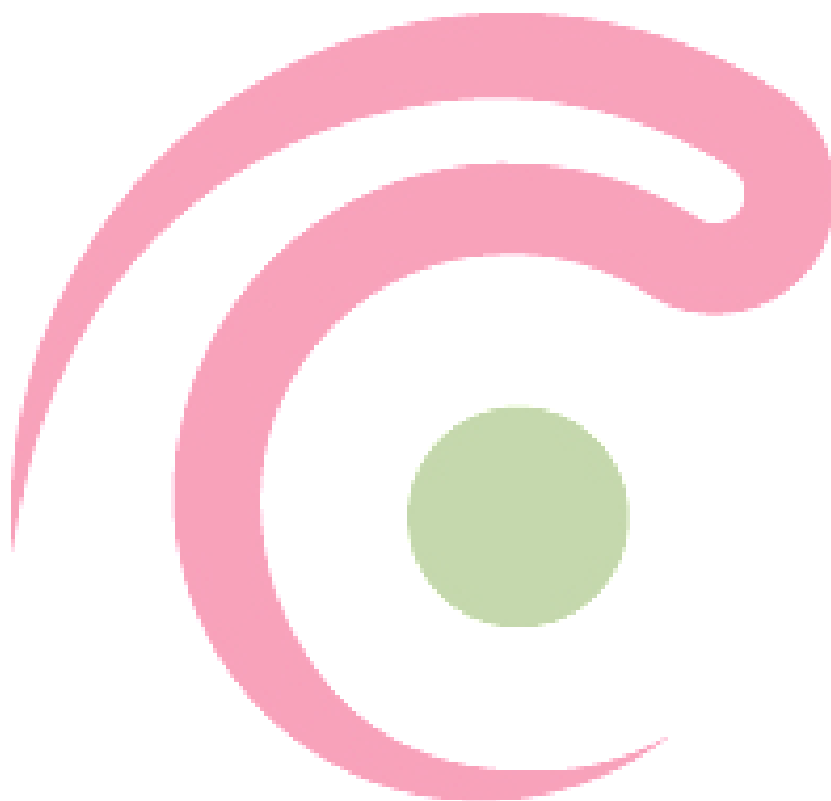


➤ **W200: Soins ante-partum: suivi de l'activité utérine**

*Définition:*

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

- réalisation d'un monitoring maternel: mesure des contractions utérines
- réalisation d'un toucher vaginal
- palpation de l'activité utérine.

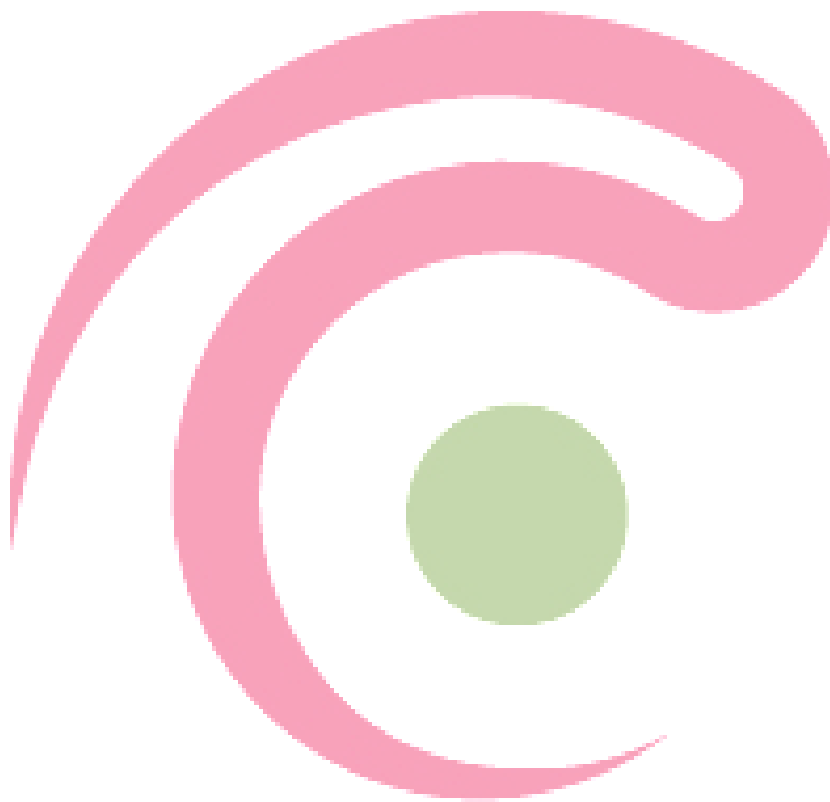


➤ **W300: Accouchement par une sage-femme**

*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.



➤ **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)

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Utilisation du tire-lait.	1. Non.

➤ **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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Chez le bébé (jusqu'à 3 ans compris).	1. Oui.
2. Chez la maman.	2. Non.
3. Mise au sein pour l'allaitement maternel.	3. Non. Peut être scoré en D200.
4. Allaitement maternel/artificiel <b>et</b> soin « kangourou » au cours du même épisode de soins, <b>mais</b> à un moment de soin différent.	4. Oui. W500 et D200 peuvent être cumulés (Moments de soin différents).

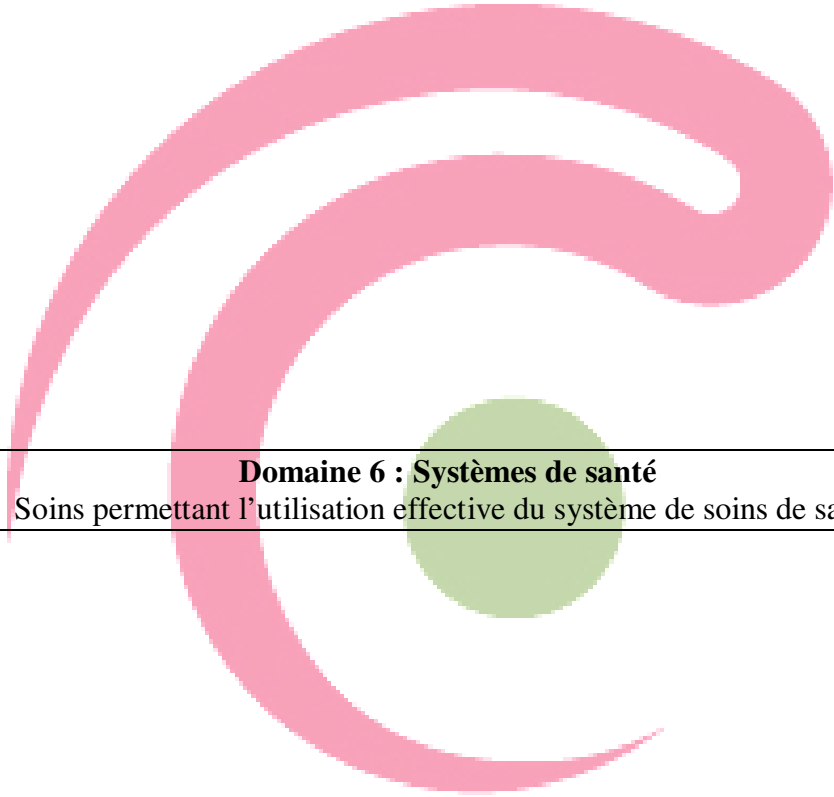
***Définition:*** Interventions visant à faciliter le fonctionnement de l'unité familiale et à promouvoir la santé et le bien-être des membres de la famille tout au long de leur vie.

➤ **X100: Rooming-in**

***Définition:***

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Accompagnement assuré par plusieurs personnes se relayant au chevet du patient.	1. Oui.
2. En maternité.	2. Oui, uniquement chez la maman.



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

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

➤ **Y100: Médiation interculturelle**

**Définition:**

Ensemble des activités liées à la négociation/l'échange avec le patient, la famille ou une personne significative 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.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Jour du décès du patient.	1. Oui.
2. Intervention du médiateur pour une traduction seule.	2. Non.



➤ **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 significative.

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

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Consultation et/ou récolte de données administratives, sociales et/ou médicales.	1. Non, cela ne constitue pas une anamnèse infirmière.
2. Rédaction d'une feuille de transfert.	2. Non, cela ne constitue pas une anamnèse infirmière.
3. Nouveau bilan des besoins en soins infirmiers, avec évolution de l'état du patient, si l'évolution du patient ou un changement d'optique de soins le justifient, et rédigé dans un nouveau document d'anamnèse.	3. Oui, la réalisation de l'anamnèse peut être scoriée plusieurs fois au cours du séjour du patient.
4. Quelques besoins en soins infirmiers sont seulement envisagés.	4. Non, anamnèse incomplète.
5. Simple actualisation d'un élément de l'anamnèse infirmière.	5. Non, insuffisant pour scorer une 2 <sup>ème</sup> réalisation d'anamnèse au cours du séjour du patient.
6. Actualisation de certains éléments de l'anamnèse infirmière dans le cadre d'admissions régulières pour un traitement de chimiothérapie en hospitalisation de jour.	6. Non, anamnèse incomplète. Insuffisant pour scorer une nouvelle réalisation d'anamnèse.
7. Possibilité de scorer une anamnèse infirmière et des activités de contact avec les autres institutions, au cours du même épisode de soins.	7. Oui, l'anamnèse concerne l'intramuros, tandis que les contacts avec les autres institutions sont extramuros.

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

➤ **Z100: Evaluation fonctionnelle, mentale, psycho-sociale**

***Définition:***

Ensemble des activités liées à l'évaluation systématique de l'état fonctionnel, mental ou psycho-social d'un patient à l'aide d'un instrument de mesure.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Utilisation d'un instrument de mesure servant à l'évaluation de la douleur, des nausées, de la fatigue, de la sédation, de la fonction neurologique ou du risque d'escarre.	1. Non. Peuvent être scorés respectivement en E100, E200, E300, E400, I100, V100 ou V200.
2. Utilisation du score d'Apgar.	2. Non.
3. Utilisation de l'échelle ISAR.	3. Non, il s'agit d'un outil de screening.
4. Utilisation de l'échelle DOS pour évaluer un problème de désorientation du patient.	4. Non, il s'agit d'une échelle spécifique de mise en évidence du délirium.
5. Utilisation de l'échelle de KATZ.	5. Oui.
6. Utilisation de l'échelle MMSE.	6. Oui.
7. Réalisation de tests de vigilance.	7. Non.
8. Utilisation du score de Finnegan.	8. Non, mais il peut servir dans le cadre du I100.
9. Utilisation de l'échelle PGR (Profil gériatrique à risque).	9. Non, il s'agit d'un outil de screening.

➤ **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 et/ou retrait d'un drain thoracique, suture, incision d'abcès...

Un acte médical non déléguable est un acte que le médecin doit réaliser personnellement et qu'il ne peut déléguer à une infirmière ou à une infirmière spécialisée (en référence à l'AR du 18 juin 1990 sur les prestations techniques de l'art infirmier et les actes que le médecin peut confier à un infirmier).

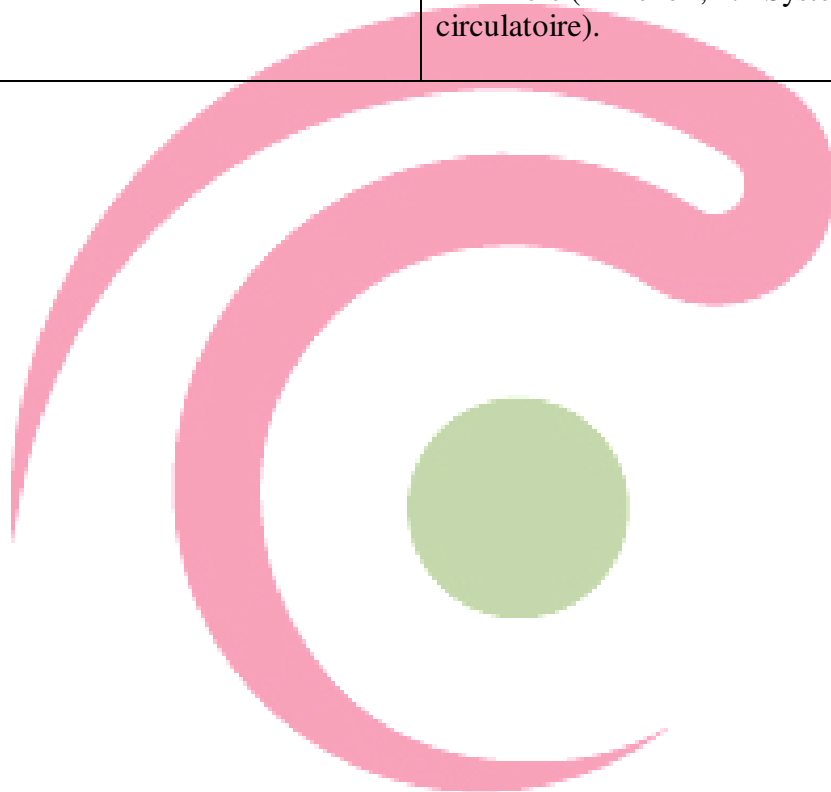
Un acte médical invasif est un acte médical qui par la nature de sa réalisation franchit la barrière cutanée ou muqueuse de l'individu.

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Essais non fructueux d'actes médicaux non déléguables.	1. Non.
2. Tour des patients avec le médecin.	2. Non.
3. Placement d'une voie centrale à la <i>salle de réveil</i> , avec assistance par une infirmière de la salle de réveil.	3. => Non, ne peut pas être scoré en salle de réveil si pas de passage du patient en salle d'opération. => Oui, peut être scoré en salle de réveil si passage du patient en salle d'opération (= idem popblok).
4. Placement d'une voie centrale à la <i>salle de réveil</i> , mais avec assistance par une infirmière de l'unité de soins où séjourne le patient (pas de passage en salle d'opération).	4. Oui, peut être scoré dans l'unité de soins où séjourne le patient.

5. Fibroscopie ou gastroscopie faite dans l'unité (Ex. à l'hôpital de jour, à l'USI).	5. Oui, si l'unité est concernée par le DI-RHM et que l'assistance est faite par du personnel de cette unité.
6. Intubation en urgence dans l'unité de soins.	6. Oui si la réalisation et/ou l'assistance est effectuée par un prestataire de soin ne pouvant la réaliser en référence à la liste d'actes reprises dans l'AR du 21/04/2007, sous l'art 6, à l'annexe IV.
7. Remplissage d'une pompe antidouleur en intrathecal.	7. Non, c'est un acte B2 selon la liste d'actes infirmiers (Annexe I, 1.7 Administration de médicaments).
8. Retrait d'un cathéter de dialyse.	8. Non, c'est un acte B2 selon la liste d'actes infirmiers (Annexe I, 1.2 Système circulatoire).



➤ **Z300: Echanges multidisciplinaires (intra muros)**

Définition:

Ensemble des activités de contact et d'échange réalisés en intra muros avec des praticiens professionnels d'autres disciplines, fonctions ou spécialités 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, fonctions ou spécialités au moins doivent être représentées.

Le moment de concertation doit être organisé.

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. Contact multidisciplinaire réunissant 1 infirmière + 1 sage-femme + 1 autre discipline, fonction ou spécialité.	1. Oui.
2. Contact multidisciplinaire réunissant 1 infirmière + 1 endocrinologue + 1 traumatologue.	2. Oui, 2 médecins mais de spécialités différentes.
3. Contact multidisciplinaire réunissant l'infirmière chef de l'unité de soins + 1 infirmière sociale (ne faisant pas partie de l'unité de soins) + 1 infirmière de l'équipe de support palliatif.	3. Oui, plusieurs infirmières mais de fonctions ou spécialisations différentes.
4. Contact multidisciplinaire réunissant 1 infirmière nutritionnelle + 1 diététicienne + 1 pharmacienne pour discuter de l'alimentation entérale par sonde des patients présents dans l'hôpital.	4. Oui, si une infirmière du service de chaque patient concerné par cette concertation est également présente.

➤ **Z400: Contacts avec les autres institutions (extra muros)**

Définition:

Ensemble des activités de contact réalisées en vue:

- d'obtenir des informations, auprès des prestataires de soins 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 significative, concernant la situation du patient et les soins qui lui sont administrés avant son hospitalisation

**ET / OU**

- de fournir des informations aux prestataires de soins 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 significative, 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 soins.**

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

SITUATION	ENREGISTREMENT
1. 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, organisation d'une aide ménagère ou financière,...).	1. Non.
2. Réalisation d'une anamnèse infirmière, d'une lettre de sortie,...	2. Non.