

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



**MANUEL DE CODAGE  
des Données Infirmières du RHM**

**DI-RHM**

**Janvier 2011**

**Version officielle 1.6**

**Cellule 'Audit des données infirmières'**

# AVERTISSEMENT

**Ce manuel de codage constitue la sixième version officielle publiée par le SPF.**

Cette version adaptée de la version précédente ne modifie pas la nature ni la structure des items.

Certains items ont été adaptés en fonction des réponses données dans les séries de FAQ publiées à partir de juillet 2009.

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

**Cette version est la version définitive pour l'enregistrement à partir du second semestre 2011.**

Il est formellement déconseillé d'utiliser pour le codage des versions antérieures de travail ou des versions personnelles recopiées.

# Table des matières

AVERTISSEMENT .....	1
TABLE DES MATIERES .....	2
INTRODUCTION .....	5
<b>1. QUE SONT LES DI-RHM? .....</b>	<b>5</b>
<b>2. COMMENT L'OUTIL D'ENREGISTREMENT DI-RHM EST-IL CONSTRUIT? .....</b>	<b>5</b>
2.1. LA STRUCTURE .....	5
2.2. LES DOMAINES .....	6
2.3. LES CLASSES (POSITION 1 DU CODE DI-RHM) .....	6
2.4. LES ITEMS (POSITION 2 DU CODE DI-RHM) .....	7
2.5. LES POSSIBILITES DE CODAGE (POSITION 3 DU CODE DI-RHM) .....	8
<b>3. QU'EST-CE QU'UNE INTERVENTION INFIRMIERE REALISEE? .....</b>	<b>8</b>
<b>4. QUELLES INTERVENTIONS INFIRMIERES REALISEES FAUT-IL ENREGISTRER ? .....</b>	<b>9</b>
<b>5. QU'EST-CE QU'UN EPISODE DE SOINS INFIRMIERS? .....</b>	<b>9</b>
<b>6. COMMENT VALIDER L'ENREGISTREMENT D'UN ITEM/D'UNE POSSIBILITE DE CODAGE DI-RHM? .....</b>	<b>10</b>
<b>7. DEFINITIONS COURANTES UTILISEES DANS LE MANUEL DE CODAGE .....</b>	<b>11</b>
<b>DESCRIPTION DETAILLEE DES INTERVENTIONS INFIRMIERES DU DI-RHM .....</b>	<b>14</b>
<b>DOMAINE 1: SOINS LIES AUX FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES ELEMENTAIRES .....</b>	<b>15</b>
<b>CLASSE A: GESTION DES ACTIVITES ET DE L'EXERCICE .....</b>	<b>16</b>
➤ A100: EXERCICES CORPORELS STRUCTURES .....	16
<b>CLASSE B: SOINS LIES A L'ELIMINATION .....</b>	<b>17</b>
➤ B100: SOINS LIES A L'ELIMINATION CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS .....	17
➤ B210: SUIVI DE LA MICTION CHEZ UN PATIENT CONTINENT POUR L'URINE .....	19
➤ B220: SOUTIEN DE L'ELIMINATION URINAIRE CHEZ UN PATIENT CONTINENT POUR L'URINE .....	20
➤ B230: SOINS LIES A L'INCONTINENCE URINAIRE .....	21
➤ B240: SOINS LIES A LA STOMIE URINAIRE .....	22
➤ B250: SOINS LIES A LA SONDE URINAIRE A DEMEURE .....	23
➤ B300: REALISATION D'UN SONDAGE VESICAL .....	24
➤ B410: SUIVI DE LA DEFECATION CHEZ UN PATIENT CONTINENT POUR LES SELLES .....	25
➤ B420: SOUTIEN DE L'ELIMINATION FECALE CHEZ UN PATIENT CONTINENT POUR LES SELLES .....	26
➤ B430: SOINS LIES A L'INCONTINENCE FECALE .....	27
➤ B440: SOINS LIES A UNE STOMIE FECALE/POUCH .....	28
➤ B500: ADMINISTRATION D'UN LAVEMENT ET/OU L'ENLEVEMENT MANUEL DE FECALOME(S) ET/OU LE PLACEMENT D'UNE SONDE/CANULE RECTALE DANS LE BUT DE PREVENIR OU TRAITER LA CONSTIPATION .....	29
➤ B600: SENSIBILITATION/EDUCATION A L'ELIMINATION URINAIRE ET/OU FECALE .....	30
<b>CLASSE C: GESTION DE LA MOBILITE .....</b>	<b>31</b>
➤ C110: INSTALLATION D'UN PATIENT ALITE .....	31
➤ C120: INSTALLATION D'UN PATIENT NON ALITE .....	32
➤ C200: AIDE AU DEPLACEMENT D'UN PATIENT DANS L'UNITE OU DANS LA CHAMBRE .....	33
➤ C400: SOINS LIES A LA PRESENCE DE TRACTION(S) A VISEE ORTHOPEDIQUE .....	34
<b>CLASSE D: SOINS LIES A L'ALIMENTATION .....</b>	<b>35</b>
➤ D110: SOINS LIES A L'ALIMENTATION PRISE DANS LA CHAMBRE .....	35
➤ D120: SOINS LIES A L'ALIMENTATION PRISE A LA SALLE A MANGER .....	37
➤ D130: PATIENT A JEUN DURANT TOUT L'EPISODE DE SOINS INFIRMIERS .....	38
➤ D200: SOINS LIES A L'ALIMENTATION MATERNELLE ET/OU ARTIFICIELLE DE L'ENFANT .....	39
➤ D300: SOINS LIES A L'ADMINISTRATION D'UNE ALIMENTATION ENTERALE PAR SONDE .....	40
➤ D400: SOINS LIES A LA SURVEILLANCE D'UNE ALIMENTATION PARENTERALE TOTALE (TPN) .....	41
➤ D500: SENSIBILITATION/EDUCATION A L'ALIMENTATION .....	42

<b>CLASSE E: PROMOTION DU CONFORT PHYSIQUE .....</b>	<b>43</b>
➤ E100: GESTION DES SYMPTOMES: DOULEUR .....	43
➤ E200: GESTION DES SYMPTOMES: NAUSEES ET/OU VOMISSEMENTS .....	44
➤ E300: GESTION DES SYMPTOMES: FATIGUE .....	45
➤ E400: GESTION DES SYMPTOMES: SEDATION .....	46
<b>CLASSE F: SOUTIEN AUX SOINS PERSONNELS .....</b>	<b>48</b>
➤ F110: SOINS D'HYGIENE: TOILETTE AU LAVABO / LIT / COUVEUSE .....	48
➤ F120: SOINS D'HYGIENE: DONNER UN BAIN OU UNE DOUCHE .....	50
➤ F200: SENSIBILISATION/EDUCATION AUX SOINS D'HYGIENE.....	52
➤ F300: AIDE POUR L'HABILLEMENT CIVIL DE JOUR.....	53
➤ F400: SOINS LIES A L'IMAGE CORPORELLE.....	54
➤ F500: SOINS DE BOUCHE PARTICULIERS .....	55
<b>DOMAINE 2: SOINS LIES AUX FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES COMPLEXES.....</b>	<b>56</b>
<b>CLASSE G: GESTION HYDRO-ELECTROLYTIQUE OU ACIDO-BASIQUE .....</b>	<b>57</b>
➤ G100: GESTION DE LA BALANCE ALIMENTAIRE OU HYDRO-ELECTROLYTIQUE .....	57
➤ G200: GESTION D'UNE SONDE GASTRIQUE DE DECHARGE .....	58
➤ G300: GESTION DE LA GLYCEMIE .....	59
➤ G400: GESTION DE L'EQUILIBRE ACIDO-BASIQUE ET/OU IONIQUE ET/OU DE L'HEMOGLOBINE ET/OU DE LA COAGULATION ...	61
➤ G500: GESTION DE LA DIALYSE.....	62
<b>CLASSE H : ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS.....</b>	<b>63</b>
➤ H100: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS DIFFERENTS PAR VOIE IM/SC/ID: NOMBRE .....	63
➤ H200: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS DIFFERENTS PAR VOIE IV: NOMBRE.....	64
➤ H300: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS PAR VOIE IV : FREQUENCE LA PLUS ELEVEE.....	66
➤ H400: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS PAR INHALATION (AEROSOLS/PUFFS) .....	67
➤ H500: ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS PAR VOIE VAGINALE.....	68
<b>CLASSE I: SOINS LIES A LA FONCTION NEUROLOGIQUE .....</b>	<b>69</b>
➤ I100: SURVEILLANCE DE LA FONCTION NEUROLOGIQUE A L'AIDE D'UN INSTRUMENT DE MESURE .....	69
➤ I200: SURVEILLANCE D'UNE PRESSION INTRACRANIEENNE AVEC OU SANS DRAINAGE .....	70
<b>CLASSE K: SOINS LIES A LA RESPIRATION.....</b>	<b>71</b>
➤ K100: ASPIRATION DES VOIES AERIENNES .....	71
➤ K200: AMELIORATION DE LA RESPIRATION: MATERIEL DE SOUTIEN.....	72
➤ K300: AMELIORATION DE LA VENTILATION: VENTILATION ARTIFICIELLE.....	73
<b>CLASSE L: SOINS DE LA PEAU ET DES PLAIES.....</b>	<b>75</b>
➤ L100: SURVEILLANCE D'UNE PLAIE ET/OU D'UN PANSEMENT ET/OU DE MATERIEL SANS CHANGEMENT DU PANSEMENT .....	75
➤ L200: SOINS AUX PLAIES SUTUREES ET/OU AUX POINTS D'INSERTION DE MATERIEL EN PLACE .....	77
➤ L300: SOINS SIMPLES DE PLAIES OUVERTES .....	79
➤ L400: SOINS COMPLEXES DE PLAIES OUVERTES .....	80
➤ L500: SOINS AUX LESIONS DERMATOLOGIQUES .....	82
<b>CLASSE M: THERMOREGULATION.....</b>	<b>86</b>
➤ M100: GESTION DE LA THERMOREGULATION DU BEBE DANS LA COUVEUSE .....	86
<b>CLASSE N: PERFUSION TISSULAIRE.....</b>	<b>87</b>
➤ N100: ADMINISTRATION DE SANG ET DE COMPOSANTS SANGUINS .....	87
➤ N200: SOINS ET/OU SURVEILLANCE A UNE VOIE D'ACCES .....	88
➤ N300: PRELEVEMENTS SANGUINS VEINEUX .....	89
➤ N400: PRELEVEMENTS SANGUINS ARTERIELS .....	90
➤ N500: PRELEVEMENTS SANGUINS CAPILLAIRES .....	91
➤ N600: SUIVI D'UNE ASSISTANCE CARDIO-CIRCULATOIRE ELECTRIQUE .....	92
➤ N700: SUIVI D'UNE ASSISTANCE CARDIO-CIRCULATOIRE MECANIQUE .....	93
<b>DOMAINE 3: COMPORTEMENT .....</b>	<b>94</b>
<b>CLASSE O: THERAPIE COMPORTEMENTALE .....</b>	<b>95</b>
➤ O100: GESTION DES ACTIVITES .....	95

➤ O200: SOINS AUX TROUBLES COMPORTEMENTAUX.....	96
<b>CLASSE P: THERAPIE COGNITIVE .....</b>	<b>98</b>
➤ P100: SOINS LIES A LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SOUFFRANT D'UN DEFICIT COGNITIF.....	98
<b>CLASSE Q: AMELIORATION DE LA COMMUNICATION .....</b>	<b>100</b>
➤ Q100: AMELIORATION DE LA COMMUNICATION.....	100
<b>CLASSE R: AIDE AUX STRATEGIES D'ADAPTATION.....</b>	<b>101</b>
➤ R110: SOUTIEN EMOTIONNEL DE BASE.....	101
➤ R120: SOUTIEN EMOTIONNEL PARTICULIER .....	102
➤ R130: PRISE EN CHARGE D'UNE SITUATION DE CRISE EMOTIONNELLE.....	103
<b>CLASSE S: EDUCATION DU PATIENT.....</b>	<b>104</b>
➤ S100: SENSIBILISATION/EDUCATION SPECIFIQUE.....	104
➤ S200: SENSIBILISATION/EDUCATION CONCERNANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU UN EXAMEN DIAGNOSTIC .....	106
<b>DOMAINE 4: SECURITE .....</b>	<b>107</b>
<b>CLASSE V: GESTION DU RISQUE.....</b>	<b>108</b>
➤ V100: PREVENTION DES PLAIES DE DECUBITUS: UTILISATION DE MATERIEL DE PREVENTION DYNAMIQUE.....	108
➤ V200: PREVENTION DE PLAIES DE DECUBITUS: CHANGEMENTS DE POSITION .....	109
➤ V300: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX (CŒUR, POUMONS, TEMPERATURE CORPORELLE): MONITORING CONTINU	110
➤ V400: SURVEILLANCE DES PARAMETRES VITAUX (CŒUR, POUMONS, TEMPERATURE CORPORELLE) : MONITORING DISCONTINU .....	112
➤ V500: PRELEVEMENTS TISSULAIRES OU DE MATERIEL ORGANIQUE .....	113
➤ V600: MESURES D'ISOLEMENT: PRECAUTIONS ADDITIONNELLES.....	114
➤ V700: SOINS LIES A LA DESORIENTATION: MESURES DE PROTECTION.....	115
<b>DOMAINE 5: FAMILLE.....</b>	<b>116</b>
<b>CLASSE W: SOINS LIES A LA NAISSANCE .....</b>	<b>117</b>
➤ W100: SOINS DE RELAXATION LIES A LA PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT.....	117
➤ W200: SOINS ANTE-PARTUM: SUIVI DE L'ACTIVITE UTERINE .....	118
➤ W300: ACCOUCHEMENT PAR UNE SAGE-FEMME .....	119
➤ W400: SOINS POST-PARTUM: SUIVI POST-PARTUM .....	120
➤ W500: SOIN «KANGOUROU» .....	121
<b>CLASSE X: SOINS RELATIFS AU CYCLE DE LA VIE .....</b>	<b>122</b>
➤ X100: ROOMING-IN.....	122
<b>DOMAINE 6 : SYSTEMES DE SANTE .....</b>	<b>123</b>
<b>CLASSE Y: MEDIATION AU SEIN DES SYSTEMES DE SANTE .....</b>	<b>124</b>
➤ Y100: MEDIATION INTERCULTURELLE .....	124
➤ Y200: ANAMNESE INFIRMIERE .....	125
<b>CLASSE Z: GESTION DU PROCESSUS DE SOINS ET DE L'INFORMATION.....</b>	<b>126</b>
➤ Z100: EVALUATION FONCTIONNELLE, MENTALE, PSYCHO-SOCIALE.....	126
➤ Z200: ASSISTANCE AUX ACTES MEDICAUX NON DELEGABLES.....	127
➤ Z300: ECHANGES MULTIDISCIPLINAIRES (INTRA MUROS).....	128
➤ Z400: CONTACTS AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS (EXTRA MUROS).....	129

# Introduction

L'objectif de l'enregistrement des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal ou DI-RHM est de donner une image des interventions infirmières réalisées par des prestataires de soins (comme défini au point 7.1 de ce manuel).

Cet enregistrement a également pour objectif de collecter des informations pour diverses applications: systèmes d'allocation en personnel, financement des soins infirmiers, processus qualitatifs, ...

## 1. Que sont les DI-RHM?

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

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

Il comprend:

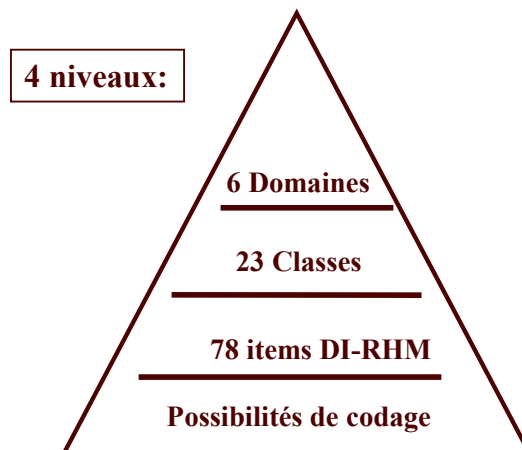
- des données générales sur la structure de l'hôpital ;
- des données concernant le personnel ;
- des données administratives (patient, séjour, unité de soins, ...) ;
- des données médicales ;
- des données infirmières.

## 2. Comment l'outil d'enregistrement DI-RHM est-il construit?

### 2.1. La structure.

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

Le premier niveau est constitué par 6 domaines, le second niveau est composé de 23 classes, le troisième de 78 items. Le quatrième et dernier niveau concerne des possibilités de codage.

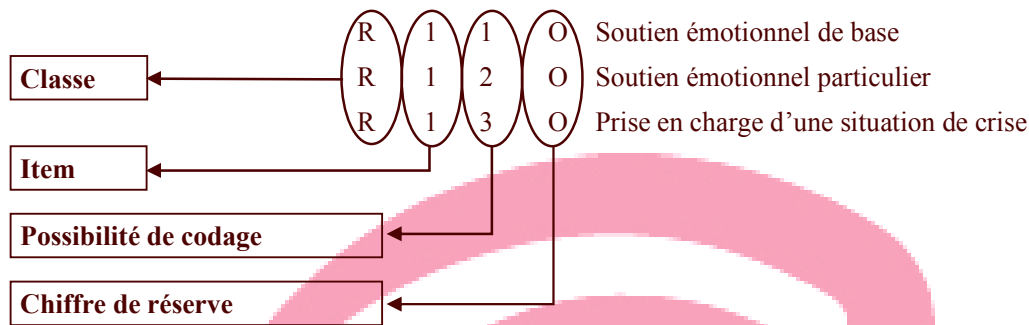


Le **code** de l'item DI-RHM est composé de **quatre positions**:

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

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

**Exemple:**



## 2.2. Les domaines.

Le premier niveau hiérarchique du DI-RHM est composé de 6 domaines coordonnés entre eux et comporte les interventions infirmières relatives aux aspects suivants :

- soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires ;
- soins liés aux fonctions physiologiques complexes ;
- comportement ;
- sécurité ;
- famille ;
- système de santé.

## 2.3. Les classes (position 1 du code DI-RHM).

Chaque domaine comporte une ou plusieurs classes.

L'outil d'enregistrement actuel comporte 23 classes distinctes réparties comme suit:

- **Domaine 1: Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires**
  - A. Gestion des activités et de l'exercice
  - B. Soins liés à l'élimination
  - C. Gestion de la mobilité
  - D. Soins liés à l'alimentation
  - E. Promotion du confort physique
  - F. Soutien aux soins personnels

- **Domaine 2: Soins liés aux fonctions physiologiques complexes**
  - G. Gestion hydro-électrolytique ou acido-basique
  - H. Administration de médicaments
  - I. Soins liés à la fonction neurologique
  - K. Soins liés à la respiration
  - L. Soins de la peau et des plaies
  - M. Thermorégulation
  - N. Perfusion tissulaire
- **Domaine 3: Comportement**
  - O. Thérapie comportementale
  - P. Thérapie cognitive
  - Q. Amélioration de la communication
  - R. Aide aux stratégies d'adaptation
  - S. Education du patient
- **Domaine 4: Sécurité**
  - V. Gestion du risque
- **Domaine 5: Famille**
  - W. Soins liés à la naissance
  - X. Soins relatifs au cycle de la vie
- **Domaine 6: Système de santé**
  - Y. Médiation au sein des systèmes de santé
  - Z. Gestion du processus de soins et de l'information

Les classes J, T et U sont des classes existantes dans la classification NIC mais non retenues dans la taxonomie de l'enregistrement des DI-RHM. Elles ne sont donc pas présentes dans les pages qui suivent mais restent disponibles pour une éventuelle implémentation future.

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

A l'intérieur de chaque classe, on trouve un ou plusieurs items.

Ces items sont décrits en détail après l'introduction et constituent la partie essentielle du manuel de codage.

Chaque item est composé de **cinq éléments**:

- **un nom**: il synthétise le concept de l'item
- **une définition**: elle précise le concept et délimite ce qui est pris en compte par l'item
- **des modalités de score**: elles indiquent le(s) score(s) possible(s) et leur signification

*Si plusieurs scores sont possibles au cours du même épisode de soins infirmiers, c'est le score le plus élevé qui est enregistré.*



- **des éléments de contrôle:** ils constituent des conditions obligatoires qui doivent être satisfaites pour pouvoir enregistrer l'item
- **des remarque(s):** elles constituent des éclaircissements, des particularités ou des exceptions qui doivent être prises en compte pour enregistrer correctement l'item

### 2.5. Les possibilités de codage (position 3 du code DI-RHM).

Certains items se divisent en plusieurs possibilités de codage, le chiffre des dizaines est alors différent de zéro (en gras dans l'exemple).

Ces possibilités de codage offrent des alternatives supplémentaires afin de préciser davantage l'intervention réalisée. Chaque possibilité de codage est également composée des cinq éléments descriptifs définis en 2.4.

Une seule possibilité de codage peut être choisie durant un épisode de soins infirmiers.

*Si plusieurs possibilités de codage se présentent lors d'un même épisode de soins infirmiers, c'est la possibilité de codage possédant le code DI-RHM le plus élevé qui doit être enregistrée:*

Exemples :

Item B2\*\* - 5 possibilités de codage **B250**>B240>B230>B220>B210

Item B4\*\* - 5 possibilités de codage **B450**>B440>B430>B420>B410

Item C1\*\* - 2 possibilités de codage **C120**>C110

Item D1\*\* - 2 possibilités de codage **D120**>D110

Item R1\*\* - 3 possibilités de codage **R130**>R120>R110

### 3. Qu'est-ce qu'une intervention infirmière réalisée?

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

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

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

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

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

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

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

#### **4. Quelles interventions infirmières réalisées faut-il enregistrer ?**

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

Il faut enregistrer les interventions infirmières, telles que définies et délimitées dans le manuel de codage, réalisées par des prestataires de soins affectés de manière permanente ou temporaire (équipe mobile, membre d'une autre unité de soins, équipe centralisée de prélèvement, infirmier intérimaire,...) à l'unité de soins.

Les interventions effectuées par les patients ou le personnel non-praticien de l'art infirmier (médecin, kinésithérapeute, personnel paramédical, assistant social, psychologue, assistant logistique...) ne sont pas enregistrées, même si ce personnel fait partie du personnel de l'unité de soins.

L'enregistrement des interventions infirmières concerne toujours l'unité de soins dans laquelle le patient est hospitalisé.

L'enregistrement des interventions infirmières concerne toujours l'épisode de soins infirmiers durant lequel elles sont réalisées.

L'enregistrement des interventions infirmières concerne:

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

Il convient usuellement de considérer que la réalisation d'une activité infirmière a été validée par l'application du paraphe ou de la signature du prestataire de soin<sup>1</sup> qui l'a réalisée.

#### **5. Qu'est-ce qu'un épisode de soins infirmiers?**

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

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

- une unité de soins
- le bloc accouchement
- la salle d'opération
- la salle de réveil (à condition qu'elle soit consécutive à un passage en salle d'opération, à l'exception des cas de placement d'un bloc périphérique où le passage peut alors s'effectuer avant le passage en salle d'opération, tel que défini dans 'l'information supplémentaire relative aux index de lits, aux unités de soins et aux épisodes de soins' du 14 octobre 2009, au point 3.2., complétant les directives d'enregistrement RHM).

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

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

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

## **6. Comment valider l'enregistrement d'un item/d'une possibilité de codage DI-RHM?**

En fonction qu'il se divise ou non en plusieurs possibilités de codage, c'est soit l'item, soit la possibilité de codage qui offre une possibilité d'enregistrement.

Afin de ne pas nuire à la lisibilité du texte, on parlera uniquement de la validation d'un item; sachant que quand il ne s'agit pas d'un item mais d'une possibilité de codage, ce sont les mêmes règles de conformité qui s'appliquent.

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

- à l'ensemble des informations contenues dans les différents éléments de son descriptif: nom, définition, modalités de score, contrôles et remarques
- aux définitions reprises au début du manuel de codage
- à l'ensemble des règles de codage et d'enregistrement reprises dans les manuels et circulaires envoyés aux hôpitaux

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

Toute l'information nécessaire pour valider l'item doit être retrouvée dans le dossier du patient et principalement dans le dossier infirmier (cf. l'A.R. du 28 décembre 2006), de manière complète et très précise afin de ne pas prêter à interprétation.

Quand une activité infirmière a été réalisée, il convient de retrouver dans le dossier patient le nom précis de l'activité et la validation de sa réalisation:

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

L'utilisation d'abréviations est possible, mais non conseillée. Elle est interdite pour l'annotation des médicaments qui doivent être notés en toutes lettres, conformément à l'article 7 quater §2 de l'A.R. du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 04/09/1990, 25/11/1991, 27/12/1994, 06/06/1997, 02/07/1999, 07/10/2002, 13/07/2006 et 21/04/2007.

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

## **7. Définitions courantes utilisées dans le manuel de codage.**

Les lignes qui suivent précisent quelques termes utilisés régulièrement dans la description des items.

Un indice de renvoi dans le texte fait référence aux définitions qui suivent (par ex. dossier patient<sup>2</sup>).

### **7.1. Prestataire de soins<sup>1</sup>**

Un prestataire de soins<sup>1</sup>, tel que défini dans ce manuel, est une personne habilitée à exercer l'art infirmier conformément à l'A.R. n°78 du 10 novembre 1967 articles 21quater, 21quinques et 21sexiesdecies et à l'annexe III de l'A.R. du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Il faut ajouter à cette liste les aides-soignants conformément à l'A.R. du 12 janvier 2006 fixant les activités qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

### **7.2. Dossier patient<sup>2</sup>**

Le dossier patient<sup>2</sup> est constitué du dossier infirmier et du dossier médical comme défini dans l'A.R. du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier doit répondre (voir l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987).

### **7.3. Instrument de mesure<sup>3</sup>**

Un instrument de mesure<sup>3</sup>, tel que défini dans ce manuel, est un instrument qui permet d'objectiver sur une base mesurable et scientifiquement validée la situation du patient au regard de ses problèmes de santé ou de ses besoins en soins infirmiers.

Un instrument scientifiquement validé est un instrument qui a fait l'objet d'au minimum une publication de reconnaissance de la validité de l'instrument dans une revue scientifique et de préférence dans une revue scientifique répertoriée dans une base de données «peer reviewed» (Medline, CINAHL, INIST-CNRS, BDSP,...).

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

Un projet de validation des échelles les plus couramment utilisées a été réalisé au SPF Santé Publique et est actualisé périodiquement. Les résultats de la recherche peuvent être consultés sur le site: <http://www.best.ugent.be>.

#### **7.4. Personne significative<sup>4</sup>**

Une personne significative<sup>4</sup>, telle que définie dans ce manuel, est un membre de la famille, le conjoint, le cohabitant ou un ami proche qui accompagne le patient lors de son séjour hospitalier et/ou qui le prendra en charge lors de sa sortie de l'hôpital.

#### **7.5. Education<sup>5</sup>**

L'éducation du patient consiste en une prise en charge infirmière visant à faciliter l'apprentissage de savoir, savoir-faire et savoir-être en vue d'atteindre un changement de comportement chez le patient, sa famille ou une personne significative<sup>4</sup>.

Un plan d'éducation doit au moins comprendre un bilan des connaissances et des compétences du patient, des sessions d'éducation programmées et une évaluation des résultats obtenus.

Lorsqu'une éducation est fournie à un patient ou à une personne significative<sup>4</sup>, elle est scorée dans l'enregistrement DI-RHM du patient pour lequel l'éducation est destinée.

#### **7.6. Plan de soins<sup>6</sup>**

Le plan de soins<sup>6</sup> «est» notamment le jugement clinique de l'infirmière dans l'approche des problèmes de santé qui relèvent de sa responsabilité spécifique.

Le plan de soins<sup>6</sup> est composé de problèmes de soins infirmiers<sup>10</sup> et/ou diagnostics infirmiers<sup>10</sup>, des objectifs, des résultats escomptés et des interventions infirmières (Article 2 de l'A.R. du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre).

#### **7.7. Plan de soins de référence<sup>7</sup>**

Le plan de soins de référence<sup>7</sup> permet d'aborder et de soigner systématiquement le patient atteint d'une affection déterminée (Article 7ter de l'A.R. du 18 juin 1990, modifié par l'A.R. du 21 avril 2007 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre).

#### **7.8. Plan de soins individualisé<sup>8</sup>**

Le plan de soins de référence<sup>7</sup> peut être individualisé au patient auquel il est destiné.

#### **7.9. Procédure<sup>9</sup>**

Une procédure<sup>9</sup> décrit le mode d'exécution d'une technique médicale ou infirmière déterminée (Article 7ter de l'A.R. du 18 juin 1990, modifié par l'A.R. du 21 avril 2007, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre).

## 7.10. Problème en soins infirmiers<sup>10</sup> ou diagnostic infirmier<sup>10</sup>

Un problème en soins infirmiers<sup>10</sup> ou diagnostic infirmier<sup>10</sup> est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie, d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers<sup>10</sup> servent de base pour choisir les interventions de soins visant à l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable (NANDA International 2005).

## 7.11. Bébé<sup>11</sup>

Un bébé est l'enfant en bas âge qui n'a pas encore atteint l'âge moyen de sevrage naturel. Dans le cadre du DI-RHM, cet âge moyen a été fixé à trois ans. De nombreuses études ont été réalisées de manière à déterminer cet âge. Cette détermination n'est pas aisée tant il y a de variantes possibles en fonction des régions, des cultures ou des méthodes de détermination utilisées. Certains anthropologues ont tenté de faire la synthèse de ces études comme par exemple, le Professeur Katherine A. Dettwyler<sup>1</sup>.

## 7.12 Ensemble des activités<sup>12</sup>

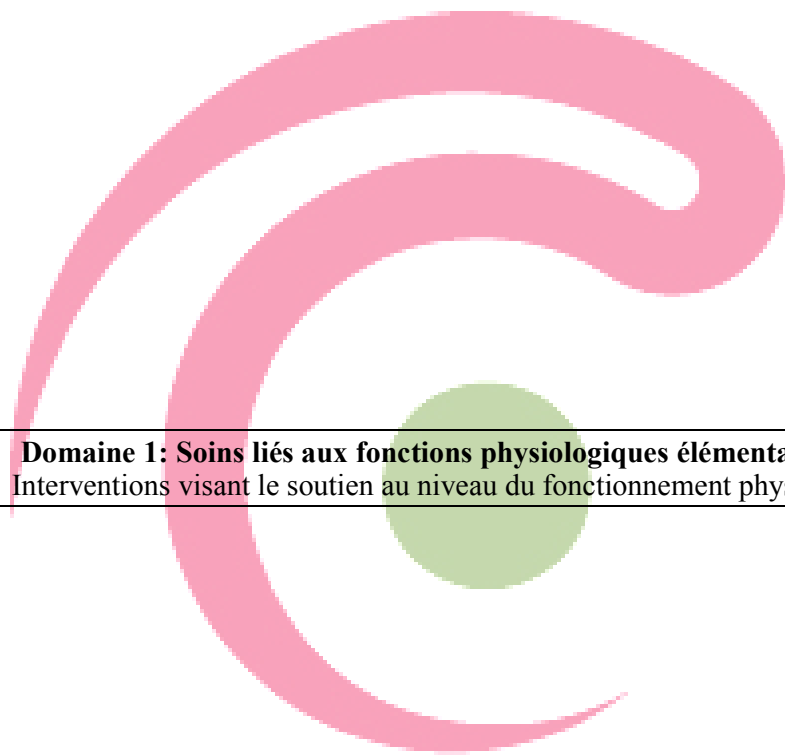
Ces termes désignent toutes les activités entrant dans le cadre de la réalisation d'une intervention. Il s'agit, entre autres, de l'explication préalable au déroulement du soin, de la préparation du soin (matérielle ou autre), de la réalisation du soin en lui-même et de « l'après-soin ».

---

<sup>1</sup> Katherine A. Dettwyler, Ph au Département d'anthropologie de Texas A & M College Station au Texas University, *Résumés de l'allaitement maternel*, Vol. 14, No. 1, août 1994, p. 3-4.



**Description détaillée des interventions infirmières  
du DI-RHM**



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



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

**Item A1\*\*:** Exercices corporels

➤ **A100: Exercices corporels structurés**

**Définition:**

Exercices corporels, passifs ou actifs à visée de réadaptation locomotrice, intégrés dans un plan de soins de référence<sup>7</sup> ou un plan de soins individualisé<sup>8</sup>.

- Exercices passifs: exercices exécutés par un prestataire de soins<sup>1</sup>chez le patient.
- Exercices actifs: exercices exécutés par le patient sous la guidance et avec la présence permanente du prestataire de soins<sup>1</sup>.

**Modalité de score:**

1 = Présence

**Contrôles:**

- Plan de soins de référence<sup>7</sup> ou individualisé<sup>8</sup>
- Activités réalisées
- Rapport, au minimum hebdomadaire, comprenant l'évaluation des objectifs

**Remarque:**

- Une attelle de mobilisation articulaire passive (type Kinetec®) ne peut pas être scorée.

## Classe B: Soins liés à l'élimination

**Définition:** Interventions visant à instaurer et maintenir les habitudes d'élimination régulières et les soins liés aux conséquences des modifications de ces habitudes.

### Item B1\*\*: Soins liés à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans

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

##### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'élimination chez l'enfant de moins de 5 ans, et ce, en fonction de son niveau d'acquisition de propreté :

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

##### Modalités de score:

- 1 = activités réalisées chez un **enfant propre** qui est accompagné pendant l'élimination: l'enfant est conduit à la toilette et supervisé, l'enfant est aidé pour s'essuyer, ...
- 2 = activités réalisées chez un **enfant propre la journée**, nécessitant des soins en vue de la période de sommeil (nuit, sieste,...): mettre un linge pour la sieste, ...
- 3 = activités réalisées chez un **enfant non propre aussi bien le jour que la nuit**: contrôle et changement du linge à des heures régulières

##### Contrôles:

- Age de l'enfant à l'admission à l'hôpital
- Niveau d'acquisition de la propreté le jour et pour les périodes de sommeil
- Activités réalisées

##### Remarques:

- B100 est non cumulable avec:  
*B210 – B220 – B230*  
*B410 – B420 – B430*
- Si présence d'une sonde urinaire, scorer en plus  
*B250 – Soins liés à la sonde vésicale à demeure*  
*B300 – Réalisation d'un sondage vésical*

- Si présence d'une stomie, scorer en plus  
*B240 – Soins liés à la stomie urinaire*  
*B440 – Soins liés à la stomie fécale/pouch*
- Si administration d'un lavement et/ou enlèvement manuel de fécalome(s) et/ou placement d'une sonde/canule rectale dans le but de prévenir ou traiter la constipation, scorer en plus  
*B500 – Administration d'un lavement et/ou enlèvement manuel de fécalome(s) et/ou placement d'une sonde/canule rectale dans le but de prévenir ou traiter la constipation*
- Si présence d'éducation<sup>5</sup> à l'élimination urinaire et/ou fécale scorer en plus  
*B600 – Sensibilisation/Education à l'élimination urinaire et/ou fécale*
- La réalisation de ces activités, par exemple par les parents, peut être scorée sous B100, si la présence du prestataire de soins<sup>1</sup> est constante et si ce suivi est repris au dossier et validé par la signature du prestataire de soins<sup>1</sup>.



## Item B2\*\* : Soins liés à l'élimination urinaire

### ➤ **B210: Suivi de la miction chez un patient continent pour l'urine**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la surveillance qualitative et/ou quantitative de la miction et/ou des urines chez un patient continent pour l'urine en précisant la fréquence ou le volume ou l'odeur ou la couleur de l'urine: 1<sup>ère</sup> miction post-opératoire, présence ou non d'urines exprimée sous forme de signes (+, -, ++, ...) ou d'un volume en ml, ...

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôle:

- Surveillance réalisée
- Résultats

#### Remarques:

- B210 ne peut pas être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.
- La réalisation d'un « bladderscan » en vue de déterminer le résidu vésical n'est pas scoré.
- Le recueil d'un prélèvement d'urine chez un patient autonome se score sous

V500 – Prélèvements tissulaires ou de matériel organique

➤ **B220: Soutien de l'élimination urinaire chez un patient continent pour l'urine**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient continent pour l'urine mais qui n'est pas capable d'utiliser les moyens mis à sa disposition pour uriner de manière autonome et/ou sécuritaire: apporter de l'aide au patient pour uriner sur le WC ou sur la chaise percée, mettre et/ou ôter la panne et/ou l'urinal, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Activités réalisées
- Résultats

Remarques:

- B220 ne peut pas être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'élimination urinaire se score en plus dans

*Classe C – Gestion de la mobilité*

- Le **simple** fait de mettre une alèze absorbante ne permet pas de justifier le soutien/suivi de l'élimination urinaire d'un patient et donc de scorer B220

➤ **B230: Soins liés à l'incontinence urinaire**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient porteur préventivement ou curativement de moyens destinés à récolter les urines: réalisation de contrôles réguliers du linge, de l'alèze ou de l'étui pénien avec ou sans changement, vidange ou changement des dispositifs de recueil de l'urine, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Notion d'incontinence urinaire
- Activités réalisées
- Résultats

Remarques:

- Un patient porteur d'une sonde vésicale n'est pas considéré comme patient incontinant pour l'urine mais est scorable en  
*B250 – Soins liés à la sonde urinaire à demeure*
- B230 ne peut pas être scorable chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Le **simple** fait de mettre une alèze absorbante ne permet pas de justifier le problème infirmier d'incontinence urinaire d'un patient et donc de scorer B230

➤ **B240: Soins liés à la stomie urinaire**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient porteur d'une stomie urinaire: vidange de la poche, changement de la poche, de la plaque, d'une compresse ou de tout autre moyen de récolte de l'urine, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Présence d'une stomie urinaire
- Activités réalisées
- Résultats

Remarques:

- Le soin de plaie d'une stomie urinaire non consolidée est scoré en *L200 – Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel*
- Fournir uniquement le matériel adéquat n'est pas scoré.
- Le simple contrôle de la stomie ne suffit pas pour scorer cet item.
- Le soin d'hygiène à une stomie urinaire consolidée est scoré en B240.

➤ **B250: Soins liés à la sonde urinaire à demeure**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure (sonde vésicale, cathéter suspubien, cathéter de néphrostomie, ...): soins de méat, irrigations vésicales, vidange et/ou changement du sac collecteur d'urine, clamber temporairement la sonde vésicale, vérification du ballonnet de sécurité,...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Présence d'une sonde urinaire à demeure
- Activités réalisées
- Résultats

Remarques:

- La présence d'un étui pénien ou d'une stomie urinaire se score respectivement en
  - B230 – Soins liés à l'incontinence urinaire*
  - B240 – Soins liés à la stomie urinaire*
- La mise en place d'une sonde vésicale durant l'épisode de soins infirmiers se score en
  - B300 – Réalisation d'un sondage vésical*
- L'enlèvement de la sonde urinaire n'est pas scoré.
- La simple surveillance et annotation du volume urinaire observé, sans vidange du sac collecteur, ne suffit pas pour scorer B250.



## Item B3\*\* : Mise en place d'une sonde vésicale

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

#### Définition:

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

#### Modalité de score:

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

#### Contrôles:

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

#### Remarques:

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

➤ **B410: Suivi de la défécation chez un patient continent pour les selles**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la surveillance qualitative et/ou quantitative de la défécation et/ou des selles chez un patient continent pour les selles en précisant la fréquence ou le volume ou l'odeur ou la couleur ou la consistance des selles: date des dernières selles, surveiller la reprise de transit en post-opératoire, la présence ou non de selles sous forme de signes (+, ++, 0, ...), la présence de melæna, ...

Modalité de score:

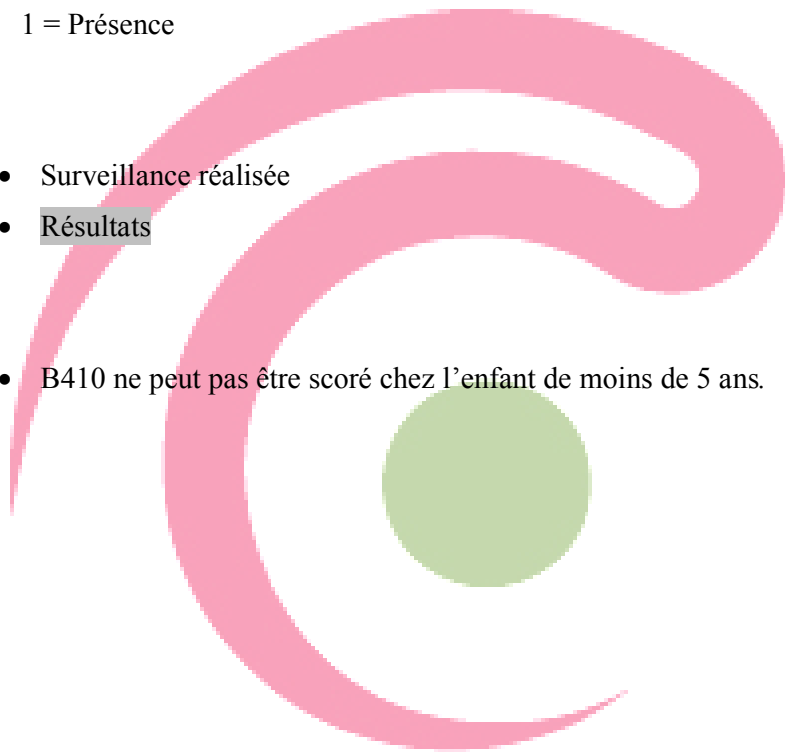
1 = Présence

Contrôle:

- Surveillance réalisée
- Résultats

Remarque:

- B410 ne peut pas être scorié chez l'enfant de moins de 5 ans.



➤ **B420: Soutien de l'élimination fécale chez un patient continent pour les selles**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient continent pour les selles mais qui n'est pas capable d'utiliser les moyens mis à sa disposition pour déféquer de manière autonome et/ou sécuritaire: apporter de l'aide au patient pour aller à selles sur le WC ou sur la chaise percée, mettre et/ou ôter la panne, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Activités réalisées
- Résultats

Remarques:

- B420 ne peut pas être scoré chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'élimination fécale se score en plus dans

*Classe C – Gestion de la mobilité*

- Le **simple** fait de mettre une alèze absorbante ne permet pas de justifier le soutien/suivi de l'élimination fécale d'un patient et donc de scorer B420

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

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient porteur préventivement ou curativement de moyens destinés à récolter les selles: réalisation de contrôles réguliers du linge, de l'alèze avec ou sans changement, ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Notion d'incontinence fécale
- Activités réalisées
- Résultats

Remarque:

- B430 ne peut pas être scorié chez l'enfant de moins de 5 ans.
- Le **simple** fait de mettre une alèze absorbante ne permet pas de justifier le problème infirmier d'incontinence fécale d'un patient et donc de scorer B430

➤ **B440: Soins liés à une stomie fécale/pouch**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient porteur d'une stomie fécale/pouch: vidange de la poche, changement de la poche, de la plaque, de la compresse ou de tout autre moyen de collecte des selles, ...

Modalités de score:

- 1 = Présence d'activités liées à la stomie fécale
- 2 = Présence d'activités liées au pouch

Contrôles:

- Notion de stomie fécale ou d'un pouch
- Activités réalisées
- Résultats

Remarques:

- Le soin de plaie d'une stomie fécale non consolidée est scoré en *L200 – Soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel en place*
- Fournir uniquement le matériel adéquat n'est pas scoré.
- Le soin d'hygiène à une stomie fécale consolidée est scoré en B440.

**Item B5\*\* : Soins liés à l'administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalomes et/ou le placement d'une sonde /canule rectale dans le but de prévenir ou traiter la constipation**

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

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées en vue de prévenir ou de traiter la constipation par:

- l'administration d'un lavement par voie rectale ou par stomie en utilisant des produits traitants la constipation (eau, glycérine,...)

**ET/OU**

- l'enlèvement manuel de fécalome par voie anale ou stomie

**ET/OU**

- le placement d'une sonde/canule rectale

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Notion de constipation ou de problèmes de transit
- Activités réalisées
- Résultat des activités réalisées

Remarques:

- Les mini- et micro- lavements sous forme commerciale sont scorés en B500.
- Les lavements pré-opératoires/pré-examens ne sont pas scorés.
- L'administration de suppositoire n'est pas scorée.

## Item B6\*\* : Education à l'élimination urinaire et/ou fécale

### ➤ **B600: Sensibilisation/Education à l'élimination urinaire et/ou fécale**

#### Définition:

Ensemble d'activités<sup>12</sup> éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences **pour retrouver une autonomie urinaire et/ou fécale**: conseils diététiques et de mobilisation pour éviter la constipation, éducation<sup>5</sup> à la miction, éducation<sup>5</sup> à la prise en charge d'une stomie, éducation<sup>5</sup> à la prise en charge d'une énurésie, éducation<sup>5</sup> au maintien des habitudes d'élimination, ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative<sup>4</sup>.

#### Modalités de score:

- 1 = Sensibilisation et information occasionnelle à l'élimination urinaire et/ou fécale
- 2 = Education<sup>5</sup> structurée à l'élimination urinaire et/ou fécale

#### Contrôles:

- **Score 1:**
  - sujet des informations données
  - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
  - plan d'éducation
  - réalisation de l'éducation<sup>5</sup> et son résultat

#### Remarque:

- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation/éducation<sup>5</sup> concernant le bébé<sup>11</sup> est scorée chez le bébé<sup>11</sup>.
- Le **simple** fait de donner une brochure en lien avec l'élimination ne suffit pas pour scorer B600.

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

**Item C1\*\*:** Installation d'un patient

➤ **C110:** Installation d'un patient alité

Définition:

L'ensemble des activités<sup>12</sup> qui consistent à fournir une position correcte et confortable au patient qui doit rester strictement au lit pendant tout l'épisode de soins infirmiers:

- installation du patient au lit pour dormir ou pour manger ou pour lire
- installation du patient au lit dans une position particulière pour une raison médicale ou infirmière
- ...

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

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Raison d'alitement
- Activités réalisées pour l'installation au lit

Remarque:

- Le changement de position lié à la prévention des escarres est scoré en:  
*V200 – Prévention des plaies de décubitus: changements de positions*



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

Définition:

L'ensemble des activités<sup>12</sup> liées au passage d'une position au lit à une autre position dans le fauteuil, fauteuil roulant, chaise percée, brancard, ... ou inversement, avec ou sans point d'appui.

Modalités de score:

- 1 = **Présence lors de l'installation:** pour des raisons de sécurité, le patient a besoin d'une présence pour le passage d'une position à l'autre: assise, couchée, debout
- 2 = **Aide partielle pour l'installation:** le patient est soutenu sans être porté totalement, avec ou sans matériel de manutention (plaque tournante, lève-personne actif, ...)
- 3 = **Aide complète pour l'installation:** le patient est porté totalement, avec ou sans matériel de manutention (rollboard®, slides, lève-personne passif, ...)

Contrôle:

- Activités réalisées

Remarques:

- Le simple passage du lit au fauteuil n'engendre pas systématiquement un déplacement et n'est donc pas forcément associé dans ce cas à  
*C200 – Aide au déplacement d'un patient dans l'unité ou dans la chambre*
- Si durant l'installation d'un patient non-alité, le patient fait quelques pas ou s'il est déplacé, on peut scorer en plus  
*C200 – Aide au déplacement d'un patient dans l'unité ou dans la chambre*
- Porter un enfant et le mettre sur une chaise ou dans un relax (et inversement) est considéré comme une aide complète, il faut scorer  
*C120 – Installation d'un patient non alité – score 3*
- L'installation unique du patient dans le lit ne suffit pas pour pouvoir scorer un C120

## Item C2\*\* : Aide au déplacement d'un patient dans l'unité

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au déplacement d'un patient d'un endroit à un autre de l'unité ou de la chambre, peu importe la position et/ou le matériel utilisé: aide à la marche dans le couloir, déplacement en chaise roulante, porter un enfant, déplacement du lit au fauteuil lorsqu'il est nécessaire d'effectuer quelques pas,...

#### Modalités de score:

- 1 = **Accompagnement du patient lors du déplacement:** une personne âgée atteinte de troubles de l'équilibre a besoin d'être soutenue par le bras, un enfant a besoin d'être conduit vers la salle de jeu de l'unité pour éviter qu'il ne se perde, personne qui se déplace seule en chaise roulante mais qui a besoin d'être accompagnée, ...
- 2 = **Aide complète au déplacement du patient:** le patient est déplacé en chaise roulante, en lit ou à l'aide de matériel adapté: amener le patient à la salle de bain de l'unité à l'aide d'un lève-personne, amener un patient à la fenêtre de sa chambre en chaise roulante car il n'a pas la force de le faire tout seul, porter un enfant dans les bras, ...

#### Contrôle:

- Activités réalisées

## Item C4\*\* : Présence de traction(s)

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'installation et/ou la présence d'un patient dont une partie du corps est mise en traction dans le cadre d'un **traitement orthopédique**.

Le système de poids doit être installé et actif.

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôle:

- Présence de traction à visée orthopédique
- Activités réalisées

#### Remarques:

- Les fauteuils ou chaises-roulantes avec coquilles de maintien, les coussins, les fixateurs externes, attelles et autres méthodes d'immobilisation ne sont pas scorés.
- Le « halo » n'est pas scoré, à l'exception de celui de traction utilisant des poids.

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

**Item D1\*\*:** Soins liés à l'alimentation

➤ **D110: Soins liés à l'alimentation prise dans la chambre**

**Définition:**

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'alimentation par voie orale prise dans la chambre: aide pour boire et/ou manger.

**Modalités de score:**

- 1 = **Suivi ou soutien logistique** du patient qui s'alimente seul: ouvrir les emballages, couper la viande, beurrer les tartines, remplir un verre, évaluer la prise des repas, ...
- 2 = **Aide partielle:** le patient est aidé pour boire OU manger: faire boire une tasse de café, donner un repas à la cuillère au patient, ...
- 3 = **Aide complète:** le patient est aidé complètement pour boire ET manger
- 4 = **Guidance avec présence permanente** : le prestataire de soins<sup>1</sup> dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée d'au moins un des repas, en raison d'une perturbation de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (troubles de la déglutition, confusion aiguë, anorexie mentale, ...) de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée du repas : le patient s'hydrate et s'alimente lui-même.

**Contrôles:**

- Activités réalisées
- **En cas de suivi** : observations ou remarques
- **Pour le score 4:**
  - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance **avec** la présence permanente d'un prestataire de soins<sup>1</sup> sont justifiées par le besoin de supervision de l'alimentation lié à son jeune âge
  - pour les autres patients, la guidance **avec** la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique/ psychique ou le niveau de développement

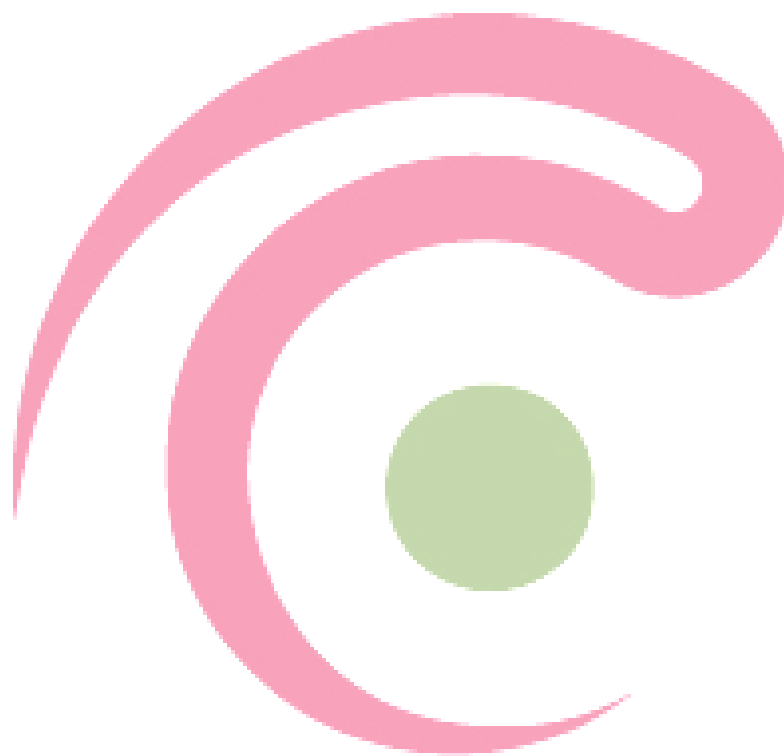
**Remarques:**

- Les soins **au bébé<sup>11</sup>** bénéficiant uniquement de biberons et/ou d'une alimentation maternelle se scorent en  
*D200 – Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant*
- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'alimentation se score en

plus dans

*Classe C – Gestion de la mobilité*

- L'aide au patient **uniquement** pour la prise d'un médicament per os n'est pas scorable.



➤ **D120: Soins liés à l'alimentation prise à la salle à manger**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'alimentation par voie orale prise à la salle à manger: aide pour boire et/ou manger.

La salle à manger est un espace en dehors des chambres des patients, spécialement conçu pour prendre les repas en groupe.

Modalités de score:

- 1 = **Suivi ou soutien logistique** du patient autonome qui s'alimente seul: ouvrir les emballages, couper la viande, beurrer les tartines, remplir un verre, évaluer la prise alimentaire, ...
- 2 = **Aide partielle**: le patient est aidé pour **boire OU manger**: faire boire une tasse de café, donner un repas à la cuillère au patient, ...
- 3 = **Aide complète**: le patient est aidé complètement pour **boire ET manger**
- 4 = **Guidance avec présence permanente**: le prestataire de soins<sup>1</sup> dirige, oriente, stimule le patient durant toute la durée d'au moins un des repas, en raison d'une perturbation de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (troubles de la déglutition, confusion aiguë, anorexie mentale, ...) de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée du repas : le patient s'hydrate et s'alimente lui-même.

Contrôles:

- Lieu du repas
- Activités réalisées
- **En cas de suivi** : observations ou remarques
- **Pour le score 4:**
  - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance avec la présence permanente d'un prestataire de soins<sup>1</sup> sont justifiées par le besoin de supervision de l'alimentation lié à son jeune âge
  - pour les autres patients, la guidance avec la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique/ psychique ou le niveau de développement

Remarques:

- Les soins au bébé<sup>11</sup> bénéficiant uniquement de biberons et/ou d'une alimentation maternelle se scorent en  
*D200 – Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant*
- Le déplacement et/ou l'installation du patient lors de l'alimentation se score en plus dans  
*Classe C – Gestion de la mobilité*
- L'aide au patient uniquement pour la prise d'un médicament per os n'est pas scorée.

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

Définition:

Le patient ne prend rien par voie entérale (passage par la voie digestive), sauf l'eau nécessaire à la prise des médicaments, durant tout l'épisode de soins infirmiers.

Modalité de score:

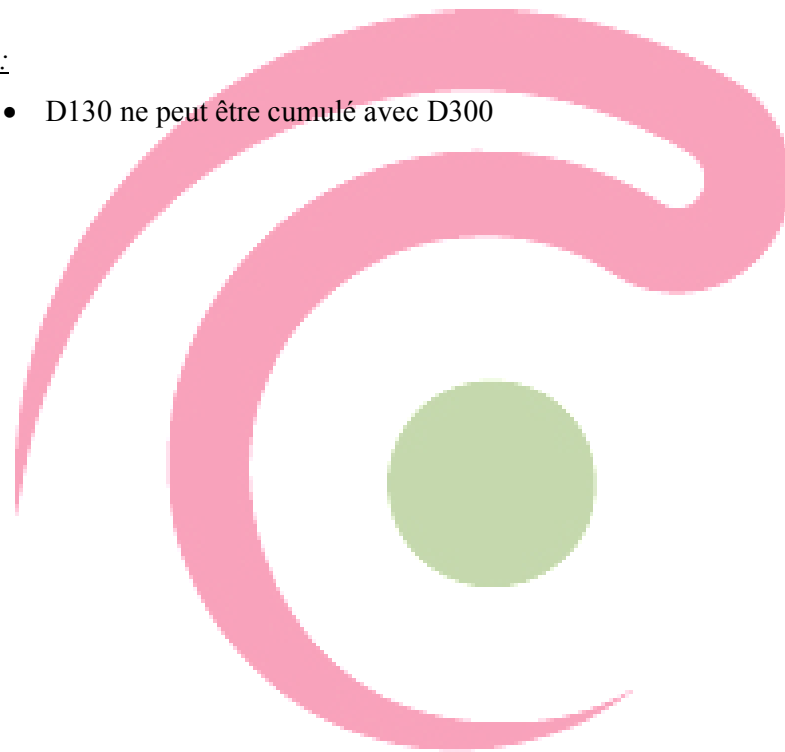
1 = Présence

Contrôle:

- Notion de jeûne

Remarque :

- D130 ne peut être cumulé avec D300



## Item D2\*\* : Soins liés à l'alimentation maternelle et/ou artificielle de l'enfant

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'alimentation du bébé<sup>11</sup>: administration du biberon de lait maternel et/ou artificiel par le prestataire de soins<sup>1</sup> et/ou guidance des parents en cas d'allaitement maternel et/ou artificiel.

#### Modalités de score:

- Nombre de moments d'administration de biberons par le prestataire de soins<sup>1</sup>  
**ET/OU**
- Nombre de moments où le prestataire de soins<sup>1</sup> assure une guidance

#### Contrôles:

- Type d'alimentation: maternelle et/ou artificielle
- Nombre de moments d'administration de biberons et/ou de guidance
- Observations cliniques par moment d'administration: quantité bue, ...

#### Remarques:

- D200 se score uniquement chez le bébé<sup>11</sup> et non chez la maman.
- L'alimentation 'cup' (tasse, cuillère) est scorée en D200.
- La préparation seule du biberon n'est pas scorée.
- L'alimentation maternelle et/ou artificielle (biberon de lait) **seule** du bébé<sup>11</sup> ne peut pas être scorée en

*D110 – Soins liés à l'alimentation lors d'un repas pris dans la chambre*

*D120 – Soins liés à l'alimentation lors d'un repas pris à la salle à manger*

- D200 peut être cumulé avec D110 ou D120 et/ou D300.
- Est considéré comme bébé<sup>11</sup> tout enfant de moins de trois ans. Au-delà, si l'état de l'enfant nécessite une alimentation au biberon, il conviendra de le scorer en D110 ou D120 en fonction du niveau d'aide requis pour ces activités.



## Item D3\*\*: Administration d'alimentation entérale par sonde

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

#### Définition:

Ensemble d'activités<sup>12</sup> liées à l'administration d'une alimentation entérale (alimentation liquide et/ou eau) via une sonde gastrique, intestinale ou via une voie d'accès artificielle (gastrostomie, jéjunostomie).

#### Modalités de score:

- 1 = Administration d'alimentation entérale par sonde sans perforation cutanée
- 2 = Administration d'alimentation entérale par voie d'accès artificielle: gastrostomie, jéjunostomie.

#### Contrôles:

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

#### Remarques:

- Une préparation intestinale en vue d'un examen ou d'une opération n'est pas scorée.
- Les soins liés à une sonde gastrique de décharge sont scorés en  
*G200 – Gestion d'une sonde gastrique de décharge*
- La préparation de l'alimentation sans réaliser son administration n'est pas scorée.
- D300 ne peut être cumulé avec D130.
- D300 peut être cumulé avec G200.

## Item D4\*\* : Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la surveillance de l'alimentation parentérale totale: l'eau, les lipides, les protéines et le glucose doivent être perfusés durant une partie ou l'entièreté de l'épisode de soins infirmiers.

Ces composants peuvent être administrés soit séparément, soit en perfusion unique.

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôle:

- Produits administrés (en perfusion unique ou séparément)  
*En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.*
- Activités réalisées

#### Remarques:

- L'administration d'alimentation parentérale totale doit être scorée en plus dans  
*H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*  
*H300 – Administration de médicaments IV: fréquence la plus élevée*
- Les vitamines et les oligo-éléments qui seraient éventuellement ajoutés à la TPN sont scorés en  
*H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*  
*H300 – Administration de médicaments IV: fréquence la plus élevée*

## Item D5\*\*: Education à l'alimentation

### ➤ **D500: Sensibilisation/Education à l'alimentation**

#### Définition:

Ensemble d'activités<sup>12</sup> éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences **pour retrouver une autonomie au niveau de l'alimentation**: éducation<sup>5</sup> en cas de déficit nutritionnel, altération de l'état général, ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative<sup>4</sup>.

#### Modalités de score:

1 = Sensibilisation et information occasionnelle à l'alimentation

2 = Education<sup>5</sup> structurée liée à l'alimentation

#### Contrôles:

- **Score 1:**
  - sujet des informations données
  - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
  - plan d'éducation
  - réalisation de l'éducation<sup>5</sup> et son résultat

#### Remarque:

- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation/éducation<sup>5</sup> à l'alimentation du bébé<sup>11</sup> est scorée chez le bébé<sup>11</sup>.
- **Le simple fait de donner une brochure en lien avec l'alimentation ne suffit pas pour scorer D500.**

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

**Item E1\*\*:** Gestion des symptômes: douleur

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

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> permettant un suivi régulier et systématique de la douleur du patient et sa prise en charge:

- observation (type de douleur, localisation, caractéristiques, ...) et évaluation de la douleur à l'aide d'un instrument de mesure<sup>3</sup> (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle de la douleur selon un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: recherche d'une position antalgique, pose d'une poche de glace, administration de médicaments antalgiques, assistance psychologique à la douleur, ...
- réévaluation de la douleur à l'aide de l'instrument de mesure<sup>3</sup> et l'observation clinique
- ...

Modalité de score:

- Nombre de contrôles de la douleur

Contrôles:

- Valeurs des mesures de douleur réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la douleur suite à l'évaluation
- Référence à un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou présence d'une prescription médicale

Remarque:

- L'administration de médicaments antalgiques est scorée en
  - H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID : nombre*
  - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV : nombre*
  - H300 – Administration de médicaments IV : fréquence la plus élevée*
  - H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff)*
- La **simple** évaluation routinière de ce symptôme ne suffit pas pour pouvoir scorer E100

## Item E2\*\*: Gestion des symptômes: nausées et/ou vomissements

### ➤ E200: Gestion des symptômes: nausées et/ou vomissements

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> permettant un suivi régulier et systématique des nausées et/ou vomissements du patient et sa prise en charge:

- observation (type, caractéristiques, ...) et évaluation à l'aide d'un instrument de mesure<sup>3</sup> (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle des nausées et/ou vomissements selon un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: administration de médicaments anti-émétiques, assistance lors d'un épisode de vomissements, fractionnement des repas, ...
- réévaluation des nausées et/ou vomissements à l'aide de l'instrument de mesure<sup>3</sup> et l'observation clinique
- ...

#### Modalité de score:

- Nombre de contrôles des nausées et/ou vomissements

#### Contrôles:

- Valeurs des mesures de nausées/vomissements réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge les nausées et/ou vomissements suite à l'évaluation
- Référence à un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou présence d'une prescription médicale

#### Remarques:

- L'administration de médicaments anti-émétiques est scorée en
  - H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID: nombre*
  - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV : nombre*
  - H300 – Administration de médicaments IV : fréquence la plus élevée*
  - H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff)*
- Les régurgitations des nouveaux-nés ne sont pas scorées.
- La simple évaluation routinière de ce symptôme ne suffit pas pour pouvoir scorer E200

## Item E3\*\* : Gestion des symptômes: fatigue

### ➤ E300: Gestion des symptômes: fatigue

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> permettant un suivi régulier et systématique de la fatigue du patient et sa prise en charge:

- observation (type, caractéristiques, ...) et évaluation à l'aide d'un instrument de mesure<sup>3</sup> (minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle de la fatigue selon un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: administration de médicaments, conseils d'hygiène de vie, gestion du stress, ...
- réévaluation de la fatigue à l'aide de l'instrument de mesure<sup>3</sup> et de l'observation clinique
- ...

« La fatigue est un symptôme subjectif et déplaisant qui atteint le corps entier au travers de sensations allant de la faiblesse à l'épuisement, créant un état général implacable amenant à une limitation des aptitudes individuelles à fonctionner de manière normale »<sup>2</sup>, non induite par des moyens chimiques ou psychosomatiques destinés à diminuer l'état de vigilance ou entrainer une anesthésie.

#### Modalité de score:

- Nombre de contrôles de la fatigue

#### Contrôles:

- Valeurs des mesures de fatigue réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la fatigue suite à l'évaluation
- Référence à un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou présence d'une prescription médicale

#### Remarque:

- L'administration de médicaments est scorée en
  - H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID : nombre*
  - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
  - H300 – Administration de médicaments IV: fréquence la plus élevée*
  - H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff)*
- La simple évaluation routinière de ce symptôme ne suffit pas pour pouvoir scorer E300

<sup>2</sup> Ream E, Richardson A, *Fatigue : a concept analysis*, International Journal of Nursing Studies, Vol. 33, No. 5, 1996, p. 519-529.

## Item E4\*\* : Gestion des symptômes: sédation

### ➤ E400: Gestion des symptômes: sédation

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> permettant un suivi régulier et systématique de la sédation du patient et sa prise en charge:

- observation (type, caractéristiques, ...) et évaluation à l'aide d'un instrument de mesure<sup>3</sup>(minimum 2 fois)
- prise en charge éventuelle de la sédation selon un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou une prescription médicale: administration de médicaments, ...
- réévaluation de la sédation à l'aide de l'instrument de mesure<sup>3</sup> et de l'observation clinique
- ...

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

#### Modalité de score:

- Nombre de contrôles de la sédation

#### Contrôles:

- Nature de la sédation
- Valeurs des mesures de sédation réalisées
- Activités éventuelles réalisées pour prendre en charge la sédation suite à l'évaluation
- Référence à un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent ou présence d'une prescription médicale

#### Remarques:

- L'utilisation de somnifères, d'analgésiques et d'alcool n'est pas prise en compte pour scorer E400
- L'utilisation du Méopa®, par exemple, est prise en compte pour scorer E400
- L'administration de médicaments de la sédation est scorée en

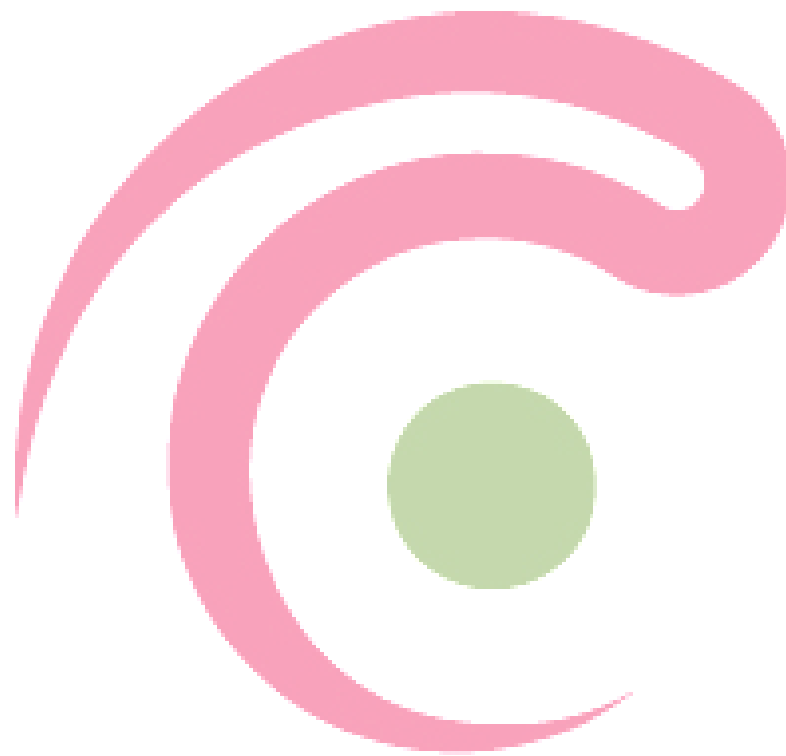
*H100 – Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID : nombre*

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

*H300 – Administration de médicaments IV : fréquence la plus élevée*

*H400 – Administration de médicaments par inhalation (aérosol/puff)*

- La simple évaluation routinière de ce symptôme ne suffit pas pour pouvoir scorer E400
- La surveillance du réveil après une anesthésie n'est pas scorée sous E400.





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

**Item F1\*\* : Soins d'hygiène**

➤ **F110: Soins d'hygiène: toilette au lavabo / lit / couveuse**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'hygiène du patient, comprenant le lavage corporel complet ou partiel au lavabo, au lit ou en couveuse, associé ou non au brossage des dents et/ou au rasage de la barbe, ...

Modalités de score:

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

Contrôles:

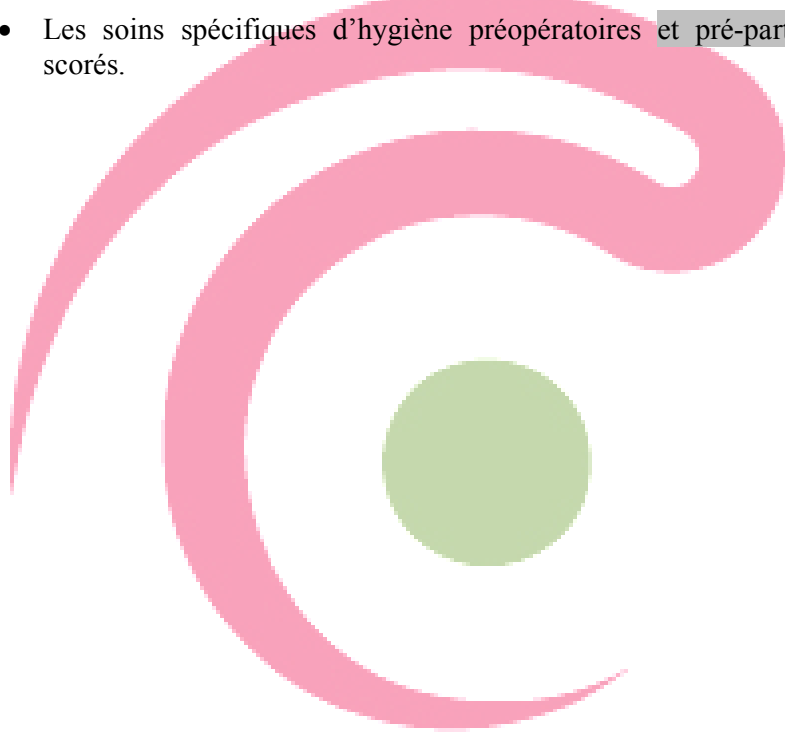
- Activités réalisées
- **En cas de suivi** : observations ou remarques
- **Pour le score 4:**
  - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance **avec** la présence permanente d'un prestataire de soins<sup>1</sup> sont justifiées par le besoin de supervision de l'hygiène lié à son jeune âge
  - pour les autres patients, la guidance **avec** la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique/ psychique ou le niveau de développement

Remarques:

- Le lavage des cheveux, y compris en cas de pédiculose, réalisé seul, est scoré comme aide partielle.
- Le brossage des dents et des prothèses dentaires, le rasage de la barbe, les soins aux oreilles, aux yeux, aux ongles, au nez, au nombril et aux mamelons réalisés seuls, **en dehors du moment des soins d'hygiène quotidien**, ne sont pas

scorés.

- La toilette mortuaire et les soins aux défunts ne sont pas scorés.
- La toilette vulvaire dans le cadre de plaie ne se score pas sous les items de la classe F :
  - Les soins à l'épiosiotomie suturée ou à la déchirure périnéale suturée par toilette vulvaire ou bain de siège sont scorés en :  
*L200 – Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain*
  - Les soins à la déchirure de périnée non suturée sont scorés en :  
*L300 – Soins simples de plaies ouvertes*
  - Le suivi des soins post-partum est scorée en:  
*W400 – Soins post-partum: suivi post-partum*
- Les soins d'hygiène d'une stomie consolidée sont scorés en B240, B440
- Les soins spécifiques d'hygiène préopératoires et pré-partum ne sont pas scorés.



➤ **F120: Soins d'hygiène: donner un bain ou une douche**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'hygiène du patient, comprenant le lavage corporel complet ou partiel au bain ou à la douche, associé ou non au brossage des dents et/ou au rasage de la barbe, ...

Modalités de score:

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

Contrôles:

- Lieu de réalisation du soin d'hygiène
- Activités réalisées
- **En cas de suivi : observations ou remarques**
- **Pour le score 4:**
  - chez l'enfant de moins de 5 ans, la guidance avec la présence permanente d'un prestataire de soins<sup>1</sup> sont justifiées par le besoin de supervision de l'hygiène lié à son jeune âge
  - pour les autres patients, la guidance avec la présence permanente doivent être justifiées en précisant la nature du trouble physique/ psychique ou le niveau de développement

Remarques:

- Le lavage des cheveux, y compris en cas de pédiculose, réalisé seul, est scoré comme aide partielle.
- Le brossage des dents et des prothèses dentaires , le rasage de la barbe, les soins aux oreilles, aux yeux, aux ongles, au nez, au nombril et aux mamelons réalisés seuls, **en dehors du moment des soins d'hygiène quotidienne**, ne sont pas scorés.
- Les bains thérapeutiques ne sont pas scorés, sauf si le bain sert également à assurer les soins d'hygiène du patient et/ou en L400.
- **La toilette vulvaire dans le cadre de plaie ne se score pas sous les items de la classe F :**

➤ Les soins à l'épisiotomie suturée ou à la déchirure périnéale suturée par toilette vulvaire ou bain de siège sont scorés en :

*L200 – Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain*

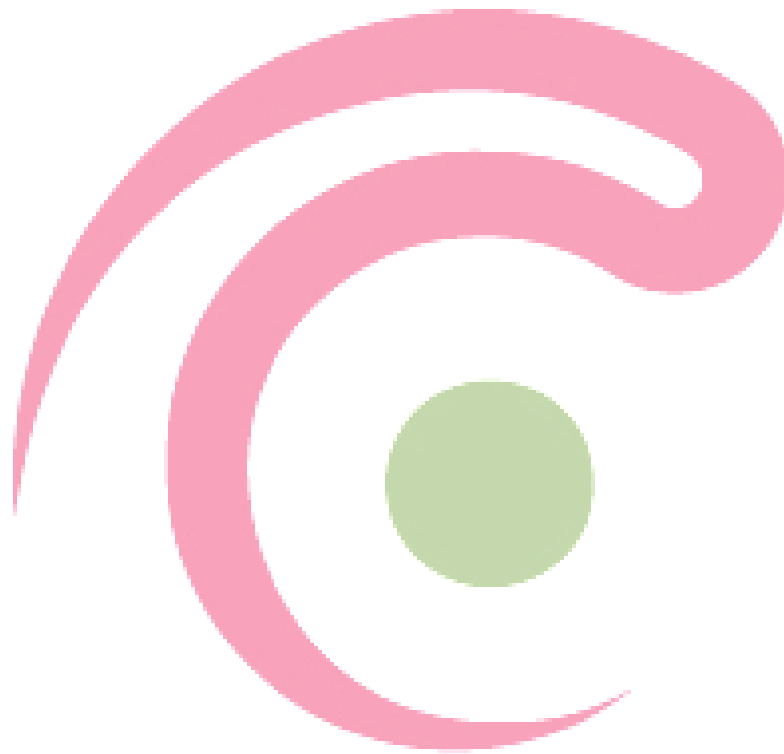
➤ Les soins à la déchirure de périnée non suturée sont scorés en :

*L300 – Soins simples de plaies ouvertes*

➤ Le suivi des soins post-partum est scorée en:

*W400 – Soins post-partum: suivi post-partum*

- Les soins spécifiques d'hygiène préopératoires et pré-partum ne sont pas scorés.



## Item F2\*\* : Education aux soins d'hygiène

### ➤ **F200: Sensibilisation/Education aux soins d'hygiène**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour retrouver une autonomie au niveau des soins d'hygiène: sensibiliser au risque de brûlures chez l'enfant lors d'un bain, éducation<sup>5</sup> pour retrouver les habitudes d'hygiène après un AVC ou une altération de l'état général, ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative<sup>4</sup>.

#### Modalités de score:

1 = Sensibilisation et information occasionnelle aux soins d'hygiène

2 = Education<sup>5</sup> structurée aux soins d'hygiène

#### Contrôles:

- **Score 1:**
  - sujet des informations données
  - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
  - plan d'éducation
  - réalisation de l'éducation<sup>5</sup> et son résultat

#### Remarques:

- L'éducation<sup>5</sup> relative à la prise en charge d'une stomie est scorée en  
*B600 – Sensibilisation/Education à l'élimination urinaire et/ou fécale*
- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation ou l'éducation<sup>5</sup> aux soins d'hygiène concernant le bébé est scorée chez le bébé<sup>11</sup>.
- Le simple fait de donner une brochure en lien avec l'hygiène ne suffit pas pour scorer F200.
- La sensibilisation/éducation<sup>5</sup> aux soins de bouche particuliers est scorée en F200

## Item F3\*\* : Aide pour l'habillement civil de jour

### ➤ **F300: Aide pour l'habillement civil de jour**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> en rapport avec l'habillement et le déshabillage des vêtements de jour et de nuit, le matin comme le soir: le patient a besoin d'aide pour l'habillement et le déshabillage tant au-dessus qu'au-dessous de la ceinture, y compris les chaussures ou les pantoufles. Ces activités doivent se dérouler durant le même épisode de soin.

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

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôles:

- Notion de dépendance quant à l'habillement/déshabillage
- Activités réalisées

#### Remarques:

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

## Item F4\*\* : Soins liés à l'image corporelle

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> spécifiques destinées à conserver et/ou restaurer l'image corporelle perturbée par le contexte thérapeutique:

- type a: mise en place d'une prothèse: capillaire, mammaire, oculaire, de membre.
- type b: prévention de la chute des phanères: casque ou gants réfrigérants, bain d'ongles.
- type c: maquillage.

#### Modalité de score:

- Nombre de types d'activités liées à l'image corporelle:  
score maximal  $a + b + c = 3$

#### Contrôles:

- Raison des activités
- Activités réalisées

#### Remarques:

- Les activités réalisées par le coiffeur, la pédicure, la manucure, l'esthéticienne ne sont pas scorés.
- La toilette mortuaire et les soins aux défunts ne sont pas scorés.
- La mise en place d'une prothèse dentaire n'est pas scorée.
- L'aide au port de vêtements spéciaux de compression chez les brûlés n'est pas scorée.

## Item F5\*\* : Soins de bouche particuliers

### ➤ **F500: Soins de bouche particuliers**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées de manière préventive ou curative en rapport avec l'état buccal (muqueuse, langue et dents) selon une procédure<sup>9</sup> validée :

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

#### **ET**

- le soin de bouche:
  - réalisé complètement ou partiellement par le prestataire de soins<sup>1</sup>

#### **OU**

- réalisé par le patient ou la personne significative<sup>4</sup>, sous la guidance et avec la présence permanente du prestataire de soins<sup>1</sup>

#### Modalité de score:

- Fréquence des soins de bouche particuliers

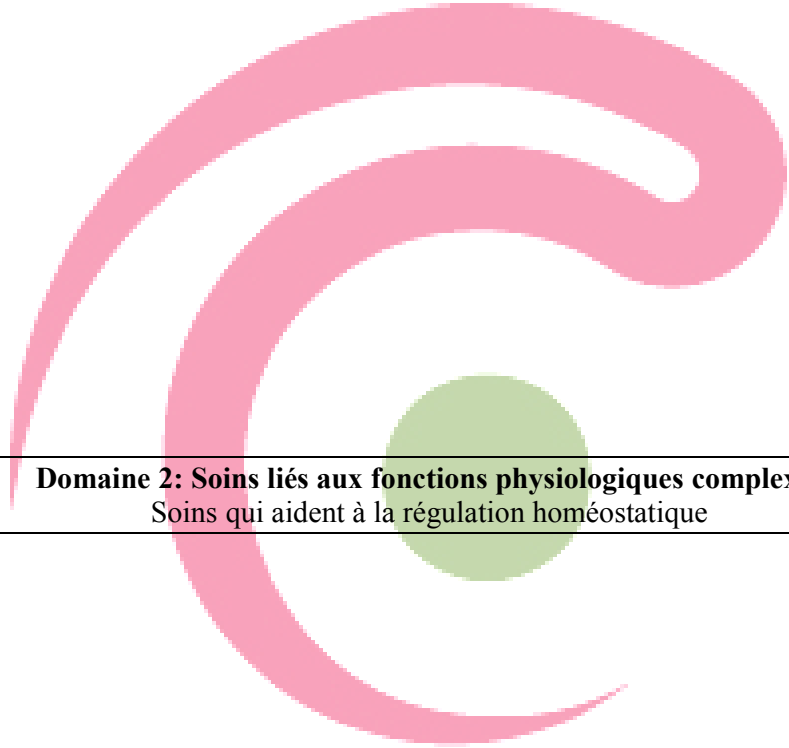
#### Contrôles:

- Evaluation de l'état buccal par épisode de soins infirmiers
- Activités réalisées et leur fréquence
- Produits utilisés
- Présence d'une procédure validée

#### Remarques:

- La sensibilisation/éducation<sup>5</sup> aux soins de bouche particuliers est scorée en  
*F200 – Sensibilisation/ Education aux soins d'hygiène*
- Fournir uniquement le matériel adéquat n'est pas scoré.
- Le brossage des dents, le rinçage de bouche, le gargarisme, l'humidification avec un spray et l'instillation buccale ne sont pas scorés.
- Les soins de bouche préventifs à l'eau claire, effectués selon une procédure<sup>9</sup> sont scorés en F500





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

## Classe G: Gestion hydro-électrolytique ou acido-basique

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

### Item G1\*\*: Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique

#### ➤ G100: Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées afin d'éviter ou de diminuer les complications liées à un éventuel déséquilibre de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique.

Modalités de score:

- 1 = Suivi **par épisode de soins infirmiers**
- du débit urinaire total: au minimum 2 mesures et un total
- OU**
- de l'état nutritionnel: contrôle de l'ensemble de l'alimentation et des boissons prises par le patient (quoi et combien)
- OU**
- du poids: contrôle du poids et calcul de la différence par rapport au poids précédent
- 2 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out 1 fois**
- 3 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out de 2 à 6 fois**
- 4 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out de 7 à 12 fois**
- 5 = Suivi par épisode de soins infirmiers de la balance hydro-électrolytique avec **bilan in-out plus de 12 fois**

Contrôles:

- **Pour le score 1:** le volume urinaire total ou l'état nutritionnel ou le poids et la différence
- **Pour les scores 2 à 5:** le total des entrées, des sorties et le résultat pour chaque balance réalisée

Remarques :

- Le lavage vésical continu seul ne peut pas être scoré.
- Le calcul du bilan in/out en cas de dialyse est scoré en G500.

## Item G2\*\* : Gestion d'une sonde gastrique de décharge

### ➤ G200: Gestion d'une sonde gastrique de décharge

#### Définition:

L'ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la présence d'une sonde gastrique à visée évacuatrice: contrôle de la position, prévention d'escarres au niveau du nez/coin de la bouche, contrôle de la décharge, vérification de l'aspiration, ...

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôles:

- Présence d'une sonde gastrique, duodénale ou de gastrostomie, drain nasobiliaire « de décharge »
- Activités réalisées
- Volume récolté

#### Remarques:

- Le lavage gastrique n'est pas scoré.
- D300 et G200 peuvent être scorés durant le même épisode de soins.
- Le contrôle du résidu gastrique seul, sans visée évacuatrice, ne suffit pas pour scorer G200.

## Item G3\*\* : Gestion de la glycémie

### ➤ **G300: Gestion de la glycémie**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la prévention et/ou au traitement, avec ou sans éducation<sup>5</sup> du patient, d'une glycémie trop élevée ou trop basse:

- la mesure de la glycémie (au minimum 2 fois) par le prestataire de soins<sup>1</sup> ou par le patient accompagné d'un prestataire de soin<sup>1</sup>, associée ou non à la recherche des signes cliniques d'une hypo- ou d'une hyperglycémie

#### **ET**

- l'appréciation des résultats de la glycémie

#### **ET**

- la prise en charge de l'hypo-, hyper- ou normoglycémie selon un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent: prise d'une collation, administration d'insuline, poursuite du traitement en cours, ...

#### **AVEC ou SANS**

- éducation<sup>5</sup> du patient concernant tous les aspects de cette prise en charge intégrant essentiellement les autosoins du patient diabétique.

#### Modalités de score:

1 = Présence d'une gestion de la glycémie.

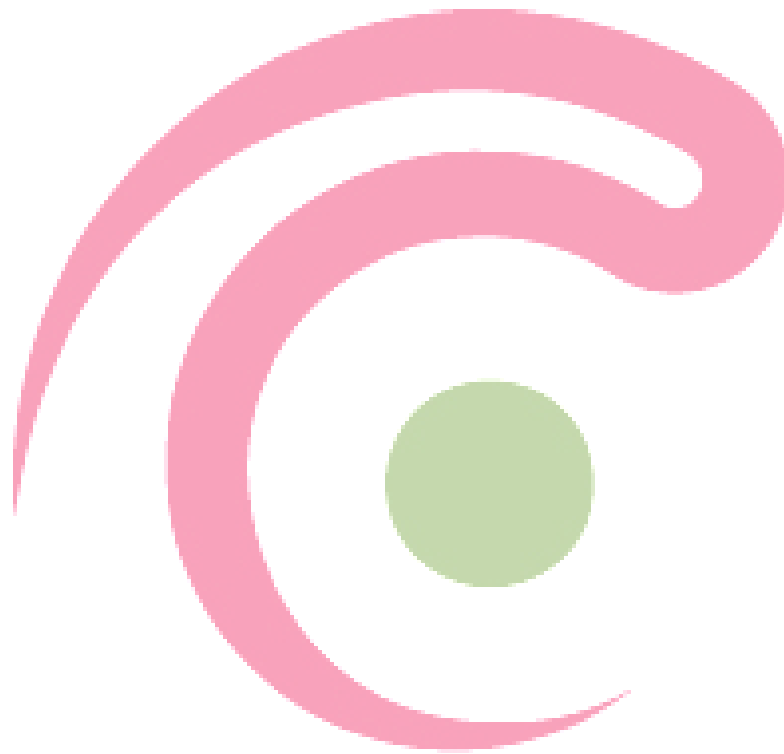
2 = Présence d'une gestion de la glycémie **avec** éducation<sup>5</sup>

#### Contrôles:

- **Score 1:**
  - Mesures de la glycémie et/ou des signes cliniques
  - Activités réalisées
  - Référence à un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent
- **Score 2:**
  - Mesures de la glycémie et/ou des signes cliniques
  - Activités réalisées
  - Plan d'éducation
  - Réalisation de l'éducation<sup>5</sup> et son résultat
  - Référence à un plan de soins<sup>6</sup> et/ou un ordre permanent

Remarques:

- Les prélèvements artériels, veineux et capillaires sont scorés en  
*N300 – Prélèvements sanguins veineux*  
*N400 – Prélèvements sanguins artériels*  
*N500 – Prélèvements sanguins capillaires*
- Une prescription médicale unique et isolée n'est pas suffisante pour être scorée comme une gestion de la glycémie.
- Le **simple** fait de donner une brochure en lien avec la gestion de la glycémie ne suffit pas pour scorer G300/2.



**Item G4\*\* : Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation**

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

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au maintien de l'équilibre et/ou à la correction des déséquilibres acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation :

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

**ET**

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

**ET**

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

Modalité de score:

1 = Présence d'une gestion

Contrôles:

- Valeurs biologiques mesurées
- Activités réalisées
- Référence à un ordre permanent ou présence d'une prescription médicale

Remarques:

- Les prélèvements artériels, veineux et capillaires réalisés par un prestataire de soins<sup>1</sup> sont scorés en
  - N300 – Prélèvements sanguins veineux*
  - N400 – Prélèvements sanguins artériels*
  - N500 – Prélèvements sanguins capillaires*
- Une prescription médicale unique et isolée n'est pas suffisante pour être scorée comme une gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation.

➤ **G500: Gestion de la dialyse**

Définition:

Ensemble des activités liées<sup>12</sup> à une épuraction extra-rénale, à travers une membrane semi perméable et via un dialysat, de petites ou de grosses molécules et de liquide : dialyse péritonéale, hémodialyse ou hemofiltration ou hemodiafiltration, ...

Modalités de score:

- 1 = Présence d'une dialyse péritonéale
- 2 = Présence d'une hemodialyse opérationnelle ≤ 8 heures
- 3 = Présence d'une hemodialyse opérationnelle > 8 heures

Contrôles:

- Type de dialyse
- Heures de dialyse
- Activités réalisées (notamment le bilan in/out)

Remarques:

- Les liquides de substitution utilisés pour la dialyse ne peuvent pas être scorés en
  - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
  - H300 – Administration de médicaments par voie IV: fréquence la plus élevée*
- Si des produits supplémentaires (ex.: potassium, citrate, ...) sont ajoutés aux liquides de substitution, ceux-ci peuvent être scorés en
  - H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
  - H300 – Administration de médicaments par voie IV: fréquence la plus élevée*
- La plasmaphérèse n'est pas scorée.
- Si, en dehors du temps de dialyse, mais durant le même épisode de soin, une voie d'accès répondant à la définition de la page 88 est utilisée et est permanente, on pourra également scorer :
  - N200 – Soins et/ou surveillance à une voie d'accès*
- Les soins et/ou la surveillance d'une voie d'accès permanente mais qui est uniquement utilisée pour la dialyse ne peuvent pas être scorés en N200. Ces soins font alors partie intégrante du G500

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

**Item H1\*\*:** Administration de médicaments par voie IM/SC/ID

➤ **H100: Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID: nombre**

***Définition:***

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par voie intramusculaire, sous-cutanée ou intradermique.

Les reconstituants et diluants du principe actif ne sont pas comptabilisés comme des médicaments supplémentaires.

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

***Modalité de score:***

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

***Contrôle:***

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

***Remarques:***

- Les médicaments transdermiques (ex. patches) ne sont pas scorés.
- Les perfusions SC sont scorées en H100 en indiquant clairement l'heure de début.
- Les médicaments ayant le même nom sont considérés comme un seul produit quel que soit la dose ou la concentration.
- Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament pour autant que ses principes actifs ne diffèrent pas.



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

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par voie intraveineuse.

Les reconstituants et diluants du principe actif ne sont pas comptabilisés comme des médicaments IV supplémentaires.

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

Modalité de score:

- Nombre de médicaments différents administrés par voie IV

Contrôle:

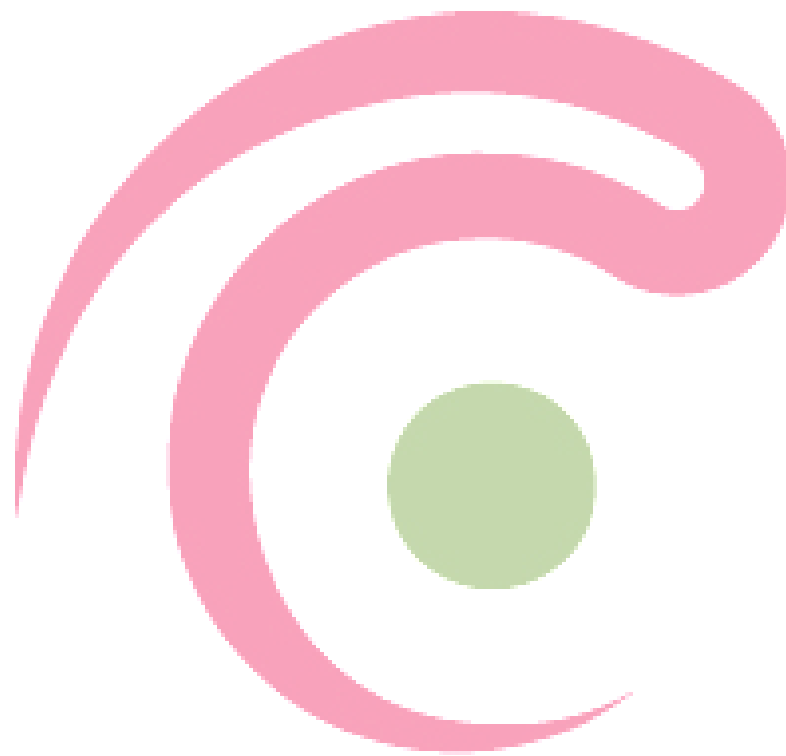
- Médicaments IV administrés

*En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.*

Remarques:

- Les médicaments IV sont scorés obligatoirement en plus en  
*H300 – Administration de médicaments par voie IV: fréquence la plus élevée*
- La présence d'alimentation parentérale totale est scorée en plus en  
*D400 – Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)*
- Les perfusions IV sont reprises en H200 en indiquant clairement le début de l'administration.
- Si des produits supplémentaires sont ajoutés aux liquides de substitution utilisés lors de la dialyse ou aux perfusions d'entretien veineux, ceux-ci peuvent être scorés en H200.
- Le sang et dérivés sanguins sont scorés en  
*N100 – Administration de sang et de composants sanguins*
- Les liquides de substitution utilisés en dialyse ne sont pas scorés.
- Le maintien de la perméabilité d'une voie d'accès obturée par un bouchon (solution NaCl 0,9% et /ou anticoagulant) n'est pas scoré en H200 car ces produits ne sont pas considérés comme des administrations de médicaments IV.
- Une perfusion préparée par la pharmacie compte pour un seul et unique médicament.
- Les médicaments ayant le même nom sont considérés comme un seul produit quel que soit la dose ou la concentration.

- Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament pour autant que ses principes actifs ne diffèrent pas.



## Item H3\*\* : Administration de médicaments IV

### ➤ **H300: Administration de médicaments par voie IV : fréquence la plus élevée**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par voie intra veineuse.

Les reconstituants et diluants du principe actif ne sont pas comptabilisés comme des médicaments IV supplémentaires.

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

#### Modalité de score:

- Fréquence du médicament IV administré le plus souvent

#### Contrôle:

- Médicaments IV administrés

*En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.*

#### Remarques:

- Les médicaments IV sont scorés obligatoirement en plus en  
*H200 – Administration de médicaments différents par voie IV: nombre*
- La présence d'alimentation parentérale totale est scorée en plus en  
*D400 – Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)*
- Les perfusions IV sont scorées en H300 en indiquant clairement le début de l'administration.
- Si des produits supplémentaires sont ajoutés aux liquides de substitution utilisés lors de la dialyse ou aux perfusions d'entretien veineux, ceux-ci peuvent être scorés en H300.
- Le sang et dérivés sanguins sont scorés en  
*N100 – Administration de sang et de composants sanguins*
- Chaque changement de seringues ou remplissage de burette est scoré en H300; les modifications des vitesses de perfusion ne sont pas scorées.
- Les liquides de substitution utilisés en dialyse ne sont pas scorés.
- Le maintien de la perméabilité d'une voie d'accès obturée par un bouchon (solution NaCl 0,9% et/ou anticoagulant) n'est pas scoré en H300 car ces produits ne sont pas considérés comme des administrations de médicaments IV.
- Les médicaments ayant le même nom sont considérés comme un seul produit quel que soit la dose ou la concentration.
- Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament pour autant que ses principes actifs ne diffèrent pas.

## Item H4\*\* : Administration de médicaments par inhalation (aérosol / puff )

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par inhalation (aérosol/puffs).

#### Modalité de score:

- Nombre de médicaments différents administrés

#### Contrôle:

- Médicaments administrés

*En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.*

#### Remarques:

- La solution physiologique n'est pas considérée comme un médicament car elle ne contient pas de principe actif.
- L'administration d'oxygène peut être scorée en  
*K200 – Amélioration de la respiration: matériel de soutien*
- L'administration de gaz tels que le Meopa® ne peut pas être scoré en H400.
- Les médicaments ayant le même nom sont considérés comme un seul produit quel que soit la dose ou la concentration.
- Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament pour autant que ses principes actifs ne diffèrent pas.

## Item H5\*\*: Administration de médicaments par voie vaginale

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'administration de médicaments (sur base du nom commercial ou en son absence du nom générique ou du nom de la molécule) par voie vaginale.

#### Modalité de score:

- Nombre de médicaments différents administrés par voie vaginale

#### Contrôle:

- Médicaments administrés par voie vaginale

*En précisant: nom de la spécialité, quantité, posologie, concentration éventuelle, mode d'administration, période ou fréquence d'administration.*

#### Remarque :

- L'iso-Bétadine® est un médicament car il contient un principe actif.
- Les médicaments ayant le même nom sont considérés comme un seul produit quel que soit la dose ou la concentration.
- Un médicament décliné sous différentes appellations telles que le nom commercial, le nom générique ou le nom de la molécule est considéré comme un seul médicament pour autant que leurs principes actifs ne diffèrent pas.

## Classe I: Soins liés à la fonction neurologique

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

### Item I1\*\* : Surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure

#### ➤ I100: Surveillance de la fonction neurologique à l'aide d'un instrument de mesure

**Définition:**

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la collecte et l'analyse des données du patient afin de prévoir ou réduire les complications neurologiques à l'aide d'un instrument de mesure<sup>3</sup> : échelle de Glasgow, ...

**Modalité de score:**

- Fréquence des surveillances réalisées avec l'instrument de mesure<sup>3</sup>

**Contrôle:**

- Valeurs des scores mesurés

**Remarque:**

- L'item I100 ne peut pas être enregistré lorsque l'instrument de mesure<sup>3</sup> n'est utilisé que pour le suivi de la sédation. Ce suivi spécifique est scoré sous l'item

*E400 – Gestion des symptômes : sédation*

#### **Glasgow**

Ouverture des yeux (Y)  
Spontanée 4   
Sur ordre 3   
A la douleur 2   
Absente 1

Réponse verbale (V)  
Orientée 5   
Confuse 4   
Inappropriée 3   
Incompréhensible 2   
Absente 1

Réponse motrice (M)  
Obéit 6   
Localisée 5   
Retrait 4   
Flexion anormale 3   
Extension 2   
Absente 1

Le score = Y+V+M

Min. : 3

Max. : 15

## Item I2\*\* : Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage

### ➤ I 200: Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la collecte et à l'analyse des données du patient afin de réguler la pression intracrânienne associée ou non à un drainage ventriculaire externe: mesure de la pression, mesure de la quantité de liquide céphalo-rachidien (LCR) drainée, ...

#### Modalités de score:

- 1 = Surveillance de la pression intracrânienne sans drainage
- 2 = Surveillance de la pression intracrânienne avec drainage de LCR

#### Contrôles:

- Présence d'un drain ventriculaire externe avec ou sans drainage du LCR
- Surveillance réalisée
- Valeurs des mesures réalisées

#### Remarque:

- La réfection du pansement du cathéter de drainage ventriculaire externe n'est pas scorée en I200 mais peut être scoré en

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

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

**Item K1\*\*:** Aspiration des voies aériennes

➤ **K100: Aspiration des voies aériennes**

Définition:

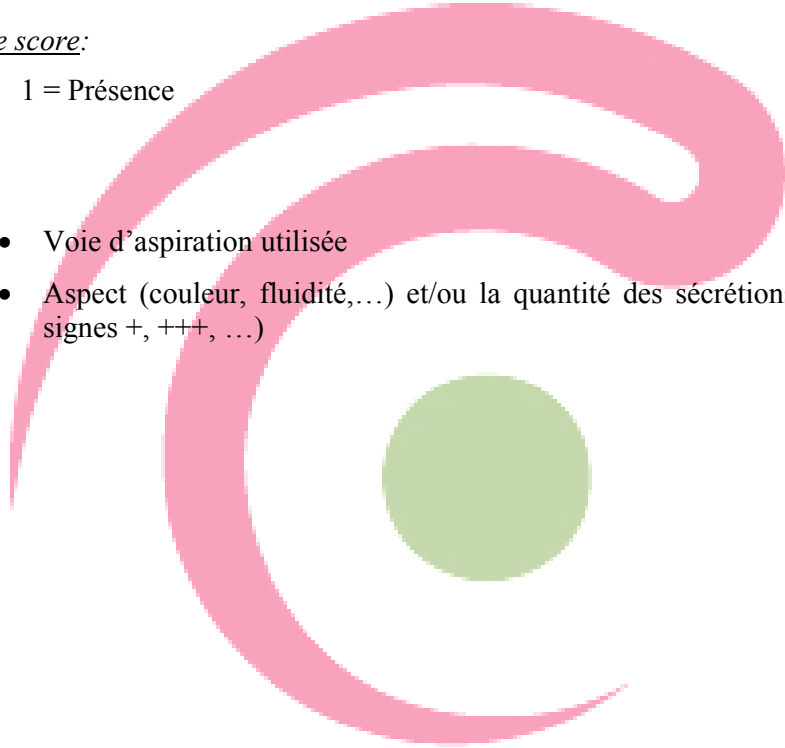
Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'aspiration des sécrétions par voie buccale et/ou nasale et/ou endo-trachéale à l'aide d'une sonde d'aspiration.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Voie d'aspiration utilisée
- Aspect (couleur, fluidité,...) et/ou la quantité des sécrétions (sous forme de signes +, ++, ...)





## Item K2\*\*: Statut respiratoire

### ➤ **K200: Amélioration de la respiration: matériel de soutien**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la présence de matériel respiratoire chez le patient afin d'optimiser sa respiration et son oxygénation, exception faite du soutien médicamenteux.

#### Modalités de score:

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

#### Contrôle:

- Matériel respiratoire utilisé

#### Remarque:

- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) est scorée en combinant les items K200 et K300

## Item K3\*\*: Ventilation artificielle

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la présence d'une ventilation artificielle ou d'une ventilation artificielle spéciale ou à la présence d'une position particulière à visée respiratoire.

#### La ventilation artificielle spéciale comprend:

- une technique de ventilation à haute fréquence : High Frequency Positive Pressure Ventilation (HFPPV), High Frequency Jet Ventilation (HFJV), High Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV), High Frequency Percussion Ventilation (HFPV)

**OU**

- la ventilation sous NO (ventilation au monoxyde d'azote)

**OU**

- la ventilation liquide.

#### La position particulière à visée respiratoire comprend:

- l'utilisation d'un lit de type «RotaRest»

**OU**

- l'utilisation de la position ventrale.

#### Modalités de score:

1 = Présence d'une ventilation artificielle

2 = Présence d'une ventilation artificielle spéciale ou d'une position particulière à visée respiratoire

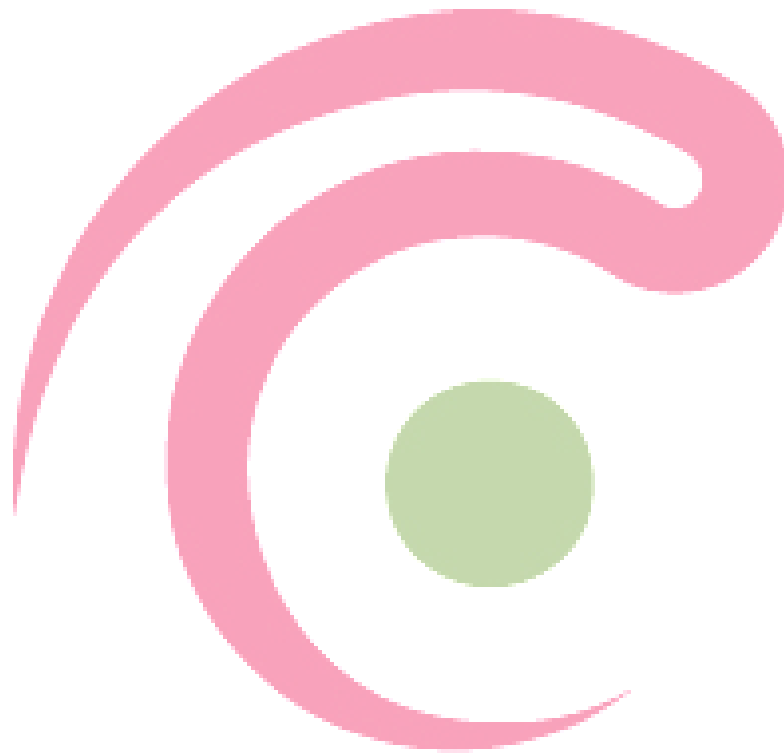
#### Contrôles:

- **Score 1:**
  - Présence d'une ventilation artificielle
  - Mode de ventilation artificielle

- **Score 2:**
  - Présence d'une ventilation artificielle spéciale ou d'une position particulière à visée respiratoire:
  - Si ventilation artificielle spéciale: type de ventilation artificielle spéciale
  - Si position particulière: objectif respiratoire de cette position particulière

Remarque:

- Une ventilation non invasive comme BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) et CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) est scorée en combinant K200 et K300.



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

**Item L1\*\*:** Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement et/ou de matériel sans changement du pansement

➤ **L100: Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement et/ou de matériel sans changement du pansement**

**Définition:**

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la surveillance d'une plaie (suturée ou ouverte) et/ou d'un pansement et/ou de matériel à visée évacuatrice **SANS** changement du pansement durant l'épisode de soins: surveillance d'une plaie avec colle, surveillance d'un pansement avec lamelle, surveillance d'un pansement sous vide, vidange et/ou changement du collecteur du drain de Redon, ...

**Modalité de score:**

- Nombre de zone où une surveillance est réalisée

**Contrôles:**

- Nature de la plaie et/ou du point d'insertion de matériel lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Description clinique de la plaie (localisation, taille, couleur ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Résultat de la surveillance: observations cliniques du pansement ou du matériel

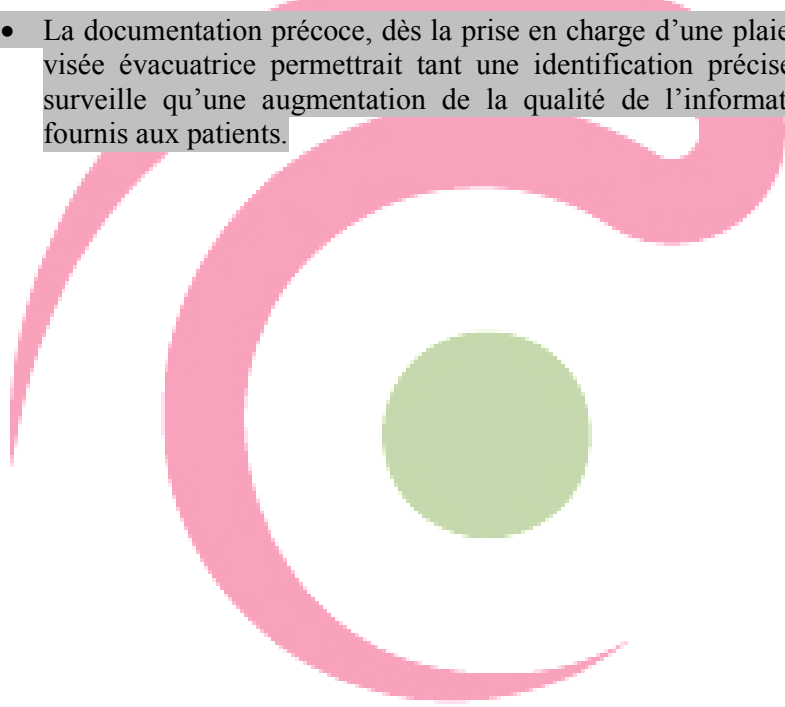
**Remarques:**

- Chaque zone ne peut être scorée qu'une seule fois par épisode de soins infirmiers en L100.
- Si des soins de plaies sont réalisés, il faut scorer
  - L200 – Soins aux plaies suturées et /ou aux points d'insertion de matériel en place*
  - L300 – Soins simples de plaies ouvertes*
  - L400 – Soins complexes de plaies ouvertes*
- La surveillance aux orifices de cathéters/aiguilles IV, IA, incision d'une voie d'accès, est scorée en
  - N200 – Surveillance et/ou soins aux voies d'accès*
  - I200 – Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage*

- La surveillance de plaies/pansements aux muqueuses et aux yeux n'est pas scorée.
- La surveillance de lésions dermatologiques consécutives aux brûlures du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré (codes ICD 941 à 949) n'est pas scorée en L100.
- En post-partum, la surveillance de l'épisiotomie, de la déchirure suturée ou non est scorée en

*W400 – Soins au post-partum: suivi post-partum*

- La surveillance des mèches nasales et vaginales et de drains auriculaires (diabolos, ...) n'est pas scorée.
- La surveillance des pansements après ablation de matériel peut se justifier, en général, jusqu'à 48 heures sans changement du pansement. Au-delà, il convient de réaliser le pansement afin de s'assurer que les critères de validation d'une plaie soient toujours respectés.
- La documentation précoce, dès la prise en charge d'une plaie ou de matériel à visée évacuatrice permettrait tant une identification précise de ce que l'on surveille qu'une augmentation de la qualité de l'information et des soins fournis aux patients.



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

*Définition:*

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées aux soins de plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel en place comprenant:

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

**OU**

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

**ET**

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

Notamment:

- les soins aux plaies suturées (agrafes, fils, clips, stéri-strips, colle) avec présence ou non d'un drain de Redon, d'une lamelle dans la suture ou dans les alentours
- les soins à un orifice de drain thoracique, de drain de Redon
- les soins à un orifice de sonde suspubienne ou de sonde de gastrostomie, jéjunostomie
- les soins aux orifices de fixateurs externes
- les soins aux sites de ponction ou d'insertion suturés (biopsie hépatique, après enlèvement d'un cathéter cardiaque,...)
- les soins aux orifices des électrodes de pace maker externe
- les soins au cordon ombilical avec «clamp»
- les soins à la suture de déchirure périnéale ou d'épisiotomie
- les soins à une canule d'ECMO (extracorporeal membrane oxygenation)
- les soins à la plaie suturée récente lors de la pose d'une canule de trachéostomie
- Les soins à la plaie suturée après une circoncision
- La réfection du pansement du cathéter de drainage ventriculaire externe
- ...

*Modalités de score:*

- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

Contrôles:

- Nature de la plaie et/ou du point d'insertion de matériel lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Observation et description clinique de la plaie (localisation, taille, couleur, exsudat, évolution, cicatrisation, ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Activités réalisées (processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications

Remarques:

- Les soins à l'épisiotomie suturée ou à la déchirure périnéale suturée par toilette vulvaire ou par bain de siège sont scorés en L200.
- Les soins aux voies d'accès avec ou sans fils de maintien sont scorés en  
*N200 – Surveillance et/ou soins aux voies d'accès*
- Ces soins ne sont ni des soins simples de plaies ouvertes (L300), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L400), ni des soins aux lésions dermatologiques (L 500).
- Les soins aux muqueuses et aux yeux ne sont pas scorés.
- Les soins aux orifices d'insertion de matériel sont scorés en L200 si le matériel est en place.
- En cas de retrait de matériel d'insertion et maintien d'un orifice, L100, L300 ou L400 peut être scoré. Si l'orifice est suturé après retrait, on peut alors scoré L100 ou L200.
- Dans le cadre des greffes de peau, tant au niveau du greffon que de la prise de greffe, si la plaie est suturée, on scorera un L200.

## Item L3\*\* : Soins simples de plaies ouvertes

### ➤ L300: Soins simples de plaies ouvertes

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à des soins simples de plaies ouvertes comprenant le nettoyage et/ou la désinfection d'une plaie ouverte avec ou sans application d'un pansement protecteur: pansement avec compresses, pansement bio-actif (type hydrogel, hydrocolloïde, alginate, ...), pansement avec application de tulle gras, de pommade, pansement à un point d'insertion ouvert, emploi du système « woundmanager », ...

#### Modalités de score:

- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

#### Contrôles:

- Nature de la plaie et/ou du point d'insertion de matériel lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Observation et description clinique de la plaie (localisation, taille, couleur, exsudat, évolution, cicatrisation, ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Activités réalisées (processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications

#### Remarques:

- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel (L200), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L 400), ni des soins aux lésions dermatologiques (L500).
- Les soins aux muqueuses et aux yeux ne sont pas scorés.
- En cas de «lâchage» partiel de sutures, L300 ou L400 est scoré et non L200.
- Les soins à la déchirure de périnée non suturée sont scorés en L300.
- Dans le cadre des greffes de peau, tant au niveau du greffon que de la prise de greffe, si la plaie est ouverte et qu'il s'agit de pansement simple, on scorera un L300.



➤ **L400: Soins complexes de plaies ouvertes**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à des soins complexes de plaies ouvertes comprenant:

- le nettoyage et/ou une désinfection de la plaie avec ou sans application d'un pansement protecteur (voir L300)

**ET**

- la réalisation d'au moins une des activités suivantes:
    - irrigation d'une plaie profonde (à l'aide d'une seringue, d'un cathéter, d'une sonde, ...)
    - douche/bain (hydrothérapie)
    - méchage
    - placement d'un système d'aspiration sous vide
    - placement de lumière polarisée
    - repositionnement d'un skin tear. Un 'skin Tear' (ou accroc ou décollement de peau) peut être défini comme une plaie traumatique au niveau des extrémités chez les personnes âgées (65+). Le vieillissement de la peau est la cause sous-jacente essentielle. Un skin Tear apparaît à la suite d'une force de frottement ou d'une combinaison de forces de frottement et de cisaillement. Ces forces agissent de telle manière à ce que l'épiderme se détache du derme ou que tous deux se dissocient ensemble des structures sous-jacentes. Le facteur déclenchant est souvent un accident banal du quotidien et notamment lors de transferts. Plusieurs facteurs de risque sont décrits: e.a. plus de 85 ans, sexe féminin, immobilité, utilisation prolongée de corticostéroïdes,...<sup>3</sup>
- Seule la nature de la plaie doit être prise en considération, dans ce cas, sans limite d'âge.
- débridement, curetage, placement de larves ou de sangsues,
  - ...

Modalités de score:

- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

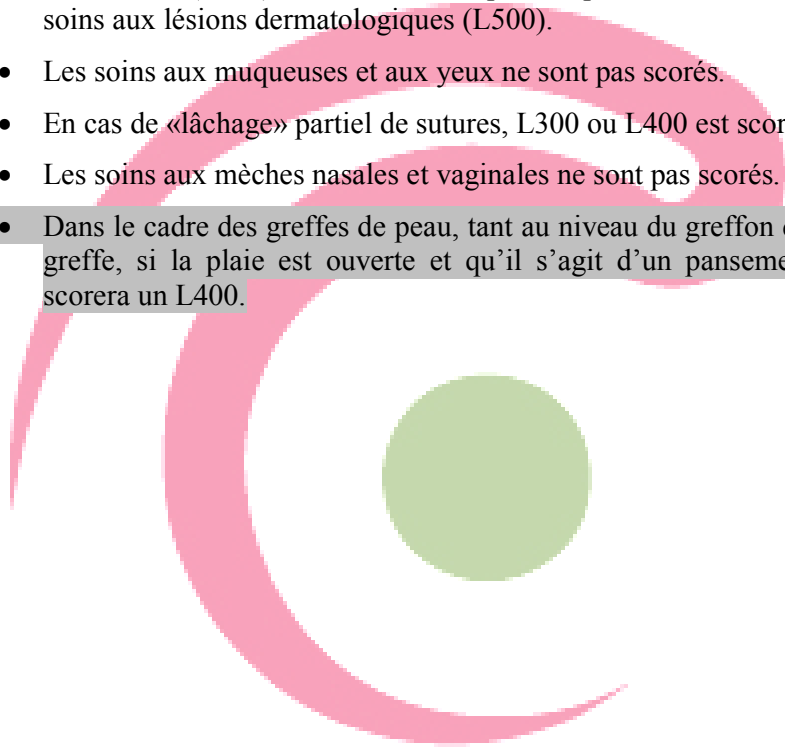
<sup>3</sup> Ratliff CR. , *Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment*, Ostomy wound management, 2007; 53:32-42

Contrôles:

- Nature de la plaie et/ou du point d'insertion de matériel lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Observation et description clinique de la plaie (localisation, taille, couleur, exsudat, évolution, cicatrisation, ainsi que le matériel éventuellement présent: sutures, drainage...) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Activités réalisées (processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications

Remarques:

- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturées et/ou aux points d'insertion de matériel (L200), ni des soins simples de plaies ouvertes (L 300), ni des soins aux lésions dermatologiques (L500).
- Les soins aux muqueuses et aux yeux ne sont pas scorés.
- En cas de «lâchage» partiel de sutures, L300 ou L400 est scoré et non L200.
- Les soins aux mèches nasales et vaginales ne sont pas scorés.
- Dans le cadre des greffes de peau, tant au niveau du greffon que de la prise de greffe, si la plaie est ouverte et qu'il s'agit d'un pansement complexe, on scorera un L400.



## Item L5\*\* : Soins aux lésions dermatologiques

### ➤ L500: Soins aux lésions dermatologiques

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées aux soins d'une ou de plusieurs lésions dermatologiques (en référence à la classification ICD-9 : maladies infectieuses et parasites codes 001 à 139, maladies de la peau et du tissu sous-cutané codes 680 à 709 et brûlures codes 941 à 949) **sans** rupture de la barrière cutanée avec ou sans application d'un pansement: désinfection de la peau en cas d'érysipèle, application de pommades en cas d'intertrigo, bain thérapeutique en cas de psoriasis, **soins de tissus nécrosés fermés**, ...

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

#### Modalités de score:

- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de lésions (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de lésions dermatologiques la plus élevée réalisée par zone (= score par zone)
- Additionner les scores obtenus pour chaque zone

#### Contrôles:

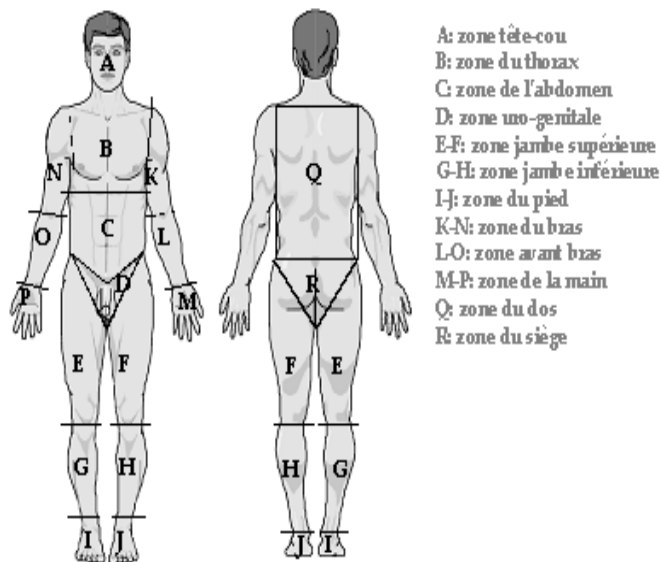
- Nom de la maladie de la peau entraînant la lésion dermatologique
- Observation et description clinique de la lésion dermatologique (localisation, taille, couleur, aspect, exsudat, évolution, cicatrisation, ...) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications
- Activités réalisées (processus, matériel et produits) lors de la première prise en charge de la plaie et lors de toutes modifications

#### Remarques:

- Ces soins ne sont ni des soins aux plaies suturées et/ou points d'insertion de matériel (L200), ni des soins simples de plaies ouvertes (L 300), ni des soins complexes de plaies ouvertes (L400).
- Une friction avec de l'eau de Cologne ou un massage avec une lotion hydratante n'est pas scoré.
- En cas de maladie de la peau, telle que la gale, le psoriasis, ..., si le traitement prévoit un soin préventif sur tout le corps, on peut scorer l'ensemble des zones.
- Les soins de brûlures avec rupture de la barrière cutanée sont scorés en L300 ou L400

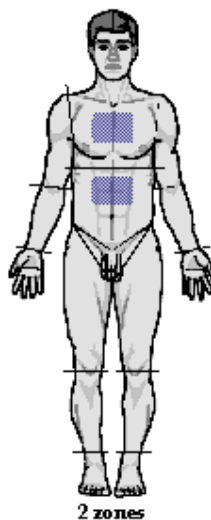
## Carte des zones de plaies

### 18 zones du corps

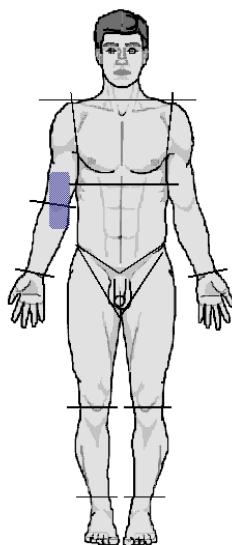


### Quelques exemples pour le calcul du nombre de zone de plaie

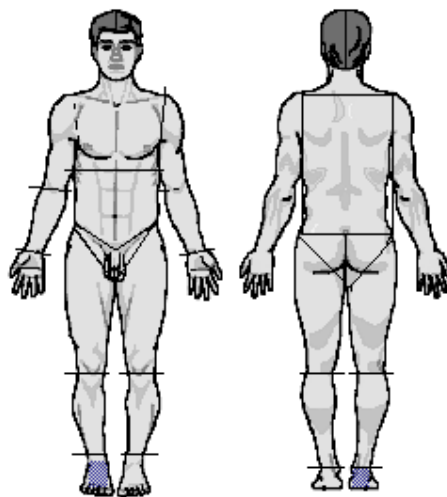
Chez ce patient, deux zones sont clairement identifiées: le thorax et l'abdomen.



Chez ce patient, il y a chevauchement de deux zones; il faut donc compter 2 zones de plaie.

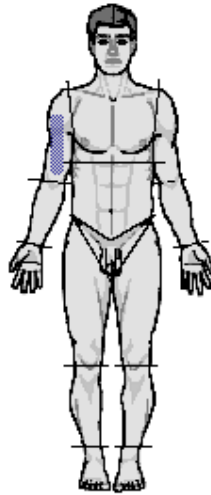


Chez ce patient, la plaie est située de deux côtés : avant du pied et talon.  
Ces plaies sont situées dans 1 zone et scorées comme tel : 1



### Calcul des zones:

- En cas de surveillance d'une plaie (L100), 3 fois par épisode de soins, il faut scorer une zone de plaie par épisode de soins. Le nombre de surveillance de plaie effectuée au cours d'un épisode de soins infirmiers n'est pas cumulable.
- En cas de soins de plaies suturées (L200), soins simples ou complexes de plaies ouvertes (L300 ou 400) ou de soins de plaie dermatologique (L500) fait trois fois par épisode de soins, il faut compter 1 zone multipliée par 3 soins par épisode de soins infirmiers soit 3.



### Règles pour calculer le score des items de la classe L chez un patient qui présente différents types de plaies/lésions dermatologiques:

- Définir le type de plaies différentes ou de lésions dermatologiques (L200 ou L300 ou L400 ou L500)
- Evaluer le nombre de zones concernées par ce type de plaie (voir carte des zones de plaies)
- Fréquence de soins de plaie la plus élevée réalisée par zone pour ce type de plaie (= score par zone)
- Additionner les scores par zone pour ce type de plaie.

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

**Item M1\*\*:** Suivi de la thermorégulation

➤ **M100: Gestion de la thermorégulation du bébé dans la couveuse**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la surveillance et la régulation de la température corporelle du bébé en adaptant son environnement physique:

- surveillance et régulation de la température de la couveuse fermée ou de la couveuse ouverte avec servocontrôle
- surveillance et régulation du degré d'humidité de la couveuse
- application de mesures physiques de protection de la convection, la conduction, la radiation et l'évaporation (couverture en aluminium, couverture plastifiée, lampe chauffante, gestion des draps ou couvertures, ...).

Modalité de score:

1 = Présence d'au moins 2 des 3 activités

Contrôles:

- Activités réalisées
- Paramètres des appareils utilisés
- Température centrale et/ou périphérique du bébé

Remarques:

- La surveillance de la température centrale ou périphérique du bébé est scorée en  
*V300 – Surveillance des paramètres vitaux: monitoring continu*  
*V400 – Surveillance des paramètres vitaux: monitoring discontinu*
- La gestion de la thermorégulation du bébé dans un lit chauffant n'est pas scorée.

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

**Item N1\*\*:** Administration de sang et de composants sanguins

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

**Définition:**

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'administration de sang et/ou de composants sanguins et la surveillance des éventuelles réactions post-transfusionnelles.

Concerne:

- sang complet
- concentré érythrocytaire (globules rouges lavés, ...)
- concentré plaquettaire
- concentré leucocytaire
- plasma frais congelé
- cellules souches hématopoïétiques
- facteurs de coagulation
- immunoglobulines

**Modalités de score:**

- Nombre de poches de sang et/ou de flacons de composants sanguins

**OU**

- Nombre d'administration fractionnée d'une même poche

**Contrôles:**

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

**Remarques:**

- Les transfusions autologues sont scorées en N100.
- Le sang et les composants sanguins ne sont pas scorés en H100, H200 et H300.



**Item N2\*\* : Surveillance et/ou soins à une voie d'accès sous-cutanée, intra-veineuse, artérielle, intra-musculaire, intra-pleurale, intra-thécale, épidurale, intra-osseuse, intra-péritonéale, intra-ombilicale**

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

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées aux soins et/ou à la surveillance d'une ou de plusieurs **voies d'accès permanentes utilisées**: sous-cutanée, intraveineuse (périphérique, centrale, chambre implantable), intra-artérielle, intra-osseuse, intra-thécale, intra-péritonéale, intra-pleurale, intra-ombilicale, épidurale.

**L'utilisation de la voie** consiste notamment en: administration d'un médicament en IV et/ou prélèvement de sang par un cathéter permanent ou obturé, héparinisation d'un port-a-cath, flush d'un cathéter artériel, administration de médicaments par un drain thoracique, , ...

Modalité de score:

- Nombre de voies d'accès utilisées

Contrôles:

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

Remarques:

- Les cathéters à plusieurs voies ne comptent que pour 1 cathéter.
- Les injections directes à l'aiguille ne sont pas scorées comme étant une voie d'accès permanente.
- Les électrodes, les sondes à visée évacuatrice et les points de ponction des fixateurs externes ne sont pas scorés en N200.
- La permanence d'une voie d'accès est caractérisée par la présence et l'utilisation de cette voie durant toute la durée de l'épisode de soin à l'exception du jour de pose et de retrait de celle-ci.
- Si, en dehors du temps de dialyse, mais durant le même épisode de soin, une voie d'accès répondant à la définition de la page 88 est utilisée et est permanente, on pourra également scorer en N200
- Les soins et/ou la surveillance d'une voie d'accès permanente mais qui est uniquement utilisée pour la dialyse ne peuvent pas être scorés en N200. Ces soins font alors partie intégrante du

*G500 – Gestion de la dialyse*

## Item N3\*\* : Prélèvements sanguins veineux

### ➤ **N300: Prélèvements sanguins veineux**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au prélèvement d'un échantillon de sang veineux par ponction ou par cathéter.

Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins<sup>1</sup> réalise un prélèvement de sang veineux et collecte des tubes en vue d'une analyse.

#### Modalité de score :

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins veineux

#### Contrôles:

- Type de prélèvement sanguin (veineux, artériel ou capillaire)
- Nombre de séquences de prélèvements réalisées
- Résultat des analyses

#### Remarques:

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

*N300 – Prélèvements sanguins veineux*

*N400 – Prélèvements sanguins artériels*

## Item N4\*\* : Prélèvements sanguins artériels

### ➤ **N400: Prélèvements sanguins artériels**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au prélèvement d'un échantillon de sang artériel par ponction ou par cathéter.

Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins<sup>1</sup> réalise un prélèvement de sang artériel et collecte des tubes en vue d'une analyse.

#### Modalité de score:

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins artériels

#### Contrôles:

- Type de prélèvement sanguin (veineux, artériel ou capillaire)
- Nombre de séquences de prélèvements réalisés
- Résultat des analyses

#### Remarques:

- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas pris en compte.
- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.
- Le prélèvement de sang à la section du cordon ne peut être scoré.
- Le prélèvement sanguin sur cathéter ombilical peut se scorer en :

*N300 – Prélèvements sanguins veineux*

*N400 – Prélèvements sanguins artériels*

## Item N5\*\* : Prélèvements sanguins capillaires

### ➤ **N500: Prélèvements sanguins capillaires**

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au prélèvement d'un échantillon de sang capillaire par ponction.

Une séquence de prélèvement est un moment où un prestataire de soins<sup>1</sup> réalise un prélèvement de sang capillaire en vue d'une analyse.

#### Modalité de score:

- Nombre de séquences de prélèvements sanguins capillaires

#### Contrôles:

- Type de prélèvement sanguin (veineux, artériel ou capillaire)
- Nombre de séquences de prélèvements réalisés
- Résultat des analyses

#### Remarques:

- Les essais non fructueux de prélèvement et le nombre de tubes collectés ne sont pas pris en compte.
- L'annotation de perte ou d'hémolyse de l'échantillon est considérée comme étant un résultat.

## Item N6\*\* : Assistance cardio-circulatoire électrique

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au suivi d'une assistance cardio-circulatoire électrique externe active (en fonctionnement).

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôles:

- Présence d'une assistance cardio-circulatoire électrique externe
- Paramètres de fonctionnement et fréquence programmée

#### Remarques:

- La défibrillation d'un patient n'est pas considérée comme un soutien cardio-circulatoire électrique.
- La simple présence de l'appareil, des fils ou des électrodes n'est pas suffisante pour scorer N600.
- Le pacing transthoracique est scoré en N600.

## Item N7\*\* : Assistance cardio-circulatoire mécanique

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

#### Définition:

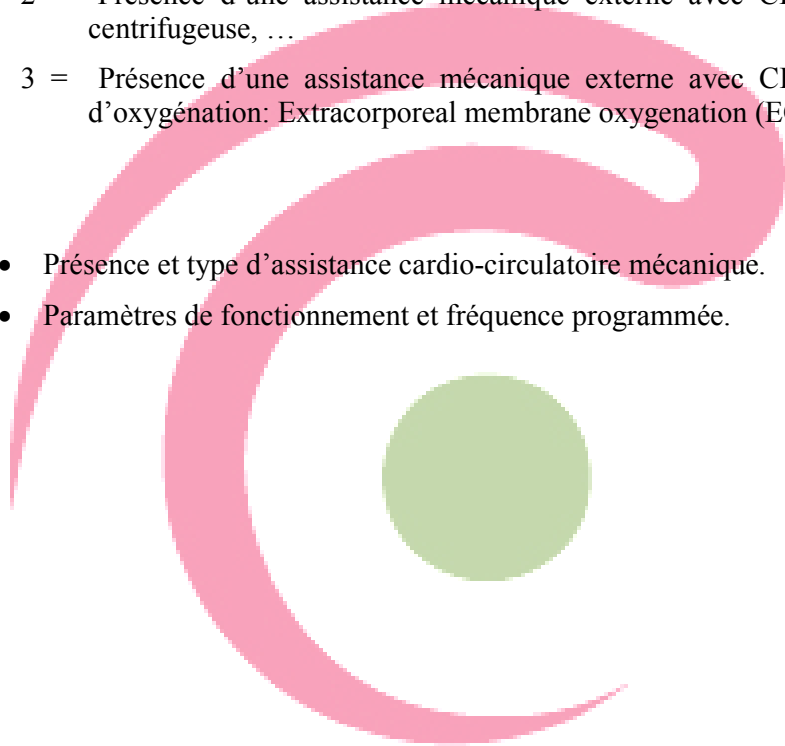
Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au suivi d'une assistance cardio-circulatoire mécanique (interne ou externe) active.

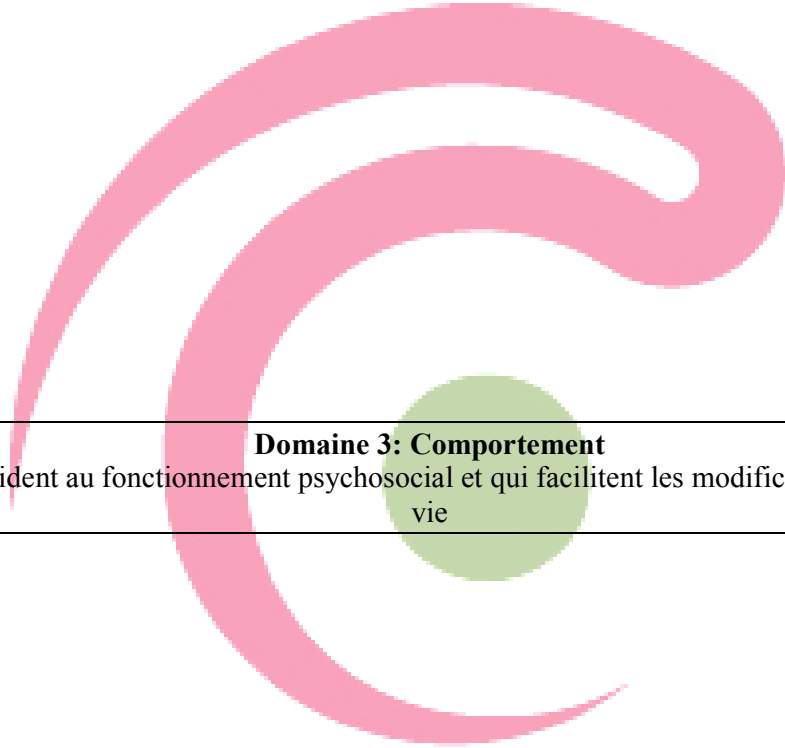
#### Modalités de score:

- 1 = Présence d'une assistance mécanique interne sans circulation extra-corporelle (CEC): Contre Pulsion par Ballon Intra-Aortique (CPBIA)
- 2 = Présence d'une assistance mécanique externe avec CEC: hémopompe, centrifugeuse, ...
- 3 = Présence d'une assistance mécanique externe avec CEC et membrane d'oxygénation: Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)

#### Contrôles:

- Présence et type d'assistance cardio-circulatoire mécanique.
- Paramètres de fonctionnement et fréquence programmée.





**Domaine 3: Comportement**  
Soins qui aident au fonctionnement psychosocial et qui facilitent les modifications du style de vie

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

Item O1\*\*: Gestion des activités

➤ **O100: Gestion des activités**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> de type thérapeutique ou pédagogique liées à l'aide et/ou à l'accompagnement **permanent** du patient, de l'enfant ou du groupe:

- expression: bricolage, peinture, théâtre, ...
- distraction: aller au cinéma, au marché, ...
- stimuler à exercer ou à maintenir les aptitudes: entretenir des hobbies, participer à des jeux, des chants, préparation de repas, ...

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

Modalités de score:

- 1 = Présence d'une activité en groupe
- 2 = Présence d'une activité individuelle

Contrôles:

- Plan de soins de référence<sup>7</sup> ou plan de soins individualisé<sup>8</sup>
- Rapport, au minimum hebdomadaire, des activités réalisées par le patient.



➤ **O200: Soins aux troubles comportementaux**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> réalisées chez un patient souffrant de troubles du comportement.

Le comportement est défini comme étant la manière de se conduire ou de manifester une partie de son activité; c'est un ensemble d'attitudes, d'actions et de réactions de l'individu.

1. Le trouble du comportement est défini par une modification du comportement par rapport aux normes socialement admises dans une culture donnée.

Des troubles du comportement sont retrouvés:

- dans plusieurs diagnostics infirmiers<sup>10</sup> (violence envers soi et les autres, opérations de la pensée perturbées, syndrome post traumatique, automutilation ou risque d'automutilation, risque de suicide, prise en charge inefficace du programme thérapeutique, interactions sociales perturbées, isolement social...)
  - dans différentes pathologies ou syndrômes (autisme, syndrome hyperkinétique, phobies, anorexie, boulimie, ...)
2. Ces activités comprennent au moins une des interventions suivantes:
    - ***maîtrise du comportement***: aide à un patient pour qu'il puisse contenir ses comportements inappropriés
    - ***conduite à tenir face à un comportement de suractivité / inattention***: établissement d'un environnement thérapeutique adapté et sûr pour le patient tout en lui permettant un niveau de fonctionnement optimal
    - ***conduite à tenir face à un comportement d'auto-agression***: aider le patient à réduire ou à éliminer les comportements à type d'automutilation ou de mauvais traitement qu'il s'inflige à lui-même
    - ***gestion du comportement sexuel***: délimitation et prévention de comportements sexuels socialement inacceptables
    - ***modification du comportement***: mise en œuvre de moyens visant à favoriser un changement de comportement chez un patient
    - ***modification du comportement - aptitudes sociales***: assister le patient afin qu'il développe ou améliore ses capacités interpersonnelles et sociales
    - ***entraînement au contrôle des impulsions***: aider le patient à remédier à son comportement impulsif, secondaire à des situations sociales ou interpersonnelles, grâce à l'application de stratégies de résolution de problèmes
    - ***établissement de limites***: détermination de paramètres distinguant un comportement acceptable d'un comportement inacceptable de la part d'un patient.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

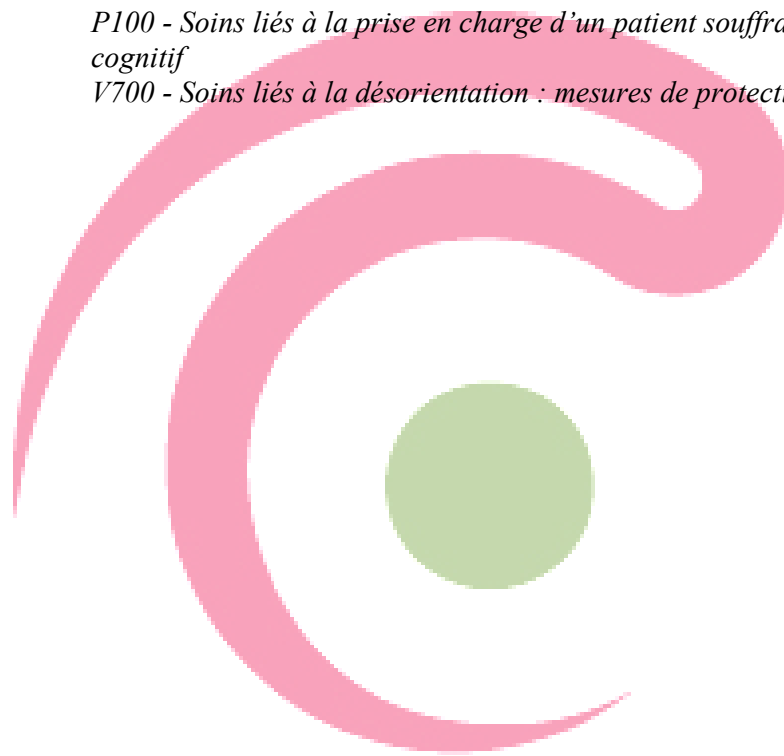
- Identification d'un diagnostic infirmier<sup>10</sup> ou médical lié aux troubles du comportement
- Présence d'un plan de soins de référence<sup>7</sup> ou individualisé<sup>8</sup> comprenant au moins la réalisation d'une des activités précitées
- Présence d'un rapport, au minimum hebdomadaire, comprenant l'évaluation des objectifs

Remarque:

- Les soins au patient atteint de démence et d'un délirium (confusion aigue) sont scorés respectivement en:

*P100 - Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif*

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



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

**Item P1\*\*:** Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif

➤ **P100: Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif**

***Définition:***

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif: altération ou perte des fonctions cognitives.

1. Les fonctions cognitives réfèrent à la manière dont le patient perçoit les informations de son environnement, s'en fait des représentations mentales qui deviennent des connaissances, celles-ci étant utilisées dans les différentes activités. Elles sont le support de la pensée, de l'action et de la communication. Elles sont divisées en 4 classes principales:
  - les fonctions réceptives (acquisition, traitement, classification de l'information)
  - la mémoire et l'apprentissage (stockage et rappel de l'information)
  - le raisonnement ou la pensée (organisation mentale de l'information)
  - les fonctions expressives (communication/action).
2. Le déficit cognitif est un signe de diagnostic médical (en cas de vieillissement pathologique, traumatisme, AVC, démence sénile, désorientation aiguë, ...) et/ou de diagnostic infirmier<sup>10</sup> (en cas d'altération des opérations de la pensée, troubles de la perception sensorielle, troubles de la mémoire, ...).
3. Ces activités comprennent au moins une des 5 activités suivantes:
  - ***restructuration cognitive:*** remise en cause des propos intérieurs que se dit un patient présentant des troubles de la pensée afin de le ramener à une perception plus réaliste de lui-même et de son environnement
  - ***stimulation cognitive:*** utilisation de différents stimuli pour favoriser chez un patient une prise de conscience et une meilleure compréhension de son environnement
  - ***entraînement de la mémoire:*** pratique d'exercices propres à développer la mémoire du patient
  - ***orientation dans la réalité:*** emploi de divers moyens pour permettre à un patient de s'orienter dans le temps, dans l'espace et par rapport aux personnes (par ex. mettre une horloge et un calendrier en évidence, plaques nominatives, conversations pour orienter le patient, ...)
  - ***thérapie par la réminiscence:*** utilisation du rappel des événements, des pensées et des émotions passées afin de faciliter l'adaptation aux circonstances actuelles.

Modalités de scores:

1 = Occasionnel

2 = Structuré

Contrôles:

• **Score 1:**

- diagnostic infirmier<sup>10</sup> validé par un score d'un instrument de mesure<sup>3</sup> ou un diagnostic médical lié au déficit cognitif
- réalisation d'au moins 1 des 5 activités de la définition

• **Score 2:**

- diagnostic infirmier<sup>10</sup> validé par un score d'un instrument de mesure<sup>3</sup> ou un diagnostic médical, lié au déficit cognitif
- présence d'un plan de soins de référence<sup>7</sup> ou individualisé<sup>8</sup>
- réalisation d'au moins 1 des 5 activités de la définition
- évaluation de l'état du patient suite aux interventions infirmières au minimum une fois par semaine

Remarque:

- Le patient qui sort d'une narcose n'est pas scorié en P100.

## Classe Q: Amélioration de la communication

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

### Item Q1\*\*: Amélioration de la communication

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

***Définition:***

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'utilisation de moyens pour aider un patient souffrant de problèmes de communication verbale, auditive ou visuelle, de toute origine: ardoise, papier/bic, clavier, dessins, alphabet et pictogrammes.

***Modalité de score:***

1 = Présence

***Contrôle:***

- Moyens utilisés pour améliorer la communication

***Remarques:***

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

**Définition:** Interventions visant à aider quelqu'un à construire sur ses propres points forts, à s'adapter à un changement de sa fonction ou à atteindre un niveau de fonctionnement supérieur.

**Item R1\*\*:** Soutien émotionnel

➤ **R110: Soutien émotionnel de base**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> permettant au patient, à sa famille ou à une personne significative<sup>4</sup> d'exprimer ses/leurs sentiments, de favoriser des moments de silence et d'apporter un soutien dans les moments difficiles:

- **insufflation d'espoir:** stimulation à adopter une attitude constructive dans une situation donnée
- **soutien psychologique:** manifestations de réconfort, d'encouragement et d'acceptation qu'on apporte à une personne qui traverse une période de stress
- **présence:** être auprès d'une personne qui en a besoin
- **amélioration de la capacité d'adaptation:** soutien à apporter à une personne afin qu'il s'adapte au stress, à des changements ou à des événements menaçants qui l'empêchent d'exercer ses différents rôles et de faire face aux exigences de la vie
- ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Etat du patient, de la famille ou de la personne significative<sup>4</sup>
- Activités réalisées

Remarque:

- En cas de décès du patient, R110 peut être scoré.

➤ **R120: Soutien émotionnel particulier**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au soutien émotionnel du patient, de sa famille ou d'une personne significative<sup>4</sup> afin d'éviter une situation de crise, notamment:

- ***réaction d'anticipation***: aide apportée à un patient en prévision d'une crise situationnelle ou d'une crise de croissance.
- ***aide à la prise de décision difficile***: information et soutien à fournir à un patient ou à une personne significative<sup>4</sup> qui doit prendre une ou des décisions relatives aux soins/traitements nécessaires à sa santé.
- ***communication de la vérité***: divulgation de la vérité en totalité ou en partie et en temps opportun afin de favoriser l'autonomie et le bien-être du patient.
- ***proposition de nouvelles perspectives***
- ...

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Description de l'état émotionnel du patient, de sa famille ou d'une personne significative<sup>4</sup>, qui présage d'une situation de crise
- Activités réalisées pour éviter la crise émotionnelle
- Evaluation des activités mises en œuvre pour éviter la crise émotionnelle

Remarque:

- En cas de décès du patient, R120 peut être scoré

➤ **R130: Prise en charge d'une situation de crise émotionnelle**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au soutien du patient, de sa famille ou d'une personne significative<sup>4</sup> lors d'une situation de crise émotionnelle:

- favoriser l'expression non violente des sentiments
- aider le patient à déterminer les causes et la dynamique de la situation de crise
- aider le patient à acquérir de nouvelles stratégies d'adaptation
- ...

Une situation de crise émotionnelle est un débordement émotionnel face à un événement exceptionnel ou une situation imprévue; un ou plusieurs prestataires de soins sont présents exclusivement chez ce patient, sa famille ou une personne significative<sup>4</sup> pour l'accompagner de manière intensive.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Motif de la crise
- Façon dont la détresse est exprimée
- Personnes impliquées dans la crise
- Activités réalisées
- Résultats après la crise: état du patient et/ou de ses proches, ...
- Eventuels points à retenir en prévention d'une nouvelle crise

Remarque:

- En cas de décès du patient, R130 peut être scorable.



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

**Item S1\*\*:** Sensibilisation et éducation spécifique

➤ **S100: Sensibilisation/Education spécifique**

***Définition:***

Ensemble des activités<sup>12</sup> éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences en vue de retrouver une autonomie:

- information sur le processus de la maladie
- éducation<sup>5</sup> à la gestion de la médication prescrite
- éducation<sup>5</sup> à la gestion des conséquences de la chimiothérapie
- éducation<sup>5</sup> à la gestion d'une dialyse péritonéale
- information aux parents en cas d'hyperthermie de l'enfant
- éducation<sup>5</sup> à l'autonomie du patient ayant subi une trachéostomie
- ...

Ces activités concernent le patient, sa famille ou toute autre personne significative<sup>4</sup>.

***Modalités de score:***

- 1 = Sensibilisation et information occasionnelle
- 2 = Education<sup>5</sup> spécifique structurée

***Contrôles:***

- **Score 1:**
  - sujet des informations données
  - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
  - présence d'un plan d'éducation
  - réalisation de l'éducation<sup>5</sup> et son résultat

***Remarques:***

- La sensibilisation ou l'éducation<sup>5</sup> concernant l'intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen diagnostique est scoré en :  
*S200 – Sensibilisation/Education concernant une intervention chirurgicale ou un examen diagnostique*

- Les sensibilisations ou éducations<sup>5</sup> déjà prises en compte ailleurs ne sont pas reprises en S100:

*B600 – Sensibilisation/Education à l'élimination urinaire et/ou fécale*

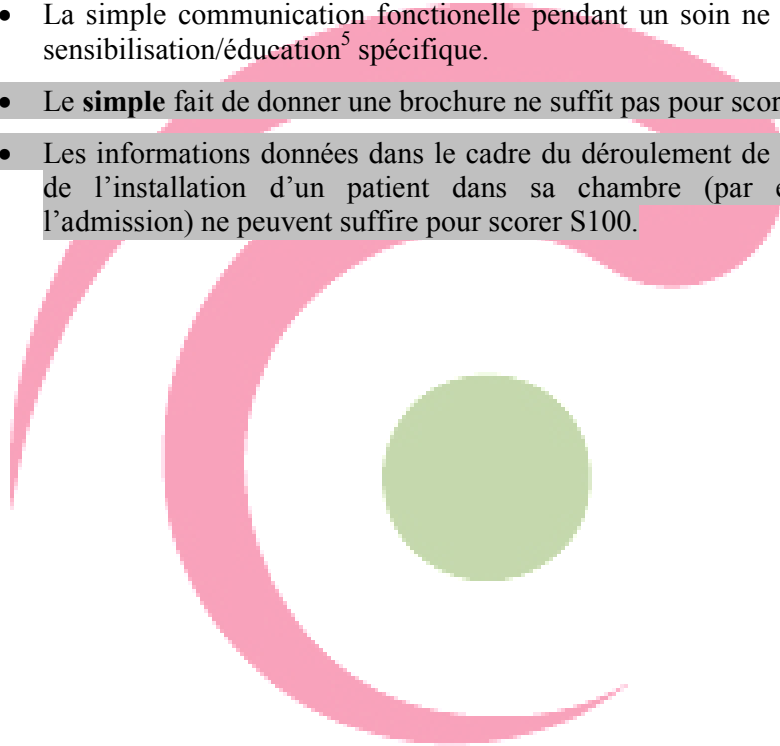
*D500 – Sensibilisation/Education à l'alimentation*

*F200 – Sensibilisation/Education aux soins d'hygiène*

*G300 – Gestion de la glycémie*

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

- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation ou l'éducation<sup>5</sup> concernant le bébé<sup>11</sup> est scorée chez le bébé<sup>11</sup>.
- L'éducation concernant la technique d'utilisation du tire-lait peut être scorée en S100.
- La simple communication fonctionnelle pendant un soin ne constitue pas une sensibilisation/éducation<sup>5</sup> spécifique.
- Le **simple** fait de donner une brochure ne suffit pas pour scorer S100.
- Les informations données dans le cadre du déroulement de la journée ou lors de l'installation d'un patient dans sa chambre (par exemple lors de l'admission) ne peuvent suffire pour scorer S100.



## Item S2\*\* : Education concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> éducatives réalisées dans le but de sensibiliser, d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences concernant une intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen diagnostique **invasif**:

- information sur le déroulement de l'intervention chirurgicale
- éducation<sup>5</sup> à la gestion de la médication prescrite en vue de préparer à un examen endoscopique
- information concernant le rasage pré opératoire réalisé par le patient
- ...

Cet item concerne le patient, sa famille ou toute autre personne significative<sup>4</sup>.

#### Modalités de score:

1 = Sensibilisation et information occasionnelle

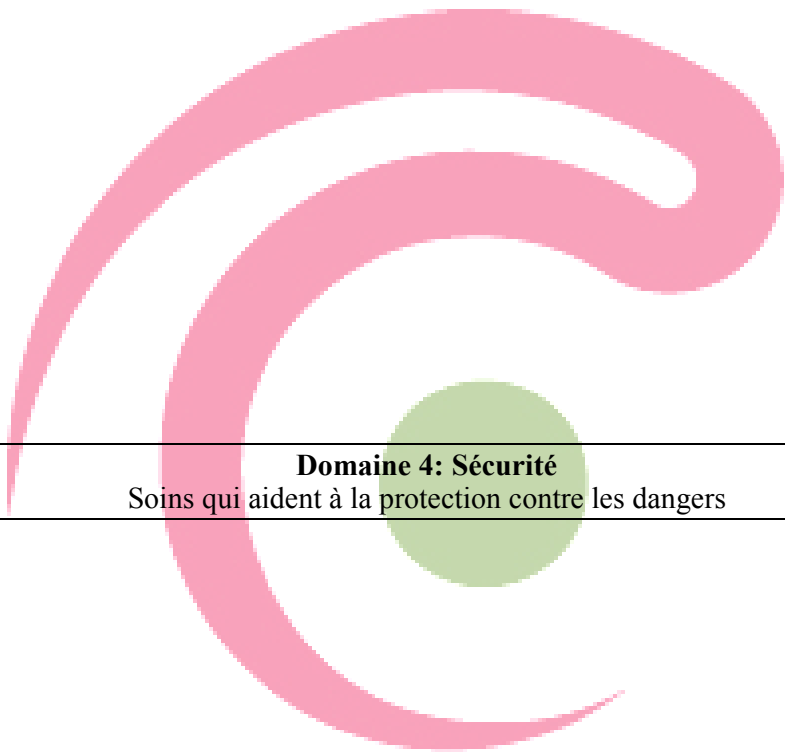
2 = Education<sup>5</sup> spécifique structurée

#### Contrôles:

- **Score 1:**
  - sujet des informations données
  - réalisation de la sensibilisation/information
- **Score 2:**
  - présence d'un plan d'éducation
  - réalisation de l'éducation<sup>5</sup> et son résultat

#### Remarques:

- Les sensibilisations ou éducations<sup>5</sup> ne concernant pas une intervention chirurgicale (période pré et per) ou un examen diagnostique sont scorées en
  - B600 – Sensibilisation/Education à l'élimination urinaire et/ou fécale*
  - D500 – Sensibilisation/Education à l'alimentation*
  - F200 – Sensibilisation/Education aux soins d'hygiène*
  - G300 – Gestion de la glycémie*
  - S100 – Sensibilisation/Education spécifique*
- En maternité et néonatalogie, la sensibilisation ou l'éducation<sup>5</sup> concernant le bébé<sup>11</sup> est scorée chez le bébé<sup>11</sup>.
- Le **simple** fait de donner une brochure ne suffit pas pour scorer S200.



**Domaine 4: Sécurité**  
Soins qui aident à la protection contre les dangers

***Définition:*** Interventions visant à mener des actions de réduction des risques et à poursuivre la surveillance des risques dans la durée.

**Item V1\*\*:** Prévention de plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique

➤ **V100: Prévention des plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique**

***Définition:***

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la prévention des plaies de décubitus:

- évaluer le risque d'escarres en utilisant un instrument de mesure<sup>3</sup> et/ou l'expertise clinique au minimum une fois par semaine
- éviter leur apparition en utilisant du matériel dynamique de prévention: matelas alternating, matelas dynamique, lit fluidisé, ...

***Modalité de score:***

1 = Présence

***Contrôles:***

- Risque d'escarre évalué
- Matériel de prévention dynamique utilisé

***Remarques:***

- La réalisation concomitante de changements de position est scorée en plus en *V200 – Prévention de plaies de décubitus: changements de position*
- Le risque d'escarre doit être réévalué lors de chaque transfert d'unité de soins.

## Item V2\*\* : Prévention des plaies de décubitus: changements de position

### ➤ V200: Prévention des plaies de décubitus: changements de position

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la prévention des plaies de décubitus:

- évaluer le risque d'escarres en utilisant un instrument de mesure<sup>3</sup> et/ou l'expertise clinique au minimum une fois par semaine
- éviter leur apparition chez un patient qui a de fortes chances d'y être sujet en mobilisant ce patient régulièrement en fonction d'un schéma de mobilisation

#### Modalité de score:

- Nombre de changements de position

#### Contrôles:

- Risque d'escarre évalué
- Schéma de prévention, comprenant les positions et les heures
- Changements de position réalisés

#### Remarques:

- L'utilisation concomitante de matériel de prévention dynamique est scoré en plus en  
*V100 – Prévention des plaies de décubitus: utilisation de matériel de prévention dynamique*
- Le risque d'escarre doit être réévalué lors de chaque transfert d'unité de soins.

**Item V3\*\*:** Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle): monitoring continu

➤ **V300: Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle): monitoring continu**

*Définition:*

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la collecte et l'analyse des paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et/ou de température corporelle afin de déceler et/ou d'éviter des complications à l'aide d'un monitoring continu (appareillage qui mesure les paramètres en continu).

Monitoring d'un ou de plusieurs de ces 13 paramètres:

- fréquence respiratoire
- fréquence cardiaque et/ou monitoring ECG = 1 paramètre
- température corporelle périphérique
- température corporelle centrale
- mesure de CO<sub>2</sub>
- saturation artérielle en oxygène (captation transcutanée)
- pression artérielle invasive (systolique et diastolique)
- pression artérielle pulmonaire
- pression veineuse centrale
- débit cardiaque
- saturation veineuse en oxygène
- pression de l'oreillette gauche
- monitoring fœtal

*Modalité de score:*

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

Contrôles:

- Notion d'utilisation d'un monitoring continu :
  - annotation au dossier patient

**OU**

  - print-out

**OU**

  - possibilité de retrouver, au dossier électronique, un lien avec l'appareil de monitoring utilisé chez le patient
- Paramètres et valeurs :
  - minimum 3 mesures par paramètre, validées par l'infirmière au moyen, par exemple d'un paraphe ou de la reprise dans le dossier de la valeur ou d'éléments d'évaluation de celle-ci.
  - avec un intervalle maximum de 3 heures entre 2 mesures d'un même paramètre
- Heure de la prise des paramètres

Remarques:

- Si le monitoring continu a une durée inférieure ou égale à 3 heures, V300 peut être enregistré avec un minimum de 3 annotations validées par paramètre.
- Les paramètres enregistrés sous l'item V300 ne peuvent pas être enregistrés sous l'item V400 durant le même épisode de soins. Cette remarque s'applique également à la pression artérielle invasive (V300) mesurée en même temps que la pression artérielle (V400).

Si cette situation se présente, c'est l'item V300 qui doit être enregistré.
- Le monitoring des patientes ambulantes en maternité n'est pas scoré.
- La surveillance d'un holter n'est pas scorée.

Exemples :

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



**Item V4\*\*:** Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle): monitoring discontinu

➤ **V400: Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, température corporelle) : monitoring discontinu**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la collecte et l'analyse des paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et de température corporelle afin de détecter et/ou d'éviter des complications à l'aide de mesures discontinues.

Surveillance d'un de ces 13 paramètres:

- fréquence respiratoire
- fréquence cardiaque et/ou tracé ECG = 1 paramètre
- température corporelle périphérique
- température corporelle centrale
- mesure de CO<sub>2</sub>
- saturation artérielle en oxygène
- pression artérielle (systolique et diastolique)
- pression artérielle pulmonaire
- pression veineuse centrale
- débit cardiaque
- saturation veineuse en oxygène
- pression de l'oreillette gauche/ 'Wedge'
- monitoring fœtal

Modalité de score:

- Fréquence de la mesure du paramètre le plus mesuré en discontinu

Contrôles:

- Heure de mesure.
- Paramètre et valeurs (chiffres ou graphique)
  - transcription manuelle
  - dossier électronique
  - **Print-out validé par l'infirmière ayant pris la mesure**

Remarques:

- Les paramètres enregistrés sous l'item V400 ne peuvent pas être enregistrés sous l'item V300 durant le même épisode de soins. . Cette remarque s'applique également à la pression artérielle (V400) mesurée en même temps que la pression artérielle invasive (V300). Si cette situation se présente, c'est l'item V300 qui doit être enregistré.
- La surveillance de la pression artérielle via un brassard électronique est scorée en V400

## Item V5\*\* : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées aux prélèvements de matériel organique à visée diagnostique: prélèvements tissulaires ou de liquides biologiques (urines, selles, liquide gastrique, matériel biologique sur l'extrémité du cathéter, expectoration, écouvillon de plaies, prélèvement de placenta, ...).

#### Modalité de score:

- Nombre de tous les prélèvements additionnés

#### Contrôles:

- Nom du ou des prélèvement(s) réalisé(s)
- Résultats des analyses

#### Remarques:

- Par ex.: 2 x prélèvement d'urine + 1 x prélèvement de selles + 1 x prélèvement de sécrétions = score 4.
- Les essais non fructueux de prélèvements ne sont pas scorés.
- Les prélèvements réalisés par le médecin ne sont pas scorés.
- Le prélèvement de sang et les hémocultures sont scorés uniquement dans

*Classe N – Perfusion tissulaire*

## Item V6\*\*: Mesures d'isolement: précautions additionnelles

### ➤ V600: Mesures d'isolement: précautions additionnelles

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> destinées à prévenir la propagation de germes entre patients ou entre des patients et d'autres personnes, par contact direct ou indirect (air, matériel contaminé, salive, selles, urine,...) et vice versa.

Les micro-organismes dont le patient est porteur sont pathogènes (isolement contagieux) ou potentiellement dangereux pour le patient (isolement protecteur).

#### Modalités de score:

1 = Présence d'au moins 2 de ces précautions additionnelles:

- port du tablier
- port de gants
- port du masque
- mesures particulières pour l'élimination des déchets/du matériel

2 = Isolement architectural avec au minimum 3 précautions additionnelles reprises ci-dessus

#### Contrôles:

- **Score 1:**
  - présence d'une procédure<sup>9</sup> reprenant la raison, le type d'isolement et les précautions additionnelles à appliquer
  - précautions additionnelles réalisées
- **Score 2:**
  - présence d'une procédure<sup>9</sup> reprenant la raison, le type d'isolement et les précautions additionnelles à appliquer
  - précautions additionnelles réalisées
  - notion d'isolement architectural

#### Remarques:

- Quand deux patients ou plusieurs patients sont dans la même chambre et bénéficient des mêmes précautions additionnelles, V600 peut être scoré chez chacun des patients.
- La couveuse est considérée comme un isolement architectural, si la définition et les modalités de score sont respectées.
- Les mesures d'isolement prises de manière préventive en respectant la définition et les contrôles peuvent être scorés en V600.

## Item V7\*\* : Soins liés à la désorientation: mesures de protection

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> de protection physique liées aux soins d'un patient désorienté dans le temps et/ou dans l'espace, suite à un trouble d'ordre physique, chimique ou psychique (prise en charge de la démence, du délirium, d'hallucinations, de la confusion, ...) pour prévenir les lésions corporelles :

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

#### ET/OU

- **instauration et suivi d'une contrainte physique** : réduction de la mobilité du patient désorienté à sa chambre, à une partie ou l'entièreté de l'unité ou de l'hôpital (bracelets électroniques, unité de soins fermée, ...)

#### Modalité de score:

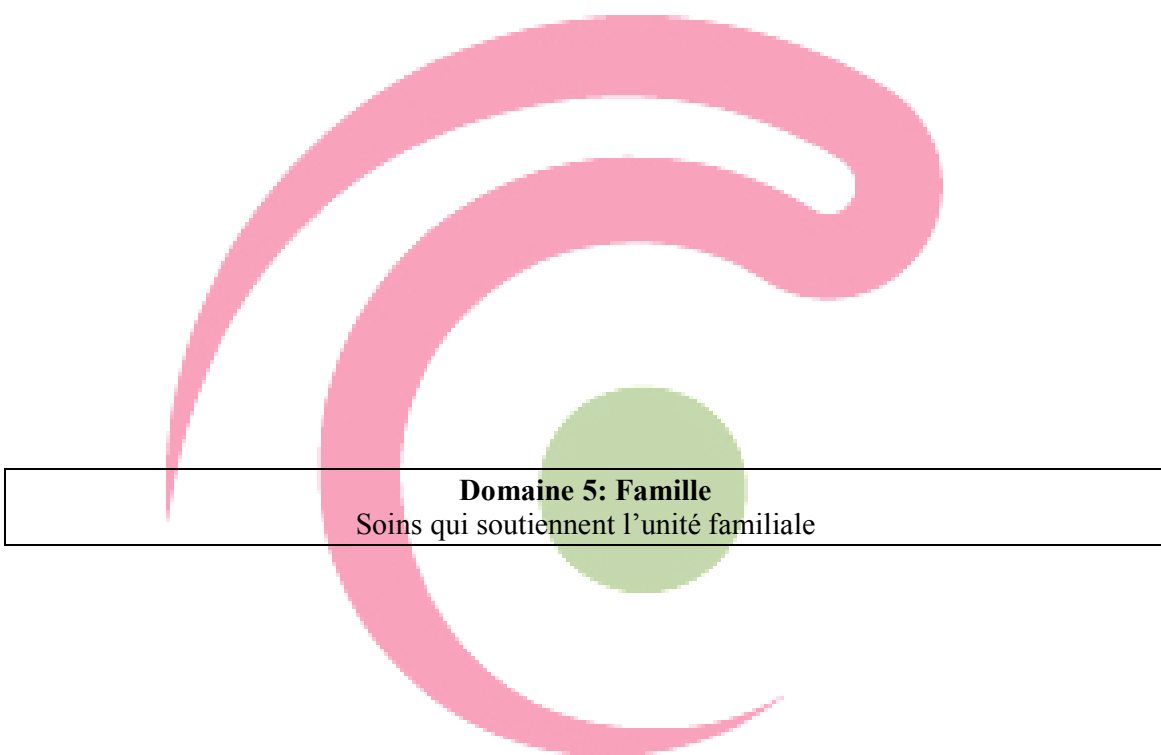
1 = Présence

#### Contrôles:

- Pour les deux types de mesures de protection physique:
  - problème de désorientation évalué à l'aide d'un instrument de mesure<sup>3</sup> quel que soit l'évaluateur
  - procédure<sup>9</sup> reprenant les mesures de protection à appliquer
  - observation sur l'évolution de la désorientation, une fois par épisode de soins infirmiers
  - évaluation des mesures de protection utilisées et de la nécessité de continuer les mesures prises, à réaliser au moins une fois par semaine
- Pour la contention physique, en plus:
  - mesures de contention utilisées: heure de début et de fin de chaque épisode de contention
  - évaluation des mesures de contention utilisées et de la nécessité de les continuer, à réaliser une fois par épisode de soins infirmiers

#### Remarques:

- Ne sont pas suffisant pour scorer V700:
  - matériel orthopédique (plâtre,...)
  - placer uniquement des barrières de lit
- V700 n'est pas scoré en salle de réveil si l'ensemble des contrôles n'est pas respecté.



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

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

**Item W1\*\*:** Soins de relaxation liés à la préparation à l'accouchement

➤ **W100: Soins de relaxation liés à la préparation à l'accouchement**

Définition:

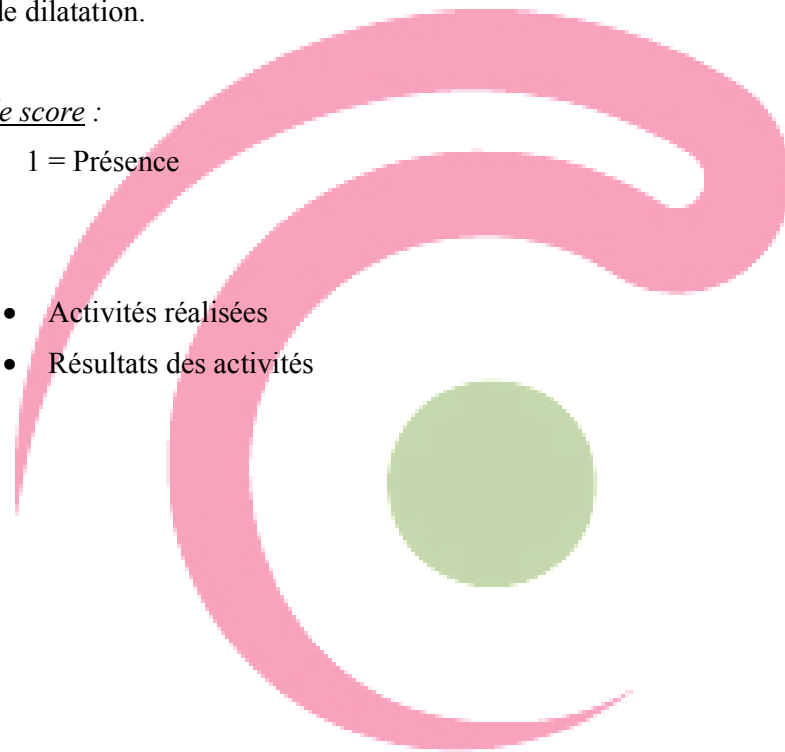
Ensemble des activités<sup>12</sup> liées au suivi et à l'accompagnement d'une parturiente afin de favoriser le bon déroulement du travail: réalisation de massages, utilisation de ballons ou de baignoire de dilatation.

Modalité de score :

1 = Présence

Contrôles:

- Activités réalisées
- Résultats des activités



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

Définition:

L'ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la surveillance de l'activité utérine:

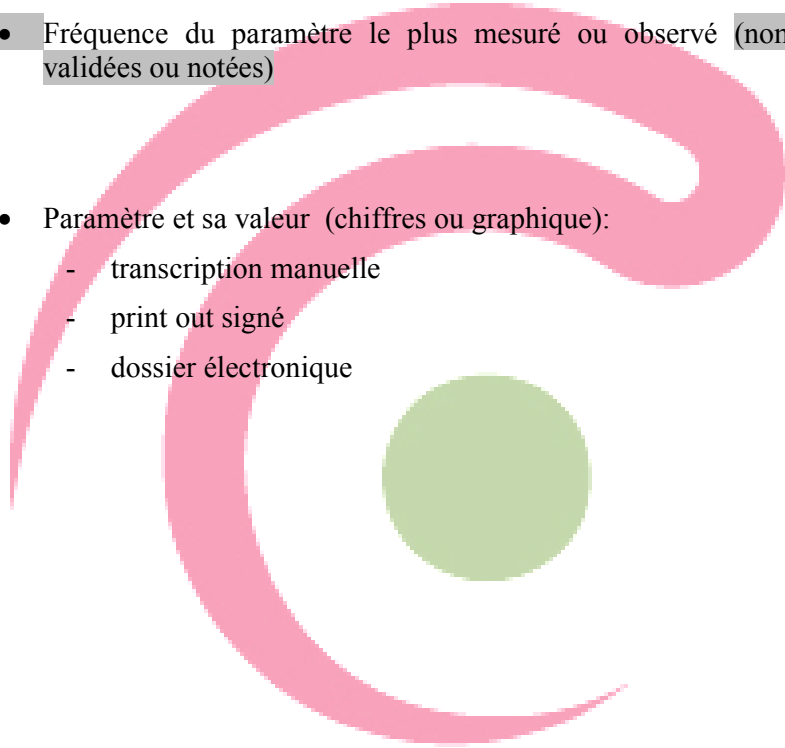
- réalisation d'un monitoring maternel: mesure des contractions utérines
- réalisation d'un toucher vaginal
- palpation de l'activité utérine.

Modalité de score:

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

Contrôle:

- Paramètre et sa valeur (chiffres ou graphique):
  - transcription manuelle
  - print out signé
  - dossier électronique



## Item W3\*\* : Accouchement par une sage-femme

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la réalisation de l'accouchement par la sage-femme (sans la présence du gynécologue).

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

#### Modalité de score:

1 = Accouchement réalisé par la sage-femme

#### Contrôle:

- Rapport de l'accouchement





## Item W4\*\* : Soins post-partum

### ➤ W400: Soins post-partum: suivi post-partum

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la surveillance du post-partum afin de déceler ou prévenir des complications.

Surveillance des paramètres suivants:

- hauteur utérine
- lochies
- seins (crevasses, tensions mammaires, lactation,...)
- périnée (y compris la surveillance de l'épisiotomie ou de la déchirure du périnée suturé ou non)

#### Modalité de score:

- Fréquence du paramètre le plus mesuré ou observé

#### Contrôle:

- Paramètre et sa(s) valeur(s) (chiffres, signes ou observations):
  - transcription manuelle
  - dossier électronique

## Item W5\*\* : Soins «kangourou»

### ➤ W500: Soins «kangourou»

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'installation et à la surveillance du soin «kangourou».

Le soin «kangourou» est un contact peau à peau direct entre le bébé<sup>11</sup> et un parent afin de favoriser le lien parent-enfant.

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôles:

- Réalisation du soin «kangourou»
- Durée du soin: heure de début et de fin
- Présence d'une procédure<sup>9</sup>

#### Remarques:

- Le soin «kangourou» est uniquement scoré chez le bébé<sup>11</sup>.
- La mise au sein pour allaitement maternel n'est pas un soin «kangourou» et se score en  
*D200 – Soins liés à l'alimentation maternelle et /ou artificielle de l'enfant*
- D200 et W500 ne peuvent être scorés ensemble durant le même moment de soin.

## Classe X: Soins relatifs au cycle de la vie

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

### Item X1\*\* : Rooming-in de la famille ou de la personne significative

#### ➤ **X100: Rooming-in**

***Définition:***

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'accompagnement du patient par la famille ou une personne significative<sup>4</sup> non hospitalisée qui séjourne auprès de lui **pendant tout l'épisode de soins infirmiers**.

***Modalité de score:***

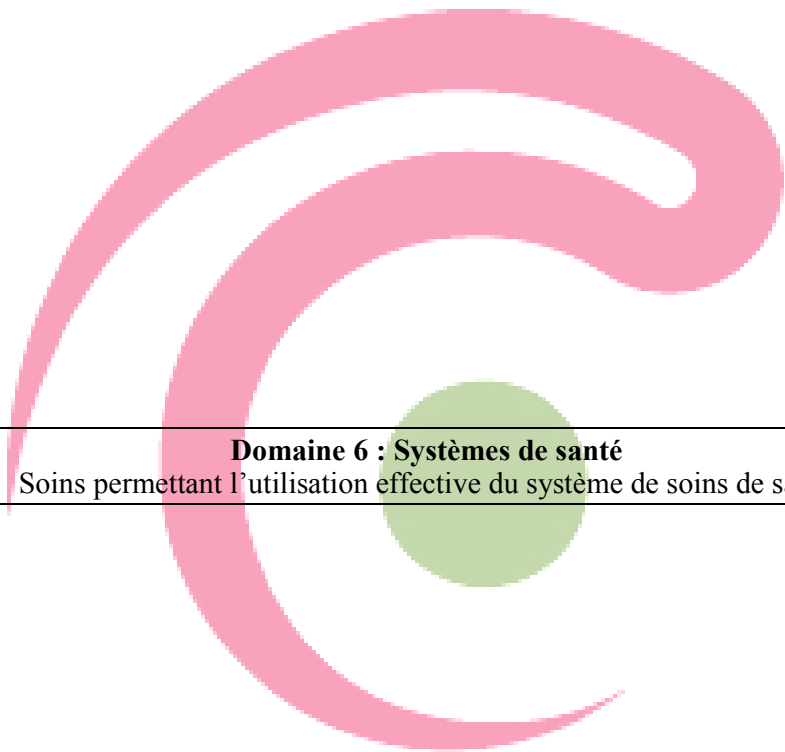
1 = Présence

***Contrôle:***

- Notion de rooming-in

***Remarques:***

- L'accompagnement peut être assuré par plusieurs personnes qui se relayent.
- En maternité, le rooming-in est scoré uniquement chez la maman .



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

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

**Item Y1\*\*:** Médiation interculturelle

➤ **Y100: Médiation interculturelle**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à la négociation/l'échange avec le patient, la famille ou une personne significative<sup>4</sup> concernant les différences existantes dans la conception de la santé et/ou des soins.

La médiation interculturelle est une réunion organisée entre l'équipe soignante, le médiateur interculturel de l'hôpital (A.R. 11/07/2005) et le patient, avec ou sans la présence de la famille et/ou d'un chef spirituel.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôle:

- Rapport comprenant les points suivants:
  - sujet de médiation et description du problème
  - nom du médiateur interculturel, des membres de l'équipe de soins présents, du patient et des membres de la famille présents
  - date de la médiation
  - interventions réalisées et dispositions prises
  - évaluation des résultats de la médiation et/ou état du patient après l'intervention du médiateur

Remarques:

- Y100 peut être scoré le jour du décès du patient.
- L'intervention du médiateur pour une traduction seule, n'est pas scorée.

➤ **Y200: Anamnèse infirmière**

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'établissement du **bilan des besoins en soins infirmiers** du patient, à un moment donné, par l'observation et/ou par un dialogue avec lui, sa famille ou une personne significative<sup>4</sup>.

Ce bilan met en évidence les problèmes<sup>10</sup> en soins infirmiers spécifiques du patient et permet l'élaboration du plan de soins<sup>6</sup>.

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

Modalité de score:

1= Présence d'une anamnèse infirmière complète

Contrôles:

- Présence d'un document d'anamnèse infirmière complet
- Date + signature lors de la finalisation de l'anamnèse infirmière

Remarques:

- La consultation et/ou la récolte de données administratives, sociales et/ou médicales ainsi que la rédaction d'une feuille de transfert ne constituent pas une anamnèse infirmière; même si ce type de données est également utilisé par les infirmiers dans leur travail.
- La simple actualisation d'un élément de l'anamnèse infirmière n'est pas suffisante pour scorer Y200.
- Si l'évolution de l'état de santé du patient ou un changement d'optique de soins le justifie, un nouveau bilan des besoins en soins infirmiers peut être réalisé. Un autre document d'anamnèse doit être rédigé en indiquant l'évolution de l'état du patient. Dans ce cas, la réalisation de l'anamnèse peut être scorée plusieurs fois au cours du séjour du patient.
- L'ensemble des besoins en soins infirmiers du patient doit être envisagé dans le document d'anamnèse pour qu'il soit complet.

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

**Item Z1\*\*:** Evaluation (assessment) fonctionnelle, mentale, psychosociale

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

Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> liées à l'évaluation systématique de l'état fonctionnel, mental ou psycho-social d'un patient à l'aide d'un instrument de mesure<sup>3</sup>.

Modalité de score:

1 = Présence

Contrôles:

- Instrument de mesure<sup>3</sup> utilisé
- Formulaire d'évaluation daté
- Résultats de l'évaluation

Remarque:

- Les instruments de mesure<sup>3</sup> utilisés pour évaluer la douleur (E100), les nausées (E200), la fatigue (E300), la sédation (E400), la surveillance neurologique (I 100) et le risque d'escarres (V100 et V200) ne sont pas valables pour scorer Z100.

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

Définition:

Assistance au médecin lors d'actes médicaux invasifs non déléguables: ponction pleurale, ponction lombaire, ponction d'ascite, placement d'un cathéter artériel, placement d'une voie centrale, d'une Swanganz, placement d'un cathéter sus-pubien, placement et/ou retrait d'un drain thoracique, suture, incision d'abcès...

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

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

Cette assistance inclus:

- la préparation du matériel
- ET
- la préparation et l'installation du patient
- ET
- l'assistance à l'examen ou au traitement
- ET
- le soutien émotionnel et/ou physique au patient

Modalité de score:

- Nombre d'assistances aux actes médicaux non déléguables

Contrôles:

- Actes médicaux non déléguables
- Assistances réalisées

Remarques:

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



## Item Z3\*\* : Contacts multidisciplinaires

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> de contact et d'échange réalisés en intra muros avec des praticiens professionnels d'autres disciplines, fonctions ou spécialités en vue d'une évaluation et d'une planification des soins aux patients.

En plus de l'infirmière ou de la sage-femme, deux autres disciplines, fonctions ou spécialités au moins doivent être représentées.

Le moment de concertation doit être organisé.

#### Modalité de score:

1 = Présence

#### Contrôle:

- Rapport comprenant au moins les points suivants:
  - date
  - nom et discipline, fonction ou spécialité des personnes présentes
  - objectif de la concertation

#### Remarque:

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

## Item Z4\*\* : Contacts avec les autres institutions

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

#### Définition:

Ensemble des activités<sup>12</sup> de contact réalisées en vue:

- d'obtenir des informations, auprès des prestataires de soins<sup>1</sup> d'autres établissements ou structures de soins ( maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,...), médecin traitant ou de la personne significative<sup>4</sup>, concernant la situation du patient et les soins qui lui sont administrés avant son hospitalisation

#### **ET / OU**

- de fournir des informations aux prestataires de soins<sup>1</sup> d'autres établissements ou structures de soins (maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,...) médecin traitant ou à la personne significative<sup>4</sup>, concernant la situation du patient et les soins qui lui seront administrés après son hospitalisation.

L'échange d'information est réalisé **exclusivement** dans le but de prendre des dispositions visant à **organiser la prise en charge des soins du patient par d'autres prestataires de soins<sup>1</sup>**.

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

#### Modalité de score:

1 = Présence d'un moment de contact

#### Contrôles:

- Date du contact
- Sujet du contact
- Résultat du contact
- Personne ou organisme contacté

#### Remarques:

- Les contacts réalisés dans le cadre d'une prise en charge sociale (repas à domicile, placement d'un enfant lors de l'hospitalisation d'un parent, organisation de l'aide ménagère, organisation de l'aide financière, ...) ne sont pas scorés.
- La réalisation de l'anamnèse infirmière, d'une lettre de sortie, ... ne sont pas scorées en Z400.