

Enregistrement du Résumé Infirmier Minimum (R.I.M.) :

Facteur 1 : soins d'hygiène.

A. Définition.

L'ensemble des activités relatives aux soins d'hygiène corporelle dispensés à un patient au lavabo, à la douche, au bain ou au lit, y compris :

- les soins qui s'y rapportent, comme brosser les dents, raser la barbe, laver les cheveux, procéder aux soins des ongles, des oreilles, du nez, de la bouche, de l'ombilic, des mamelons, ...
- l'habillage et/ou le déshabillage s'il s'agit de vêtements de nuit (robe de nuit, pyjama, blouse opératoire, peignoir).

B. Possibilités de score.

Il existe quatre possibilités de score selon le niveau d'aide fournie par l'équipe de soins.

1. *Sans aide.*
L'équipe de soins ne dispense aucun soin d'hygiène au patient, ou le patient est aidé par une personne qui ne fait pas partie de l'équipe de soins.
2. *Aide de soutien.*
L'équipe de soins assure la préparation et l'évacuation du matériel, ainsi que l'installation du patient (au lavabo, au lit, dans la salle de bain, ...), mais elle n'apporte aucune aide pour les soins proprement dit.
3. *Aide partielle.*
L'équipe de soins complète ou achève les soins d'hygiène du patient.
4. *Aide complète.*
Les soins d'hygiène sont entièrement exécutés par l'équipe de soins.

C. Remarques / points importants.

1. Pour justifier l'enregistrement, le dossier infirmier doit quotidiennement mentionner le niveau d'aide donnée effectivement.
2. Si au cours d'une journée d'enregistrement, il y a plus d'une possibilité de score, on enregistre le chiffre le plus élevé.
3. La seule action de frictionner le dos ne doit pas être considéré comme une aide aux soins d'hygiène.

Facteur 2 : soins liés à la mobilisation.

A. Définition.

L'ensemble des activités pour installer, lever et mouvoir un patient. Ces éléments de la mobilisation sont définis comme suit :

- installer : adapter la position du patient au lit, au fauteuil, ...
- lever : mettre un patient debout à partir de la position couchée ou assise,
- mouvoir : déplacer un patient vers un autre endroit, quel que soit l'appareillage éventuellement utilisé à cette fin.

B. Possibilités de score.

Il existe quatre possibilités de score selon le niveau d'aide fournie par l'équipe de soins.

1. *Sans aide.*
L'équipe de soins ne réalise aucun aspect de la mobilisation du patient.
2. *Aide de soutien.*
L'équipe de soins fournit au patient du matériel d'aide tel que tribune, chaise roulante, support de perfusion, ... et/ou des explications afin de lui permettre de réaliser lui-même sa mobilisation de façon autonome.
3. *Aide partielle.*
L'équipe de soins fournit une aide pour au moins un des aspects de la mobilisation d'un patient, qui en réalise lui-même certains aspects, sans aide de l'équipe de soins.
4. *Aide complète.*
L'équipe de soins fournit une aide complète au patient pour tous les aspects de sa mobilisation.

C. Remarques / points importants.

1. Pour justifier l'enregistrement, le dossier infirmier doit quotidiennement mentionner le niveau d'aide donnée effectivement.
2. Si, au cours d'une journée d'enregistrement, il y a plus d'une possibilité de score, on enregistre le chiffre le plus élevé.

Facteur 3 : soins liés à l'élimination urinaire et/ou fécale.

A. Définition.

L'ensemble des activités liées à l'élimination urinaire et/ou fécale, par voie naturelle, stomie, cathéter vésical ou suspubien, y compris :

- enlever et remettre les vêtements,
- procéder aux soins après la miction et/ou la défécation, que le patient soit continent ou non,
- l'utilisation de matériel et l'application de techniques visant à préserver, stimuler, restaurer la miction et/ou la défécation.

B. Possibilités de score.

Il existe quatre possibilités de score selon le niveau d'aide fournie par l'équipe de soins.

1. *Sans aide.*
L'équipe de soins n'intervient pour aucun aspect de l'élimination urinaire et fécale du patient, ou le patient est aidé par une personne qui ne fait pas partie de l'équipe de soins.
2. *Aide de soutien.*
L'équipe de soins fournit au patient les moyens nécessaires et/ou aide le patient à s'installer (au lit, sur la chaise percée ou à la toilette), de façon à lui permettre de prendre en charge de façon autonome son élimination urinaire et/ou fécale.
3. *Aide partielle.*
L'équipe de soins fournit une aide pour l'élimination urinaire et/ou fécale chez un patient qui exécute lui-même de façon autonome certains éléments des soins relatifs à l'élimination urinaire et/ou fécale.
4. *Aide complète.*
L'équipe de soins fournit une aide complète au patient pour tous les aspects de l'élimination urinaire et fécale.

C. Remarques / points importants.

1. Pour justifier l'enregistrement, le dossier infirmier doit quotidiennement mentionner le niveau d'aide donnée effectivement.
2. Si au cours d'une journée d'enregistrement, il y a plus d'une possibilité de score, on enregistre le chiffre le plus élevé.
3. Le niveau d'aide enregistré est indépendant du fait que le patient soit continent ou non, et que l'élimination s'effectue par voie naturelle ou non.
4. L'aide au déplacement vers les toilettes s'enregistre dans le facteur 2 « Mobilisation ». Au facteur 3, on n'enregistre que les soins relatifs à la miction et/ou la défécation.
5. Dans l'aide de soutien (score 2), les moyens nécessaires peuvent être de nature tant matérielle que psychologique : encourager, stimuler la miction et/ou la défécation, donner des explications.
6. L'aide de soutien (score 2) englobe également le nettoyage et le rangement du matériel (bassin de lit, urinal, ...)
7. Le placement, l'enlèvement ou le renouvellement de sondes pour stimuler la miction et/ou la défécation sont enregistrés comme aide partielle (score 3).

Facteur 4 : soins liés à l'alimentation et l'hydratation per os.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec la prise d'aliments et de boissons per os.

B. Possibilités de score.

Il existe quatre possibilités de score selon le niveau d'aide fournie par l'équipe de soins.

1. *Sans aide.*

L'équipe de soins n'aide en rien le patient pour l'alimentation et l'hydratation ; ou le patient est aidé par une personne qui ne fait pas partie de l'équipe de soins ; ou le patient est à jeun ; ou le patient est alimenté par une autre voie.

2. *Aide de soutien.*

L'équipe de soins fournit une aide à la préparation de la prise de repas (telle que beurrer et garnir des tartines, couper la viande, préparer une boisson dans une tasse ou un canard, ...), pour que le patient puisse ensuite manger et boire de façon autonome. La présence de l'infirmière n'est pas requise.

3. *Aide partielle.*

L'équipe de soins intervient dans l'alimentation et/ou l'hydratation d'un patient mais sa présence constante lors du repas n'est pas nécessaire.

4. *Aide complète.*

L'équipe de soins aide entièrement le patient à s'alimenter et à s'hydrater. La présence constante d'un membre de l'équipe de soins est requise pendant toute la durée du repas.

C. Remarques / points importants.

1. Pour justifier l'enregistrement, le dossier infirmier doit quotidiennement mentionner le niveau d'aide donnée effectivement.
2. Si au cours d'une journée d'enregistrement, il y a plus d'une possibilité de score, on enregistre le chiffre le plus élevé.
3. Le contrôle du menu ou du régime des patients, le fait de servir nourriture et/ou boisson et de desservir ne sont pas enregistrés dans le cadre du RIM.
4. Le suivi des quantités d'aliments et/ou liquides ingérées (comme le bilan hydrique) est considéré comme un paramètre physique (facteur 16).
5. Pour les scores 2,3 et 4, non seulement l'aide physique par l'équipe de soins est prise en considération ; mais l'aide comprend également : le fait de donner des explications au patient, l'encourager à se prendre en charge.

Facteur 5 : soins liés à l'alimentation et l'hydratation par sonde.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec l'alimentation et l'hydratation à l'aide d'une sonde nasale ou buccale ou par une stomie, et ce de manière continue ou discontinue.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – le patient n'a pas été alimenté par sonde.
- 1 OUI – l'équipe de soins a alimenté le patient par sonde au cours de la journée d'enregistrement.

C. Remarques / points importants.

1. La nature, le volume et le mode d'administration doivent être mentionnés dans le dossier infirmier.
2. L'enregistrement du score 1 pour l'alimentation par sonde n'empêche pas l'enregistrement du score 2, 3 ou 4 pour le facteur 4 lorsque l'équipe de soins aide en outre le patient lors de la prise de repas ou de boissons per os.
3. La présence d'une sonde gastrique en suffit pas pour pouvoir enregistrer ce facteur : une alimentation par sonde doit être donnée au moins une fois en cours de la journée d'enregistrement. Ainsi, un patient ayant une sonde gastrique et qui reste à jeun n'est pas pris en considération. Les irrigations gastriques, quel que soient leur but, ne sont pas enregistrées.

Facteur 6 : soins spécifiques de la bouche.

A. Définition.

L'ensemble des activités de nettoyage et/ou de désinfection de la bouche visant à prévenir et/ou traiter les lésions buccales ou labiales, telles que aphtes, stomatites, gingivites, ... ceci en dehors des soins d'hygiène courants de la bouche.

B. Possibilités de score.

- | | |
|-------|--|
| 0 | NON – l'équipe de soins n'a pas dispensé de soins spécifiques de la bouche. |
| 01-99 | Fréquence par 24 heures – noter le nombre de fois que l'équipe de soins a donné des soins spécifiques de la bouche au cours de la journée. |

C. Remarques / points importants.

1. La nature et la fréquence des soins spécifiques de la bouche doivent être mentionnés clairement dans le dossier infirmier.
2. Le brossage des dents et le nettoyage d'un dentier sont considérés comme un élément des soins généraux d'hygiène et relèvent du facteur 1 (soins d'hygiène).

Facteur 7 : prévention d'escarres par changements de position.

A. Définition.

L'ensemble des activités relatives aux changements réguliers de la position du patient afin d'éviter des nécroses aux endroits à risque.

B. Possibilités de score.

0 NON – on n'a pas appliqué la méthode des changements de position.

01-100 Fréquence par 24 heures – notez le nombre de fois que l'équipe de soins a effectué des changements de position au cours de la journée d'enregistrement.

C. Remarques / points importants.

1. Ce facteur ne peut être enregistré que si le dossier infirmier contient un schéma prouvant que le patient bénéficie de changements de position au moins toutes les 4 heures, aussi bien de jour que de nuit.
2. Tous les changements de position qui contribuent à la prévention des escarres, c'est-à-dire tous les changements des points d'appui, sont pris en considération pour la détermination de la fréquence et ce, tant au lit qu'au fauteuil.
3. Les changements de position pour tout autre raison que la prévention d'escarres ne sont pas pris en considération (comme l'adaptation des positions fonctionnelles, le drainage postural, ...).

Facteur 8 : aide pour l'habillement civil.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec l'habillage et/ou le déshabillage des vêtements de jour.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – le patient n'a pas été aidé par l'équipe de soins pour mettre ou enlever des vêtements de jour.
- 1 OUI – l'équipe de soins a aidé le patient à mettre et/ou enlever des vêtements de jour.

C. Remarques / points importants.

- 1. La notion d'habillement civil comprend tout l'éventail allant du training jusqu'au vêtement de ville. Le pyjama, le peignoir et les pantoufles ne sont pas des vêtements de jour.
- 2. Ce facteur n'est enregistré que si le patient est aidé pour mettre et/ou enlever l'ensemble des vêtements de jour : sous-vêtements, vêtements et chaussures.
- 3. Ce facteur peut être enregistré si l'aide n'est donnée qu'une seule fois (par exemple à l'admission ou à la sortie du patient).

Facteur 9 : soins à la canule trachéale ou au tube endotrachéal.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec les soins relatifs à une canule trachéale ou un tube endotrachéal.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – l'équipe de soins n'a pas dispensé de soins relatifs à une canule trachéale ou un tube endotrachéal.
- 1 SANS VENTILATION ARTIFICIELLE – le patient a une canule trachéale ou un tube endotrachéal, sans ventilation artificielle, qui fait l'objet de soins au moins une fois pendant la journée d'enregistrement.
- 1 AVEC VENTILATION ARTIFICIELLE – le patient a une canule trachéale ou un tube endotrachéal et a été soutenu pendant la journée d'enregistrement, de façon continue ou intermittente, par un respirateur.

C. Remarques / points complémentaires.

- 1. Afin de justifier l'enregistrement, la nature et la fréquence des soins à la canule trachéale ou au tube endotrachéal doivent être clairement mentionnées dans le dossier infirmier.
- 2. Si plus d'une possibilité de score entre en ligne de compte au cours d'une journée d'enregistrement, on enregistre le chiffre le plus élevé.
- 3. Cette activité peut être enregistrée quelle que soit :
 - a. La durée de la présence de la canule ou du tube.
 - b. La durée de la ventilation artificielle.
- 4. Par ventilation artificielle, on entend toutes les méthodes usuelles pour le soutien de la respiration par un appareil de ventilation artificielle comme :
 - a. La ventilation permanente 24h/24.
 - b. Le sevrage progressif de la ventilation artificielle, qu'elle soit continue ou intermittente.
 - c. La ventilation uniquement la nuit.

Facteur 10 : rédaction de l'anamnèse infirmière.

A. Définition.

Il s'agit d'un entretien structuré avec le patient et/ou sa famille dans le but de rassembler les informations nécessaires à la planification et à l'adaptation des soins infirmiers aux besoins individuels du patient. Ces informations sont consignées dans une anamnèse infirmière.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – on n'a pas rédigé d'anamnèse infirmière au cours de la journée d'enregistrement.
- 1 OUI – on n'a rédigé une anamnèse infirmière au cours de la journée d'enregistrement.

C. Remarques / points complémentaires.

- 1. Cette activité ne peut être enregistrée qu'une seule fois par patient et par séjour. Elle est effectuée au cours des premiers jours d'hospitalisation.
- 2. Le dossier infirmier doit mentionner clairement le jour où l'anamnèse infirmière a été rédigée.
- 3. Exceptionnellement, cette activité n'est enregistrée une nouvelle fois que si le besoin d'informations spécifiques complémentaires requiert une nouvelle anamnèse. Dans ce cas, le dossier infirmier doit contenir une nouvelle anamnèse.

Facteur 11 : éducation à l'autonomie.

A. Définition.

Il s'agit de l'éducation dispensée par l'équipe de soins au patient et/ou à ses proches visant les connaissances, la compréhension et le savoir-faire qui lui permettront de s'adapter à une nouvelle situation.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – aucune éducation n'a été dispensée par l'équipe de soins.
- 2 EDUCATION OCCASIONNELLE (théorique et/ou pratique) – l'éducation occasionnelle ne fait pas l'objet d'un schéma défini. Elle peut se faire à l'initiative de l'équipe de soins ou à la demande du patient. Elle peut se faire une seule fois ou s'étaler sur plusieurs jours.
- 3 EDUCATION STRUCTUREE (théorique et/ou pratique) – l'équipe de soins a donné au patient et/ou ses proches des explications et/ou exercices selon un schéma préétabli dans l'unité de soins, sous forme de texte, brochure, dépliant, vidéo ou autre. L'éducation à l'autonomie peut se faire aussi bien collectivement qu'individuellement.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Pour justifier l'enregistrement, l'objet de l'éducation à l'autonomie (occasionnelle ou structurée) doit être clairement mentionné dans le dossier infirmier.
2. Si plus d'une possibilité de score entre en ligne de compte au cours d'une journée d'enregistrement, on enregistre le chiffre le plus élevé (score 2).
3. L'éducation à l'autonomie (occasionnelle ou structurée) suppose une participation active de l'équipe de soins. Le fait de montrer un programme vidéo, sans autre accompagnement et sans évaluation, ne suffit pas pour pouvoir enregistrer cette activité.
4. L'éducation à l'autonomie (occasionnelle ou structurée) doit être évaluée : les résultats obtenus ou les réactions doivent être mentionnées dans le dossier infirmier.
5. L'éducation à l'autonomie (occasionnelle ou structurée) ne peut être enregistrée que s'il existe des objectifs éducatifs qui permettront au patient de se prendre en charge.

Facteur 12 : prise en charge d'une crise émotionnelle.

A. Définition.

La prise en charge ou l'accompagnement par l'équipe de soins d'un patient et/ou de ses proches ne pouvant dominer ses émotions et/ou présentant un état de détresse psychique. Cette situation est telle qu'elle ne peut être gérée sans l'intervention de l'équipe de soins.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – l'équipe de soins n'est pas intervenue.
- 1 OUI – l'équipe de soins a pris en charge le patient ou ses proches en raison d'une crise émotionnelle au moins une fois au cours de la journée.

C. Remarques / points complémentaires.

- 1. Pour justifier l'enregistrement, il y a lieu de mentionner dans le dossier infirmier : le problème, l'approche infirmière et son effet, le suivi éventuel.
- 2. Pour l'enregistrement de ce facteur, il ne s'agit pas de prendre en compte toute manifestation émotive d'un patient et/ou de ses proches. Cette activité n'est enregistrée que si la situation est telle que l'équipe de soins a dû offrir une aide spécifique.

Facteur 13 : soins au patient désorienté.

A. Définition.

L'ensemble des activités relatives aux soins à un patient désorienté dans le temps et/ou l'espace. La désorientation peut être temporaire ou définitive et peut être la conséquence d'un désordre physique (cécité, médication, ...) ou psychique (démence, sénilité, ...).

B. Possibilités de score.

- 0 NON – pas de soins spécifiques relatifs à la désorientation.
- 1 MESURES DE PROTECTION – des mesures matérielles ont été prises pour protéger un patient désorienté qui risque de se blesser ou de présenter pour autrui des désagréments ou des risques en raison de son comportement. Ex. : barrières de lit, attache-poignets, ceintures, isolement, ...
- 2 MESURES D'ORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE – une communication thérapeutique spécifique a lieu avec le patient désorienté sur base d'un programme de thérapie orientée sur la réalité.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Pour justifier le score « 1 », le dossier infirmier doit mentionner le problème de désorientation et les mesures prises. Le fait d'attacher un patient non désorienté afin de prévenir les accidents n'est pas enregistré sous ce facteur.
2. Pour justifier le score « 2 », le dossier infirmier doit renseigner les points suivants : problèmes spécifiques de désorientation du patient, objectifs à court/long terme, programme d'action envisagé, suivi et évaluation de ce dernier.
3. Le seul recours aux moyens d'orientation, tels que les plaquettes d'identification, horloge, calendrier, couleurs, flèches, ... est insuffisant pour justifier le score « 2 ». Il faut qu'une communication thérapeutique spécifique visant à promouvoir l'orientation du patient ait lieu durant la journée d'enregistrement.
4. Lorsque, au cours d'une même journée d'enregistrement, il y a plus d'une possibilité de score, il convient d'enregistrer le chiffre le plus élevé (score 2).

Facteur 14 : mesures d'isolement pour la prévention de la contamination.

A. Définition.

L'ensemble des mesures visant à prévenir la contamination septique, chimique ou radioactive, transmissible soit par voie aérienne, soit par contact direct ou indirect avec le matériel contaminé et les matières excrétées d'un patient vers autrui ou inversement.

Ces mesures sont les suivantes :

- a. Isolement en chambre ou espace séparé.
- b. Port d'une blouse.
- c. Port de gants et/ou de masque.
- d. Mesures spécifiques pour l'évacuation des déchets, du linge et du matériel.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – aucune ou moins de trois des mesures susmentionnées n'ont été prises.
- 1 OUI – au moins 3 des mesures susmentionnées ont été appliquées chez un patient présentant un réel risque de contamination.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Le type d'isolement et les mesures prises doivent être mentionnées dans le dossier infirmier.
2. Les mesures à prendre sont facilement identifiables pour l'entourage (ex. : autocollant sur la porte de la chambre mentionnant les mesures à prendre).

Facteur 15 : enregistrement de paramètres vitaux.

A. Définition.

Mesure et notification d'un ou plusieurs des paramètres cités ci-après qui fournissent des informations sur les fonctions vitales, indépendamment de la technique ou du matériel utilisés.

Seuls les paramètres suivants entrent en ligne de compte pour l'enregistrement de cette activité :

- température
- fréquence cardiaque
- tension artérielle
- enregistrement de l'ECG
- respiration
- pression pulmonaire
- pression veineuse centrale (PVC)
- signes neurologiques (GCS)
- pression intracrânienne

B. Possibilités de score.

- | | |
|-------|--|
| 0 | NON – aucun paramètre vital n'a été noté dans le dossier infirmier. |
| 01-99 | Fréquence par 24 heures – noter la fréquence du paramètre vital qui a été noté le plus fréquemment dans le dossier infirmier au cours des 24 heures. |

C. Remarques / points complémentaires.

1. La fréquence des paramètres vitaux est déterminée sur base des mesures notées dans le dossier infirmier.
2. Pour déterminer le score de ce facteur, on ne tient pas compte du nombre de paramètres différents contrôlés.
3. Pour établir le score, on détermine lequel des paramètres vitaux susmentionnés a été le plus fréquemment mesuré et noté au cours de la journée d'enregistrement (fréquence / 24 heures).
4. En cas de monitoring continu, on ne tient compte, pour déterminer la fréquence / 24 heures, que du nombre de fois que les résultats ont été notés dans le dossier infirmier.

Facteur 16 : enregistrement de paramètres physiques.

A. Définition.

Mesure et notification d'un ou plusieurs des paramètres fournissant des informations sur les fonctions corporelles, indépendamment de la technique ou du matériel utilisés, et ce à l'exception des paramètres vitaux. Les paramètres physiques sont entre autres :

- taille et poids
- débit des liquides organiques
- tests sur des matières organiques
- mensurations
- évaluation de douleur, de gonflement, de rougeur et de pertes de sang
- involution utérine
- mesure de réactions cutanées
- ...

B. Possibilités de score.

- | | |
|-------|--|
| 0 | NON – aucun paramètre vital n'a été noté dans le dossier infirmier. |
| 01-99 | Fréquence par 24 heures – noter la fréquence du paramètre physique qui a été <u>noté le plus fréquemment dans le dossier infirmier</u> au cours des 24 heures. |

C. Remarques / points complémentaires.

1. La fréquence des paramètres physiques est déterminée sur base des mesures notées dans le dossier infirmier.
2. Pour déterminer le score de ce facteur, on ne tient pas compte du nombre de paramètres physiques différents contrôlés.
3. Pour établir le score, on détermine lequel des paramètres physiques susmentionnés a été le plus fréquemment mesuré et noté au cours de la journée d'enregistrement (fréquence / 24 heures).
4. En cas de monitoring continu, on ne tient compte, pour déterminer la fréquence / 24 heures, que du nombre de fois que les résultats ont été notés dans le dossier infirmier.
5. Le bilan hydrique est considéré comme un ensemble de paramètres physiques différents. Pour chacun de ces paramètres, pris isolément, la fréquence par 24 heures peut être prise en compte pour l'établissement du score.

Facteur 17 : surveillance de traction, plâtre ou fixateur externe.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec la surveillance d'une traction, d'un plâtre ou d'un fixateur externe, indépendamment du système utilisé.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – pas de surveillance de traction, de plâtre ou de fixateur externe par l'équipe de soins.
- 1 OUI – l'équipe de soins surveille une traction, un plâtre ou un fixateur externe, au cours de la journée d'enregistrement.

C. Remarques / points complémentaires.

- 1. Les directives prévues pour la surveillance et l'entretien d'une traction, d'un plâtre ou d'un fixateur externe doivent être mentionnées dans le dossier infirmier.

Facteur 18 : prélèvement de sang.

A. Définition.

Prélèvement de sang par voie artérielle, veineuse ou capillaire.

B. Possibilités de score.

0 NON – aucun prélèvement n'a été effectué par l'équipe de soins.

01-99 Nombre de prélèvements par 24 heures – noter le nombre de fois qu'un prélèvement a été effectué par l'équipe de soins, indépendamment du nombre d'échantillons prélevés en même temps.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Pour justifier l'enregistrement, chaque prélèvement de sang doit être mentionné dans le dossier infirmier.
2. Seuls les prélèvements de sang effectués par l'équipe de soins sont pris en compte, les prélèvements effectués par un médecin ou par du personnel de laboratoire ne sont pas enregistrés.

Facteur 19 : administration de médication IM / SC / ID.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec la préparation et l'administration de substances par les voies intramusculaire (IM), sous-cutanée (SC) ou intradermique (ID) et/ou le remplissage de réservoirs implantés sous la peau.

B. Possibilités de score.

0 NON – aucun médicament IM / SC / ID n'a été administré par l'équipe de soins.

01-99 Nombre de doses par 24 heures – on obtient le nombre total de doses par 24 heures en multipliant le nombre de médicaments différents par leur fréquence respective d'administration.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Pour justifier l'enregistrement, le nom, la fréquence et la voie d'administration des différents médicaments doivent être mentionnés dans le dossier infirmier.
2. Seules les injections effectivement administrées sont prises en compte et non les injections prévues ou préparées.
3. Les solutions utilisées pour reconstituer un médicament délivré sous une forme injectable ne sont pas prises en compte.
4. Les solutions utilisées pour diluer un médicament sont prises en compte.
5. Un même médicament, quel que soit le nombre d'unités d'emballage, administré par une même voie au même moment, compte pour une dose lors de la détermination du score global.

Facteur 20 : administration de médication IV.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec la préparation et l'administration de substances et de solutés par voie intraveineuse, y compris :

- l'administration intraveineuse directe
- l'administration par la trousse de perfusion
- l'administration par le biais d'un soluté de perfusion
- l'administration via des cathéters et réservoirs implantés.

B. Possibilités de score.

- 0 NON – aucune médication IV n'a été administré par l'équipe de soins.
- 01-99 Nombre de doses par 24 heures – on obtient le nombre total de doses par 24 heures en multipliant le nombre de médicaments différents par leur fréquence respective d'administration. On ajoute aussi le nombre d'unités de liquide de perfusion, de sang ou de dérivés sanguins.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Pour justifier l'enregistrement, le nom, la fréquence et la voie d'administration des solutés administrés doivent être mentionnés dans le dossier infirmier.
2. Seules les produits effectivement administrés sont prises en compte et non les injections prévues ou préparées.
3. Les solutions utilisées pour reconstituer un médicament délivré sous une forme injectable ne sont pas prises en compte.
4. Les solutions utilisées pour diluer un médicament sont prises en compte.
5. Un même médicament, quel que soit le nombre d'unités d'emballage, administré par une même voie au même moment, compte pour une dose lors de la détermination du score global.

Facteur 21 : surveillance de perfusion permanente.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec la surveillance et l'entretien d'une perfusion intraveineuse qui coule 24 heures.

B. Possibilités de score.

0 NON – pas de surveillance de perfusion intraveineuse permanente par l'équipe de soins.

01-99 Nombre de perfusions IV permanentes – noter le nombre de perfusions IV permanentes.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Par perfusion IV permanente on entend : une perfusion qui a coulé au moins 24 heures. Cette période ne doit pas nécessairement correspondre aux 24 heures de la journée d'enregistrement, une perfusion collatérale intermittente n'est pas comptabilisée.
2. Une perfusion destinée à mesurer la pression veineuse centrale n'est pas prise en compte, sauf si elle coule en permanence.

Facteur 22 : soins de plaie chirurgicale.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec les soins à une plaie créée lors d'une intervention diagnostique ou thérapeutique, y compris au moins le nettoyage et/ou la désinfection de la plaie.

B. Possibilités de score.

0 NON – pas de soins de plaie chirurgicale par l'équipe de soins.

01-99 Nombre par 24 heures – le score global par 24 heures est obtenu en multipliant le nombre de plaies chirurgicales différentes par leur fréquence respective.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Il n'est question de plaie chirurgicale qu'à partir du moment où une incision a été effectuée (ex. placement d'un drain thoracique). Les soins à une plaie d'origine traumatique ayant seulement fait l'objet d'une suture sont enregistrés comme soins de plaie traumatique (facteur 23).
2. Chaque plaie résultant d'une intervention d'ordre chirurgical est prise en considération.
3. Pour chaque plaie chirurgicale, il y a lieu de mentionner dans le dossier infirmier sa localisation, la procédure de soins et la fréquence des soins.
4. On ne tient compte que des soins effectivement administrés et non des soins programmés ou prescrits. Les soins de plaies réalisés doivent être mentionnés dans le dossier infirmier.
5. Les soins aux sites de ponction et/ou d'introduction de cathéters IV ou autres ne sont pas pris en compte. Il s'agit en effet de plaies causées par une piqûre.

Facteur 23 : soins de plaie traumatique.

A. Définition.

L'ensemble des activités en rapport avec les soins à une plaie d'origine traumatique ou accidentelle, y compris au moins le nettoyage et/ou la désinfection de la plaie. Par plaie traumatique, on entend toutes les lésions cutanées.

B. Possibilités de score.

Pour ce facteur, il y a lieu d'enregistrer deux aspects :

a) la surface corporelle soignée.

- 0 NEANT
- 1 1 à 20%
- 2 21 à 45%
- 3 46 à 70%
- 4 plus de 70%

b) le nombre de soins par 24 heures.

- 0 NON – pas de soins de plaie traumatique par l'équipe de soins.
- 01-99 Nombre par 24 heures – le score global par 24 heures est obtenu en multipliant le nombre de plaies traumatiques différentes par leur fréquence respective.

C. Remarques / points complémentaires.

1. Pour justifier l'enregistrement, il y a lieu de mentionner dans le dossier infirmier :
 - a. la nature, la localisation et la taille des plaies,
 - b. la procédure de soins,
 - c. la fréquence des soins.
2. En cas de plaies multiples, on obtient la catégorie de surface corporelle en cumulant les surfaces corporelles soignées, indépendamment du nombre de soins de plaies.
3. Afin de pouvoir déterminer correctement la surface corporelle, le tableau ci-dessous reprend en pourcentages, la surface des parties du corps.

Partie du corps	Pourcentage
Tête	7
Cou	2
Tronc : face antérieure	13
Tronc : face postérieure	13
Fesse gauche	2,5
Fesse droite	2,5
Organes génitaux	1
Bras gauche	4
Bras droit	4
Avant-bras gauche	3
Avant-bras droit	3
Main gauche	2,5
Main droite	2,5
Cuisse gauche	9
Cuisse droite	9
Jambe gauche	6,5
Jambe droite	6,5
Pied gauche	3,5
Pied droit	3,5

<u>Item n°</u>	<u>Dénomination</u>	<u>Possibilités de score</u>
1	Soins d'hygiène	1=sans aide - 2=aide de soutien - 3=aide partielle - 4=aide complète
2	Mobilisation	1=sans aide - 2=aide de soutien - 3=aide partielle - 4=aide complète
3	Elimination urinaire et/ ou fécale	1=sans aide - 2=aide de soutien - 3=aide partielle - 4=aide complète
4	Alimentation et hydratation par os	1=sans aide - 2=aide de soutien - 3=aide partielle - 4=aide complète
5	Alimentation et hydratation par sonde	1=Oui - 0=Non
6	Soins spécifiques de la bouche	Fréquence : 0 à 99
7	Prévention d'escarres par changement de position	Fréquence : 0 à 99
8	Aide habillement civil	1=Oui - 0=Non
9	Soins aux patients trachéotomisés ou intubés	0=Aucun - 1=Sans ventilation - 2=Avec ventilation
10	Rédaction de l'anamnèse infirmière	1=Oui - 0=Non
11	Education à l'autonomie en vue de la sortie	0=Non - 1=Occasionnelle - 2=Structurée
12	Prise en charge d'une crise émotionnelle	1=Oui - 0=Non
13	Soins aux patients désorientés	0=Non - 1=Protection - 2=Réorientation
14	Mesures d'isolement pour la prévention de contamination	1=Oui - 0=Non
15	Enregistrement des paramètres vitaux	Fréquence : 0 à 99
16	Enregistrement des paramètres physiques	Fréquence : 0 à 99
17	Surveillance de traction, plâtre ou fixateur interne	1=Oui - 0=Non
18	Prélèvements de sang	Fréquence : 0 à 99
19	Administration de médication IM/ SC/ ID	Fréquence : 0 à 99
20	Administration de médication IV	Fréquence : 0 à 99
21	Surveillance de perfusion permanente intraveineuse	Fréquence : 0 à 99
22	Soins à une plaie chirurgicale	Fréquence : 0 à 99
	Soins à une plaie traumatique	
23a	surface soignée	0=Aucune - 1=de 1 à 20% - 2=de 21 à 45% - 3=de 46 à 70% - 4=>70%
23b	nombre de soins durant la journée d'observation	Fréquence : 0 à 99