



**DGGS**

**Service Data et Information Stratégique**

Team Standards

**MANUEL DE CODAGE**  
**Des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum**  
**DI-RHM**

**Version 2.1 • 2021**

## Avant-propos

**Ce manuel de codage constitue la septième version officielle publiée par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement .**

Cette version adaptée du manuel de codage modifie la structure de certains items.

Ces adaptations ont été réalisées en fonction des précédentes versions du manuel de codage, des FAQ et réponses individuelles, de la compilation des situations, de l'analyse statistique des données soumises par les hôpitaux, de l'analyse des réponses aux audits et ce en collaboration avec le groupe de travail scientifique (DIVG & NRG).

Des adaptations portent sur la forme de la rédaction du document et ont pour objectif d'améliorer la précision et la lisibilité de celui-ci ainsi que la cohérence entre la version française et néerlandaise.

**Cette version est la version définitive pour l'enregistrement à partir de 2018.**

Cette version officielle est la seule à utiliser et remplace toutes les autres versions et FAQ.

© Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). Tous droits réservés. Sauf mention contraire, l'ensemble du contenu, y compris les images et les représentations graphiques, est soumis aux droits d'auteur du SPF SPSCAE; les photographies sont cédées sous licence. Une autorisation doit être obtenue pour la reproduction de toute information, représentation graphique ou image. Une autorisation n'est pas nécessaire pour mentionner, indiquer en référence ou citer brièvement ce matériel si vous citez de manière appropriée la source de l'information. Veuillez contacter le SPF pour obtenir une autorisation. Veuillez indiquer dans votre demande la leçon et le numéro de page du contenu que vous souhaitez reproduire.

## Table des matières

Avant-propos .....	1
Introduction .....	6
Composition du DI-RHM .....	7
1 Cadre des DI-RHM.....	7
2 Structure de l’outil d’enregistrement des DI-RHM .....	7
2.1 La structure.....	7
2.2 Les domaines et classes (position 1 du code DI-RHM).....	8
2.3 Les items (position 2 du code DI-RHM).....	10
3 Description d’une intervention infirmière réalisée.....	11
4 Enregistrement des interventions infirmières réalisées .....	11
4.1 Les prestataires de soins qui peuvent enregistrer.....	11
4.2 Les interventions qui peuvent être enregistrées.....	11
4.3 Validation des activités réalisées .....	12
5 L’épisode de soins infirmiers comme unité de temps.....	12
6 Validation de l’enregistrement d’un item DI-RHM .....	13
7 Références à la législation et Arrêtés Royaux .....	14
8 Définitions courants utilisées dans le manuel de codage.....	14
8.1 Prestataire de soins.....	14
8.2 Dossier patient .....	15
8.3 Instrument de mesure validé .....	15
8.4 Personne significative.....	15
8.5 Problème infirmier .....	15
8.6 Jugement clinique .....	15
8.7 Diagnostic infirmier .....	16
8.8 Plan de soins, plan de soins de référence et plan de soins individualisé .....	16
8.9 Plan d’éducation, plan d’éducation de référence et plan d’éducation individualisé...	16
8.10 Procédure.....	16
8.11 Ordre permanent.....	17
8.12 L’ensemble des activités infirmières .....	17
8.13 Médicaments à usage humain.....	17
Description détaillée des items du DI-RHM .....	18
Domaine 1 : Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires .....	19
Classe B : Soins liés à l’élimination .....	19

➤ B200 : Soins liés à l'élimination urinaire .....	19
➤ B300 : Réalisation d'un sondage vésical .....	21
➤ B400 : Soins liés à l'élimination fécale.....	22
➤ B500 : Administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalome(s) et/ou le placement d'une sonde/canule rectale.....	23
Classe C : Soins liés à la mobilité .....	24
➤ C100 : Installation et/ou déplacement d'un patient dans l'unité ou la chambre .....	24
Classe D : Soins liés à l'alimentation.....	25
➤ D100 : Soins liés à l'alimentation orale .....	25
➤ D300 : Soins liés à l'administration d'une alimentation entérale par sonde.....	26
➤ D400 : Soins liés à la surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN).....	27
Classe E : Promotion du confort physique.....	28
➤ E100 : Gestion des symptômes : douleur .....	28
➤ E200 : Gestion des symptômes: nausées.....	29
➤ E400 : Gestion des symptômes: sédation.....	30
Classe F : Soutien aux soins personnels.....	31
➤ F100 : Soins d'hygiène .....	31
➤ F300 : Aide pour l'habillement civil de jour.....	33
➤ F500 : Soins de bouche particuliers.....	34
Domaine 2 : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes .....	35
Classe G : Soins liés à la balance hydro-électrolytique ou acido-basique .....	35
➤ G100 : Surveillance de la balance alimentaire ou hydrique .....	35
➤ G200 : Soins liés à la surveillance d'une sonde gastrique de décharge.....	36
➤ G300 : Gestion de la glycémie.....	37
➤ G400 : Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation .....	38
➤ G500 : Soins liés aux techniques thérapeutiques d'épuration sanguine .....	39
Classe H : Soins liés à l'administration de médicaments.....	40
➤ H100 : Administration de médicaments par voie IM/SC/ID .....	40
➤ H200 : Administration de médicaments par voie IV .....	41
➤ H400 : Administration de médicaments par inhalation .....	42
➤ H500 : Administration de médicaments par voie vaginale/anale .....	43
Classe I : Soins liés à la fonction neurologique .....	44
➤ I100 : Surveillance de la fonction neurologique à l'aide d'un instrument de mesure.....	44
➤ I200 : Surveillance d'une pression intracrânienne ou drainage .....	45

Classe K : Soins liés à la respiration .....	46
➤ K100 : Aspiration des voies aériennes.....	46
➤ K200 : Amélioration de la respiration .....	47
➤ K300 : Amélioration de la ventilation.....	48
Classe L : Soins de la peau et des plaies.....	49
➤ L100 : Surveillance d'une plaie et/ou d'une zone avec lésion dermatologique et/ou d'un pansement et/ou de matériel sans soin de la plaie.....	49
➤ L200 : Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel en place .	50
➤ L300 : Soins simples de plaies ouvertes.....	51
➤ L400 : Soins complexes de plaies ouvertes.....	52
➤ L500 : Soins aux lésions dermatologiques sans rupture de la barrière cutanée.....	53
➤ Carte des zones de plaies .....	54
➤ Aperçu des règles pour le calcul des scores des items de la classe L.....	55
Classe M : Thermorégulation .....	56
➤ M100 : Gestion de la thermorégulation.....	56
Classe N : Soins liés à la perfusion tissulaire .....	57
➤ N100 : Administration de sang et de composants sanguins.....	57
➤ N200 : Soins et/ou surveillance à une voie d'accès utilisée .....	58
➤ N300 : Prélèvements sanguins veineux.....	59
➤ N400 : Prélèvements sanguins artériels .....	60
➤ N500 : Prélèvements sanguins capillaires .....	61
➤ N600 : Suivi d'une assistance cardio-circulatoire électrique.....	62
➤ N700 : Suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique et/ou respiratoire .....	63
Domaine 3 : Comportement .....	64
Classe P : Thérapie cognitive.....	64
➤ P100 : Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif.....	64
Classe Q : Amélioration de la communication .....	66
➤ Q100 : Amélioration de la communication .....	66
Classe R : Aide aux stratégies d'adaptation .....	67
➤ R100 : Soins liés aux situations de crise émotionnelle.....	67
Classe S : Education du patient .....	68
➤ S100 : Education spécifique structurée .....	68
➤ S200 : Education concernant une intervention chirurgicale ou un examen .....	69
Domaine 4 : Sécurité.....	70
Classe V : Gestion du risque.....	70

➤ V100 : Prévention des plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique.....	70
➤ V200 : Prévention des plaies de décubitus: changements de position.....	71
➤ V300 : Surveillance des paramètres vitaux : monitoring discontinu .....	72
➤ V400 : Surveillance des paramètres vitaux: monitoring continu .....	73
➤ V500 : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique .....	75
➤ V600 : Mesures d'isolement: précautions additionnelles.....	76
➤ V700 : Soins liés à la désorientation: mesures de protection.....	77
Domaine 5 : Famille .....	78
Classe W : Soins liés à la naissance.....	78
➤ W100 : Soins de relaxation liés à la préparation à l'accouchement.....	78
➤ W200 : Soins ante-partum.....	79
➤ W300 : Accouchement par une sage-femme.....	80
➤ W400 : Soins post-partum .....	81
➤ W500 : Soins «kangourou» .....	82
Domaine 6 : Systèmes de santé .....	83
Classe Z : Gestion du processus de soins et de l'information.....	83
➤ Z100 : Evaluation fonctionnelle, mentale, psycho-sociale.....	83
➤ Z200 : Assistance aux actes médicaux invasifs non déléguables .....	84
➤ Z300 : Echanges multidisciplinaires (intra muros).....	85
➤ Z400 : Contacts avec les autres institutions (extra muros).....	86

## Introduction

L'objectif de l'enregistrement des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal ou DI-RHM est de donner une image minimale des interventions infirmières réalisées par des prestataires de soins qui peuvent réaliser des actes infirmiers, selon la définition d'un prestataire de soins (voir point 8.1).

Cet enregistrement a également pour objectif de collecter des informations pour diverses applications dont une base de données minimales infirmières, des systèmes d'allocation en personnel, le financement des soins infirmiers, des processus qualitatifs, la mesure de la charge de travail infirmière,...

Ce manuel de codage reprend un aperçu des directives d'enregistrement. Pour de plus amples explications concernant l'application des directives d'enregistrement et plusieurs exemples pratiques, nous vous renvoyons vers les moyens de formation qui soutiennent ce manuel de codage et qui sont disponibles sur le site web de la manière suivante:

Afin de faciliter la visualisation des modifications entre le manuel de codage 1.6 de janvier 2011 et le manuel de codage 2.0 de septembre 2017, il est possible d'utiliser le fichier Excel de vue d'ensemble de cette transposition.

Ce document est consultable sur le site web du SPF via le chemin suivant :

<http://www.health.belgium.be> → Santé → Organisation des soins de santé → Hôpitaux → Systèmes d'enregistrement → RHM → Directives RHM → Fichiers de référence → domaine 4 : données infirmières.

Afin d'avoir un aperçu complet et unique du contenu du nouveau manuel de codage, il est possible d'utiliser la carte des items relative au manuel de codage version 2.0 via le même lien.

## Composition du DI-RHM

### 1 Cadre des DI-RHM

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

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

Il comprend 6 domaines:

- Domaine 1 : données de structure (S) ;
- Domaine 2 : données de personnel (P) ;
- Domaine 3 : données administratives (A) ;
- Domaine 4 : données infirmières (N) ;
- Domaine 5 : données médicales (M) ;
- Domaine 6 : données de facturation (F).

Ce manuel de codage intéresse le domaine 4 : données infirmières (N). Les directives les plus récentes concernant ces domaines se trouvent sur le site web du SPF via le chemin suivant :

<http://www.health.belgium.be> → Santé → Organisation des soins de santé → Hôpitaux → Systèmes d'enregistrement → RHM → Directives RHM → Introduction et domaines

### 2 Structure de l'outil d'enregistrement des DI-RHM

#### 2.1 La structure.

A l'instar de la classification américaine NIC (Nursing Interventions Classification)<sup>1</sup> dont le DI-RHM s'inspire pour sa structure, la **taxonomie** des items s'organise en **plusieurs niveaux hiérarchiques**.

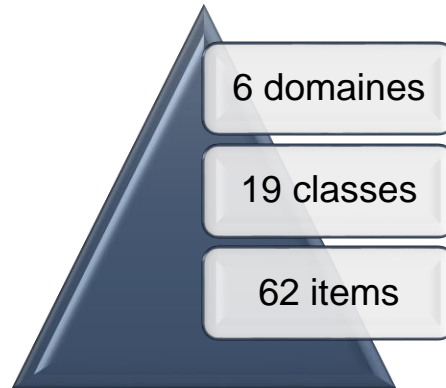
Le premier niveau est constitué par 6 domaines, le second niveau est composé de 19 classes, le troisième de 62 items.

---

<sup>1</sup>Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (Eds.). (2013). Nursing interventions classification (NIC) (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.



## Les 3 niveaux hiérarchiques



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

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

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

### 2.2 Les domaines et classes (position 1 du code DI-RHM).

Le premier niveau hiérarchique du DI-RHM est composé de 6 domaines coordonnés entre eux. Chaque domaine comporte une ou plusieurs classes.

L'outil d'enregistrement actuel comporte 19 classes distinctes réparties comme suit:

#### - **Domaine 1: Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires**

Interventions visant le soutien au niveau du fonctionnement physique

- **Classe B : Soins liés à l'élimination** : interventions visant à instaurer et maintenir les habitudes d'élimination régulières et les soins liés aux conséquences des modifications de ces habitudes.
- **Classe C : Gestion de la mobilité** : interventions visant à prendre en charge une restriction des mouvements corporels et ses séquelles éventuelles.
- **Classe D : Soins liés à l'alimentation** : interventions visant à modifier ou à maintenir l'état nutritionnel.
- **Classe E : Promotion du confort physique** : interventions visant à promouvoir le confort du patient
- **Classe F : Soutien aux soins personnels** : interventions visant à prodiguer ou à aider à réaliser des activités habituelles de la vie quotidienne.

- **Domaine 2 : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes**

Interventions visant le soutien à la régulation homéostatique

- **Classe G : Gestion hydro-électrolytique ou acido-basique** : interventions visant à réguler l'équilibre hydro-électrolytique et acido-basique et à prévenir les complications.
- **Classe H : Administration de médicaments** : interventions visant à faciliter la survenue des effets désirés des agents pharmacologiques.
- **Classe I : Soins liés à la fonction neurologique**: interventions visant à optimiser les fonctions neurologiques.
- **Classe K : Soins liés à la respiration** : interventions visant à favoriser la perméabilité des voies aériennes et les échanges gazeux.
- **Classe L : Soins de la peau et des plaies** : interventions visant à maintenir et/ou à restaurer l'intégrité des tissus.
- **Classe M : Thermorégulation** : interventions visant à maintenir la température du corps dans les limites de la normale.
- **Classe N : Perfusion tissulaire** : interventions visant à optimiser la circulation du sang et des fluides vers les tissus.

- **Domaine 3 : Comportement**

Interventions visant le soutien au fonctionnement psychosocial et aux modifications du style de vie

- **Classe P : Thérapie cognitive** : interventions visant à renforcer ou à promouvoir des fonctions cognitives souhaitées ou à modifier des fonctions cognitives indésirables.
- **Classe Q : Amélioration de la communication** : interventions visant à faciliter l'émission et la réception de messages verbaux et non verbaux.
- **Classe R : Aide aux stratégies d'adaptation** : 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.
- **Classe S : Education du patient** : interventions visant à faciliter l'apprentissage de savoir, savoir-faire et savoir-être en vue d'atteindre un changement de comportement.

- **Domaine 4 : Sécurité**

Interventions visant le soutien à la protection contre les dangers

- **Classe V : Gestion du risque** : interventions visant à mener des actions de réduction des risques et à poursuivre la surveillance des risques dans la durée.

- **Domaine 5 : Famille**

Interventions visant le soutien à l'unité familiale

- **Classe W : Soins liés à la naissance** : interventions visant à la compréhension et à l'acceptation des changements mentaux et physiques lors de la grossesse et la naissance.

- **Domaine 6 : Système de santé**

Interventions visant le soutien à l'utilisation effective du système de soins de santé

- **Classe Z : Gestion du processus de soins et de l'information** : interventions visant à offrir et à améliorer les dispositifs de soins requis et à soutenir la communication entre les prestataires de soins.

Le domaine 7 : communauté et les classes A : Gestion de l'activité et de l'exercice, J : Soins péri-opératoires, O : Thérapies comportementales, T : Promotion du bien-être psychologique, U : Gestion de la crise, X : Soins relatifs au cycle de la vie et Y : Médiation au sein des systèmes de santé sont existantes dans la classification NIC mais non (plus) retenues dans la taxonomie de l'enregistrement des DI-RHM. Elles ne sont donc pas (plus) présentes dans les pages qui suivent mais restent disponibles pour une éventuelle implémentation future.

### 2.3 Les items (position 2 du code DI-RHM)

A l'intérieur de chaque classe, on trouve un ou plusieurs items. Ces items sont décrits en détail après l'explication de la composition du DI-RHM et constituent la partie essentielle du manuel de codage.

Chaque item est composé de cinq éléments:

- **Un nom** : il synthétise le concept de l'item
- **Une définition** : elle précise le concept et délimite ce que est pris en compte par l'item
- **Des modalités de score** : elles indiquent le(s) score(s) possible(s) et leur signification  
*Si plusieurs scores sont possibles au cours du même épisode de soins infirmiers, c'est le score le plus élevé qui est enregistré.*
- **Des éléments de contrôle**: ils constituent des conditions obligatoires qui doivent être satisfaites pour pouvoir enregistrer l'item
- **Des remarque(s)** : elles constituent des éclaircissements, des particularités ou des exceptions qui doivent être prises en compte pour enregistrer correctement l'item

### 3 Description d'une intervention infirmière réalisée

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

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

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

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

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

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

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

### 4 Enregistrement des interventions infirmières réalisées

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

#### 4.1 Les prestataires de soins qui peuvent enregistrer

Il faut enregistrer les interventions infirmières, telles que définies et délimitées dans le manuel de codage. Elles doivent être réalisées par des prestataires de soins affectés de manière permanente ou temporaire (véritable équipe mobile, membre d'une autre unité de soins, infirmier intérimaire, étudiant sous la responsabilité d'un prestataire de soins,...) à l'unité de soins.

Les interventions effectuées par les patients ou le personnel non-praticien de l'art infirmier (médecin, kinésithérapeute, personnel paramédical, assistant social, psychologue, assistant logistique,...) ne sont pas enregistrées, même si ce personnel fait partie du personnel de l'unité de soins ainsi que le personnel non affecté à une unité de soins (équipe de soin d'appui, équipe de prélèvement centralisée, équipe mobile fictive).

#### 4.2 Les interventions qui peuvent être enregistrées

L'enregistrement des interventions infirmières concerne:

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

changement de perfusion IV) et sous la responsabilité de l'équipe de soins de l'unité ou du personnel affecté à cette unité de soins.

#### 4.3 Validation des activités réalisées

Il convient de considérer que la réalisation d'une activité infirmière est effective lorsque l'activité est validée dans le dossier (au moyen d'une méthode fixée au niveau institutionnel). Cela peut se faire par exemple par l'application du paraphe, de la signature du prestataire de soin qui l'a réalisée ou de son identification électronique.

La simple information contextuelle délivrée durant un soin fait partie de l'ensemble des activités et ne justifie pas l'enregistrement spécifique d'une éducation occasionnelle ou structurée.

## 5 L'épisode de soins infirmiers comme unité de temps

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

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

- Une unité de soins
- Le bloc accouchement
- La salle d'opération
- La salle de réveil (à condition qu'elle soit consécutive à un passage en salle d'opération)

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

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

Les règles spécifiques d'enregistrement concernant les épisodes de soins infirmiers sont précisées dans le manuel d'enregistrement et les circulaires qui y ont trait. Il est recommandé de se référer à la dernière version publiée.

Les directives d'enregistrement et circulaires se trouvent sur le site web du SPF via le chemin suivant :

<http://www.health.belgium.be> → Santé → Organisation des soins de santé → Hôpitaux → Systèmes d'enregistrement → RHM → Directives RHM → Introduction et domaines

## 6 Validation de l'enregistrement d'un item DI-RHM

Pour être validé un **item doit être conforme**:

- A l'ensemble des informations contenues dans les différents éléments de son descriptif: le nom, la définition, les modalités de score, les contrôles et remarques
- A l'ensemble des règles de codage et d'enregistrement reprises dans le manuel de codage et les directives d'enregistrement par domaine du RHM

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

Toute l'information nécessaire pour valider l'item doit être retrouvée dans le dossier du patient et principalement dans le dossier infirmier, de manière complète et très précise afin de ne pas prêter à interprétation, conformément à la Loi des Hôpitaux, coordonnée le 7 aout 1987 et complétée par l'A.R. du 28 décembre 2006, déterminant les conditions minimales auxquelles doit répondre le dossier infirmier, reprises à l'article 17quater de la loi des hôpitaux, coordonnée du 7 aout 1987.

Quand une activité infirmière a été réalisée, il convient de retrouver dans le dossier patient le nom précis de l'activité et une validation de sa réalisation selon une méthode fixée au niveau institutionnel. En voici quelques exemples :

- Soit par un sigle au choix de l'institution mais pouvant être facilement identifié: croix, paraphe,...
- Soit par l'inscription d'un résultat: valeur chiffrée, appréciation, ...

**ET**

- La validation de cette réalisation par le prestataire de soin (paraphe, signature écrite ou signature électronique)

L'utilisation d'abréviations est possible, mais non conseillée. Elle est interdite pour l'annotation des médicaments qui doivent être notés en toutes lettres, conformément à l'art 7 quater §2 de l'A.R. du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Si des abréviations sont utilisées, elles doivent faire référence à une liste officielle validée par la direction de l'institution ou conforme aux standard nationaux et internationaux en la matière et disponible en permanence dans l'unité de soins.

## 7 Références à la législation et Arrêtés Royaux

Dans ce manuel de codage, il est fait référence aussi bien aux directives concernant la profession infirmière qu'aux directives d'enregistrement ainsi qu'aux définitions fixées par la législation et les Arrêtés Royaux. Afin de toujours garder une vue d'ensemble correcte et complète de la législation sur un sujet particulier à un moment donné, il est toujours fait référence à la législation coordonnée (et non à une législation spécifique ou arrêtés royaux qui sont parus à une certaine date).

Il convient de toujours se référer à la législation coordonnée identifiée comme loi originale ou comme A.R. originaux auxquels les ajouts sont réalisés. Il est possible de les retrouver en suivant les étapes ci-dessous :

1. Surfer sur <https://justice.belgium.be/fr>
2. Aller sur 'Législation belge'.

*Afin de faciliter le travail, une interface unique permet d'effectuer une recherche tant sur les données de l'Index législatif que sur celles de la Législation consolidée. Les données de la législation consolidée sont enrichies par celles de l'Index législatif dont le délai de mise à jour est J+1.*

3. Cliquer sur 'Législation Belge'
  - On peut alors entrer les critères de recherche souhaités. Par exemple, pour rechercher la loi coordonnée sur l'exercice des professions de la santé, remplir avec ces mots clés la case « Mot(s) » et cliquez sur « Recherche ». Un chiffre correspondant au nombre de références trouvées apparaît.
  - En appuyant sur « Liste », les références trouvées sont affichées. On peut sélectionner les législations consolidées les plus récentes en cliquant sur « Détail ». la législation la plus récente s'affiche, avec un aperçu de l'historique de toutes les modifications concernant cette législation.

De cette manière, il est possible de toujours retrouver et utiliser la législation la plus récente.

## 8 Définitions courants utilisées dans le manuel de codage

Les lignes qui suivent précisent quelques termes utilisés régulièrement dans la description des items. Les items doivent être conformes avec les explications données.

### 8.1 Prestataire de soins

Un prestataire de soins, tel que défini dans ce manuel, est une personne habilitée à exercer l'art infirmier (ou une partie) conformément à la législation coordonnée concernant l'exercice des professions de santé du 10 mai 2015, titre 4.

Le porteur du titre professionnel de sage-femme ayant obtenu son diplôme avant le 01 octobre 2018 peut légalement exercer l'art infirmier selon les mêmes conditions que le porteur du titre professionnel d'infirmier gradué. Le porteur du titre professionnel de sage-femme ayant obtenu son diplôme après le 01 octobre 2018, peut exercer légalement des prestations techniques infirmières et des actes confiés médicaux à des praticiens infirmiers dont l'exécution est réalisée dans le domaine de l'obstétrique, le traitement de la fertilité, la gynécologie et néonatalogie.



## 8.2 Dossier patient

Le dossier patient est constitué du dossier infirmier et du dossier médical selon un certain nombre de conditions minimales comme défini dans l'A.R. du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier doit répondre, fixé dans l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987.

## 8.3 Instrument de mesure validé

Un instrument de mesure tel que défini dans ce manuel, est un instrument de screening ou de diagnostic qui permet de mesurer la situation du patient au regard de problèmes de santé ou de ses besoins en soins infirmiers. Les critères auxquels un instrument de mesure doit répondre sont:

- La validité et la fiabilité doit être démontrée pour la population et le contexte/environnement dans lequel il est utilisé.
- L'instrument de mesure utilisé doit être validé dans la langue utilisée dans la communication entre le prestataire de soins et le patient.

Un instrument scientifiquement validé est un instrument dont la validité et la fiabilité sont décrits dans au moins une publication dans une revue scientifique, de préférence de type "peer reviewed".

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

## 8.4 Personne significative

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

## 8.5 Problème infirmier

Un problème infirmier est un besoin d'un patient (ou de sa famille) qui est présenté comme un problème actuel ou potentiel pour lequel l'infirmière est responsable sur base de son savoir-faire<sup>2</sup>.

## 8.6 Jugement clinique

Un jugement clinique peut aider l'infirmière à établir un diagnostic de soins infirmiers sur des problèmes de santé et/ou des processus de vie et/ou la santé actuels ou potentiels et constitue la base de sélection des interventions infirmières pour atteindre les résultats dont l'infirmière a la responsabilité<sup>3, 4</sup>.

---

<sup>2</sup> Van Hemel, L. (2008). Verpleegkundige concepten en methoden. Antwerpen: Maklu

<sup>3</sup> Herdman, T. H., & North American Nursing Diagnosis Association. (2017). NANDA-I nursing diagnoses: Definitions & classification, 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell.

<sup>4</sup> DIAGNOSTICS INFIRMIERS 2015-2017, Définitions et classification, 12ème édition, NANDA International, AFEDI, AQCSI



## 8.7 Diagnostic infirmier

Un diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie, d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant à l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable.<sup>3,4</sup>

## 8.8 Plan de soins, plan de soins de référence et plan de soins individualisé

Le plan de soins est composé de problèmes de soins infirmiers et/ou diagnostics infirmiers, des objectifs, des résultats escomptés et des interventions infirmières, tel que défini dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et complétée par l'AR du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17quater, doit répondre.

Le plan de soins ne doit pas être confondu avec la planification des soins infirmiers qui est une liste des soins prévus et non encore réalisés dans le dossier infirmier.

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

Le plan de soins de référence peut être individualisé au patient auquel il est destiné.

## 8.9 Plan d'éducation, plan d'éducation de référence et plan d'éducation individualisé

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

Un plan d'éducation est constitué d'un aperçu des connaissances, des habitudes et des compétences du patient, les problèmes, les résultats attendus, les interventions infirmières prévues et réalisées et doit avoir pour objectif l'acquisition de connaissances spécifiques, des capacités ou des compétences.

Le plan d'éducation de référence doit permettre de gérer un problème d'un patient de manière systématique. Ces plans d'éducation de référence devraient contribuer à la qualité des soins.

Le plan d'éducation standard peut être individualisé au patient auquel il est destiné.

Le simple fait de donner une brochure ne suffit pas de parler d'un plan d'éducation.

## 8.10 Procédure

Une procédure décrit le mode d'exécution d'une technique médicale ou infirmière déterminée ou un traitement spécifique qui peut être confié par un médecin. Eventuellement, une ou plusieurs procédures peuvent faire partie d'un plan de soins de référence ou d'un ordre permanent.

Ces procédures peuvent être établies au niveau institutionnel.

Ces procédures doivent servir de guide quant à la qualité des soins, conformément à l'art. 7ter de l'AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

### 8.11 Ordre permanent

Un ordre permanent est un schéma de soins pré-déterminé et écrit par le médecin dans lequel il est fait référence à des plans de soins standards ou des procédures.

Le médecin doit nominativement indiquer pour quel patient l'ordre permanent doit être appliqué.

Le médecin indique dans l'ordre permanent, les conditions dans lesquelles le praticien de l'art infirmier peut appliquer ces actions. Le praticien de l'art infirmier détermine si ces conditions sont remplies et dans ce cas, il effectue les actions nécessaires. Dans le cas contraire, il est tenu d'informer le médecin.

Seulement en cas d'urgence, un ordre permanent pourrait être utilisé sans que ne soit spécifié son nom.

Ceci conformément à l'art. 7ter de l'AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

### 8.12 L'ensemble des activités infirmières

Ces termes désignent toutes les activités entrant dans le cadre de la réalisation d'une intervention. Il s'agit, entre autres, de l'explication préalable au déroulement du soin, de la préparation du soin (matérielle ou autre), de la réalisation du soin en lui-même et de « l'après-soin ».

La **simple** information contextuelle délivrée durant un soin fait partie de l'ensemble des activités et ne justifie pas l'enregistrement spécifique d'une éducation occasionnelle ou structurée.

### 8.13 Médicaments à usage humain

La loi du 25 mars 1964 sur les médicaments définit le médicament comme étant « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines, ou toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou pouvant lui être administrée en vue soit de restaurer, de corriger ou de modifier des fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique, soit d'établir un diagnostic médical. »

# Description détaillée des items du DI-RHM

## Domaine 1 : Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires

### Classe B : Soins liés à l'élimination

#### ➤ **B200 : Soins liés à l'élimination urinaire**

##### Définition

Ensemble des activités liées à l'élimination urinaire en fonction du niveau d'acquisition de la propreté ou du niveau de continence ainsi que des moyens utilisés dans le cadre de ces soins.

##### Modalités de score

1. **Suivi de la miction** : résultats de la surveillance réalisée : caractéristiques (fréquence, volume, odeur, couleur de l'urine), suivi de la 1<sup>ère</sup> miction post-opératoire, présence ou non d'urines dans un matériel d'incontinence ou une poche ( -/+ /++/ ..., un volume en ml, ...).
2. **Soins liés à la sonde urinaire à demeure** : activités réalisées chez un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure (sonde vésicale, cathéter suspubien, cathéter de néphrostomie, ...) : soins de méat, irrigations vésicales, vidange et/ou changement du sac collecteur d'urine, clamber temporairement la sonde vésicale, vérification du ballonnet de sécurité, le placement, l'enlèvement de la sonde, ...
3. **Soins liés à la stomie urinaire** : activités réalisées chez un patient ayant 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, ...).
4. **Soutien de l'élimination urinaire chez un patient continent et/ou propre pour l'urine**: activités réalisées chez un patient non autonome ou incapable d'utiliser sécuritairement les moyens nécessaires pour uriner. la patient est aidé pour s'habiller/se déshabiller et/ou les soins d'hygiène au WC avant d'uriner. Mettre et/ou ôter la panne et/ou l'urinal et/ou sur la chaise percée.
5. **Soins liés à l'incontinence urinaire et/ou à la non acquisition de la propreté** : un problème infirmier et/ou un diagnostic infirmier et/ou un jugement clinique relatif à l'incontinence ou la non acquisition de la propreté : activités réalisées chez un patient qui porte des dispositifs préventifs ou curatifs de recueil des urines : réalisation de contrôles réguliers du linge, de l'alèze ou de l'étui pénien avec ou sans changement, vidange ou changement des dispositifs de recueil de l'urine, ...

##### Contrôles

- Activités réalisées.
- Résultats.

- Problème/diagnostic infirmier/jugement clinique justifiant l'utilisation du matériel d'incontinence pour le score 5 : Soins liés à l'incontinence urinaire et/ou à la non acquisition de la propreté.

#### Remarques

- Le soin d'hygiène effectué lors de soins liés à l'élimination, effectué à un autre moment que les soins d'hygiène, est une activité faisant partie intégrante de l'ensemble des activités liées à l'élimination. Ces soins ne peuvent pas être scorés sous l'item F100 : Soins d'hygiène.
- Le soin de plaie d'une stomie urinaire non consolidée est scoré en L200 : Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel.
- Le **simple contrôle** ou uniquement fournir le matériel adéquat ne suffit pas pour justifier une des activités.
- Le lavage de vessie seul ne suffit pas pour justifier le score 2 : Soins liés à la sonde urinaire à demeure.
- Les exercices mictionnels font partie de 'l'ensemble des activités' pouvant justifier l'enregistrement de cet item si toutes les autres conditions sont remplies.

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

Définition

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

Modalité de score

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

Contrôles

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

Remarques

- Les essais non fructueux de mise en place d'une sonde vésicale ne sont pas pris en compte.
- Le **simple enlèvement** de la sonde vésicale n'est pas scoré.
- La pose ou le remplacement d'une sonde dont l'objectif n'est pas d'assurer la récolte d'urines de manière ponctuelle ou permanente n'est pas enregistré, comme par exemple le sondage intermittent afin d'effectuer une instillation vésicale.

➤ **B400 : Soins liés à l'élimination fécale**

Définition

Ensemble des activités liées à l'élimination fécale en fonction du niveau d'acquisition de la propreté ou du niveau de continence ainsi que des moyens utilisés dans le cadre de ces soins.

Modalités de score

1. **Suivi de la défécation** : résultats de la surveillance réalisée : caractéristiques (fréquence, volume, odeur, couleur et consistance des selles), date des dernières selles, gaz, la présence ou non de selles dans le matériel d'incontinence ou la poche (-/+/++/...).
2. **Soutien de l'élimination fécale chez un patient continent et/ou propre pour les selles** : activités réalisées chez un patient non autonome ou incapable d'utiliser sécuritairement les moyens nécessaires pour aller à selles. Le patient est aidé pour pour s'habiller/déshabiller et/ou ses soins d'hygiène au WC. Mettre et/ou ôter la panne ou installer/désinstaller sur la chaise percée.
3. **Soins liés à l'incontinence fécale et/ou à la non acquisition de la propreté** : problème infirmier et/ou diagnostic infirmier et/ou jugement clinique relatif à l'incontinence ou la non acquisition de la propreté : activités réalisées chez un patient qui porte des dispositifs préventifs ou curatifs de recueil des selles : réalisation de contrôles réguliers du matériel d'incontinence et son changement,...
4. **Soins liés à la stomie fécale/pouch** : activités réalisées chez un patient ayant une stomie fécale (vidange de la poche, changement de la poche, de la plaque, de la compresse ou de tout autre moyen de collecte des selles, ...).

Contrôles

- Activités réalisées.
- Résultats.
- Problème/diagnostic infirmier/jugement clinique justifiant l'utilisation du matériel d'incontinence pour le score 3 : Soins liés à l'incontinence fécale et/ou à la non acquisition de la propreté.

Remarques

- Le soin d'hygiène effectué lors de soins liés à l'élimination, effectué à un autre moment que les soins d'hygiène, est une activité faisant partie intégrante de 'l'ensemble des activités' liées à l'élimination. Ces soins ne peuvent pas être scorés sous l'item F100 : soins d'hygiène.
- Le soin de plaie d'une stomie fécale non consolidée est scoré en L200 : Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel.
- Le **simple contrôle** ou uniquement fournir le matériel adéquat ne suffit pas pour justifier une des activités.

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

Définition

Ensemble des activités liées à l'administration d'un lavement par voie rectale ou par stomie **et/ou** l'enlèvement manuel de fécalome **par voie anale** ou stomie **et/ou** le placement d'une sonde/canule rectale.

Modalité de score

1. Placement d'une sonde/canule rectale.
2. Administration d'un lavement.
3. Enlèvement manuel de fécalome.

Contrôles

- Activités réalisées.
- Résultat des activités réalisées.
- Problème/diagnostic infirmier/jugement clinique justifiant le score 3 : Enlèvement manuel d'un fécalome.

Remarques

- Les mini- et micro- lavements sous forme commerciale sont scorés sous cet item.
- L'administration de suppositoire n'est pas scorée.
- L'administration d'un lavement dans le cadre d'une préparation intestinale peut être scorée sous cet item.



## Classe C : Soins liés à la mobilité

### ➤ **C100 : Installation et/ou déplacement d'un patient dans l'unité ou la chambre**

#### Définition

L'ensemble des activités liées à la mobilité du patient (installation et/ou déplacement), indépendamment du matériel d'aide utilisé, durant lesquels le patient est changé de position et/ou de place : lit-fauteuil, fauteuil-chaise percée, lit-brancard, chambre-salle à manger, chambre-salle de bain, lit-lit, ...

#### Modalités de score

1. **Présence lors de l'installation et/ou le déplacement** : pour des raisons sécuritaires, la présence est requise auprès du patient qui change de position et/ou de place seul. Il est possible que le patient utilise du matériel d'aide pour se déplacer ou s'installer. Ex. : présence pour éviter qu'il ne se perde, un patient se déplace seul mais a besoin d'une présence en cas d'un risque de chute.
2. **Aide partielle pour l'installation et/ou le déplacement** : soutien du patient sans être porté totalement. Le patient a donc besoin d'un soutien et utiliser éventuellement du matériel d'aide.
3. **Aide complète pour l'installation et/ou le déplacement** : port total du patient, sans aucune aide de sa part. Le patient est totalement dépendant pour son installation et/ou son déplacement ainsi que pour l'utilisation d'un matériel de manutention.

#### Contrôles

- Activités réalisées.

#### Remarques

- Porter un enfant et/ou le mettre sur une chaise ou dans un relax (et inversement) est considéré comme une aide complète et se score sous le score 3.
- Les activités réalisées dans le cadre de l'installation dans le lit d'un patient alité peuvent être enregistrées sous cet item si toutes les conditions des différentes modalités de score sont respectées.

## Classe D : Soins liés à l'alimentation

### ➤ D100 : Soins liés à l'alimentation orale

#### Définition

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

#### Modalités de score

1. **Suivi et/ou accompagnement du patient** ou de la personne significative qui prend en charge l'alimentation du patient: évaluer la prise des repas, accompagnement de la mère alimentant son enfant au sein ou au biberon donné, surveillance d'un patient qui doit rester à jeun, surveiller que le patient ne prend rien par la voie gastro-intestinale ou per os, ...
2. **Aide partielle pour boire ou manger** : faire boire une tasse de café, donner un repas à la cuillère au patient, donner un biberon, ...
3. **Aide complète pour boire et manger.**
4. **Guidance avec présence permanente auprès du patient qui s'hydrate et s'alimente lui-même** : le prestataire de soins dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée d'au moins un des repas, en raison d'une perturbation de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (troubles de la déglutition, confusion aiguë, anorexie mentale, ...) de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée du repas.

#### Contrôles

- Activités réalisées.
- L'âge de l'enfant ou le trouble physique/psychique ou le niveau de développement du patient justifie le score 4 : Guidance avec présence permanente.
  - chez l'enfant ayant besoin d'une supervision, la guidance avec la présence permanente d'un prestataire de soins sont justifiées par le besoin de supervision de l'alimentation lié à son jeune âge et non par un trouble physique ou psychique. **Par contre, il doit pouvoir s'alimenter et s'hydrater seul.**
  - pour les autres patients, la guidance avec la présence permanente doit être justifiée en précisant la nature du trouble physique/ psychique ou le niveau de développement.

#### Remarque

/

➤ **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).

Modalité de score

1. Présence.

Contrôles

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

Remarques

- La préparation de l'alimentation sans réaliser son administration n'est pas scorée.

➤ **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, **mais ils doivent tous être présents.**

Modalité de score

1. Présence

Contrôle

- Activités réalisées.
- Produits administrés en précisant le nom de la spécialité, la quantité, la posologie, la concentration éventuelle, le mode d'administration et la période ou fréquence d'administration.

Remarque

- L'administration de la TPN et des ajouts éventuels est scorée sous l'item H200 : Administration de médicaments par voie IV.

## Classe E : Promotion du confort physique

### ➤ **E100 : Gestion des symptômes : douleur**

#### Définition

Ensemble des activités liées au suivi régulier et systématique du symptôme de la douleur du patient et les soins et des éventuels soins et/ou traitements en suivant un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale. On entend par suivi régulier et systématique :

- L'évaluation et/ou réévaluation d'une éventuelle douleur avec un instrument de mesure validé.
- Les soins et/ou traitements éventuels de la douleur en suivant un plan de soins, une procédure, 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, ...

#### Modalités de score

1. **La détection unique** de la douleur avec un instrument de mesure validé.
2. **Réévaluation** du symptôme pour lequel des soins sont administrés et/ou un traitement est mis en place en suivant le plan de soins, la procédure, l'ordre permanent ou la prescription médicale requise.

#### Contrôles

- Instrument de mesure utilisé.
- Résultat de l'évaluation ou de la réévaluation de la douleur.
- Les activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la douleur.
- Référence au plan de soins, à la procédure, à l'ordre permanent ou la prescription médicale requise.
- Une réévaluation s'inscrit toujours dans le contexte d'un problème de douleur pour lequel des soins sont administrés et/ou un traitement mis en place. Une réévaluation peut être scorée uniquement si elle s'inscrit dans le cadre de la présence d'un plan de soins, d'une procédure, d'un ordre permanent ou d'une prescription médicale.

#### Remarque

/

➤ **E200 : Gestion des symptômes: nausées**

Définition

Ensemble des activités liées au suivi régulier et systématique du symptôme de nausée du patient et les soins et des éventuels soins et/ou traitements en suivant un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale. On entend par suivi régulier et systématique :

- L'évaluation et/ou réévaluation d'éventuelles nausées avec un instrument de mesure validé.
- Les soins et/ou traitements éventuels des nausées en suivant un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale : administration de médicaments anti-émétiques, assistance lors d'un épisode de vomissements, fractionnement des repas, ...

Modalités de scores

1. **La détection unique** des nausées avec un instrument de mesure validé.
2. **Réévaluation** du symptôme pour lequel des soins sont administrés et/ou un traitement est mis en place en suivant le plan de soins, la procédure, l'ordre permanent ou la prescription médicale requise.

Contrôles

- Instrument de mesure utilisé.
- Résultat de l'évaluation ou de la réévaluation des nausées.
- Les activités éventuelles réalisées pour prendre en charge les nausées.
- Référence au plan de soins, à la procédure, à l'ordre permanent ou la prescription médicale requise.
- Une réévaluation s'inscrit toujours dans le contexte d'un problème de nausées pour lequel des soins sont administrés et/ou un traitement mis en place. Une réévaluation peut être scorée uniquement si elle s'inscrit dans le cadre de la présence d'un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale.

Remarque

/

➤ **E400 : Gestion des symptômes: sédation**

Définition

Ensemble des activités liées au suivi régulier et systématique du symptôme de sédation du patient et les soins et/ou traitement éventuels en suivant un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale. On entend par suivi régulier et systématique :

- L'évaluation et/ou réévaluation de l'éventuelle sédation avec un instrument de mesure validé
- Les soins et/ou traitements éventuels de la sédation en suivant un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale : administration de médicaments, ...

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 ne s'agit donc pas de l'anesthésie mais 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, ...

Modalités de score

1. **L'évaluation unique** de la sédation avec un instrument de mesure validé.
2. **Réévaluation** du symptôme pour lequel des soins sont administrés et/ou un traitement est mis en place en suivant le plan de soins, la procédure, l'ordre permanent ou la prescription médicale requise.

Contrôles

- Instrument de mesure utilisé.
- Résultat de l'évaluation ou la réévaluation de la sédation.
- Les activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la sédation.
- Référence au plan de soins, à la procédure, à l'ordre permanent ou la prescription médicale requise.
- Une réévaluation s'inscrit toujours dans le contexte d'une gestion de la sédation pour laquelle des soins sont administrés et/ou un traitement mis en place. Une réévaluation peut être scorée uniquement si elle s'inscrit dans le cadre de la présence d'un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale.

Remarque

/

## Classe F : Soutien aux soins personnels

### ➤ F100 : Soins d'hygiène

#### Définition

Ensemble des activités liées à l'hygiène du patient, comprenant le lavage corporel complet ou partiel.

#### Modalités de score

1. **Suivi et/ou accompagnement et/ou soutien logistique** du patient ou de la personne significative qui lave le patient: fournir le nécessaire de toilette au lit ou à la douche, faire couler de l'eau au lavabo ou du bain, ...
2. **Aide partielle lors des soins d'hygiène** : laver le dos ou les pieds, ...
3. **Aide complète lors des soins d'hygiène** : toilette complète au lit, au lavabo, en couveuse, au bain ou à la douche, ...
4. **Guidance avec présence permanente du patient qui se lave seul** : le prestataire de soins dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée des soins d'hygiène, en raison d'un trouble physique ou psychique qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée des soins d'hygiène: le patient réalise **lui-même** son lavage corporel sauf éventuellement le dos ou les pieds.

#### Contrôles

- Activités réalisées.
- L'âge de l'enfant ou le trouble physique/psychique ou le niveau de développement du patient justifie le score 4 : Guidance avec présence permanente.
  - chez l'enfant ayant besoin d'une supervision, la guidance avec la présence permanente d'un prestataire de soins sont justifiées par le besoin de supervision de l'alimentation lié à son jeune âge et non par un trouble physique ou psychique. **Par contre, il doit pouvoir se laver seul.**
  - pour les autres patients, la guidance avec la présence permanente doit être justifiée en précisant la nature du trouble physique/ psychique ou le niveau de développement.

#### Remarques

- 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, en dehors du moment des soins d'hygiène quotidien, ne sont pas scorés.
- La toilette mortuaire et les soins aux défunts ne sont pas scorés.
- Le soin d'hygiène effectué lors de soins liés à l'élimination, effectué à un autre moment que les soins d'hygiène, est une activité faisant partie intégrante de l'ensemble des



activités' liées à l'élimination urinaire ou fécale et s'enregistre sous la classe B. Ces soins ne peuvent pas être scorés sous cet item.

- Les soins spécifiques préopératoires, pré-partum et post-partum ne sont pas scorés sous cet item.

➤ **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**, ce qui correspond à deux séquences d'aide distinctes: 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 soins.

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

Modalité de score

1. Présence.

Contrôles

- Activités réalisées.
- Différenciation entre vêtements de jour et de nuit.

Remarques

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

➤ **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. Les activités préventives ou curatives sont constituées par 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.**

Modalité de score

- Nombre de soins de bouche particuliers réalisés.

Contrôles

- Evaluation de l'état buccal par épisode de soins infirmiers.
- Problème infirmier actuel ou potentiel justifiant le soin de bouche particulier.
- Activités réalisées et leur fréquence.
- Produits utilisés/thérapie suivie (selon la procédure).
- Présence d'une procédure.

Remarques

- Fournir uniquement le matériel adéquat n'est pas scoré.
- Les **simples** brossage des dents, rinçage de bouche, gargarisme, humidification avec un spray et instillation buccale ne sont pas scorés sous cet item, même s'ils font partie intégrante d'une procédure.

## Domaine 2 : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes

### Classe G : Soins liés à la balance hydro-électrolytique ou acido-basique

#### ➤ G100 : Surveillance de la balance alimentaire ou hydrique

##### Définition

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

##### Modalités de score

1. Contrôle du poids et calcul de la différence avec le poids précédent.
2. Etat nutritionnel: contrôle de l'ensemble de **l'alimentation et des boissons** prises par le patient (quoi et combien).
3. Débit urinaire complet : minimum 2 mesures et un total.
4. Suivi de la balance hydrique par épisode de soins à l'aide de 1 à 3 bilan(s) in-out.
5. Suivi de la balance hydrique par épisode de soins à l'aide de plus de 3 bilans in-out.

##### Contrôles

- Activités réalisées.
- Résultats de la surveillance réalisée.

##### Remarques

- Un bilan in/out avec un lavage vésical continu seul ne peut pas être scoré.
- Le calcul du bilan in/out en cas de dialyse fait partie de 'l'ensemble des activités' de l'item G500 : Soins liés aux techniques thérapeutiques d'épuration sanguine.

➤ **G200 : Soins liés à la surveillance d'une sonde gastrique de décharge**

Définition

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

Modalité de score

1. Présence.

Contrôles

- Présence d'une sonde gastrique, duodénale ou de gastrostomie, drain naso-biliaire « de décharge ».
- Activités réalisées.
- Résultat : Volume récolté, couleur, présence de sécrétions, quantité (+/++/+++, ...).

Remarques

- Le lavage gastrique n'est pas scorable.
- Cet item peut être cumulé avec D400 : soins liés au suivi d'une alimentation parentérale totale durant le même épisode de soins.
- Le contrôle du résidu gastrique seul, sans visée évacuatrice, ne suffit pas pour scorer G200.

➤ **G300 : Gestion de la glycémie**

Définition

Ensemble des activités liées à la **gestion réalisée par l'infirmier(e)** de la glycémie du patient : la mesure de la glycémie (au minimum 2 fois) par le prestataire de soins ou par le patient accompagné d'un prestataire de soins, 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** les éventuels soins et/ou prise en charge de l'hypo-, hyper- ou normoglycémie selon un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale: prise d'une collation, administration d'insuline, poursuite du traitement en cours, ...

Modalité de score

1. Présence.

Contrôles

- Mesures de la glycémie et les signes cliniques éventuels.
- Appréciation des résultats.
- Activités éventuelles réalisées dans le cadre d'une gestion de la glycémie.
- Référence à un plan de soins, une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale.

Remarques

- Les prélèvements sanguins veineux, artériels ou capillaires sont scorés sous les items N300 : Prélèvements sanguins veineux, N400 : Prélèvements sanguins artériels et N500 : prélèvements sanguins capillaires.
- Une **prescription médicale unique et isolée n'est pas** suffisante pour être scorée comme une gestion de la glycémie.

➤ **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 au moyen **une gestion réalisée par l'infirmier(e)** : 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** les éventuels soins et prise en charge de l'équilibre et/ou déséquilibre selon un plan de soins: une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale : transfusion, modification ou poursuite du traitement en cours, ...

Modalités de score

1. Présence.

Contrôles

- Type de gestion réalisée.
- Valeurs biologiques mesurées.
- Appréciation des résultats.
- Activités éventuelles réalisées dans le cadre d'une gestion.
- Référence à un plan de soins: une procédure, un ordre permanent ou une prescription médicale.

Remarques

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

➤ **G500 : Soins liés aux techniques thérapeutiques d'épuration sanguine**

Définition

Ensemble des activités liées aux techniques thérapeutiques d'épuration sanguine.

Modalités de score

1. Présence d'une dialyse péritonéale ou d'une plasmaphérèse.
2. Présence d'une hemodialyse opérationnelle ≤ 8 heures.
3. Présence d'une hemodialyse opérationnelle > 8 heures.

Contrôles

- Type de technique thérapeutique d'épuration extra-rénale/dialyse.
- Durée de la technique de dialyse pour les scores 2 et 3.
- Activités réalisées et résultats obtenus (notamment le bilan in/out).

Remarques

- Les liquides de substitution utilisés pour la dialyse ne peuvent pas être scorés sous l'item H200 : Administration de médicaments par voie IV.
- Si des produits supplémentaires (ex.: potassium, citrate, ...) sont ajoutés aux liquides de substitution, ceux-ci peuvent être scorés sous l'item H200 : Administration de médicaments par voie IV.
- Les soins et/ou la surveillance d'une voie d'accès permanente mais qui est uniquement utilisée pour la dialyse ne peuvent pas être scorés en N200 : Soins et/ou surveillance d'une voie d'accès. Ces soins font alors partie intégrante de 'l'ensemble des activités' de cet item.



## Classe H : Soins liés à l'administration de médicaments

### ➤ H100 : Administration de médicaments par voie IM/SC/ID

#### 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.

L'administration d'un médicament est prise en considération au moment où un médicament ou une solution est administré. Les reconstituants et diluants du principe actif sont comptabilisés séparément. L'administration d'eau distillée, de solution de NaCl 0,9%, de solution de glucose 5% et de la combinaison de glucose 5% et de NaCl 0,9% **peut être scorée** sous cet item.

Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament.

#### Modalité de score

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

#### Contrôle

- Médicaments IM/SC/ID administrés en précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

#### Remarques

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

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

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.

L'administration d'un médicament est prise en considération au moment où un médicament ou une solution est administré. Les reconstituants et diluants du principe actif sont comptabilisés séparément. L'administration d'eau distillée, de solution de NaCl 0,9%, de solution de glucose 5% et de la combinaison de glucose 5% et de NaCl 0,9% **peut être scorée** sous cet item.

Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament.

Modalité de score

- Nombre de médicaments différents administrés par voie IV.

Contrôle

- Médicaments IV administrés en précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarques

- Les perfusions IV sont reprises sous cet item en indiquant clairement le début de l'administration.
- Les liquides de substitution de dialyse ne peuvent pas être scorés.
- Les produits supplémentaires ajoutés aux perfusions d'entretien veineuses et liquides de substitution de dialyse peuvent être scorés sous cet item.
- Une perfusion ou TPN préparée par la pharmacie compte pour un seul et unique médicament. Seuls les produits ajoutés dans l'unité peuvent être comptabilisés.
- Le sang et dérivés sanguins sont scorés sous l'item N100 : Administration de sang et de composants sanguins.
- Le maintien de la perméabilité d'une voie d'accès (obturée par un bouchon) avec une solution de NaCl 0,9% et/ou d'anticoagulant n'est pas scoré en H200 car ces prestations ne sont pas considérées comme des administrations de médicaments IV.

➤ **H400 : Administration de médicaments par inhalation**

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.

L'administration d'un médicament est prise en considération au moment où un médicament ou une solution est administré. Les reconstituants et diluants du principe actif sont comptabilisés séparément. L'administration de solution de NaCl 0,9% **peut être scorée** sous cet item.

Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament.

Modalité de score

- Nombre de médicaments différents administrés par inhalation.

Contrôle

- Médicaments administrés en précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarques

- Le matériel lié à l'administration d'oxygène peut être scorée sous l'item K200 : Amélioration de la respiration: matériel de soutien.
- L'administration de médicaments sous forme de gaz tels que le Meopa® peut être scorée sous cet item.

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

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 ou anale.

L'administration d'un médicament est prise en considération au moment où un médicament ou une solution est administré. Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament.

Modalité de score

- Nombre de médicaments différents administrés vaginale/anale.

Contrôle

- Médicaments administrés par voie vaginale/anale en précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.

Remarque

- L'administration de lavement se score sous l'item B500 : Administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalome(s) et/ou le placement d'une sonde/canule rectale et ne peut donc pas être scoré sous cet item.

## Classe I : Soins liés à la fonction neurologique

### ➤ **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.

#### Modalités de score

1. 1 surveillance de la fonction neurologique réalisée avec un instrument de mesure validé.
2. De 2 à 3 surveillances de la fonction neurologique réalisées avec un instrument de mesure validé.
3. Plus de 3 surveillances de la fonction neurologique réalisée avec un instrument de mesure validé.

#### Contrôles

- Instrument de mesure utilisé.
- Résultats des activités réalisées.

#### Remarque

- Cet item ne peut pas être enregistré lorsque l'instrument de mesure n'est utilisé que pour le suivi de la sédation. Ce suivi spécifique fait partie de 'l'ensemble des activités' de l'item E400 : Gestion des symptômes : sédation.

➤ **I200 : Surveillance d'une pression intracrânienne ou 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 drainée, ...

Modalités de score

1. Surveillance de la pression intracrânienne ou d'un drainage.
2. Surveillance de la pression intracrânienne avec drainage de liquide céphalo-rachidien.

Contrôles

- Présence d'un drain ventriculaire externe avec ou sans drainage.
- Activité de surveillance réalisée.
- Valeurs des mesures réalisées.

Remarque

- La réfection du pansement du cathéter de drainage ventriculaire externe n'est pas scorée sous cet item mais peut être scorée sous l'item L200 : Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel en place.

## Classe K : Soins liés à la respiration

### ➤ **K100 : Aspiration des voies aériennes**

#### Définition

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

#### Modalité de score

1. Présence.

#### Contrôles

- Voie d'aspiration utilisée.
- Résultat de l'aspiration : couleur, fluidité, quantité des sécrétions (+/++/+++/ ...), odeur, ...

#### Remarque

/

➤ **K200 : Amélioration de la respiration**

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 seul soutien médicamenteux.

Modalités de score

Présence de:

1. Masque, lunettes, sonde, tente, cloche ou couveuse.
2. Tube endo-trachéal ou masque laryngé.
3. Canule trachéale ou cathéter transtrachéal.

Contrôle

- Matériel respiratoire utilisé.

Remarque

- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) est scorée en combinant cet item et l'item K300 : Amélioration de la ventilation: ventilation artificielle.



➤ **K300 : Amélioration de la ventilation**

Définition

Ensemble des activités liées à la présence d'une ventilation artificielle ou d'une ventilation artificielle spéciale.

Modalités de score

1. Ventilation/assistance respiratoire non invasive (par ex. Optiflow)
2. Ventilation invasive

Contrôles

- Type de ventilation artificielle.
- Mode de ventilation artificielle.

Remarque

- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) est scorée en combinant cet item et l'item K300 : Amélioration de la ventilation: ventilation artificielle.

## Classe L : Soins de la peau et des plaies

### ➤ L100 : Surveillance d'une plaie et/ou d'une zone avec lésion dermatologique et/ou d'un pansement et/ou de matériel sans soin de la plaie

#### Définition

Ensemble des activités liées à la surveillance d'une plaie (suturée, ouverte) et/ou d'une lésion dermatologique et/ou d'un pansement et/ou de matériel à visée évacuatrice **sans** soin de la plaie correspondante 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, surveillance d'une lésion dermatologique, ...

#### Modalité de score

Le score total est calculé en additionnant :

- Le nombre de plaies pour lesquelles une surveillance est réalisée.
- Le nombre de zones de lésions dermatologiques pour lesquelles une surveillance est réalisée.

#### Contrôles

- Description clinique de la plaie et/ou lésion dermatologique (nature, localisation, taille, couleur ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage, ...) lors de la survenue de la plaie ou de la lésion dermatologique et lors de toutes modifications.
- Résultat de la surveillance réalisée: observations cliniques du pansement, de la plaie, de la lésion ou du matériel.

#### Remarques

- Chaque plaie ou zone avec lésion dermatologique ne peut être scorée qu'une seule fois par épisode de soins infirmiers sous cet item.
- Cet item et la réalisation d'un soin de plaie pour la même plaie ou lésion ne peuvent pas se scorer ensemble durant le même épisode de soins.
- La surveillance standard aux orifices de cathéters/aiguilles IV, IA, incision d'une voie d'accès correspond à 'l'ensemble des activités' des items : N200 : Surveillance et/ou soins aux voies d'accès, N300 : Prélèvements sanguins veineux, N400 : Prélèvements sanguins artériels, N500 : Prélèvements sanguins capillaires et V500 : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique.
- En post-partum, la surveillance de l'épisiotomie, de la déchirure non suturée est scorée sous cet item lorsque l'épisiotomie ou la déchirure répond aux conditions de définition d'une plaie.

➤ **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. Durant ce nettoyage et/ou désinfection, la plaie est surveillée et contrôlée.

Modalité de score

Le score total est calculé en :

- Evaluant le nombre de plaies indépendantes de ce type.
- Evaluant la fréquence de soins de chaque plaie de ce type (= score par plaie).
- Additionnant les scores obtenus pour chaque plaie de ce type.

Contrôles

- Observation et description clinique de la plaie (nature, localisation, taille, couleur, exsudat, évolution, cicatrisation, ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...) lors de la survenue de la plaie et lors de toutes modifications.
- Activités de soins réalisées (indication du processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications.

Remarques

- Les soins aux voies d'accès avec ou sans fils de maintien sont scorés sous l'item N200 : Surveillance et/ou soins aux voies d'accès.
- Si une surveillance et un soin de plaie de ce type sont réalisés durant un épisode de soin complet, il faut scorer uniquement le soin sous cet item.
- En post-partum, les soins de l'épisiotomie ou de la déchirure suturée est scorée sous cet item lorsque l'épisiotomie ou la déchirure répond aux conditions de définition d'une plaie.
- En cas de lâchage partiel de sutures, cette plaie sera scorée sous l'item L300 : Soins simples de plaies ouvertes ou L400 : Soins complexes de plaies ouvertes et non sous cet item, pour autant que toutes les conditions concernant la définition, les modalités de score et les contrôles sont respectées.

➤ **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 (actif ou non).

Modalité de score

Le score total est calculé en :

- Evaluant le nombre de plaies indépendantes de ce type.
- Evaluant la fréquence de soins de chaque plaie de ce type (= score par plaie).
- Additionnant les scores obtenus pour chaque plaie de ce type.

Contrôles

- Observation et description clinique de la plaie (nature, localisation, taille, couleur, exsudat, évolution, cicatrisation, ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...) lors de la survenue de la plaie et lors de toutes modifications.
- Activités de soins réalisées (identification du processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications.

Remarques

- Si une surveillance et un soin simple de plaie ouverte sont réalisés durant un épisode de soin complet, il faut scorer uniquement le soin sous cet item.
- En post-partum, les soins de la déchirure non suturée est scorée sous cet item lorsque la déchirure répond aux conditions de définition d'une plaie.

➤ **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 (actif ou non) 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 ou curetage.
- Placement de larves ou de sangsues.

Modalité de score

Le score total est calculé en :

- Evaluant le nombre de plaies indépendantes de ce type.
- Evaluant la fréquence de soins de chaque plaie de ce type (= score par plaie).
- Additionnant les scores obtenus pour chaque plaie de ce type.

Contrôles

- Observation et description clinique de la plaie (nature, localisation, taille, couleur, exsudat, évolution, cicatrisation, ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...) lors de la survenue de la plaie et lors de toutes modifications.
- Activités de soins réalisées (Identification du processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications.

Remarques

- Si une surveillance et un soin complexe de plaie ouverte sont réalisés durant un épisode de soin complet, il faut scorer uniquement le soin sous cet item.

➤ **L500 : Soins aux lésions dermatologiques sans rupture de la barrière cutanée**

Définition

Ensemble des activités liées aux soins d'une ou de plusieurs lésions dermatologiques **sans rupture de la barrière cutanée** (selon le diagnostic médical en référence à la classification ICD-10-BE<sup>5</sup>: maladies infectieuses et parasites codes A00-B99 maladies de la peau et du tissu sous-cutané codes L00-L99 et brûlures codes T20-T32) avec ou sans application d'un pansement.

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

Modalité de score

Le score total est calculé en :

- Evaluant le nombre de zones concernées par ce type de lésions (voir carte des zones de plaies).
- Evaluant la fréquence de soins de lésions dermatologiques la plus élevée réalisée par zone (= score par zone).
- Additionnant les scores les plus élevés pour chaque zone.

Contrôles

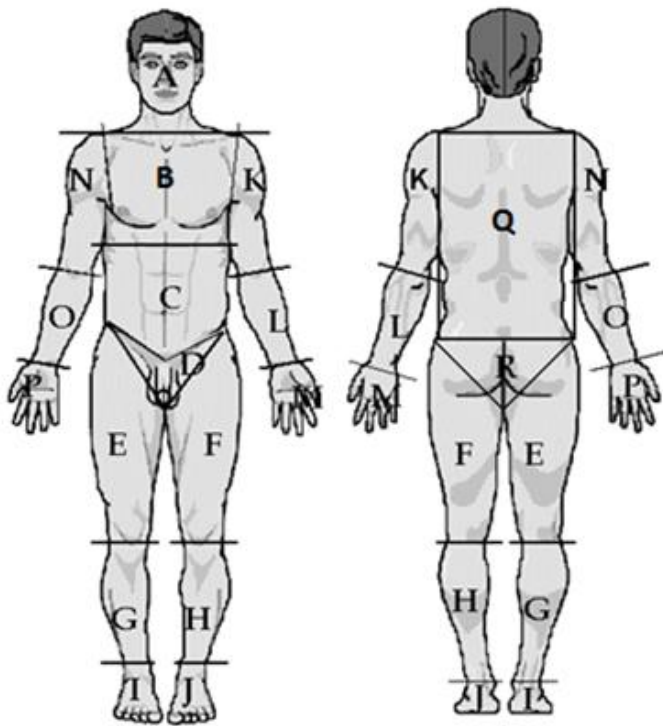
- Observation et description clinique de la lésion dermatologique (nature, localisation, taille, couleur, aspect, exsudat, évolution, ...) lors de la survenue de la lésion et lors de toutes modifications.
- Activités de soins réalisées (identification du processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications.

Remarques

- Si une surveillance et un soin à une lésion dermatologique sont réalisés pendant un épisode de soin complet, il faut scorer uniquement le soins sous cet item.
- La friction à 'l'eau de Cologne' ou une lotion hydratante ne peut pas être scorée.
- En cas de traitement préventif sur tout le corps lors de maladie de la peau, on peut scorer l'ensemble des zones.
- Les soins de brûlures avec rupture de la barrière cutanée sont scorés scorée sous l'item L300 : Soins simples de plaies ouvertes ou L400 : Soins complexes de plaies ouvertes.

<sup>5</sup> <http://www.health.belgium.be> → Santé → Organisation des soins de santé → Hôpitaux → Systèmes d'enregistrement → ICD-10-BE → Publications → 2. Directives de codage → manuel ICD-10-BE

➤ **Carte des zones de plaies**



- A: zone tête-cou
- B: zone du thorax
- C: zone l'abdomen
- D: zone uro-genitale
- E-F: zone jambe supérieure
- G-H : zone jambe inférieure
- I-J: zone du pied
- K-N: zone du bras
- L-O: zone avant bras
- M-P: zone de la main
- Q: zone du dos
- R: zone du siège

➤ **Aperçu des règles pour le calcul des scores des items de la classe L**

Ci-dessous un aperçu des règles permettant le calcul du score des items de la classe L chez un patient présentant différents types de plaies et/ou lésions dermatologiques.

La surveillance de plaies et lésions dermatologiques (L100)

- Le nombre de plaies (L200, L300 et L400) pour lesquelles uniquement une surveillance a été effectuée est comptabilisé.
  - +  
• Le nombre de zones avec lésions dermatologiques (L500) pour lesquelles uniquement une surveillance a été effectuée est comptabilisé.
- = somme des 2 types

Le soin de plaies (L200, L300 en L400)

- Déterminer les différents types de plaies (L200 ou L300 ou L400).
  - Déterminer la fréquence de soins pour chaque type de plaie déterminée (= un score par plaie).
- = somme des fréquences de toutes les plaies de chaque type.

Le soin de lésions dermatologiques (L500)

- Pour les lésions dermatologiques (L500), le nombre de zones concernées par ce type de lésion est déterminé (voir carte des zones de plaies).
  - Ensuite la fréquence de soins la plus élevée par zone de lésions est déterminée pour ce type de lésion (= un score par zone).
  - Addition des scores les plus élevés de toutes les zones (= un score total).
- = somme des scores les plus élevés par zone de plaies.



## Classe M : Thermorégulation

### ➤ M100 : Gestion de la thermorégulation

#### Définition

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

#### Modalité de score

1. Régulation de la température à l'aide de couvertures, couvertures isothermes, couvertures de réchauffement à air pulsé, matelas chauffant/refroidissant, réalisation de bain chauds/froids
2. Régulation de la température de la couveuse fermée ou de la couveuse ouverte avec 'servocontrôle' et/ou la surveillance et régulation du degré d'humidité de la couveuse.
3. Régulation de la température à l'aide de techniques particulières : irrigation de cavités corporelles, réchauffement du sang et des fluides (hémofiltration véno-véneuse continue, circulation extra-corporelle, ...)

#### Contrôles

- Activités réalisées
- Matériel utilisé
- Paramètres des appareils utilisés pour les scores 2 et 3
- Température centrale et/ou périphérique du patient

#### Remarques

- La surveillance de la température centrale ou périphérique du patient est scorée en V300 : Surveillance des paramètres vitaux: monitoring discontinu ou V400 : Surveillance des paramètres vitaux: monitoring continu.

## Classe N : Soins liés à la perfusion tissulaire

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

#### Définition

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

#### Modalités de score

- Nombre d'administrations fractionnées ou non d'une même poche de sang ou de composés sanguins

#### Contrôles

- Nombre d'administrations (poches ou fraction de poche)
- Surveillance et éventuelles réactions (paramètres, observations cliniques,...)

#### Remarques

- Les transfusions autologues sont scorées sous cet item.
- Le sang et les composants sanguins ne sont pas scorés en H100 : Administration de médicaments par voie IM/SC/ID ou H200 : Administration de médicaments par voie IV.

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

Définition

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

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, ...

Modalité de score

- Nombre de voies d'accès utilisées

Contrôles

- Voies d'accès utilisées, date de placement et localisation
- Activités réalisées
- Résultats de la surveillance et/ou des activités

Remarques

- Les cathéters à plusieurs voies ne comptent que pour 1 cathéter.
- Les injections directes à l'aiguille ne sont pas scorées comme étant une voie d'accès permanente.
- Les soins et/ou la surveillance d'une voie d'accès permanente mais qui est uniquement utilisée pour la dialyse ou la circulation extra-corporelle ne peuvent pas être scorés sous cet item. Ces soins font alors partie intégrante des items G500 : Soins liés aux techniques thérapeutiques d'épuration sanguines et N700: Suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique et/ou respiratoire.

➤ **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.

Modalité de score

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins veineux

Contrôles

- Type de prélèvement sanguin
- Nombre de séquences de prélèvements réalisées
- Résultat des analyses

Remarques

- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.
- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas pris en compte.
- Quand un prélèvement veineux se fait sur deux sites de prélèvement, ceux-ci peuvent être comptés comme deux séquences de prélèvements (par ex. des hémocultures à deux sites de prélèvement différents).
- Les prélèvements d'hémocultures sur poche de dérivés sanguins ne sont pas scorés.
- Le prélèvement de sang au moment de la section du cordon ne peut être scoré.
- Le prélèvement sanguin sur cathéter ombilical peut se scorer sous cet item **et** sous N400 : Prélèvements sanguins artériels.
- Le type d'analyse effectuée par le laboratoire ne suffit pas à identifier le type de prélèvement effectué.

➤ **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.

Modalité de score

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins artériels.

Contrôles

- Type de prélèvement sanguin.
- Nombre de séquences de prélèvements réalisés.
- Résultat des analyses.

Remarques

- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas pris en compte.
- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.
- Le prélèvement de sang à la section du cordon ne peut être scoré.
- Le prélèvement sanguin sur cathéter ombilical peut se scorer sous cet item **et** N300 : Prélèvements sanguins veineux.
- Le type d'analyse effectuée par le laboratoire ne suffit pas à identifier le type de prélèvement effectué.

➤ **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.

Modalité de score

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins capillaires.

Contrôles

- Type de prélèvement sanguin.
- Nombre de séquences de prélèvements réalisés.
- Résultat des analyses.

Remarques

- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas pris en compte.
- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.
- Le type d'analyse effectuée par le laboratoire ne suffit pas à identifier le type de prélèvement effectué.

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

Définition

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

Modalité de score

1. Présence.

Contrôles

- Présence d'une assistance cardio-circulatoire électrique externe.
- Surveillance des paramètres de fonctionnement et fréquence programmée.

Remarques

- La défibrillation d'un patient n'est pas considérée comme un soutien cardio-circulatoire électrique.
- La simple présence de l'appareil, des fils ou des électrodes n'est pas suffisante pour scorer cet item.
- Le pacing transthoracique est scoré sous cet item.

➤ **N700 : Suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique et/ou respiratoire**

Définition

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

Modalités de score

1. Présence d'une assistance mécanique interne sans circulation extra-corporelle (CEC): Contre Pulsion par Ballon Intra-Aortique (CPBIA).
2. Présence d'une assistance mécanique externe avec CEC: hémopompe, centrifugeuse, CO<sub>2</sub> removal, dispositif d'assistance ventriculaire (DAV), ...
3. Présence d'une assistance mécanique externe avec CEC et membrane d'oxygénation: Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO).

Contrôles

- Présence et type d'assistance cardio-circulatoire mécanique.
- Surveillance des paramètres de fonctionnement et fréquence programmée.

Remarque

/



## Domaine 3 : Comportement

### Classe P : Thérapie cognitive

#### ➤ **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.

Le déficit cognitif est un signe de diagnostic médical et/ou infirmier.

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).

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.

##### Modalité de score

1. Présence

### Contrôles

- Déficit cognitif mis en évidence par un diagnostic infirmier identifié au moyen d'un instrument de mesure validé ou un diagnostic médical.
- Présence d'un plan de soins.
- Réalisation d'au moins 1 des 5 activités de la définition.
- Evaluation de l'état du patient suite aux interventions infirmières au minimum une fois par semaine.

### Remarque

- Cet item ne peut être enregistré chez le patient qui sort d'une narcose.

## Classe Q : Amélioration de la communication

### ➤ **Q100 : Amélioration de la communication**

#### Définition

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

#### Modalité de score

1. Présence

#### Contrôle

- problème limitant la communication.
- Moyens utilisés pour améliorer la communication.

#### Remarques

- L'utilisation d'un appareil auditif, de lunettes ou de lentilles n'est pas scoré.
- L'intervention d'un interprète, y compris pour la langue des signes n'est pas scoré.
- L'utilisation d'une prothèse phonatoire n'est pas scorée.
- Le fait qu'un patient utilise une autre langue que le soignant ne peut, en soi, être considéré comme un problème de communication dont souffre le patient.

## Classe R : Aide aux stratégies d'adaptation

### ➤ **R100 : Soins liés aux situations de crise émotionnelle**

#### Définition

Ensemble des activités liées au soutien émotionnel du patient, de sa famille ou d'une personne significative permettant d'apporter un soutien dans les moments difficiles ou d'éviter une situation de crise ou de gérer une situation de crise émotionnelle.

Dans une crise émotionnelle, on entend une surcharge émotionnelle à la suite d'un événement exceptionnel ou d'une situation imprévue. Un ou plusieurs prestataires de soins sont exclusivement dédiés à la gestion intensive de ce patient, de sa famille ou de la personne significative. Dans la prévention d'une crise, cela signifie qu'on doit prendre en compte le risque d'une crise suite à un événement exceptionnel ou de circonstances imprévues.

#### Modalités de score

1. **Réaction d'anticipation:** aide apportée à un patient en prévision d'une crise situationnelle ou d'une crise de croissance.
2. **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.
3. **Annnonce d'une mauvaise nouvelle:** divulgation de la vérité en totalité ou en partie et en temps opportun afin de favoriser l'autonomie et le bien-être du patient.
4. **Gestion de la crise émotionnelle.**

#### Contrôles

- Description de la situation qui explique une crise actuelle ou risquant de mener à une crise.
- Façon dont la détresse est exprimée
- Personnes impliquées dans la crise
- Activités réalisées
- Les résultats et l'évaluation : l'état du patient, de la famille ou de la personne significative après les activités réalisées.
- Eventuels points à retenir en prévention d'une nouvelle crise

#### Remarque

/

## Classe S : Education du patient

### ➤ S100 : Education spécifique structurée

#### Définition

Ensemble des activités éducatives structurées réalisées dans le but de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences en vue de permettre au patient, un membre de sa famille ou la personne significative, en vue de son retour de poursuivre son processus thérapeutique ou de révalidation, prendre en charge ses soins, apprendre à gérer la maladie et ses complications. Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative.

#### Modalité de score

1. Présence

#### Contrôles

- Sujet de l'éducation.
- Présence d'un plan d'éducation structuré
- Activités planifiées
- Activités réalisées
- Evaluation du résultat en fonction du plan d'éducation

#### Remarques

- Le **simple** fait de donner une brochure ne suffit pas pour scorer cet item.
- L'éducation est toujours enregistrée chez le patient concerné par celle-ci.
- Dans le cas d'une hospitalisation conjointe mère-enfant, l'éducation concernant uniquement le bébé se score chez le bébé, l'éducation concernant uniquement la mère se score chez la mère et l'éducation concernant les deux peut se scorer chez la mère et chez le bébé.

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

Définition

Ensemble des activités éducatives structurées réalisées dans le but de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences concernant une intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen (période pré et per). Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative.

Seuls les examens suivants peuvent générer une éducation concernant celles-ci : examens radiologiques de type CT et/ou RMN, les épreuves nucléaires, les échographies, les examens endoscopiques.

Modalité de score

1. Présence

Contrôles

- Sujet (type d'intervention ou d'examen) de l'éducation
- Présence d'un plan d'éducation structuré
- Activités planifiées
- Activités réalisées
- Evaluation du résultat de l'éducation

Remarques

- Le **simple** fait de donner une brochure ne suffit pas pour scorer cet item.
- L'éducation est toujours enregistrée chez le patient concerné par celle-ci.
- Dans le cas d'une hospitalisation conjointe mère-enfant, l'éducation concernant uniquement le bébé se score chez le bébé, l'éducation concernant uniquement la mère se score chez la mère et l'éducation concernant les deux peut se scorer chez la mère et chez le bébé.

## Domaine 4 : Sécurité

### Classe V : Gestion du risque

➤ **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 ou éviter leur apparition chez un patient présentant un risque élevé en utilisant du matériel dynamique de prévention: matelas alternating, matelas dynamique, lit fluidisé, ...

#### Modalité de score

1. Présence

#### Contrôles

- Risque d'escarre évalué avec un instrument de mesure validé et/ou l'expertise clinique
- Matériel de prévention dynamique utilisé

#### Remarques

- La réalisation concomitante de changements de position est scorée en plus sous l'item V200 : Prévention de plaies de décubitus: changements de position.
- Le risque d'escarre doit être réévalué lors de chaque modification de l'état du patient.

➤ **V200 : Prévention des 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 et éviter leur apparition chez un patient qui a de fortes chances d'y être sujet en levant les pressions chez ce patient régulièrement en fonction d'un schéma de mobilisation.

Modalité de score

- Nombre de changements de position

Contrôles

- Risque d'escarre évalué avec un instrument de mesure validé et/ou l'expertise clinique
- Schéma de prévention, comprenant les positions et les heures
- Positions différentes adoptées pour lever les pressions

Remarques

- L'utilisation concomitante de matériel de prévention dynamique est scoré en plus sous l'item V100 : Prévention des plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique.
- Le risque d'escarre doit être réévalué lors de chaque modification de l'état du patient.



➤ **V300 : Surveillance des paramètres vitaux : monitoring discontinu**

Définition

Ensemble des activités liées à la collecte et l'analyse des paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et de température corporelle afin de déceler et/ou d'éviter des complications à l'aide de mesures discontinues. Surveillance d'un de ces 13 paramètres :

- fréquence respiratoire ;
- fréquence cardiaque et/ou électrocardiogramme = 1 paramètre ;
- température corporelle périphérique ;
- température corporelle centrale ;
- mesure de CO<sub>2</sub> ;
- mesure de la saturation veineuse ;
- mesure de la saturation artérielle ;
- pression artérielle (systolique et diastolique) ;
- pression artérielle pulmonaire ;
- pression veineuse centrale ;
- débit cardiaque ;
- pression de l'oreillette gauche/'Wedge' ;
- oxymétrie cérébrale.

Modalité de score

- Fréquence du paramètre le plus mesuré en discontinu.

Contrôles

- Heure de mesure.
- Paramètre(s) et valeur(s) (chiffres ou graphiques) soit par une transcription manuelle validée par l'infirmière, soit au dossier électronique avec validation électronique ou par un print-out validé par l'infirmière ayant pris la mesure.

Remarque

- Tous les paramètres surveillés de manière continue et de manière discontinue durant le même épisode de soins doivent être enregistrés sous l'item V400 : Suivi des paramètres vitaux : monitoring continu si toutes les conditions sont remplies. Si toutes les conditions ne sont pas remplies pour enregistrer l'item V400, alors il peut y avoir enregistrement de cet item.

➤ **V400 : Surveillance des paramètres vitaux: 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 électrocardiogramme = 1 paramètre ;
- température corporelle périphérique ;
- température corporelle centrale ;
- mesure de CO<sub>2</sub> ;
- mesure de la saturation veineuse ;
- mesure de la saturation artérielle ;
- pression artérielle (systolique et diastolique) ;
- pression artérielle pulmonaire ;
- pression veineuse centrale ;
- débit cardiaque ;
- pression de l'oreillette gauche/'Wedge' ;
- oxymétrie cérébrale.

Modalité de score

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

Contrôles

- Identification de chaque paramètre surveillé avec un monitoring continu :
- Paramètre(s) et valeur(s) :
  - minimum 3 mesures par paramètre (chiffres ou graphiques) soit par une transcription manuelle validée par l'infirmière, soit au dossier électronique avec validation électronique ou par un print-out validé par l'infirmière ayant pris la mesure.
  - avec un intervalle maximum de 3 heures entre 2 mesures d'un même paramètre.
- Heure de la prise des paramètres.

Remarques

- Tous les paramètres surveillés de manière continue et de manière discontinue durant le même épisode de soins doivent être enregistrés sous cet item si toutes les conditions sont remplies. Si toutes les conditions ne sont pas remplies, alors il peut y avoir enregistrement du V300 : surveillance des paramètres vitaux : monitoring discontinu si toutes les conditions pour cet item sont remplies.

Exemples

Temps 0	T+1h	T+2h	T+3h	T+4h	T+5h	T+6h	V300 ?
x	x	x					OK
x	x		x				OK
x		x					Non : manque 1 valeur
x		x			x		OK
x				x	x		Non : intervalle > 3h
x			x			x	OK
x				x		x	Non : intervalle > 3h

➤ **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, ...).

Modalité de score

- Nombre de prélèvements réalisés.

Contrôles

- Type de chaque prélèvement réalisé.
- Résultats des analyses de chaque prélèvement.

Remarques

- Par ex.: 2 x prélèvement d'urine + 1 x prélèvement de selles + 1 x prélèvement de sécrétions = score 4.
- Les essais non fructueux de prélèvements ne sont pas scorés.
- Les prélèvements réalisés par le médecin ne sont pas scorés.
- Le prélèvement de sang et les hémocultures sont scorés uniquement sous l'item N300 : prélèvements sanguins veineux, N400 : prélèvements sanguins artériels ou N500 : prélèvements sanguins capillaires.
- Le type d'analyse effectuée par le laboratoire ne suffit pas à identifier le type de prélèvement effectué.

➤ **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, suite à une diminution de l'immunité sont potentiellement très dangereux pour le patient (isolement protecteur).

Les précautions additionnelles possibles sont :

- port du tablier ;
- port de gants ;
- port du masque ;
- mesures particulières pour l'élimination des déchets/du matériel ;
- traitement de l'air ou régulation de pression.

Modalités de score

1. Présence d'au moins 2 précautions additionnelles.
2. Présence d'au moins 3 précautions additionnelles.

Contrôles

- Le micro-organisme présent en cas d'isolement contagieux, raison de la diminution de l'immunité en cas d'isolement protecteur.
- Le type d'isolement et les précautions additionnelles à appliquer.
- Présence d'une procédure spécifique.
- Précautions additionnelles réalisées.

Remarques

- Quand deux patients ou plusieurs patients sont dans la même chambre et bénéficient des mêmes précautions additionnelles, V500 peut être scoré chez chacun des patients.
- Les mesures d'isolement prises de manière préventive en attendant le résultat définitif des prélèvements en respectant la définition et les contrôles peuvent être scorés sous cet item.

➤ **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.

Modalités de score

1. **Présence d'une contrainte physique** : 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, ...).
2. **Présence d'une contention physique** : 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, ...).

Contrôles

- Problème de désorientation évalué à l'aide d'un instrument de mesure quel que soit l'évaluateur.
- Procédure reprenant les mesures de protection à appliquer.
- Observation sur l'évolution de la désorientation, une fois par épisode de soins infirmiers

**Pour le score 1, en plus :**

- Evaluation des mesures de protection utilisées et de la nécessité de continuer les mesures prises, à réaliser au moins une fois par semaine.

**Pour le score 2, en plus :**

- mesures de contention utilisées: heure de début et de fin de chaque épisode de contention.
- évaluation des mesures de contention utilisées et de la nécessité de les continuer, à réaliser une fois par épisode de soins infirmiers.

Remarque

- Le matériel orthopédique (plâtre,...) ou le placement uniquement des barrières de lit ne sont pas suffisant pour scorer cet item.

## Domaine 5 : Famille

### Classe W : Soins liés à 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 ballon ;
- utilisation d'une baignoire de dilatation ;
- réalisation de changements de position.

##### Modalité de score

- Nombre d'activités différentes réalisées.

##### Contrôles

- Activités réalisées.
- Résultats des activités.

##### Remarque

/

➤ **W200 : Soins ante-partum**

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 monitoring fœtal ;
- réalisation d'un toucher vaginal ;
- palpation de l'activité utérine.

Modalité de score

- Nombre de paramètres différents mesurés.

Contrôle

- Paramètre(s) et valeur(s) (chiffres ou graphiques) soit par une transcription manuelle validée par l'infirmière, soit au dossier électronique avec validation électronique ou par un print-out validé par l'infirmière ayant pris la mesure.

Remarque

/



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

Définition

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

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

Modalité de score

1. Présence.

Contrôle

- Rapport de l'accouchement réalisé et validé par la sage-femme.

Remarque

/

➤ **W400 : Soins post-partum**

Définition

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

- hauteur utérine ;
- lochies ;
- seins (crevasses, tensions mammaires, lactation,...).

Modalité de score

- Fréquence du soin le plus mesuré ou observé (nombre de mesures validées ou notées).

Contrôle

- Soins et sa(s) valeur(s) soit par une transcription manuelle validée par l'infirmière, soit au dossier électronique avec validation électronique.

Remarque

/

➤ **W500 : Soin «kangourou»**

Définition

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

Ce soin est un contact peau à peau direct entre le bébé et un parent afin de favoriser le lien parent-enfant. De manière générale, la durée minimale requise pour un soin efficace est de 60 minutes, en dehors d'un moment d'alimentation.

Modalité de score

1. Présence.

Contrôles

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

Remarques

- Le soin «kangourou» est uniquement scoré chez le bébé.

## Domaine 6 : Systèmes de santé

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

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

##### Définition

Ensemble des activités liées à l'évaluation systématique de l'état fonctionnel du patient (son état physique et/ou mental et/ou psycho-social) à l'aide d'un instrument de mesure.

##### Modalité de score

1. Présence

##### Contrôles

- Instrument de mesure utilisé.
- Formulaire d'évaluation daté.
- Résultats de l'évaluation.

##### Remarque

- Seuls les instruments de mesure non utilisés sous les autres items de ce manuel de codage peuvent être enregistrés sous cet item, pour autant que toutes les conditions de définition et de contrôle soient respectées.
- Les instruments de mesure diagnostiques aussi bien que les instruments de screening peuvent être enregistrés.

➤ **Z200 : Assistance aux actes médicaux invasifs non déléguables**

Définition

Assistance au médecin lors d'actes médicaux invasifs non déléguables. 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, ainsi que les modalités de prestations et traitements et les exigences de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent se conformer.

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 inclut : la préparation du matériel, la préparation et l'installation du patient, l'assistance à l'examen ou au traitement et le soutien émotionnel et/ou physique au patient.

Modalité de score

- Nombre d'assistances aux actes médicaux invasifs non déléguables.

Contrôles

- Actes médicaux invasifs non déléguables.
- Assistances réalisées.

Remarques

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

➤ **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 et ne peut correspondre avec le rapport standard d'équipe quotidien.

Modalité de score

1. Présence.

Contrôle

Rapport comprenant au moins les points suivants:

- Date ;
- nom et discipline, fonction ou spécialité des personnes présentes ;
- objectif de la concertation.

Remarque

- En cas de contact multidisciplinaire réunissant une infirmière **et** une sage-femme, au moins **une autre** discipline, fonction ou spécialité doit être représentée.

➤ **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, sage-femme de première ligne, ...), 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 avec d'autre prestataires de soins, réalisé exclusivement dans le but de prendre des dispositions visant à organiser la prise en charge des soins du patient, est concrétisé par un moment de contact tel que: contact téléphonique, échange de mails, contacts interpersonnels, ...

Modalité de score

1. Présence.

Contrôles

Rapport comprenant au moins les points suivants:

- Date du contact ;
- Sujet/objectif du contact ;
- Nom de la discipline, fonction ou spécialisation de la personne de contact ou organisme contacté ;
- Résultat du contact.

Remarques

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