

VADEMECUM

DU TRAVAIL ECRIT

EN HÔPITAL AIGU EN BSI

* Ce Vademecum décrit les grands principes à respecter lors de la rédaction du travail écrit en HA. Il contient en rouge des précisions de ce que l’étudiant doit écrire ainsi qu’en surligné des exemples issus de différents recueils.
* Les exemples du présent Vademecum correspondent à un niveau d’excellence. Un travail écrit équivalent à ce niveau correspond à une **très bonne maîtrise** des compétences concernées.

**Chronologie des éléments à rédiger:**

* Dès le 1er semestre BSI1: faire une situation de soins **synthétique** selon les 14 BF de VH.
* A partir du 2e semestre BSI1: ne **plus** faire de situation de soins selon VH, **mais** développer **1** **problème** **infirmier**.
* En BSI2: développer 2 PI (**si possible** 1 PI du domaine physiologique et 1 PI du domaine psycho-social).

ver. décembre 2020

# Recueil et analyse d’informations

|  |
| --- |
| Mann und FrauInformations générales |

|  |
| --- |
| Chambre / lit: Nom (Initiales): M. X Âge: 64 ans Profession ou profession antérieure: professeur de français retraité Situation sociale et familiale: M. . X est marié, il a 2 garçons dont un travaille à l’étranger. Les enfants ont leur propre foyer. Il a une petite-fille de 2 ans. La famille est très unie. Il vit avec son épouse dans une maison unifamiliale au sud du pays.  Langues parlées: luxembourgeois, allemand, français Personne de référence / lien de parenté: épouse Voisin de chambre: M. Y, 63 ans |

|  |
| --- |
| HerzschlagSituation médicale |

|  |
| --- |
| Date d’entrée: 16.09.2020 |
| Entrée planifiée:  Oui  Non |
| **Motif**: |
| Aggravation des symptômes de l’artériopathie oblitérante des membres inférieurs (cf ci-dessous). |
| **Diagnostic(s) + synthèse de la situation médicale (y inclus les MA et les ATCD):** |
| Il s’agit de présenter brièvement la situation médicale (diagnostics actuels, maladies associées et antécédents (médicaux et chirurgicaux) en établissant d’éventuels liens entre maladies, symptômes, facteurs favorisants et examens diagnostiques. Pour toute pathologie non encore vue au cours, il faut donner une brève définition.  Il y a 4 mois, M. X a consulté son médecin traitant pour claudication intermittente et douleurs aux orteils (à prédominance du côté gauche) pendant la nuit. A l’égard de ces symptômes révélateurs et des examens effectués (comme échographie-doppler des membres inférieurs, Angio-IRM), une artériopathie oblitérante des membres inférieurs du stade II-III, siégeant principalement au niveau de l’artère fémorale superficielle gauche, a été diagnostiquée.  Chez M .X l’artériopathie est due à une athérosclérose, connue depuis plusieurs années. En 2015, il a déjà subi un pontage coronarien. Pour prévenir une occlusion du greffon, il doit prendre un antiagrégant plaquettaire (Acide acétylsalicylique/Cardioaspirine® 100 mg/1x par jour) à vie.  M. X présente plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires:  - tabagisme (10-15 cigarettes/jour) depuis 40 ans  - HTA stable (traitée par un inhibiteur de l’enzyme de conversion – Périndopril/Coversyl® 5mg/1x par jour)  - obésité (BMI = 35 kg/m2)  - hypercholestérolémie (traitée par une statine – Simvastatine/Zocor® 40mg/1x par jour)  M. X ignore systématiquement les conseils hygiéno-diététiques et il a continué son mode de vie malsain (repas copieux bien arrosé, pas de sport, tabagisme).  L’artérite (artériopathie oblitérante des membres inférieurs) a été traitée par une angioplastie endoluminale. L’intervention ne donnait cependant pas de résultat satisfaisant car les plaques athéromateuses sténosantes ne pouvaient pas être entièrement comprimées et la lumière artérielle ne fût pas assez rétablie. Le médecin a donc recommandé à M. X la réalisation d’un pontage fémoro-poplité le plus vite possible. M. X n’a pas voulu se faire opérer.  Il y a 3 jours cependant (16.9.), M. X est venu aux urgences. Il ne supportait plus les douleurs de repos (au mollet, aux orteils et à l’avant pied gauche) qui n’étaient que légèrement améliorées par la position jambes pendantes au bord du lit ou la position debout. Les antalgiques (Paracétamol/Dafalgan® 1000mg pris en automédication toutes les 6 heures) n’ont pas eu beaucoup d’effet. La jambe était œdématiée et le pied était pâle et froid avec un gros orteil violacé. L’échographie-doppler a confirmé une ischémie critique, à savoir une souffrance tissulaire permanente avec un flux sanguin très réduit (stade III de l’artérite). Il existait une abolition du pouls poplité. M. X, très anxieux, a accepté de se faire opérer. Il a été hospitalisé à l’unité. Les examens préopératoires (ECG, analyses sanguines, Rx-Thorax) n’ont pas mis en évidence une contre-indication opératoire. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Traitement chirurgical**: | Définition synthétique |
| Pontage fémoro-poplité | Il s’agit de court-circuiter l’artère fémorale superficielle sténosée à l’aide de matériel synthétique (prothèse) ou de la veine saphène interne en amont (artère fémorale commune) des lésions jusqu’en aval (artère poplitée) de celles-ci, permettant d’irriguer à nouveau les tissus en ischémie.  Sources: <http://www.aficv.fr/Principales-interventions-en.html>; <http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/MODULE%209/Item%20131/131_poly_1.pdf> |
| **Date de intervention**: | 19.09.2020 |

|  |
| --- |
| **Allergies connues:** non |

|  |
| --- |
| **Appareillages:** |
| Cathéter veineux périphérique /  Cathéter veineux central   * Localisation: bras gauche * posé le: 19.09.2020   Oxygénothérapie Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. à L/ min Wählen Sie ein Element aus.  Sonde vésicale, posée le Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.  Cathéter sus-pubien / cystofix, posé le: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.  Pansement plaie opératoire ou autre :   * Type de plaie: plaie opératoire * Localisation: jambe gauche: pli inguinal, en dessous du genou * Soin prescrit: Plaies couvertes par des compresses, jambe opérée enveloppée avec de l’ouate et bandage. Après le 1er pansement, application de compresses et du Méfix®. Description de la plaie -> cf BF 8 * dernière réfection réalisée le: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.   Drainage (Redon avec ou sans vide, lamelle ou autre) 220 ml le 19.9. (2ième jour postopératoire) d’aspect séro-sanguinolant (+ 20 ml par rapport au 1er jour postopératoire -> cf. ci-dessous).  Autres (à spécifier): Réfection du pansement + ablation du Redon le 19.9. |

|  |
| --- |
| ArztAutres prescriptions médicales |
| Régime alimentaire: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Restriction hydrique: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Mobilisation (kinésithérapie, repos strict appui partiel de x kg…): Repos strict au lit jusqu’au 19.9. (éviter une rupture d’anastomoses) – 1er lever ce jour  Moyens de contention: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Autres (à spécifier : BAT, glycémie capillaire…)  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Evolution de l’hospitalisation jusqu’au jour de la prise en charge (par rapport au traitement, aux complications survenues, aux examens réalisés):** |
| L’étudiant doit identifier, décrire et expliquer les éléments importants (somatiques et psychologiques) qui se sont produits depuis l’hospitalisation du BDS jusqu’au jour de la prise en charge.  M. X avait très mal à son entrée à l’unité (EN: 8/10 au repos). Il était agité et angoissé. Un traitement antalgique (Paracétamol 1g/100ml + Métamizole/Novalgine® 1g/2 ml) en i.v. était instauré. Ainsi, M. X a pu passer les examens préopératoires sans trop d’inconvénients. Il a passé une bonne nuit après la prise d’une benzodiazépine (Lorazépam/Temesta® 2,5 mg p.o.).  L’opération était plus compliquée que prévue. La veine saphène interne ne suffisant pas pour contourner toutes les parties sténosées, le chirurgien a dû poser en plus une prothèse. A la fin de l’opération, un contrôle artériographique confirmait l’intégrité des anastomoses et du réseau artériel en aval. M. X a passé 4 heures en salle de réveil sans incidents particuliers. De retour à l’unité, M. X voulait se lever tout de suite. Il était très nerveux et la TA s’élevait à 185/90 mm Hg. La TA descendait à 130/75 mm Hg après administration d’un comprimé de Nifédipine/Adalat® 20mg. La nécessité du repos strict au lit a de nouveau été expliquée. Le médecin actualisait le traitement antihypertenseur à administrer en phase postopératoire (cf. traitement médicamenteux).  Le premier jour postopératoire M. X s’est plaint de picotements à la jambe opérée. Le pied était tiède et pâle. L’orteil était toujours cyanosé. L’infirmière ne parvenait pas à palper le pouls pédieux. Le bandage était propre. Le Redon contenait 200 ml de sang frais. Les paramètres étaient dans la norme et la douleur était gérée par les antalgiques prescrits (cf. traitement médicamenteux). Lors de sa visite, après avoir inspecté la jambe opérée, le médecin a dit à M. X que tout était en ordre et qu’il fallait de la patience. Il a prescrit une analyse sanguine à réaliser encore le jour-même.  Résultat de la prise de sang: toutes les valeurs (notamment de la fonction rénale et de l’hémostase) étaient dans la norme. Alors que les leucocytes n’étaient pas élevés, le CRP était à 158mg/L (Norme < 8,2mg/L) -> inflammation postopératoire. L’Hb était à 10,9 g/dl (Norme: 12-16 g/dl) et les érythrocytes étaient à 3,85 T/L (Norme: 4,2-5,4 T/L) -> anémie car perte de sang. M. X est content de pouvoir se lever enfin, notamment pour aller à la toilette. |

|  |
| --- |
| **Pronostic:** |
| M. X devra changer son mode de vie et se conformer aux conseils et prescriptions de manière à éviter une aggravation de sa maladie chronique. Il risque une amputation en cas de complication (sténose récidivante/occlusion, infection/septicémie, troubles trophiques avec gangrène des orteils cyanosés). D’une manière générale, son espérance de vie est réduite par rapport à une population de même âge. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MedizinTraitement médicamenteux | | |
|  | | |
| **DCI et nom commercial**  **Indications précises pour le bds** | **Posologie**  **(Dosage, horaire & voie d’administration)** | **Groupe pharmacologique**  **Effets secondaires à surveiller** |
| Pour la médication au besoin, prière de préciser le schéma d’administration ainsi que la prise durant les 3 derniers jours. | | |
| Périndopril (Coversyl®)  HTA -> éviter une rupture d’anastomoses, une crise d’angine de poitrine (anxiété) | 5 mg compr.  1-0-0-0 (per os) | Antihypertenseur-Inhibiteur de l’enzyme de conversion de l’angiotensine  Effets sec: toux, hypotension orthostatique, insuffisance rénale, hyperkaliémie |
| Bisoprolol (Bisoprolol EG)  HTA -> éviter une rupture d’anastomoses, une crise d’angine de poitrine (anxiété) | 2,5 mg compr.  1-0-1-0 (per os) | Antihypertenseur-Beta-bloquant  Effets sec: hypotension orthostatique, bradycardie |
| Métamizole (Novalgine®)  Douleur aigue postopératoire/Fièvre de résorption | 500 mg/ml (1ml = 20 gouttes = 500mg)  1-1-1-0 :15 gouttes (per os) | Analgésique-Antipyrétique  Effets sec: toxicité hématologique, réactions allergiques (choc anaphylactique) |
| Tramadol (Dolzam®)  Douleur aigue postopératoire | 100 mg/ml (20 gouttes/ml)  10 gouttes au besoin  Max. 60 gouttes/jour (per os)  M.X. a reçu 1 x 10 gouttes le 1er jour postopératoire | Opioïdes (opioïde peu puissant)  Effets sec: constipation, sédation, nausées et vomissements, hyperalgésie, dépression respiratoire aiguë, tolérance, dépendance |
| ASS (Asaflow®)  Athérosclérose/Artériopathie oblitérante  Prévention d’une occlusion artérielle du greffon (Pontage fémoro-poplité et coronarien) | 160 mg compr.  1-0-0-0 (per os) | Antithrombotique-Antiagrégant plaquettaire  Effets sec: affections gastrointestinales (nausées, vomissements, ulcère), maux de tête |
| Clopidogrel (Plavix®)  Athérosclérose/Artériopathie oblitérante  Prévention d’une occlusion artérielle du greffon (Pontage fémoro-poplité et coronarien) | 75 mg compr.  0-1-0-0 (per os) | Antithrombotique-Antiagrégant plaquettaire  Effets sec: hémorragies, leucopénie, thrombopénie |
| Simvastatine (Zocor®)  Hypercholestérolémie (facteur aggravant l’artériopathie) | 40mg compr.  0-1-0-0 (per os) | Hypolipidémiants-Statines  Effets sec: atteinte musculaire, troubles gastro-intestinaux |
| Paracetamol  Douleur aigue postopératoire | 1g dans 100ml de solution à perfuser  1-1-1-1 (en i.v.) | Analgésique-Antipyrétique  Effets sec: hépatotoxicité en cas de surdosage |
| Jonostéril®  Hydratation postopératoire | 500 ml  1-0-1-0 (en i.v.) | Solution hydroélectrolytique |
| Enoxaparine (Clexane®)  Prévention d’une thrombose veineuse profonde | 40 mg -> 1 ampoule – seringue  0-0-1-0 (en sous-cutané) | Anticoagulant - Héparine à bas poids moléculaire  Effets sec: hémorragie (hématome), thrombopénie |
| Sources:   * <https://www.cbip.be/fr/start> * <https://www.e-compendium.be/fr> * <https://www.vidal.fr/> * <https://compendium.ch/> | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ForschungAuge Situation de soins synthétique selon les 14 BF selon Virginia Henderson | |
| **Repères d’observation** | **Observations auprès du BDS : indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**  L’objectif de la description synthétique des 14 besoins est d’identifier (et de décrire) les indices de perturbation du besoin ainsi que les ressources du BDS, de les analyser et d’identifier les PI (potentiels ou réels) qui y découlent. Il ne faut plus décrire les signes de satisfaction, ni énumérer des interventions, celles-ci seront détaillées dans la planification des activités en fonction de tous les PI identifiés lors de l’analyse de la situation. |

| 1. **Le besoin de l’homme de respirer** | |
| --- | --- |
| Respiration  Pouls  TA | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  Malgré son tabagisme de longue date, M.X. a une respiration silencieuse et profonde. Il ne tousse pas (pas d’encombrement).  M. X. n’a pas fumé depuis qu’il est hospitalisé et il dit ne pas en ressentir le besoin. Il est persuadé qu’il ne va plus commencer.  -> Risque de prise en charge inefficace de sa santé  La SaO2 varie entre 90% et 95% (aujourd’hui 94%).  -> Hypoxémie tissulaire (facteurs: tabagisme, artérite, anémie).  Les pulsations sont de 60-84 batts/min. et régulières au repos.  Ce matin, M. X. était tachycarde à 100 batts/min. quand il était assis au bord du lit avant le lever (facteurs : hypoxie, anémie, fièvre/hyperthermie, stress/anxiété compte tenu du 1er lever).  Depuis le soir du jour d’opération M. X. n’a plus présenté un pic d’HTA.  Ses valeurs varient entre 140/90 mm Hg et 125/75 mm Hg (ce matin).  Pendant le 1er lever ce matin il y avait les risques suivants :  -> Risque d’hémorragie par rupture des anastomoses  -> Risque d’hypotension orthostatique pendant le lever  -> Risque d’occlusion du pontage quand la pression artérielle systolique < à 120 mm Hg  Lors du lever et de la mobilisation à la salle de bain, M.X. n’a pas manifesté des signes cliniques inquiétants, justifiant un contrôle des paramètres. |

| 1. **Le besoin de l’homme de manger et boire** | |
| --- | --- |
| Manger  Apports hydriques (boire et perfusions) | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  Le soir de l’opération M. X. a mangé une biscotte et a bu du thé.  Il est un gros mangeur mais il n’aime pas la nourriture à l’hôpital. Ce jour, son épouse lui a apporté un grand morceau de gâteau qu’il mangeait de bon appétit. Il sait pourtant qu’il est important de mincir et il envisage de commencer un régime quand il sera à la maison. Il ne veut cependant pas voir une diététicienne car il dit connaître les aliments sains et hypocaloriques.  -> Risque de prise en charge inefficace de sa santé  M. X. boit suffisamment: du café avec les repas et 1 bouteille d’eau. L’hydratation est également garantie par les perfusions (1400ml / 24 heures). |

| 1. **Le besoin de l’homme d’éliminer** | |
| --- | --- |
| Selles  Urines  Autres | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  Jusqu’à aujourd’hui M. X. a uriné dans l’urinal. Ses urines sont claires et non odorantes.  Il a des gazes depuis hier (1er jour postopératoire), mais n’a pas encore ressenti le besoin d’aller à selles. Ce matin il a eu son premier lever et il a pensé pouvoir aller à selles, ce qui n’était pas le cas. M.X. en est contrarié car il a l’habitude de déféquer tous les jours.  -> Risque de constipation (facteurs: manque de mobilisation, environnement inhabituel + stress, anesthésie). |

| 1. **Le besoin de l'homme de se mouvoir et de maintenir une bonne posture** | |
| --- | --- |
| Mobilité générale  Marche  Installation(s) | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. n’a pas aimé être couché surtout qu’il glissait en bas, le lit étant en déclive (pour favoriser le flux sanguin artériel).  On devait lui rappeler à plusieurs reprises de ne pas fléchir la jambe.  -> Risque de déhiscence de la plaie (pli de l’aine)  -> Risque d’hémorragie par rupture des anastomoses  -> Risque d’occlusion du pontage par une diminution du flux artériel  Lors du lever M. X. suivait les consignes, bien qu’il eût tendance à faire les mouvements trop vite et d’une manière trop brusque. Il marchait jusqu’à la salle de bain.  -> Risque de chute, Risque de rupture des anastomoses/de déhiscence de la plaie  Il se plaignait d’une sensation désagréable (engourdissement) en position debout et à la marche (EN : 4/10). La jambe opérée est toujours *œdématiée* et de couleur pâle. Mise à part l’orteil violet, le pied est toutefois plus chaud que hier. Un léger pouls pédieux est palpable.  Œdème de revascularisation par augmentation de la perméabilité capillaire -> altération de la circulation veineuse et lymphatique -> (Risque de) compression neurovasculaire  M. X. présente des facteurs de risque pour une thromboembolie veineuse (altération de la circulation veineuse - mobilité réduite + œdème au MI, âge, obésité, tabagisme). |

| 1. **Le besoin de l’homme de dormir et de se reposer** | |
| --- | --- |
| Habitudes à domicile  Sommeil à l'hôpital | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. n’a pas l’habitude de dormir dans une chambre avec un inconnu.  Il dit être dérangé par les ronflements de son voisin de chambre. Il voudrait à tout prix une chambre de 1re classe, mais il n’y en a pas de libre. Il espère  pouvoir mieux dormir quand il pourra se lever et se mobiliser davantage.  Après le 1er lever il s’est reposé jusqu’à midi. |

| 1. **Le besoin de l’homme de choisir ses vêtements, de s’habiller et de se déshabiller** | |
| --- | --- |
| Vêtements  Linge  Habillement | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. a suffisamment de pyjamas et d’essuis à sa disposition. Il ne peut pas enlever et mettre le caleçon et le pantalon de pyjama. Il n’aime pas qu’on l’aide. |

| 1. **Le besoin de l'homme de garder une température corporelle normale** | |
| --- | --- |
| Température corporelle  Température de l'environnement | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. a eu une légère fièvre ce matin (mesure tympanique : 38,1°C) à 6.30 h. Il se sentait bien, il avait juste un peu chaud (pas de transpiration, pas de rougeur faciale).  -> Hypothèse: Fièvre de résorption de l’hématome  La température est descendue à 37,8°C à 9 heures, après administration du Métamizole (cf médicaments) et enlèvement des couvertures. A midi, la valeur de la température corporelle a été identique (Hyperthermie). |

| 1. **Le besoin de l'homme d'être propre et soigné, de protéger ses téguments** | |
| --- | --- |
| Soins d'hygiène corporelle et buccale  Etat de la peau, de la muqueuse buccale, des cheveux / ongles etc. | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  Etat de la plaie au pli inguinal lors du pansement :   * Présence de vieux sang sur les compresses * 14 cm, fermée par des agrafes * Berges de la plaie légèrement œdémateuses et rouges (inflammation postopératoire) * Hématome de couleur rouge-violacée autour de la plaie   Point de ponction du Redon:   * Sans particularités * Ecoulement de sang frais après ablation (infusion d’Héparine i.v. en peropératoire) -> compression manuelle   Etat de la plaie en dessous du genou:   * Plaie de 12 cm, fermée par des agrafes * Propre, berges de la plaie et peau péri-lésionnelle sans particularités   -> Risque d’infection de la plaie opératoire (plaie inguinale plus colonisée, hématome = bouillon de culture, Redon = porte d’entrée).  M. X. a besoin d’aide pour laver les jambes. Hier (1er jour postopératoire), il n’était pas autonome pour effectuer la toilette intime et le dos. Il était gêné pour être lavé. Aujourd’hui il a insisté pour faire lui-même sa toilette intime devant le lavabo.  M. X. a un aspect soigné. Malgré des facteurs de risque pour une atteinte à l’intégrité de la peau (mobilité réduite, forces de cisaillement, âge, obésité, hypoxémie…), l’état de la peau aux points d’appui est sain. |

| 1. **Le besoin de l'homme d'éviter les dangers** | |
| --- | --- |
| Conscience des dangers  Respect des consignes | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. respecte les consignes (repos strict, précautions par rapport aux complications à court terme). Il semble être conscient des problèmes actuels et potentiels en relation avec son mode de vie. Il n’a pourtant jamais entamé des démarches concrètes pour y pallier.  -> Prise en charge inefficace de sa santé |

| 1. **Le besoin de l'homme de communiquer** | |
| --- | --- |
| Expression verbale et non-verbale  Contacts | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. s’exprime d’une manière précise. Bien qu’il maîtrise parfaitement la langue française, il parle luxembourgeois avec les infirmières qui, selon lui, devraient parler la langue du pays dans lequel elles gagnent de l’argent.  M. X. n’a pas beaucoup de contact avec son voisin de chambre.  Il répond aux questions mais il n’est pas très communicatif. |

| 1. **Le besoin de l’homme d'agir selon sa religion et ses valeurs** | |
| --- | --- |
| Religion  Valeurs | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. accorde beaucoup d’importance à sa famille. Il est fier de ses enfants qui ont fait des études dans des universités renommées.  Il a un dessin de sa petite-fille sur sa table de nuit.  Il n’est pas croyant. Il dit que les religions ont toujours été source de guerres et de misère. |

| 1. **Le besoin de l'homme de s'occuper en vue de se réaliser** | |
| --- | --- |
| Profession  Activités | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  En tant que professeur de français pensionné, M.X. est passionné par l’histoire et la littérature.  Il dit que les jeunes d’aujourd’hui ne savent plus lire ni écrire. |

| 1. **Le besoin de l'homme de se recréer** | |
| --- | --- |
| Activités de loisirs à domicile et occupations à l'hôpital | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. a plusieurs romans sur sa table de nuit. Il lit beaucoup et ne regarde la télévision que pour les actualités.  Avant sa maladie, M.X. a beaucoup voyagé avec sa famille. Il a joué au golf, mais il ne se déplaçait qu’en voiturette car il n’avait pas envie de faire des efforts. |

| 1. **Le besoin de l'homme d’apprendre** | |
| --- | --- |
| Etat mental  Informations reçues | **AugeObservations auprès du BDS: indices de perturbation du besoin, ressources et analyse**Forschung  M. X. pose des questions sur la thérapie actuelle. Il est inquiet de la coloration de son orteil. Il dit qu’il connait les risques et qu’il sait qu’il devra mener une vie moins sédentaire.  -> Anxiété |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PrüflistePlanification des activités de soin à exécuter | | | |
| **Heure** | **Activités de soin (à citer de manière chronologique)**  **surveillances, observations, précautions particulières** | **Problèmes infirmiers et/ou médicaux en lien avec les activités de soin** | **Transmissions des observations par activité de soin au dossier infirmier et à l’infirmière responsable des soins du bénéficiaire de soins** | |
|  | * Pour établir la planification des activités, il y a lieu de considérer **tous** les bds pris en charge ce jour, ainsi que **tous** les PI identifiés lors de l’analyse des situations (analyse **détaillée** pour le bds **principal**, ainsi que les PI **évidents** pour les autres bds). * La planification doit tenir compte des **priorités de soin** chez les différents bds (ainsi que de leurs desiderata). * Il peut être utile d’utiliser une **couleur** différente pour chaque bds. * Il n’est **pas** requis de faire une **description détaillée du déroulement** d’un soin (selon la fiche technique p. ex.), par contre, il faut **individualiser** les interventions, càd relever ce qu’on fait chez **ce bds** en fonction du **PI** **respectif**, ce qu’on **observe** dans cette situation spécifique etc… * Chaque **PI** (réell ou potentiel) **identifié** lors de l’analyse doit **figurer** dans la planification, doté des interventions (préventives ou curatives) **nécessaires** et en **quantité** appropriée (1 mesure isolée ne suffit pas!)   D’un autre côté, il ne faut pas citer des PI dans le planification qui n’ont pas été identifiés et argumentés auparavent dans l’analyse de la / des situation(s), ce qui voudrait dire que l’analyse était incomplète. |  | Cette colonne peut être utilisée pour:   * soit se noter les valeurs des paramètres mesurés pour ne pas les oublier, * soit noter les transmissions à faire oralement à l’équipe, * soit noter les transmissions ciblées à inscrire dans les dossiers | |
| **Jour 19.9.**  **2e postop**  **6.00** | Rapport + préparation des médicaments p.o. |  | Informations importantes du rapport: | |
| **6.30** | Mesure des paramètres  TA: donner tout de suite Bisoprolol en cas de HTA | DM: HTA  R. de crise hypertensive, R. d’hémorragie (par rupture d’anastomoses) | TA:  Pls: | |
|  | SatO2: surveiller les signes d’hypoxie | R. d’hypoxie | SatO2: | |
|  | T°, évt. administrer Métamizole (contrôler si le Paracétamol a bien été administré à 5 hres) | R. de fièvre de résorption, R. d’infection | T°: | |
|  | DMS: pouls pédieux palpable? (si possible car bandage jambe op),  couleur orteil ? température? | R. de compression neurovasculaire | Coloration orteil:  Pouls pédieux?  Parésies?  Paresthésies? | |
|  | Surveiller la position de la jambe (pas fléchi, en déclive) + donner les explications nécessaires | R. d’occlusion du pontage, R. de rupture des anastomoses, R. de déhiscence de la plaie | Position jambe op: | |
|  | Contrôler le pansement/bandage + Redon | R. d’hémorragie | Pst:  Redon: | |
|  | D: donner évt. Métamizole | Douleurs | EVA: | |
|  | Contrôler le débit de la perfusion (14gttes/min. ou 42ml/hre) + point de ponction | R. de thrombophlébite | Etat du point de ponction:  Débit? | |
|  | Demander si sensation pour aller à selles | R. de constipation | Selles?  Plaintes? | |
|  | Proposer à M.X. de se lever pour faire sa toilette au lavabo avant le petit déjeuner  Evt vider l’urinal + observer les urines |  |  | |
|  | *… intégrer les soins à prester chez d’autres BDS* |  |  | |
| **7.00** | Donner à M.X. les explications concernant le 1er lever | Anxiété |  | |
|  | Prendre évt. la TA  Aider au lever en donnant des consignes précises (ne pas plier trop l’aine, regarder droit devant soi, faire doucement…)  Proposer d’aller aux toilettes  Expliquer de maintenir la jambe opérée droite, éviter de prendre une chaise pour s’asseoir devant le lavabo | R. de rupture des anastomoses, R. de déhiscence de la plaie, R. d’hypotension orthostatique  R. de chute  R. de constipation | 1er lever?  A suivi les consignes?  Selles? | |
|  | Toilette: Laver le dos (+ siège?)  Faire le lit  Retour au lit |  |  | |
|  | Demander Si M.X. veut rester assis au bord du lit en attentant le petit déjeuner. Ne pas trop descendre le lit. | R. d’occlusion du pontage, R. de rupture des anastomoses, R. de déhiscence de la plaie |  | |
| **8.00** | Petit déjeuner + médicaments p.o.  Préparer l’Ionostéril 500ml  Préparer le matériel pour pansement + ablation de Redon |  | Transmissions écrites et orales  Encodage médicaments + paramètres | |
| **8.45** | Débarasser le plateau + contrôle ce que M.X. a bu et mangé  Education à la santé sur nécessité de maigrir, proposer une diététicienne  Administrer l’Ionostéril (14gttes/min ou 42ml/hre) | Prise en charge inefficace de sa santé | Attitude de M.X.: | |
|  | Installer M.X. au lit  Enlever le bandage + laver les jambes  Contrôler les talons  Observer la jambe opérée + pied:  Œdème de revascularisation? Coloration? Température? evt. pouls pédieux? | R. d’atteinte à l’intégrité de la peau  R. de compression neurovasculaire  R. de TVP | Etat des talons:  Œdème?  Température?  Coloration?  Pouls pédieux?  Signes de Homanns? | |
|  | Donner les explications concernant le pansement   1. Réfection du pansement en de la plaie en dessous du genou 2. Réfection de la plaie au plie inguinal 3. Ablation du Redon   Observer les plaies  Bien comprimer l’orifice du Redon après ablation | R. d’anxiété, R. de douleurs  R. d’infection des plaies opératoires  R. d’hémorragie locale | Plaie en dessous du genou:  - Dimension, aspect?  - Berges de la plaie?  - peau périlésionnelle?  Plaie inguinale:  - Dimension, aspect?  - Berges de la plaie?  - peau périlésionnelle  Orifice du Redon: | |
|  | Proposer à M.X. de se reposer, contrôler le débit de la perfusion d’entretien  Evaluer la douleur | R. de douleurs | Transmissions orales et écrites | |
|  | *… intégrer les soins à prester chez d’autres BDS* |  |  | |
| **11.00** | Préparer + administrer le Paracétamol (débit: 66gttes/min)  Contrôler le pansement  Evt. contrôler la TA et la T°  Contrôler la position de la jambe opérée (en déclive, non fléchie) + répéter évt. les informations nécessaires | R. d’hémorragie locale  R. d’occlusion du pontage, R. de ruptures des anastomoses, R. de déhiscence de la plaie |  | |
| **11.30** | Débrancher le Paracétamol + évaluation de la douleur  Proposer à M.X. de se lever pour manger (bord du lit, table) | R. de douleurs  R. de chute |  | |
| **12.00** | Administration du déjeuner et des médicaments |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PrüflisteDéveloppement d’un problème infirmier (PI) pour le plan de soin au ……. jour d’hospitalisation ou jour post-op | | | |
| **Le problème infirmier**  (Définition, facteurs favorisants ou facteurs de risque et caractéristiques en cas de problème réel)  Intolérance à l'activité *(cet exemple n’est pas en relation avec la situation précédente* | **Résultats escomptés /**  **Objectifs à court terme** | **Description précise des activités de soins**  adaptés à la situation du patient | **Evaluation des résultats**  pour le PI prioritaire |
| Le problème infirmier est:   * soit un problème qui tombe sous la responsabilité de l’infirmier/ère 🡪 problème réel actuel ou un risque   Il s’agit:   * d’un problème physiologique en lien avec une maladie ou * d’un problème psychosocial en lien avec une étape de la vie, la situation familiale ou le vécu d’une maladie   L’infirmier/ière peut prévenir ou traiter le problème sur la base des interventions infirmières sur initiative propre et dans certaines situations de soins elle peut demander une prescription médicale, p. ex.: risque de constipation.  La dénomination de ces problèmes infirmiers correspond à celle de la NANDA (= diagnostics infirmiers).   * soit un problème dont la responsabilité est partagée entre le médecin et l’infirmier/ère 🡪 « risque de »   Il s’agit:   * d’une complication possible de la maladie, du traitement (médical et chirurgical) et des mesures de diagnostic.   L’infirmier/ère décide et exécute les interventions infirmières sur IP et le médecin décide les interventions sur PM et l’infirmière les exécute.  La dénomination de ces problèmes infirmiers correspond à la terminologie médicale  Définition: Manque d'énergie physique ou psychique qui empêche une personne de poursuivre ou de mener à bien les activités quotidiennes requise ou désirées.  Facteurs:   * faiblesse générale -> Mme S. a une décompensation cardiaque et des arythmies en plus une suspicion pneumonie * mobilisation réduite -> A cause d'une forte dyspnée dû a une pneumonie + insuffisance cardiaque * hypoxie -> nécessité 2 L O2 / minute en plus une anémie (Hb 7,4)   Caractéristiques:   * rapport verbal de fatigue: « Je ne veux pas, je veux rester au lit. » * dyspnée de repos, encombrée ++ * verbalisation d'un manque d'intérêt pour réaliser une activité: « J'ai pas d'envie, je reste maintenant au lit, j'ai mal partout. » * modification du rythme cardiaque -> fibrillation auriculaire | Pour le problème infirmier, il faudra formuler au moins 2-3 résultats escomptés / objectifs adaptés et réalistes qui sont évaluables à court terme (2 à 4 jours), et qui doivent être formulés à partir du bds!  Pour ce faire, le livre des diagnostics infirmiers de la NANDA peut être une aide précieuse!  1. Objectif:  Mme S. comprend les facteurs négatifs influençant sur sa tolérance à l'activité (1-2jours)  2. Objectif:  Mme S. participe de bon gré aux activités nécessaires ou désirées.  (2-3 jours) | Par rapport à chaque résultat escompté / objectif, il faut argumenter les interventions infirmières nécessaires adaptées à la situation de soins du BDS.  Mesures de soins en lien avec le 1. objectif:   * Expliquer a Mme S. pourquoi elle a une intolérance à l'activité.   -> Quelles sont les raisons pour sa fatigue, faiblesse.  -> Qu'est ce qu'une pneumonie.  -> Pourquoi elle a une dyspnée.   * Motiver Mme S. a posé des questions si elle en a.   Mesures de soins en lien avec le 2. objectif:   * Motiver Mme S. qu'elle essaye elle-même de se tourner dans le lit ou pour se laver la partie supérieure du corps. * Observer les signes cliniques d'une hypoxie -> administrer l'oxygène et les inhalations. Expliquer qu'elle doit expectorer les secrétions. * Administrer de l'oxygène pendant l'activité. * Expliquer à Mme S. qu’elle doit s'exprimer quand elle a besoin d'une pause, afin de réduire la fatigue. * Evaluer la douleur avant et après l'administration des antidouleurs (évaluer l'efficacité du traitement), afin de facilité sa participation aux activités. * Motiver Mme S. quand elle fait quelque chose de bien -> créer un climat d'encouragement -> moins de frustrations. * Inciter Mme S. a participer le plus possible à la planification des activités. * Lui fournir le soutien technique nécessaire -> mettre une chaise près du lavabo afin de protéger contre les accidents. * Planifier une augmentation progressive du degré d'activité et de la participation à l'exercice en fonction de la tolérance de Mme S. * L'entrainement graduel peut améliorer l'état de santé de la dame et sa tolérance à l'activité.   Informer la dame de ses progrès quotidiens. | Il faut analyser/évaluer si les résultats escomptés ont été atteints.  S’ils n’ont n’a pas été atteints, il faut expliquer la raison et proposer d’autres mesures ou des mesures en plus, ou bien formuler un autre résultat escompté.   * Mme S. connait ses maladies, elle comprend les facteurs favorisant d'intolérance à l'activité. * Quand elle a des questions elle le pose. * Mme S. essaye de participer, elle se tourne soi-même avec un peu d'aide, elle se lave la partie supérieure elle-même. * Elle dit quand elle a besoin d'une pause.   Elle a aussi compris qu'elle doit expectorer les sécrétions dans un mouchoir. |