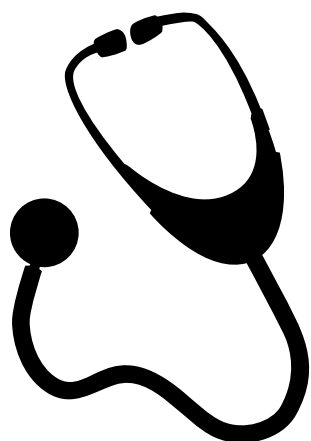




Nom :

Prénom :

Date de naissance :



DOSSIER DE SOINS



Site internet

CPTS LITTORAL EN NORD

www.cpts-littoralnord.fr
cpts.littoral.en.nord@gmail.com



Dossier de soins partagé

Je soussigné(e) Mr/Mme.....,
(ou représentant légal)
autorise les professionnels de santé à utiliser ce dossier de soin
pour une bonne coordination de mes soins.

Date :

Signature du patient ou du représentant légal :

Attestation de remise des clés :

Je soussigné(e) né(e) le demeurant au
....., atteste sur l'honneur donner l'autorisation à , en tant que cabinet
infirmier, de pénétrer dans mon domicile pour effectuer mes soins.

A cet effet, je lui remets, ce jour, un double des clés de mon domicile et/ou badge d'entrée. Ces clés lui sont remises pour le seul usage précisé ci-dessus. Elles devront rester en sa possession et ne pas être
confiées à une tierce personne sans demande préalable de mon autorisation.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier



Attestation de remise des clés :

Je soussigné(e) né(e) le demeurant au
....., atteste sur l'honneur donner l'autorisation à , en tant que cabinet
infirmier, de pénétrer dans mon domicile pour effectuer mes soins.

A cet effet, je lui remets, ce jour, un double des clés de mon domicile et/ou badge d'entrée. Ces clés lui sont remises pour le seul usage précisé ci-dessus. Elles devront rester en sa possession et ne pas être
confiées à une tierce personne sans demande préalable de mon autorisation.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier

Attestation de restitution des clés :



Je soussigné(e) né(e) le
demeurant au.....
atteste sur l'honneur que en tant que cabinet infirmier m'a restitué de mon double des clés et/ou badge d'entrée.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier



Attestation de restitution des clés :

Je soussigné(e) né(e) le
demeurant au.....
atteste sur l'honneur que en tant que cabinet infirmier m'a restitué de mon double des clés et/ou badge d'entrée.

Fait le/à En double exemplaire

Signature du patient ou représentant légal

Signature du cabinet infirmier

Informations patient



Nom	Prénom	Date de naissance	Age	Sexe
Numéro sécurité sociale	Téléphone	Adresse mail		
Adresse	Prise en charge	Mutuelle		
☐ Escaliers ☐ Ascenseur	☐ Cmu ☐ Ald ☐ At ☐ Mp ☐ Ame	☐ Oui ☐ Non Organisme..... N° Adhérent.....		
		☐ Accès à "Mon espace santé"		

Situation personnelle

Situation familiale	Personne de confiance
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ En concubinage Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non Enfant(s) :	Nom : Prénom : Qualité : Téléphone : Adresse mail :
Situation professionnelle	Personne à prévenir
☐ En activité ☐ Retraité(e) ☐ Sans Emploi Profession :	Nom : Prénom : Qualité : Téléphone : Adresse mail :

Directives Anticipées	Don d'organes
☐ Oui ☐ Non Date : Accessibilité : ☐ " Mon espace santé ☐ Autre (préciser) :	☐ Oui ☐ Non Date : Accessibilité : ☐ " Mon espace santé" ☐ Autre (préciser) :



Intervenants

[illegible]

Informations médicales :



Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies :

Poids & Taille

[illegible]

Habitudes de vie :

Initial :

Date :



Mobilité

- ☐ Autonome ☐ Aide Partielle ☐ Aide totale
- ☐ Fauteuil ☐ Lit ☐ Se déplace avec aide ☐ Déambulateur
- ☐ Canne ☐ Prothèse :

Toilette

- ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
- ☐ Douche ☐ Lavabo ☐ Au lit

Alimentation

- ☐ Autonome ☐ Aide Partielle ☐ Aide totale ☐ GPE/Jéjuno
- ☐ SNG

- Régime : ☐ Normal ☐ Mixé ☐ Diabétique ☐ Sans sel
- ☐ Complément Alimentaire ☐ Autre :

Hydratation

- ☐ Autonome ☐ Stimulation

Elimination

- ☐ Normale ☐ Constipation ☐ Diarrhées
- ☐ Incontinence urinaire ☐ Incontinence fécale
- ☐ Stomie : ☐ Urinaire ☐ Fécale
- ☐ Sonde Vésicale ☐ Sonde à demeure
- ☐ Change jour ☐ Change nuit ☐ Etui pénien

Appareillage

- ☐ Auditif ☐ Dentaire ☐ Autre :

Respiration

- ☐ Normal ☐ Dyspnée ☐ Appareillage :
- ☐ Oxygénothérapie ☐ Aérosols

Traitement médical

- ☐ Autonome ☐ Préparé par la famille
- ☐ Préparé par un professionnel de santé

Habitudes de vie :

Réévaluation :

Date :



Mobilité

- ☐ Autonome ☐ Aide Partielle ☐ Aide totale
☐ Fauteuil ☐ Lit ☐ Se déplace avec aide ☐ Déambulateur
☐ Canne ☐ Prothèse :

Toilette

- ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
☐ Douche ☐ Lavabo ☐ Au lit

Alimentation

- ☐ Autonome ☐ Aide Partielle ☐ Aide totale ☐ GPE/Jéjuno
☐ SNG

- Régime : ☐ Normal ☐ Mixé ☐ Diabétique ☐ Sans sel
☐ Complément Alimentaire ☐ Autre :

Hydratation

- ☐ Autonome ☐ Stimulation

Elimination

- ☐ Normale ☐ Constipation ☐ Diarrhées
☐ Incontinence urinaire ☐ Incontinence fécale
☐ Stomie : ☐ Urinaire ☐ Fécale
☐ Sonde Vésicale ☐ Sonde à demeure
☐ Change jour ☐ Change nuit ☐ Etui pénien

Appareillage

- ☐ Auditif ☐ Dentaire ☐ Autre :

Respiration

- ☐ Normal ☐ Dyspnée ☐ Appareillage :
☐ Oxygénothérapie ☐ Aérosols

Traitement médical

- ☐ Autonome ☐ Préparé par la famille
☐ Préparé par un professionnel de santé

Diagramme de soins infirmiers / Nursing

**Nom,
prénom :**

[illegible]

Diagramme de surveillance de perfusions

**Nom,
prénom :**

[illegible]

Bilan initial de plaie :

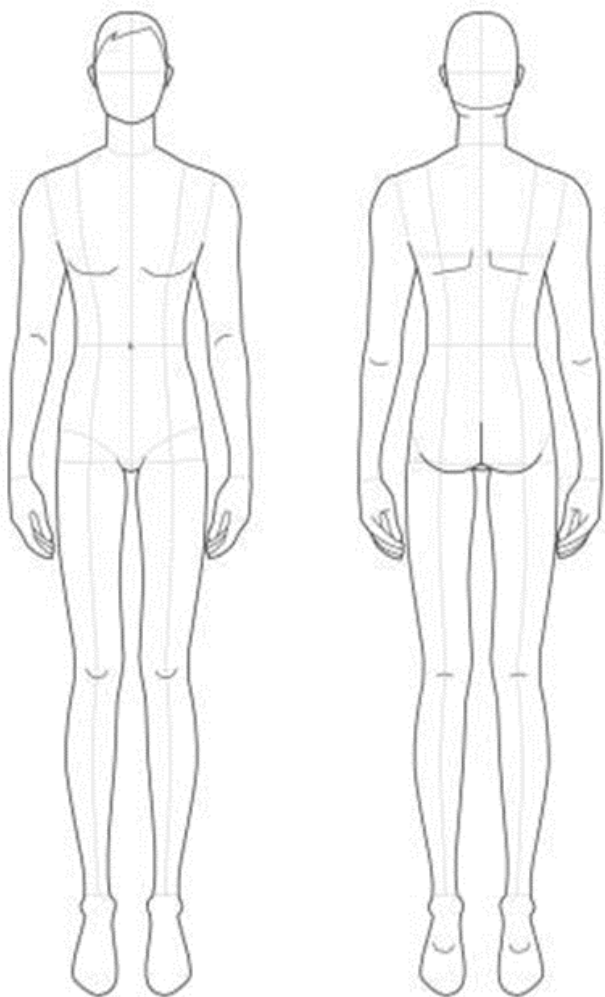


Date du bilan initial de plaie : / /

Date d'apparition de la plaie : / /

Localisation :

Localisation	Largeur	Longueur	Profondeur



Type de plaie :

- ☐ Brûlure ☐ Escarre ☐ Kyste pilonidal
- ☐ Pied diabétique ☐ Plaie cancéreuse ☐ Plaie chirurgicale
- ☐ Plaie traumatique ☐ Stomie
- ☐ Ulcère / Origine : ☐ Veineuse ☐ Artérielle ☐ Mixte
- ☐ Autre :

Stade :

 Nécrose  Fibrine  Bourgeonnement  Epider-sation
.....% % %

Aspect berges:

- ☐ Saines ☐ Berges abruptes
- ☐ Hyperkératose
- ☐ Macérées ☐ Inflammatoires

Peau périlésionnelle

- ☐ Saine ☐ Eczéma
- ☐ Macérée ☐ Erythème
- ☐ Indurée ☐ Lésée
- ☐ Sèche
- ☐ Autre :

Exsudat :

- ☐ Aspect :
-
- ☐ Quantité :
-

Autorisation de prise de photo de la plaie :

Date :

Signature du patient :

Protocole :

Protocole mis en place :

Protocole de soin :

Date de mise en place :

Nom Prénom

[illegible]

	Date			
Taille	Localisation			
	Longueur			
	Largeur			
	Profondeur			
Type de plaie	Brûlure / Escarre / Kyste pilonidal / Pied diabétique / Plaie cancéreuse / Plaie chirurgicale / Plaie traumatique / Stomie / Ulcère (Veineuse/Artérielle/Mixte) / Autre			
Stade	● Nécrose			
	● Fibrine			
	● Bourgeonnement			
	● Epidermisation			
Berges	Saines / Berges abruptes / Hyperkératose / Macérées / Inflammatoires			
Peau Périlésionnelle	Saine / Eczéma / Macérée / Erythème / Indurée / Lésée / Sèche / Autre			
Exsudat	Aspect & Quantité à préciser			
Protocole	Protocole mis en place			
	Paraphes IDE			

Surveillance Glycémie

**Nom,
prénom :**

[illegible]

Surveillance alimentaire & hydrique

	/.....	/.....	/.....	/.....	/.....	/.....	/.....
Petit déjeuner 							
Déjeuner 							
Goûter 							
Dîner 							
Commentaire 							
Paraphes IDE							

Fiche de suivi diurèse

Nom :

Prénom :



Mictions					
Matin (heure)			Soir (heure)		

Mois de :	Heure + Quantité	Heure + Quantité	Heure + Quantité	Heure + Quantité	Heure + Volume	Commentaires	Paraphaes IDE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
Paraphes IDE							

Mois				Commentaires	Paraphes IDE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					



Rendez-vous médicaux

Nom :

Prénom :

[illegible]



Nom :

Prénom :

Transmissions

[illegible]



Nom :

Prénom :

Transmissions

[illegible]

Fiche de liaison en cas d'hospitalisation



Date :

Nom	Prénom	Date de naissance	Age	Sexe
Situation familiale		Personne à prévenir		
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ En concubinage Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non Enfant(s) :		Nom : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone : _____ Adresse mail : _____		

CABINET INFIRMIER	
Nom cabinet	
Nom Prénom de l'IDE	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	
MÉDECIN TRAITANT	
Nom Prénom	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse mail	
Motif du transfert : (Résumé)	

Traitements & Soins en cours			
Ordonnance	Bilan Sanguin :	Kiné :	Autre :
Soins techniques			
Allergies :			

Fiche de liaison en cas d'hospitalisation



Synthèse des soins infirmiers

Etat	Heure	Soins du rôle propre	Soins sur prescription
Fait			
A faire			

Soins de base

Alimentation & Hydratation		Elimination	
Alimentation	☐ Normale ☐ Mixée ☐ Régime :	Urines	☐ Continent ☐ Incontinent
Hydratation	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	Selles	☐ Continent ☐ Incontinent
Prothèse dentaire	☐ Oui ☐ Non	Autre(s):	
Hygiène & Confort		Locomotion et mobilisation	
Hygiène	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	
Habillage	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale	Autre(s) :	
Sommeil	☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale		

Soins relationnels & éducatifs

S'exprime avec : ☐ Cohérence ☐ Difficulté	
Altération des sons : ☐ Oui ☐ Non	Prothèse auditive : ☐ Oui ☐ Non
Perception du danger : ☐ Oui ☐ Non	Lunettes : ☐ Oui ☐ Non
Comportement : ☐ Calme ☐ Agité ☐ Désorienté ☐ Incohérent	

Objectifs en cours

--

A venir

Examens et consultations prévus	Perspectives
	☐ Retour à domicile ☐ Etablissement de soins ☐ Autres

Devis pour les actes et prestations infirmiers non remboursables par l'Assurance maladie

Date du devis :		Durée de validité :	
<u>Infirmier(e) libéral(e) ayant réalisé le devis</u> Nom, Prénom : Adresse cabinet : Numéro ADELI :		<u>Identité du patient :</u> Nom, Prénom : Date de naissance : Adresse : Numéro de sécurité sociale :	
<u>Actes et/ou prestation de l'infirmier(e) libéral(e) non remboursés par l'Assurance Maladie :</u> Début des soins le : Durée des soins : Nombre de soins par jour : Nombre de soins par semaine :	<u>Sans ordonnance médicale</u> Description de l'acte : ☐ Aide à la prise de médicaments sous forme non injectable et vérification de leur prise hors patients traités pour troubles psychiatriques. ☐ Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ☐ Instillation de collyre non médicamenteux ☐ Aide et soutien psychologique ☐ Prise de tension artérielle ☐ Pose de bas de contention ☐ Glycémie à lecture instantanée hors patient diabétique insulino dépendant ☐ Préparation d'un pilulier semainier ☐ Aspirations endotrachéales ou pas sonde nasale ☐ Changement de poche à urines, relevé de diurèse, soins de sonde vésicale. ☐ Autre(s)	<u>Sur prescription médicale</u> Dr..... En date du : Pour une durée de : (PM fournie) ☐ Instillation de collyres médicamenteux ☐ Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ☐ Poses de bandes de compression veineuse ☐ Application de topique Autre(s) :	
Montant unitaire de l'acte ou prestation : €	Majoration spécifique pour dimanche et jour fériés : €	Déplacement : €	
Montant total des honoraires pour la durée des soins : €	Modalités de paiement : ☐ A la semaine ☐ Au mois ☐ Autre :	Moyens de Paiement : ☐ Chèque bancaire ☐ Autre :	
Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement ou de son suivi infirmier. Date et signature du patient ou du (ou des) responsables(s) Signature de l'infirmier (e) légal (légaux) libéral(e) Fait en double exemplaire			

Consignes pour la passation de la grille ALGOPLUS

L'échelle ALGOPLUS a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale).

L'utilisation d'ALGOPLUS est ainsi particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des :

- pathologies douloureuses aiguës (ex : fractures, zona, post-op, ischémie, lumbago, rétentions urinaires...),
- accès douloureux transitoires (ex : névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...),
- douleurs provoquées par les soins ou les actes médicaux diagnostiques.

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence.

En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

Erreurs fréquemment rencontrées

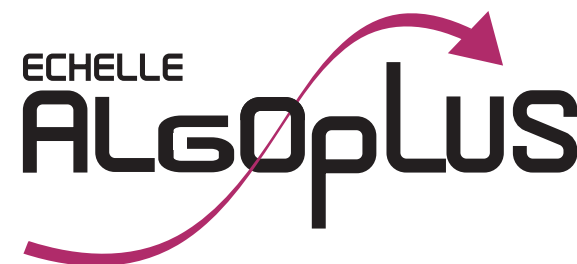
Difficultés de repérage :

- Agrippement doit être coté « oui » *quel que soit le support d'agrippement* (patient lui même, soignant ou tout autre support).

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe et non pas sur sa simple présence, par exemple :

- l'item « plaintes » coté « non » parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps.
- l'item « comportements » coté « non » parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.

www.doloplus.com



Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....		/...../.....	
Heure	h		h		h		h		h		h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe	

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :		Prénom :		DATES			
Service :							
Observation comportementale							
RETENTISSEMENT SOMATIQUE							
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0		
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1		
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2		
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3		
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0		
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1		
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2		
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3		
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0		
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1		
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2		
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3		
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0		
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1		
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2		
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3		
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0		
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1		
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2		
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR							
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0		
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1		
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2		
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3		
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0		
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1		
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2		
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3		
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL							
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0		
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1		
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2		
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3		
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0		
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1		
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2		
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3		
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0		
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1		
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2		
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3		
		SCORE					

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureux	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

Les **soins palliatifs** sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

L'**accompagnement** d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

¹ Soins palliatifs et accompagnement. Coll. Repères pour votre pratique. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :

 **N°Azur 0 811 020 300**

PRIX APPEL LOCAL

Les coordonnées de votre équipe ressource en soins palliatifs :



PALLIA 10

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision
en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle pour les équipes soignantes

Avec le soutien institutionnel
des laboratoires Nycomed

NYCOMED

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

Pallia 10 est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, Pallia 10 explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser Pallia 10 et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho- pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : • prescriptions anticipées • indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...) • indication et mise en place d'une sédation • lieu de prise en charge le plus adapté • statut réanimatoire	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : • un refus de traitement • une limitation ou un arrêt de traitement • une demande d'euthanasie • la présence d'un conflit de valeurs	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

GRILLE DE REPERAGE DU NIVEAU DE FRAGILITE

Cet outil est destiné au repérage rapide du profil de fragilité des personnes âgées, fait par tout acteur du champ gérontologique formé à l'utilisation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date évaluation	Nom de l'évaluateur	Fonction de l'évaluateur

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risque			
	0	1	2	Score
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
Total / 26				

TOTAL Volet A

< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile
---	--	---

Volet B	Données complémentaires			
	0	1	2	Score
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation de durée < 3 mois	Plusieurs hospitalisations ou 1 seule > 3 mois	
Vision	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Audition	Normale (avec ou sans correction)	Diminuée	Très diminuée	
Support social / entourage	Couple (ou famille)	Seul sans aide	Seul avec aide	
Aide à domicile professionnelle	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Aidant naturel	Aucun besoin	Aide unique occasionnelle	Aide quotidienne ou multiple	
Perception de la charge par les proches	Supportable	Importante	Trop importante	
Habitat	Adapté	Peu adapté	Inadéquat	
Situation financière	Pas de problème	Aide déjà en place	Problème identifié et absence d'aide	
Perspectives d'avenir selon la personne	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	
Perspectives d'avenir selon son entourage	Maintien lieu de vie actuel	Maintien lieu de vie et renforcement aides	Changement de lieu de vie souhaité	

TOTAL Volet B (sur 22)
Plus le score est élevé, plus grande est la fragilité

Cette grille est une adaptation de la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment ou Sommaire de l'Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission). Auteurs : SCHOEVAERDTS Didier, BIETTLOT Serge, MALHOMME Brigitte, REZETTE Céline, GILLET Jean-Bernard, VANPEE Dominique, CORNETTE Pascale, SWINE Christian, La Revue de Gériatrie : 2004, vol.29, n°3, pp.169-178

REMARQUES DE L'EVALUATEUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE REPERAGE DU NIVEAU DE FRAGILITE

Définition de la personne âgée fragile :

C'est une personne présentant un état instable conduisant à un risque de décompensation somatique, psychique ou sociale, secondaire à un évènement même minime. Cet état est potentiellement réversible, s'il est identifié, et si des actions adaptées sont mises en place.

Volet A Profil gériatrique et facteurs de risque : Il peut être utilisé seul pour repérer la fragilité

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?* (FL : Foyer Logement ; EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?*

Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?*

La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien, êtes-vous anxieux, êtes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?*

Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?*

Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ; si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ; si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

La connaissance du poids et de la taille permet de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle) P/T^2 .
Dénutrition si $IMC < 21$.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?*

Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?*

Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ?*

Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?*

Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

→ **COTATION SUR 26 :** Elle indique l'intensité du profil de fragilité en reflétant globalement le nombre de problèmes signalés ; il est clair que ce chiffre n'a qu'une valeur indicative. On peut considérer que le profil de la personne est peu fragile pour un score inférieur ou égal à 8, qu'il est moyen pour un score compris entre 9 et 11 et qu'il est très fragile pour un score supérieur ou égal à 12.

Volet B. Données complémentaires : Cette partie regroupe des facteurs susceptibles d'influencer le plan de soins et d'aides.

Hospitalisation récente : *La personne a-t-elle été hospitalisée durant les 6 derniers mois ? Combien de fois a-t-elle été hospitalisée ? Une hospitalisation a-t-elle duré plus de 3 mois ?*

Vision : *La vue de la personne, avec des lunettes si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Audition : *L'ouïe de la personne, avec des prothèses auditives si elle en porte, est-elle normale, diminuée ou très diminuée ?*

Support social / entourage : *La personne vit-elle seule à domicile, en couple, ou avec un ou plusieurs membres de sa famille ?*

Aide à domicile professionnelle : *Selon vous, la personne a-t-elle besoin d'aide à domicile de la part de professionnels ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne ? L'aide peut-être à visée soit sanitaire, soit médico-sociale, soit sociale.*

Aidant naturel : *La personne a-t-elle besoin de recevoir de l'aide à domicile de la part de sa famille ? Cette aide est-elle occasionnelle ou quotidienne, unique ou multiple ?*

Perception de la charge par les proches : *l'accompagnement de la personne est-il vécu par son entourage comme supportable, importante ou trop importante ? Si l'entourage est absent, on code (2).*

Habitat : *De votre point de vue de professionnel, diriez-vous que l'habitat de la personne est adapté, peu adapté, ou inadéquat ?*

Cette zone explore l'influence des conditions d'habitat sur l'autonomie de la personne. Exemples : chambre à l'étage, éclairage déficient, salle de bains non aménagée, absence de barres d'appui, etc.

Situation financière : *la personne vous semble-t-elle avoir des difficultés sur le plan de ses ressources ? A-t-elle demandé une aide ? La reçoit-elle déjà ? Il s'agit d'une appréciation déclarative par la personne.*

Perspectives d'avenir selon la personne : Cette question doit être posée directement à la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous de modifier votre mode de vie ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?*

Perspectives d'avenir selon l'entourage : Cette question doit être posée directement à l'aidant naturel de la personne. *Dans les 6 prochains mois, envisagez-vous la nécessité de modifier le mode de vie de votre parent ? Par exemple : renforcer les aides à domicile familiales ou professionnelles, changer de lieu de vie, entrer en maison de retraite ?*

Ces deux dernières questions permettent de noter une discordance entre l'avis de la personne et celui de ses proches, notamment sur l'entrée en institution.

Comment repérer le niveau de fragilité ?

Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).¹

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
TOTAL :				 / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.

Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

Grille SEGA-A : guide d'utilisation

Provenance : *La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif ? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide ?*

(FL : Foyer Logement)

Médicaments : *Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour ?* Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : *Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée ?* La question posée est celle du « moral ». On peut demander : *Vous sentez-vous bien ? Etes-vous anxieux ? Etes-vous souvent triste ou déprimé ? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois ?*

Perception de sa santé : *Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne ?* Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : *Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute ?* Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : *La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable ? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir ?*

Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0) ;

Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1) ;

Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2).

Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si $IMC < 21$.

Maladie associées : *La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier ?*

Mobilité : *La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher ?* Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (canne, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : *La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections ?* Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1) ; si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : *La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : *La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir... ?* Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0) ; si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1) ; si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : *Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage ?* Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0) ; soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1) ; soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims (France).

D'après version originelle de Didier Schovaerdt (2004) – Université catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA (Réseau Champagne-Ardenne- France).

Avec le soutien de la CARSAT- Nord-Est, France.

Cerfa
N° 11510*01

Nom : Prénom :

Numéro d'immatriculation : | | | | | | | | | | | | |

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_| Commune :

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
		Bas
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
		Manger
6	ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
		Fécale
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ...	
9	DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

C : ne fait pas

A _____, le _____

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

**Attestation d'incapacité à accomplir
les actes ordinaires de la vie**

Partie réservée au médecin :

Je soussigné(e), Dr :

certifie que : Nom : Prénom :

Né(e) le :

--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : Code Postal :

--	--	--	--	--

Commune :

est dans l'incapacité d'accomplir seul(e), totalement, habituellement et correctement au moins quatre des 17 actes de la grille AGGIR, que ces actes soient relatifs à la perte d'autonomie physique et psychique ou à la perte d'autonomie domestique et sociale.

A :, le :

Signature et cachet du médecin :

Partie réservée au contrôle médical :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Echelle de BRADEN : évaluation du risque d'escarre

PERCEPTION SENSORIELLE		HUMIDITE		ACTIVITE	
Complètement limitée	1	Constante	1	Alité	1
Très limitée	2	Très humide	2	En chaise	2
Légèrement limitée	3	Parfois humide	3	Marche occasionnelle	3
Non altérée	4	Rarement humide	4	Marche fréquente	4
MOBILITE		NUTRITION		FRICTION-CISAILLEMENT	
Complètement immobile	1	Très pauvre	1	Problème	1
Très limitée	2	Probablement inadéquate	2	Problème potentiel	2
Légèrement limitée	3	Adéquate	3	Pas de problème apparent	3
Pas de limitation	4	Excellente	4		
Un patient présentant un score inférieur à 17 est considéré comme un patient à risque.					SCORE:

COMMENT COTER ?

PERCEPTION SENSORIELLE

- **Complètement limitée:** pas de réponse (ne gémit pas, ni se recule ou se crispe). A un stimuli douloureux dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation OU capacité limitée de sentir la douleur sur la plus grande partie du corps
- **Très limitée:** répond uniquement au stimuli douloureux. Ne peut pas communiquer son inconfort excepté par le gémissement ou l'agitation OU a une sensation altérée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou le discomfort au niveau de la moitié du corps
- **Légèrement limitée:** répond à la commande verbale mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort ou le besoin d'être retourné OU a une sensation altérée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou le discomfort à 1 ou 2 extrémités
- **Non altérée:** répond à la commande verbale. N'a pas de déficit sensoriel qui limiterait sa capacité à sentir ou à exprimer sa douleur ou inconfort

HUMIDITE

- **Constante:** la peau est maintenue humide constamment par la perspiration, l'urine, ... L'humidité est détectée chaque fois que le patient est mobilisé ou tourné
- **Très humide:** peau souvent mais pas toujours humide. Le linge doit être changé au moins à chaque changement
- **Parfois humide:** la peau est occasionnellement humide, requérant un changement de linge approprié 1 fois par jour
- **Rarement humide:** la peau est habituellement sèche. Le linge, la literie sont changés aux intervalles de routine

ACTIVITE

- **Alité:** confiné au lit
- **En chaise:** capacité de marcher sévèrement limitée ou inexistante. Ne peut pas porter son propre poids et/ou doit être assisté en chaise ou en chaise roulante

- **Marche occasionnelle:** marche occasionnellement pendant la journée mais pour des très petites distances avec ou sans assistance. Passe la majorité du temps au lit ou en chaise
- **Marche fréquente:** marche en dehors de la chambre au moins 2 fois par jour et à l'intérieur de la chambre au moins toutes les 2 heures

MOBILITE

- **Complètement immobile:** ne peut faire aucun changement du corps ou de la position des extrémités sans l'aide d'assistance
- **Très limitée:** fait occasionnellement un léger changement du corps ou de la position des extrémités mais est incapable d'effectuer fréquemment ou d'effectuer des changements importants de position de manière indépendante
- **Légèrement limitée:** fait fréquemment de légers changements de position du corps ou des extrémités indépendamment
- **Pas de limitation:** fait la majorité et fréquemment des changements de position sans assistance

NUTRITION

- **Très pauvre:** ne mange jamais complètement un plat. Mange rarement plus d'un tiers de toute nourriture présentée. Prend 2 suppléments diététiques protéinés au moins par jour. Apport de liquide faible. Ne prend pas de supplément diététique liquide OU hydratation entérale ou parentérale exclusive plus de 5 jours
- **Probablement inadéquate:** mange rarement un repas complet et généralement mange seulement la moitié de toute nourriture présentée. Prend 3 suppléments diététiques protéinés par jour OU reçoit moins que la quantité optimum de liquide diététique ou alimentation par sonde
- **Adéquate:** mange la moitié ou plus des plats. Refuse occasionnellement un plat mais prend habituellement un supplément diététique présenté. Prend un total de 4 suppléments protéinés par jour OU est en alimentation par sonde ou parentérale qui apporte probablement la plupart des besoins nutritionnels
- **Excellente:** mange la plupart de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Habituellement, mange un total de 4 ou plus unités de viande. Parfois, mange entre les repas. Ne refuse pas de supplément alimentaire (prend 4 ou plus de suppléments diététiques par jour)

FRICTION-CISAILLEMENT

- **Problème:** requiert une assistance modérée à maximum pour la mobilisation. Le soulèvement complet sans glissement sur surface est impossible. Glisse fréquemment dans le lit ou la chaise requérant un repositionnement fréquent avec assistance. Spasticité, contractures ou agitation conduisent presque toujours à la friction
- **Problème potentiel:** mouvement faible ou requiert un minimum d'assistance. Pendant le mouvement, il est probable que la peau glisse à certains endroits sur la surface, sur la chaise ou autre matériel. Maintient une position relativement bonne dans la chaise ou dans le lit la plupart du temps mais glisse parfois
- **Pas de problème apparent:** se déplace dans le lit et la chaise indépendamment et a suffisamment de forces musculaires pour se soulever complètement pendant un mouvement. Maintient une bonne position dans le lit ou la chaise en tout temps.

Évaluation du risque d'escarre

Échelle de Norton

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

ESCARRE

Présence d'escarre au début de la prise en charge : ☐ OUI ☐ NON

	Etat général		Etat mental		Activité		Mobilité		Incontinence		Score total
	Bon (4)		Bon (4)		Sans aide (4)		Totale (4)		Aucune (4)		
	Moyen (3)		Apathique (3)		Marche avec aide (3)		Diminuée (3)		Occasionnelle (3)		
	Mauvais (2)		Confus (2)		Assis au fauteuil (2)		Très limitée (2)		Urinaire ou fécale (2)		
	Très mauvais (1)		Inconscient (1)		Totalement alité (1)		Immobilité (1)		Urinaire et fécale (1)		
Date		+		+		+		+		=	
		+		+		+		+		=	
		+		+		+		+		=	
		+		+		+		+		=	
		+		+		+		+		=	
		+		+		+		+		=	

Remplissez les bulles avec les scores correspondants

Score Total : ≥ 15 : risque faible - entre 13 et 14 : risque modéré - entre 9 et 12 : risque élevé - ≤ 8 : risque très élevé.

ÉTAT GÉNÉRAL

État clinique et santé

physique (statut nutritionnel, intégrité des tissus, masse musculaire, état de la peau)

► **Bon :**

État clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri.

► **Moyen :**

État clinique généralement stable, paraît en bonne santé.

► **Mauvais :**

État clinique instable, en mauvaise santé.

► **Très mauvais :**

État clinique critique ou précaire.

ÉTAT MENTAL

Niveau de conscience et orientation

► **Bon :**

Orienté, a conscience de son environnement.

► **Apathique :**

Orienté (2 fois sur 3), passif.

► **Confus :**

Orienté (1 fois sur 2), conversation quelquefois inappropriée.

► **Inconscient :**

Généralement difficile à stimuler, léthargique.

ACTIVITÉ

Degré de capacité à se déplacer

► **Ambulant :**

Capable de marcher de manière indépendante (inclus la marche avec canne).

► **Marche avec aide :**

Incapable de marcher sans aide humaine.

► **Assis au fauteuil :**

Marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.

► **Alité :**

Confiné au lit en raison de son état et/ou sur prescription médicale.

MOBILITÉ

Degré de contrôle et de mobilisation des membres

► **Totale :**

Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser.

► **Diminuée :**

Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.

► **Très limitée :**

Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures.

► **Immobile :**

Incapable de bouger, de changer de position.

INCONTINENCE

Degré de capacité à contrôler intestins et vessie

► **Aucune :**

Contrôle total des intestins et de la vessie, ou présence d'une sonde urinaire.

► **Occasionnelle :**

1 à 2 incontinences d'urine ou de selles /24 h, sonde urinaire ou étui pénien mais incontinence fécale.

► **Urinaire ou fécale :**

3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les 24 h.

► **Urinaire et fécale :**

Ne contrôle ni intestins ni vessie, 7 à 10 incontinences / 24 h.

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?

- 0 = baisse sévère des prises alimentaires
1 = légère baisse des prises alimentaires
2 = pas de baisse des prises alimentaires

☐

B Perte récente de poids (<3 mois)

- 0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids

☐

C Motricité

- 0 = au lit ou au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile

☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?

- 0 = oui 2 = non

☐

E Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère
1 = démence leve
2 = pas de problème psychologique

☐

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

☐

Score de dépistage
(sous-total max. 14 points)

☐
☐

- 12-14 points: état nutritionnel normal
8-11 points: à risque de dénutrition
0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?

- 1 = oui 0 = non

☐

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?

- 0 = oui 1 = non

☐

I Escarres ou plaies cutanées ?

- 0 = oui 1 = non

☐

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?

- 0 = 1 repas
1 = 2 repas
2 = 3 repas

☐

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers?
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

0,0 = si 0 ou 1 oui

0,5 = si 2 oui

1,0 = si 3 oui

☐
☐

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?

- 0 = non 1 = oui

☐

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)

- 0,0 = moins de 3 verres
0,5 = de 3 à 5 verres
1,0 = plus de 5 verres

☐
☐

N Manière de se nourrir

- 0 = nécessite une assistance
1 = se nourrit seul avec difficulté
2 = se nourrit seul sans difficulté

☐

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?

- 0 = se considère comme dénutri
1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

☐

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?

- 0,0 = moins bonne
0,5 = ne sait pas
1,0 = aussi bonne
2,0 = meilleure

☐
☐

Q Circonférence brachiale (CB en cm)

- 0,0 = CB < 21
0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
1,0 = CB > 22

☐
☐

R Circonférence du mollet (CM en cm)

- 0 = CM < 31
1 = CM ≥ 31

☐

Évaluation globale (max. 16 points)

☐
☐
☐

Score de dépistage

☐
☐
☐

Score total (max. 30 points)

☐
☐
☐

Appréciation de l'état nutritionnel

- de 24 à 30 points
de 17 à 23,5 points
moins de 17 points

☐
☐
☐

- état nutritionnel normal
risque de malnutrition
mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Comment repérer et signaler la maltraitance des enfants

La maltraitance est fréquente dans toutes les classes sociales, il faut y penser

PREMIER MÉDECIN ALERTÉ*

Interrogatoire et examen clinique



► Signes d'alerte

► Que rechercher ?

EN URGENCE

HORS URGENCE



► Urgence vitale

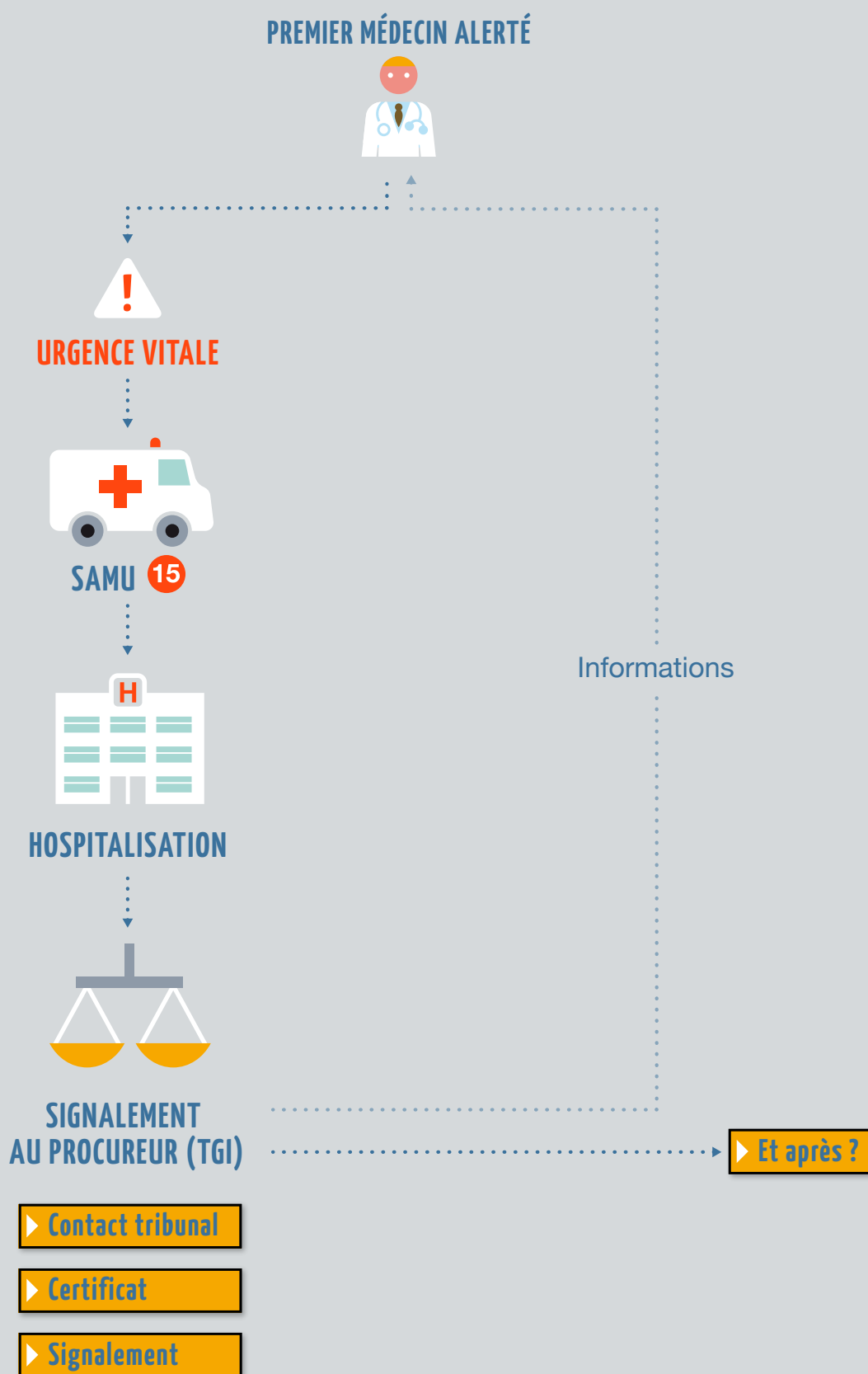


► Suspicion de danger immédiat avec auteur présumé au domicile de l'enfant

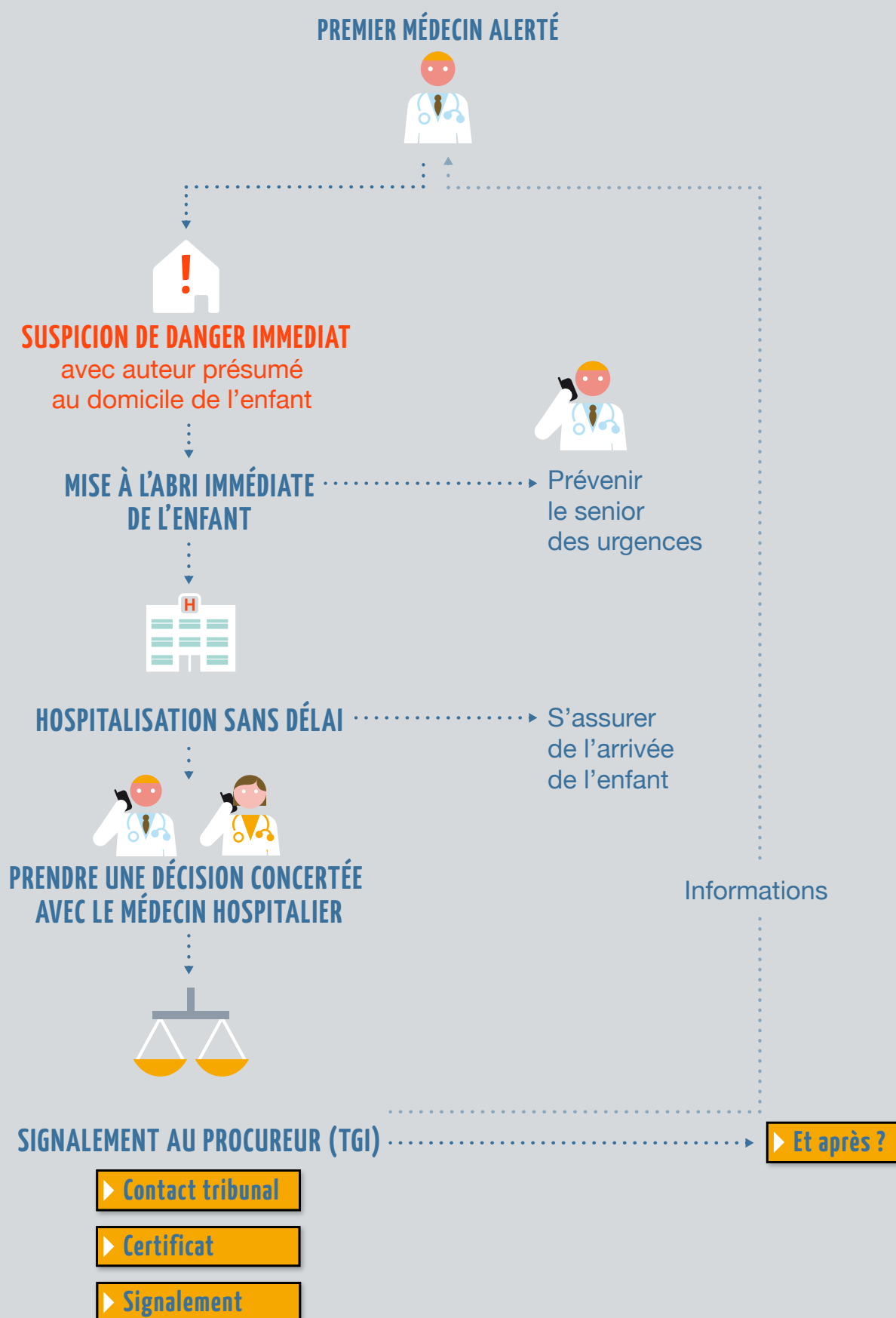


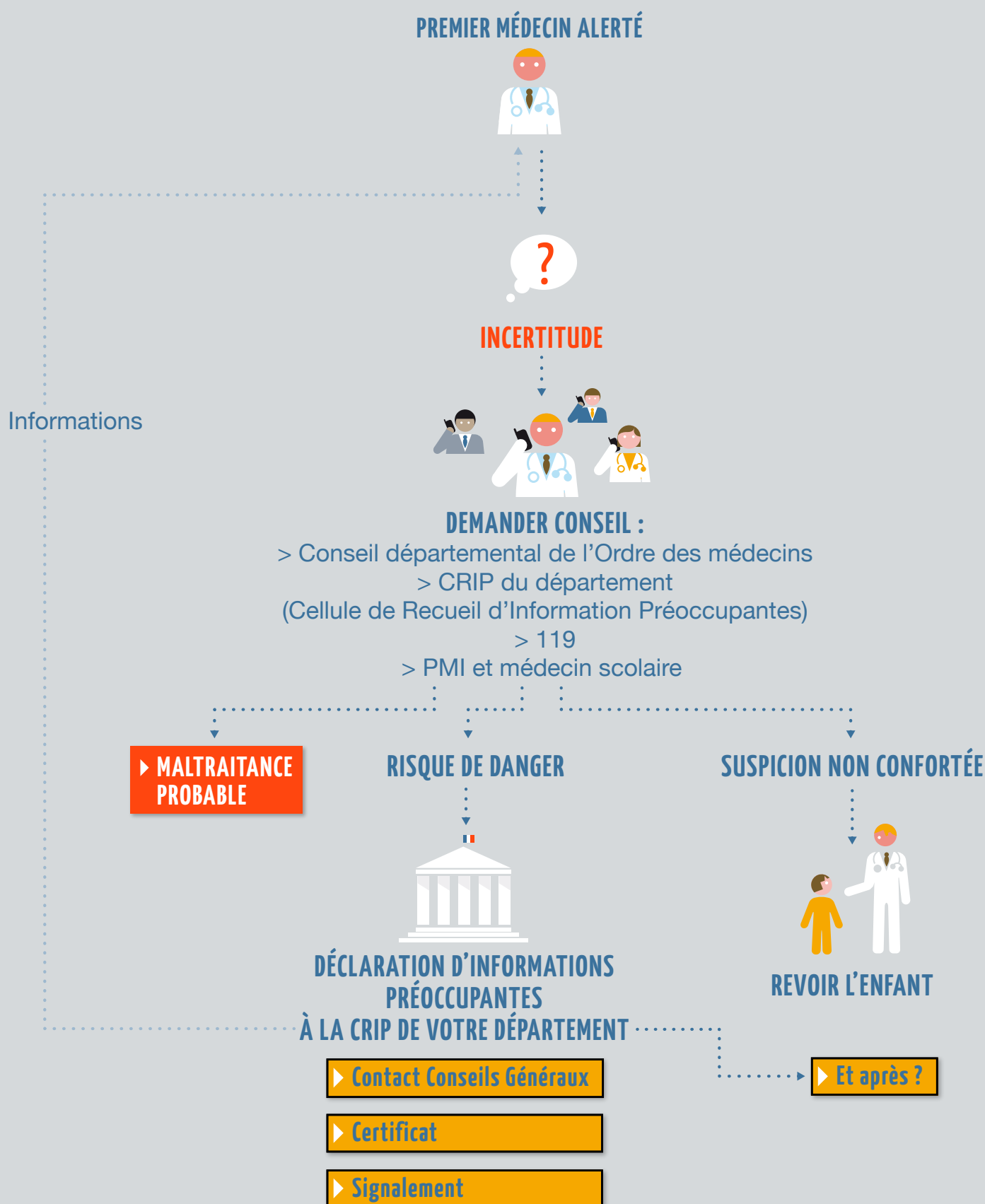
► Incertitude

* Le cas décrit est celui d'un repérage effectué par un médecin dans un cabinet de ville (médecins libéraux généralistes, pédiatres et psychiatres) mais d'autres situations sont possibles : médecins de PMI ; infirmier(e)s scolaires, médecins scolaires ; médecins hospitaliers (notamment des urgences, de pédiatrie et de radiologie) ; médecins des structures d'accueil de la petite enfance.

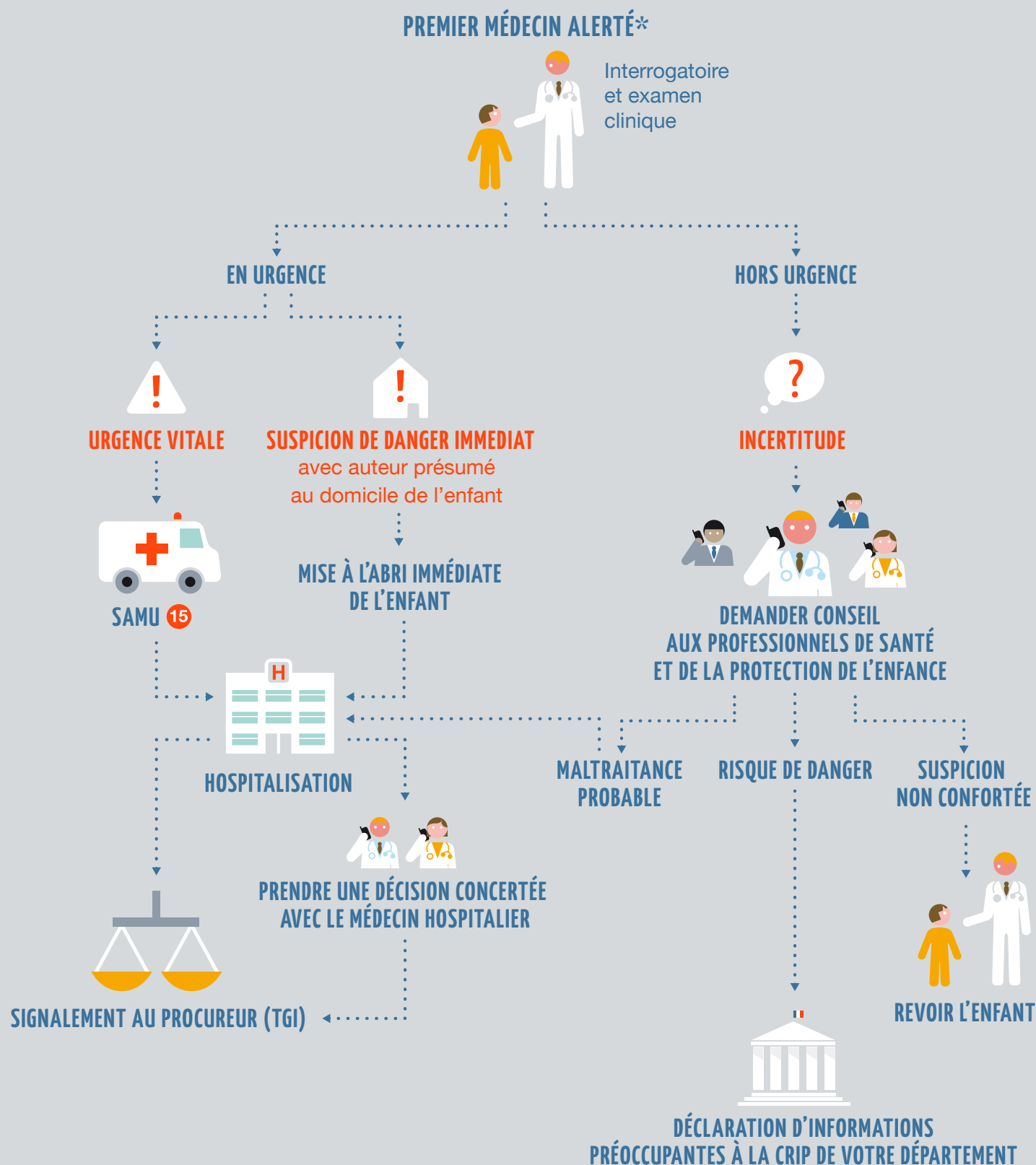


En cas de suspicion de danger immédiat





Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



* Le cas décrit est celui d'un repérage effectué par un médecin dans un cabinet de ville (médecins libéraux généralistes, pédiatres et psychiatres) mais d'autres situations sont possibles : médecins de PMI ; infirmier(e)s scolaires, médecins scolaires ; médecins hospitaliers (notamment des urgences, de pédiatrie et de radiologie) ; médecins des structures d'accueil de la petite enfance.