

GRILLE DE VÉRIFICATION POUR LE DOSSIER DE SOINS

Instructions sur l'utilisation de la grille de vérification pour le dossier de soins

1. Vérifiez et évaluez le dossier de soins à l'aide des critères de vérification.
2. Chaque critère de vérification est évalué par un nombre de points. Si un critère est rempli, il reçoit 2 points. Un critère partiellement rempli reçoit 1 point. Un critère qui n'est pas rempli reçoit 0 point. Les critères qui ne sont pas significatifs pour le dossier de soins vérifié sont désignés par l'abréviation „ps“ (pas significatif).
3. Introduisez le nombre de points obtenus dans la colonne „Dossier de soins vérifié“. Pour le premier dossier vérifié dans la colonne numéro 1, pour le deuxième, dans la colonne numéro 2, etc. Une grille d'évaluation permet de vérifier jusqu'à dix dossiers de soins.
4. A la fin des vérifications, calculez à quel taux chacun des critères est rempli. Calculez tout d'abord le nombre de points maximum obtenu (= nombre de dossiers de soins vérifiés x 2), additionnez ensuite les points effectifs obtenus et calculez le taux à l'aide de ces deux valeurs (100/nombre max. de points obtenu x nombre de points obtenus). Dans l'exemple ci-dessous, vous voyez comment se fait le calcul pour **4 dossiers de soins vérifiés**.

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif	Dossier de soins vérifié				Points max. obtenus	Points obtenus	%
	1	2	3	4			
1. Tous les formulaires contiennent les données permettant l'identification univoque du patient	1	0	2	2	8 (4x2)	5	63%
2. Toutes les annotations sont pourvues de la date et de l'heure de chaque événement (par ex. observation, prestation de soins, surveillance, traitement)	2	0	1	1	8	4	50%
3. Toutes les annotations sont pourvues de la signature/abréviation de la personne qui est responsable de l'annotation	2	2	1	1	8	6	75%

Remarque concernant l'utilisation de la grille de vérification

Compte tenu de la réalité et des priorités dans votre institution, vous pouvez sélectionner selon les besoins les critères de vérification significatifs pour vous (par ex. si les critères de lisibilité sont peu significatifs pour les systèmes de documentation électroniques, ils ne seront pas intégrés dans la vérification) ou mettre des priorités lors des différentes vérifications (par ex. cycle de vérification avec la priorité Récolte d'information/évaluation et Problème d'ordre infirmier/diagnostic infirmier).

Grille de vérification des dossiers de soins

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement = 1 point, non = 0 point	Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
A. Structures Veuillez noter que les critères de vérification ne sont évalués <u>qu'une seule fois pour l'ensemble du système de documentation des soins</u> de l'institution. Il n'est possible d'y répondre que par oui (= 2 points) ou non (= 0 point).			
1. Un dossier personnel est mis à disposition pour chaque patient ¹	2		
2. L'institution a déterminé les formulaires qui doivent se trouver obligatoirement dans chaque dossier de soins	2		
3. Tous les formulaires permettent de retrouver le nom de l'institution	2		
4. Les formulaires de planification des soins se basent sur une structure déterminée et un cadre de référence infirmier (par ex. des étapes du processus de soins, NANDA, AVQ)	2		
5. Des instruments pour la réalisation d'échelle (screenings) et /ou d'évaluations sont disponibles (par ex. échelles de la douleur, évaluation de la malnutrition, nursing delirium screening scale)	2		
6. Les résultats d'échelle et /ou d'évaluations peuvent être présentés de manière compréhensible (par ex. des rubriques correspondantes lors de la récolte d'information, protocoles)	2		
7. L'institution dispose d'instructions et d'un dossier de soins-modèle pour la tenue correcte du dossier de soins	2		
8. L'institution dispose de la liste actuelle des abréviations et des symboles en vigueur avec leur signification	2		
9. L'institution dispose de la liste actuelle des abréviations des collaborateurs avec leur signature	2		
10. Le dossier de soins est en tout temps à disposition du personnel autorisé (par ex. accès garanti dans le bureau de l'unité, suffisamment d'ordinateurs disponibles pour le système de documentation électronique, accès garanti en cas de panne du système)	2		

¹ Pour faciliter la lecture, le terme «patient» est utilisé dans la grille de vérification. Il inclut aussi le résident et le client ainsi que la forme féminine.

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement = 1 point, non = 0 point	Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
11. Le dossier de soins est conservé de manière à n'être accessible qu'au personnel autorisé (par ex. conservation sécurisée dans le bureau du service, logout sécurisé par le système de documentation électronique)	2		
12. L'accès du patient/des proches au dossier de soins est réglé dans l'institution en respectant la législation en vigueur (arrêts sur la protection des données et les droits du patient)	2		
13. Le dossier de soins est archivé dans son intégralité	2		
14. La période d'archivage est régie par les règlements juridiques pertinent notamment les lois d'obligations et la législation cantonale	2		
15. La destruction du dossier de soins s'oriente selon les lois cantonales ou une procédure au sein de l'institution qui est conforme à la protection des données	2		

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

B. Formalités

16. Tous les formulaires contiennent les données permettant l'identification univoque du patient													
17. Toutes les annotations sont pourvues de la date et de l'heure de chaque événement (par ex. observation, prestation de soins, surveillance, traitement)													
18. Toutes les annotations sont pourvues de la signature/abréviation de la personne qui est responsable de l'annotation													
19. Les signatures/l'abréviation sont reconnaissables et permettent d'identifier la personne concernée													

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
20. Les informations indiquées dans le dossier de soins sont écrites de façon lisible													
21. Le dossier de soins est actualisé chaque jour													
22. Les abréviations et les symboles utilisés correspondent à la liste interne à l'institution avec les abréviations ou symboles autorisés et leur signification interne à l'institution													
23. Les annotations sont faites au stylo (pas au crayon) et ne sont pas modifiées durant toute la période de conservation													
24. Il est possible de suivre les corrections; les erreurs dans les écritures sont corrigées de telle sorte qu'elles restent visibles													
C. Récolte d'information / évaluation													
25. Les antécédents médicaux / diagnostics / diagnostics secondaires / allergies significatifs pour la planification des soins, faisant partie de l'anamnèse, sont identifiés et transférés/documentés correctement ²													
26. Les informations à transmettre lors de situations d'urgence (par ex. réanimation (niveau), notification en cas d'urgence / de décès) sont documentées correctement													
27. Les informations concernant les directives anticipées sont documentées correctement													
28. Le motif de l'hospitalisation / d'entrée en institution et le problème principal sont saisis dans la perspective du patient													

² Dans cette grille d'évaluation, une documentation correcte signifie qu'elle correspond aux directives institutionnelles (guide, documentation-modèle). Les annotations correspondent sur le plan formel aux directives / au dossier de soins-modèle de l'institution.

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
29. Les caractéristiques physiologiques et fonctionnelles sont documentées, par exemple la condition physique générale, AVQ, AIVQ (par ex. la mobilité, la respiration, la douleur, la communication, l'état nutritionnel, la préparation des repas, les achats, la gestion médicamenteuse)													
30. Les caractéristiques psychologiques sont documentées, par exemple les émotions comme la peur, le besoin d'apprendre, la motivation à apprendre, la gestion de la thérapie, les stratégies d'adaptation													
31. Les caractéristiques culturelles sont documentées, par exemple la langue, les rites, les usages, les habitudes alimentaires, la compréhension de la maladie, les « remèdes maison »													
32. Les caractéristiques psychosociales sont documentées, par exemple la biographie, les proches / personnes de référence / système familial, le logement, la situation de travail, la situation financière													
33. La quantité d'informations récoltées est adaptée à la situation individuelle, à la durée du séjour prévue et aux soins envisagés													
34. Les descriptions sont exhaustives/complètes (les caractéristiques saisies contiennent par ex. les difficultés, les ressources, les expériences, les habitudes, les besoins et souhaits/attentes)													
35. Les formulations sont claires et compréhensibles, elles ne portent pas de jugement ni tirent de conclusions													
36. Les instruments à disposition pour le dépistage / l'évaluation sont utilisés conformément aux besoins et en respectant les directives													
37. Les résultats provenant du dépistage / de la procédure d'évaluation													

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
utilisé sont documentés													
38. Les méthodes utilisées pour la récolte des données (questionnement, observation, analyse) sont significatives et sont documentées de manière compréhensible													
39. Les informations directes (données par le patient) sont clairement distinctes des informations indirectes (provenant par ex. des proches, des antécédents médicaux, du service social)													
40. La saisie de l'anamnèse infirmière se fait après l'admission du patient dans un délai fixé par la hiérarchie													
41. Les compléments et les actualisations dans la récolte d'information sont documentés de manière compréhensible													
D. <u>Problématique infirmière / diagnostic infirmier</u>													
Remarque: si vous travaillez avec des problématiques infirmières librement formulées, vérifiez le critère 42; si le diagnostic infirmier est utilisé selon NANDA, vérifiez le critère 43													
42. Les problématiques infirmières sont documentées de manière exhaustive ³													
43. Les diagnostics infirmiers sont documentés de manière exhaustive selon le schéma : PES (problème, étiologie / cause, symptôme)													

³ Une description exhaustive d'une problématique infirmière tient compte des six aspects suivants (Brucker, U., Ziegler, G., Theis, S., Jodes-Laßner, U., Köhler, C., Reus, U. et al. (2005)):

1. Activité/fonction touchée
2. Problème/type de trouble
3. Quantité/qualité du trouble
4. Cause, corrélation, facteurs de risque
5. Expression (symptômes/observations et déclarations de la personne concernée)
6. Ressources

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
44. Les problématiques infirmières et les diagnostics infirmiers ressortent de manière évidente des données provenant de la récolte d'informations et se réfèrent à la situation individuelle du patient													
45. Les problématiques infirmières ou les diagnostics infirmiers sont formulés de telle sorte qu'ils peuvent être influencés par des mesures infirmières													
E. <u>Fixation des objectifs/ planification des soins</u>													
46. Au moins un objectif de soins est formulé par problématique infirmière / diagnostic infirmier													
47. Les objectifs découlent de manière plausible des problématiques infirmières identifiées / diagnostics infirmiers													
48. Les objectifs se réfèrent aux ressources et aptitudes des patients													
49. Les objectifs sont formulés selon la règle SMART ⁴													
50. Les objectifs sont formulés dans la perspective du patient (en tant qu'objectif du patient et pas de l'infirmière ou de l'infirmier)													
F. <u>Planification des mesures/ planification des soins</u>													
51. Les mesures découlent de manière plausible des objectifs de soins													
52. Les mesures peuvent être attribuées aux problématiques infirmières y relatives / diagnostics infirmiers et objectifs													
53. Les mesures conviennent à la situation individuelle du patient (elles sont par ex. adaptées à ses ressources, à son état de santé, à son âge, à son niveau de développement et de formation, à son envi-													

⁴ SMART = Specific (spécifique), Measurable (mesurable) Achievable (atteignable), Relevant (significatif), Timely (déterminé dans le temps)

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
ronnement)													
54. Les mesures planifiées correspondent aux directives internes ac- tuelles (par ex. directives sur le changement de pansement, stan- dard sur la gestion de la douleur, etc.)													
G. Réalisation des mesures / interventions → note de suivi, observations infirmières													
55. Les annotations dans les notes de suivi, observations infir- mières se réfèrent aux problématiques infirmières/ diagnostics infirmiers et objectifs infirmiers ou peuvent leur être associées													
56. L'effet des mesures et la réponse aux interventions infirmières sont décrits les notes de suivi, observations infirmières (pas de descrip- tions pures des activités)													
57. Les annotations des notes de suivi, observations infirmières se font immédiatement après l'exécution de l'intervention ou dans un délai fixé en interne par la hiérarchie													
58. Les notes de suivi, observations infirmières sont rédigés de ma- nière pertinente, claire, compréhensible et sans porter de jugement													
59. Les interventions infirmières uniques, réalisées en raison d'un pro- blème ponctuel, sont mentionnées dans les notes de suivi, observa- tions infirmières													
60. Les phénomènes et les activités/interventions qui sont décrits de façon récurrente les notes de suivi, observations infirmières sont reprises dans la planification des soins (par ex. en tant que problé- matique infirmière / diagnostic infirmier, objectifs, mesures)													

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
61. Les annotations sur les preuves d'activités ne se trouvent qu'une seule fois et à la place prévue à cet effet (par ex. dans la planification des soins standardisée, dans la documentation des plaies, sur la feuille d'observation, dans le protocole sur la douleur, etc.). Il n'existe pas de doublons dans les notes de suivi, observations infirmières													
62. Il est possible de savoir si l'intervention a été exécutée de manière autonome par l'infirmière/infirmier compétent ou a été déléguée													
H. <u>Plan de médicaments</u>													
63. La médication est documentée correctement, conformément aux directives internes de l'institution													
64. Les médicaments prescrits sont documentés de manière exhaustive selon le principe des 5 B (la bonne personne, le bon médicament (nom correct), le bon dosage (ou la bonne concentration), le bon type d'application, à la bonne heure)													
I. <u>Evaluation des soins infirmiers prodigués</u>													
65. Les objectifs infirmiers sont vérifiés régulièrement / à heure fixe													
66. Le taux d'atteinte des objectifs est documenté de manière claire et compréhensible													
67. L'évaluation des objectifs infirmiers peut être déduite à partir des notes de suivi, observations infirmières													
68. Les données d'évaluation (observations, entretiens, examen corporel, rapport sur le processus de soins) sont documentées de manière claire et compréhensible													

Attribution des points: oui = 2 points, partiellement= 1 point, non = 0 point, ps = pas significatif (n'est pas compté)	Dossier de soins vérifié										Nombre max. de points	Nombre de points obtenus	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
69. Les objectifs infirmiers et les mesures sont adaptés aux résultats de l'évaluation (par ex. fin des soins, adaptation des objectifs et des mesures)													