

# Guide pour bien préparer Pathos

---

Tout doit être justifié ++++ par écrit : transmissions, évaluations, dossier médical, suivi biologique, dossier de rééducation, plan de soins, suivi des pansements, dossier psycho.....

Choisir une date précise de coupe qui doit se situer moins de 15 jours avant le rendez vous de validation avec le médecin conseil.

Faire le Girage juste avant

Enlever les fiches des hospitalisés, des moins de 60 ans.

## **Le dossier médical :**

Antécédents

Pathologies en cours

si démence suspectée : 5 mots et horloge et si possible MMS

Si démence légère : MMS

Poids, taille, IMC,

Gir récent 3 mois avant la coupe et dans la quinzaine qui la précède

Peut être un descriptif plus précis de la mobilité de la personne : get up and go, test moteur min, Tinetti, double tache, appui unipodal.... Si on pense pouvoir justifier un R2

Bilan qui justifie les pathologies : NFS, Albumine, Clearance, iono ....

Bilan de surveillance des tr ioniques

Bilan des investigations envisagées et pourquoi ?

Risques identifiés : chutes, iatrogénie, fugues, dénutrition, déshydratation, fausses routes...

## **Le dossier rééducation :**

Le résident marche t'il ?

Test moteur minimum, get up and go, time up and go, Stop walking while talking, appui monopodal

Y a-t-il de la kiné ? Pourquoi ?

Y a-t-il une prescription ?

Il faut que soit écrit l'objectif de rééducation et l'évaluation

Si pas de kiné, pourquoi ? non coopération du résident, non adhésion de médecin ttt, il n'y a pas pensé. Essai déjà tenté non fructueux, « trotinothérapie » ou objectif plus ambitieux ?

Dossier de suivi des résultats par le kiné ou l'ergo

Autres rééducations : orthophoniste, orthoptiste...

Les AVC de moins de 6 mois, les parkinsoniens, les SEP ...

Il faut au minimum 3 séances par semaine

## **Atelier mémoire :**

Y en a t'il dans la structure ? Atelier mémoire structuré par AMP ou psychologue présenté dans le projet de vie avec résidents ayant un MMS >20 ou 19 si faible instruction (noter le niveau d'études)

Qu'est ce qu'on en attend pour chacun. Suivi écrit des actions

Justificatif des participations du résident à ces ateliers. Bénéfices qu'il en retire ? Adhésion de sa part ?

## **Troubles du comportement :**

Agitation, déambulation, fugues, cris, agressivité verbale et physique, insultes, injures, gestes d'impolitesse, pince, crachats, crache les médicaments, émiettement des protections, déchirure des vêtements, arrachage des fils électriques, toutes les oppositions, fouille dans les affaires des autres, vols, pleurs, isolement, retrait, inversion jour nuit, menace de suicide, hallucinations, urination inappropriée, irritabilité, peur, tr sexuels ET APATHIE.... justifiant une prise en soin active de l'équipe :

Traçabilité des troubles, descriptif des troubles et de la mobilisation nécessaire pour y répondre : transmissions de l'équipe soignante +++ Pour ceux qui ont des troubles au long cours que l'équipe finit par ne plus signaler : faire un point hebdomadaire par écrit

Traçabilité des résultats après ateliers occupationnels, de la participation aux ateliers.

Somnifères : S1

### **Contention au fauteuil :**

Tr du comportement P2 si surveillance, tentative de lever de la contention, lutte active contre les complications : traçabilité

### **La dénutrition**

Suivi mensuel des poids  
Calcul du pourcentage de perte au gramme près !  
Calcul de l'IMC  
Albuminémie (pas sur l'électrophorèse : pas de valeur)

Suivre les recommandations très précises du guide d'harmonisation  
Traçabilité de l'inscription du résident dans le protocole re-nutrition « maison »  
Prescription ces CNO

### **Les psychotiques**

Suivi psy (psychiatre et IDE psy) traçabilité des rdv. Rdv fréquents pour un P2  
Traçabilité des périodes de crises dans les transmissions

### **Les diabétiques**

Traçabilité de chaque changement de doses d'insuline (carnet de surveillance), des HGT, et des bilans de surveillance : sanguin, urinaire, cardio, ophtalmo, nephro....  
Si adaptation des doses avec insuline rapide plusieurs fois par semaines : T2

### **Les AVK**

Relais HBPM /AVK =T2

### **Les chuteurs ?**

Fréquence, caractère récent, intérêt de la rééducation pour la prévention du syndrome post chute R2 à discuter : bilan kiné ++  
Recherche d'hypotension orthostatique : Bas de contention = insuffisance veineuse S1  
Si série de chutes DG ?

### **Les fausses routes**

Noter toutes les fausses routes sur les transmissions, et si elles sont à l'origine de broncho-pneumopathies  
Eau gélifiée ? Il faut des notions de fausses routes documentées si oui S1

### **Les plaies et escarres**

Faire des photos des escarres  
Bien coter S1 les petites plaies et les intertrigos divers

### **Mourant**

M1 : Est-il lucide ?

Connaît-il sa maladie ?

Décision de soins palliatifs écrite. Echéance relativement proche.

Montrer dans les transmissions qu'il y a un accompagnement rapproché. Association d'accompagnement des mourants...

Mettre en S1 ou S0 les pathologies traitées ou expliquant l'état.

T2 possible si soins pour pathologie intercurrente dont le traitement est nécessaire pour le confort du patient.

M2 : échéance paraît assez proche : ne mange presque plus....

### **Perfusion d'hydratation**

S1 : au long cours

T2 si période aigue mais bilan iono protides ou NFS rapprochés, avis médical pluri hebdomadaire