

Dossier de Soins Personnalisé (DSP)

Guide d'utilisation

Descriptif des fiches		Conseils d'utilisation	
N° de la fiche	Nom de la fiche et référence	Observations L'étoile * indique que la fiche n'est à insérer dans le DSP que si nécessaire.	
oo GUT	Guide d'Utilisation réf. 530 903	Dans sa version intégrale – disponible sur le site internet http://sideral.sante.free.fr – possibilité de le conserver au cabinet ou dans le classeur cen-	tralisant les prototypes des fiches utilisées dans le service. Doit être lu par tout professionnel (remplaçants en particulier) avant utilisation du DSP.
oo SAT	Fiche d'Évaluation de la satisfaction réf. 530 905	En signant dans cette fiche, le patient indique son consentement au projet de soins élaboré par l'équipe soignante et formalisé dans une fiche MacroCible) et/ou par une DSI (Démarche de Soins Infirmiers). La signature peut être renouvelée autant de fois que nécessaire, et a minima une fois par an. Après la signature du contrat de soin, l'échelle de 0 à 10 de la partie «Évaluation» de la fiche permet au patient de formaliser de façon simple sa satisfaction	concernant sa prise en charge. Un questionnaire de satisfaction est utilisable pour qualifier ce score. Dans ce cas, le questionnaire pourra être archivé dans le DSP ou ne servir que de support au colloque singulier entre le patient et le professionnel. Le consentement des patients souffrant de troubles cognitifs devra être recherché. En cas d'impossibilité de l'obtenir, il pourra être envisagé de faire valider le projet de soins par l'aidant naturel.
oo VAL	Fiche de Validation des Paraphes et Signatures réf. 530 906	Cette fiche peut être conservée au cabinet. Cependant, au regard de la multiplicité des professionnels, voire des cabinets, intervenant chez un même patient, il est conseillé de la laisser dans le DSP.	Les remplaçants n'omettront pas de préciser les dates de début et de fin de leur période de travail auprès du patient considéré.
Section LIAISONS	o1 INT	Liaison des Intervenants réf. 530 907	Support de la communication entre les intervenants. Les professionnels du secteur social non soumis au décret de façon réglementaire pourront utiliser un document extérieur au DSP (cahier de liaison). La validation de la lecture des informations transmises se fait en paraphant .
	o1 EXT	Liaison Externe réf. 530 908	À remplir en cas de transfert (hospitalisation le plus souvent). Le traitement est à renseigner PAR LE MÉDECIN, il n'apparaît donc pas sur la fiche dans
	M	Fiche MacroCible réf. 530 913	Cette fiche complète ou remplace la fiche de liaison lors d'un transfert du patient (consultation, hospitalisation). Dans ce cas d'utilisation, cocher en-tête
Section ADMINISTRATIF	o2	Administrative réf. 530 904	Recueil des données pratiques, sociales et environnementales du patient. Elle peut être insérée dans une pochette plastique (en Recto). On lui adjoint alors les photocopies des attestations Sécurité Sociale + Mutuelle (en verso). Cette partie du DSP peut également accueillir les documents relatifs aux interventions du secteur social (contrats des associations de maintien à domicile, dossier APA...).
Section SOINS INFIRMIERS	o3*	Séances de Soins Infirmiers réf. 530 910	Reprend le contenu des Séances de Soins Infirmiers. La fiche se remplit soit en cochant, soit en utilisant le code en gras de la ligne. Remplir une nouvelle fiche en cas de changement significatif du contenu de la séance. Certains soins se réfèrent à des fiches de surveillance spécifiques : se contenter de cocher, le détail et le protocole apparaissant dans la fiche correspondante.
	o4	Diagramme de Soins réf. 530 911	Le « Diagramme de Soins », comme son nom l'indique, est un diagramme, c'est-à-dire un document utilisé pour schématiser une situation. Aucune valeur rédactionnelle, donc, contrairement à la Fiche 05 de Transmissions Ciblées . A minima, il est impératif d'y faire figurer deux renseignements : l'identification (case « Paraphe »), et la validation des actes (case « Validation de la Séance »). Pour ce deuxième paramètre, une simple croix suffit puisque le contenu de la séance a été préalablement établi sur la fiche adéquate du DSP, la Fiche 03 de Séances de Soins Infirmiers . Il est obligatoire d'y faire figurer les petits soins annexes (pansements prescrits ou non, application
	o5	Transmissions Ciblées réf. 530 912	La réglementation impose de laisser une trace de la démarche clinique en renseignant les «Données», les «Actions», et leur Évaluation («Résultat»). La colonne « Cible » est celle que l'on remplit en dernier. Pour rappel, une cible peut être : - un diagnostic médical (obligatoirement précédé de la mention «suspicion de ... » ou suivi d'un point d'interrogation, un symptôme, un signe clinique ;
			de pommade, crème, collyre, etc...) et les traitements ponctuels (par exemple une série d'injections). Il suffit pour cela de réquisitionner une ligne (pré-identifiée ou vierge) et de cocher le soin chaque fois qu'il est réalisé. Ces soins peuvent par ailleurs se programmer en utilisant la symbolique « O » = « à programmer », « X » = « soin effectué ». Cette codification facilite la lecture de la fiche et renforce la coordination entre plusieurs intervenants. La division des colonnes en 4 parties en permet l'utilisation quelque soit la périodicité de l'exercice : jusqu'à 4 passages par jour, ou par semaine, ou deux passages par jour sur 2 jours, etc...
			- un « problème traité en collaboration » avec le médecin, une complication potentielle liée au traitement ou à la pathologie ; - une réaction humaine réelle, potentielle ou hypothétique (diagnostic infirmier) ; - une intervention d'un autre professionnel (kiné, pédicure, intervenant du secteur social, etc...).

Descriptif des fiches		Conseils d'utilisation	
N° de la fiche	Nom de la fiche et référence	Observations L'étoile * indique que la fiche n'est à insérer dans le DSP que si nécessaire.	
Section SOINS INFIRMIERS – suite	05 – suite Transmissions Ciblées – suite réf. 530 912	→ Lorsque un diagnostic médical est suspecté en colonne « cible », la colonne « Données » doit indiquer de la façon la plus exhaustive possible les éléments en faveur de ce diagnostic.	
	M Fiche Macroциble réf. 530 913	Cette fiche s'utilise dans cette partie du DSP pour formaliser soit un recueil de données à l'inclusion du patient, soit une évaluation à distance. Dans le cas de l'inclusion, la fiche permet de recueillir les habitudes de vie du patient et de décrire le projet de soins.	
Section TRAITEMENT	06 Traitement réf. 530 914	L'ordonnance idéale reprend l'intégralité du traitement, et précise « Ne pas délivrer » (ou « NPД ») en marge des médicaments pour lesquels le patient dispose encore de réserve. Le recopiage d'un traitement, s'il est toléré, engage l'entière responsabilité du professionnel en cas d'erreur. Dans tous les cas, l'ordonnance doit toujours être à portée du regard au moment de la préparation du pilulier par le professionnel, d'où l'intérêt de disposer d'un document complet, et à jour. La Fiche d'Administration du Traitement Per Os est idéalement supervisée par le médecin qui renseigne les spécialités et leur posologie. A minima, il valide	
	07 * Protocoles Thérapeutiques réf. 530 915	Sur cette fiche doit figurer le descriptif de tous les traitements « non habituels » du patient, c'est-à-dire à la fois les protocoles thérapeutiques liés aux perfusions, alimentations entérales / parentérales, etc., mais également les traitements médicamenteux plus classiques qui ne constituent pas le traitement de fond du patient (tel antibiotique pendant ... jours, tel collyre ou pommade pendant ... semaines). Chaque ligne de protocole est caractérisée par les dates de début et de fin de traitement. Du point de vue des transmissions, la ligne reste valable tant que la date de fin n'est pas inscrite, quelle que soit la durée du traitement. Plusieurs lignes peuvent donc coexister. Lorsque un traitement est terminé, dessiner une grosse flèche « stop » ↓ à la fin de la ligne afin de faciliter la lecture de la fiche.	
Section SURVEILLANCES	08* Surveillance de Plaie réf. 530 917	La Fiche de surveillance de plaie fonctionne sur le principe des transmissions ciblées. Après une évaluation de départ de la plaie, et une description du protocole de soins, n'écrire que dans trois situations : changement significatif d'aspect (sous-entendu anormal), changement de protocole, ou lors d'une évaluation planifiée au préalable (ou nécessitée par une transmission ciblée précédente). On utilise autant de fiches qu'il y a de plaies. Pour simplifier le remplissage de la fiche, des items ont été codifiés :	
	09* Surveillance du Diabète réf. 530 918	A remplir quotidiennement au rythme des injections, des glycémies et des acétonuries. L'adaptation des doses d'insuline n'est possible que sur stricte prescription du médecin.	
	10* Surveillance des Constantes réf. 530 903	Reprend les principaux paramètres vitaux : pouls, tension artérielle, température, diurèse et selles.	
	11* Surveillance de l'Alimentation réf. 530 920	A utiliser en cas de régime particulier. Permet l'évaluation des prises alimentaires solides et liquides.	
	12* Surveillance de la Douleur réf. 530 916	Elaborée dans le cadre d'un Réseau Soins palliatifs et Douleur, cette fiche fait référence aux protocoles d'Antalgie ou de sédation prescrits en Fiche 07 Protocoles Thérapeutiques , cette fiche est un diagramme de recueil des doses totales de morphiniques par 24h (y compris Patch et Bolus), et de l'évaluation de la douleur par score EVA. Il est ainsi permis d'avoir	
Sections ARCHIVES	13* DSI, OUT, ORD, EXA, CRC réf. 530 909	5 pochettes plastiques : DSI, fiches outils (Norton, MMS etc..), ordonnances, mais aussi examens complémentaires et comptes rendus dans le cas où le patient ne les conserve pas lui-même.	

Penser à toujours prévoir une évaluation, par exemple en notant par avance la date d'un prochain passage dans la colonne résultat.

Cocher en-tête l'option « Évaluation Initiale (Inclusion) » ou l'option « Évaluation à Distance » selon le cas.

Nota : La partie « M » (maladie actuelle) ne devrait pas porter de diagnostic médical. De même, ne pas détailler dans la partie « T » (thérapeutiques et soins actuels) les spécialités médicamenteuses et leur posologie, mais se contenter de décrire les grandes familles thérapeutiques et les soins prodigués au patient.

par sa signature le traitement reporté par l'infirmière. En plus du code proposé dans la fiche, l'infirmière cochera dans la colonne appropriée les spécialités qui ont été arrêtées afin d'augmenter la lisibilité de la fiche. Ainsi, lors de la préparation du pilulier, l'infirmière identifie immédiatement les médicaments à délivrer et ceux qui ont été stoppés.

Important : aucune rature ou correction ne doit parasiter la lecture : en cas de modification d'une posologie ou du dosage d'une spécialité, neutraliser la ligne correspondante et en créer une nouvelle tenant compte de la modification. Le recours aux Transmissions Ciblées est recommandé pour expliciter toute modification ou tout problème lié au traitement.

Cette fiche ne permet pas le recueil de données ou la validation des actes. Dans le cas où l'infirmière n'utilise pas la **Fiche 04 «Diagramme de soins»** (suivi médicamenteux par exemple), il est admis que les traitements ponctuels Per Os (et seulement ceux-ci) pourront ne pas figurer sur la **Fiche 07 «Protocoles thérapeutiques»** s'il sont tracés sur la **Fiche 06 «Administration du traitement Per OS»**.

Dans tous les cas, il est impératif de cocher la fiche ou diagramme de soins (si besoin, utiliser une ligne vide pour noter le protocole concerné), et éventuellement une fiche spécifique correspondant à la surveillance effectuée (**Fiche 10 de recueil des Constantes**, par exemple).

- Pour l'Aspect : N = nécrotique, B = bourgeonnante, F = fibrineuse, EX = exsudative, E = épidermisante. Ces critères seront nuancés quantitativement par +, ++ ou +++.

- Pour la Douleur, utiliser l'échelle EVA en précisant la durée comme suit : P = permanente, I = intermittente, et CS = au cours du soin.

Des photos de la plaie prises grâce à un appareil numérique ou à un téléphone portable peuvent être imprimées puis insérées dans le DSP.

Dans la mesure du possible, prévoir un protocole d'urgence pour une injection de Glucagon en cas d'hypoglycémie sévère. Un flacon sera prescrit et conservé dans le réfrigérateur du patient.
Penser à noter en gros caractères sur l'emballage du produit sa date de péremption.

Deux lignes vides en bas de page permettent de personnaliser en ajoutant des éléments (poids, etc.).

une évaluation visuelle rapide de la corrélation dose / efficacité. Dans les situations où la communication verbale n'est pas possible, remplacer l'EVA par une évaluation comportementale et adapter l'échelle sur la fiche (par exemple, «Doloplus-2» se côte sur 30, «ECPA» sur 32).»