



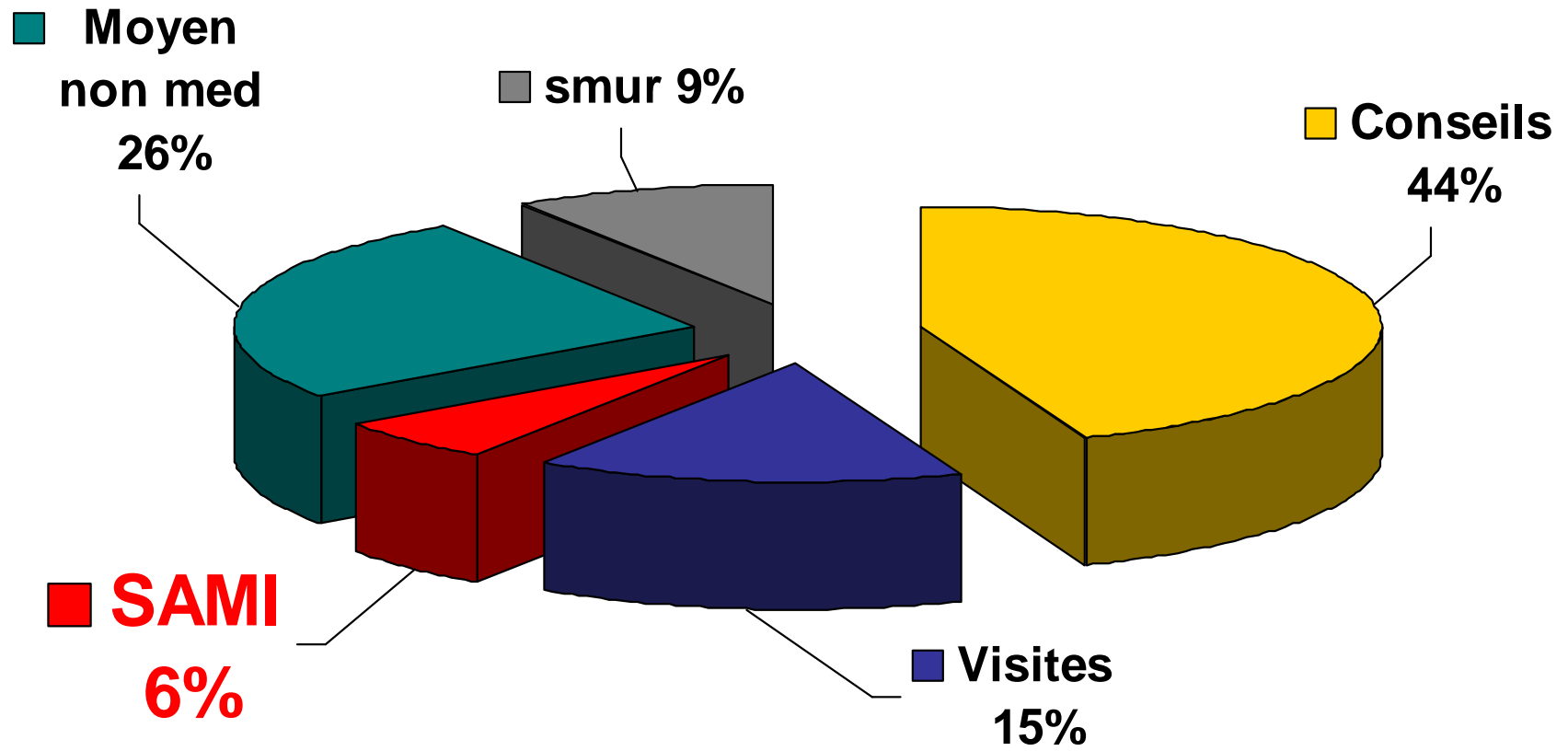
# Continuité des soins, permanence des soins et urgences en EHPAD: l'appel au 15

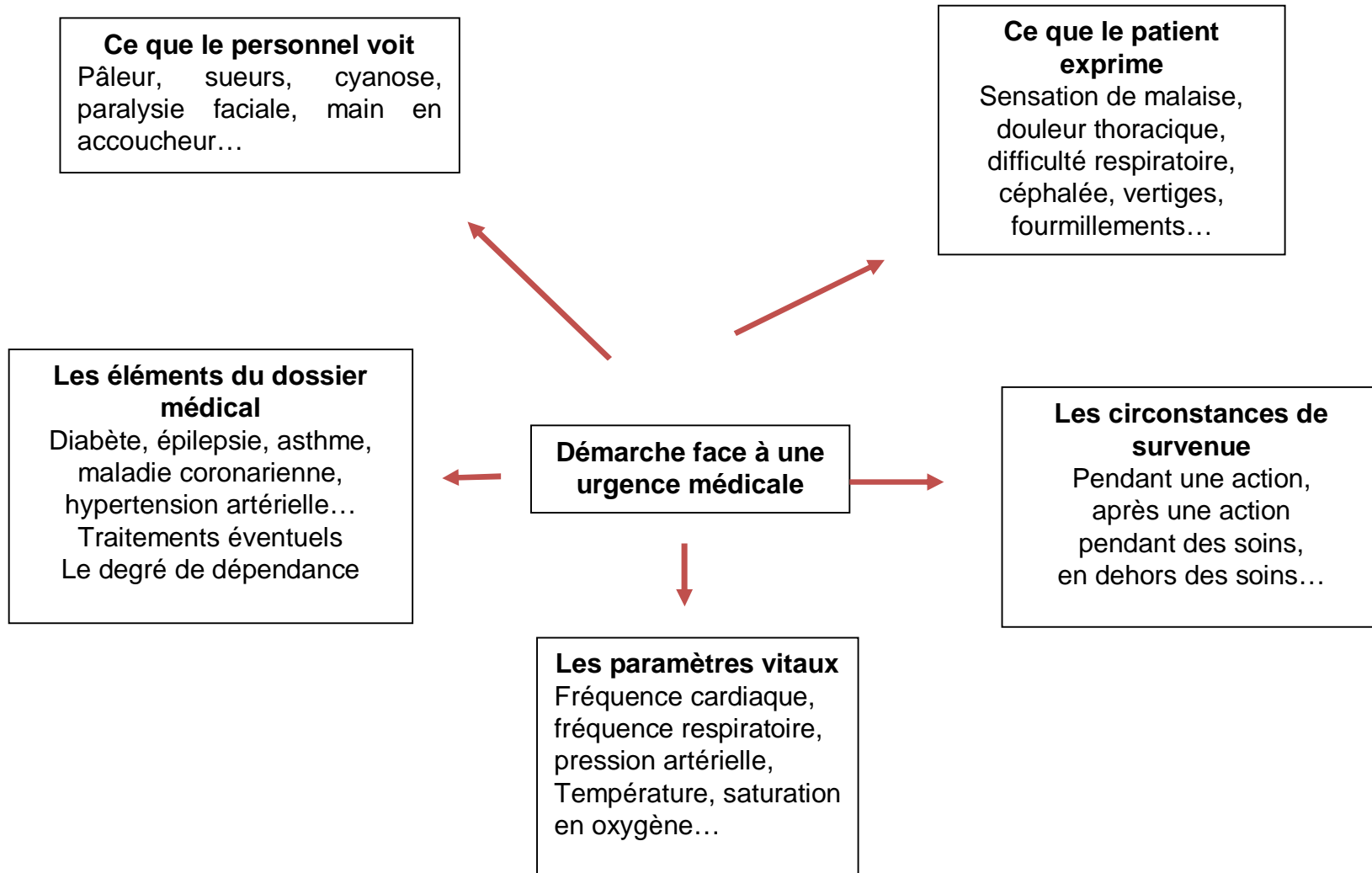
**DU de médecin coordinateur d'EHPAD**

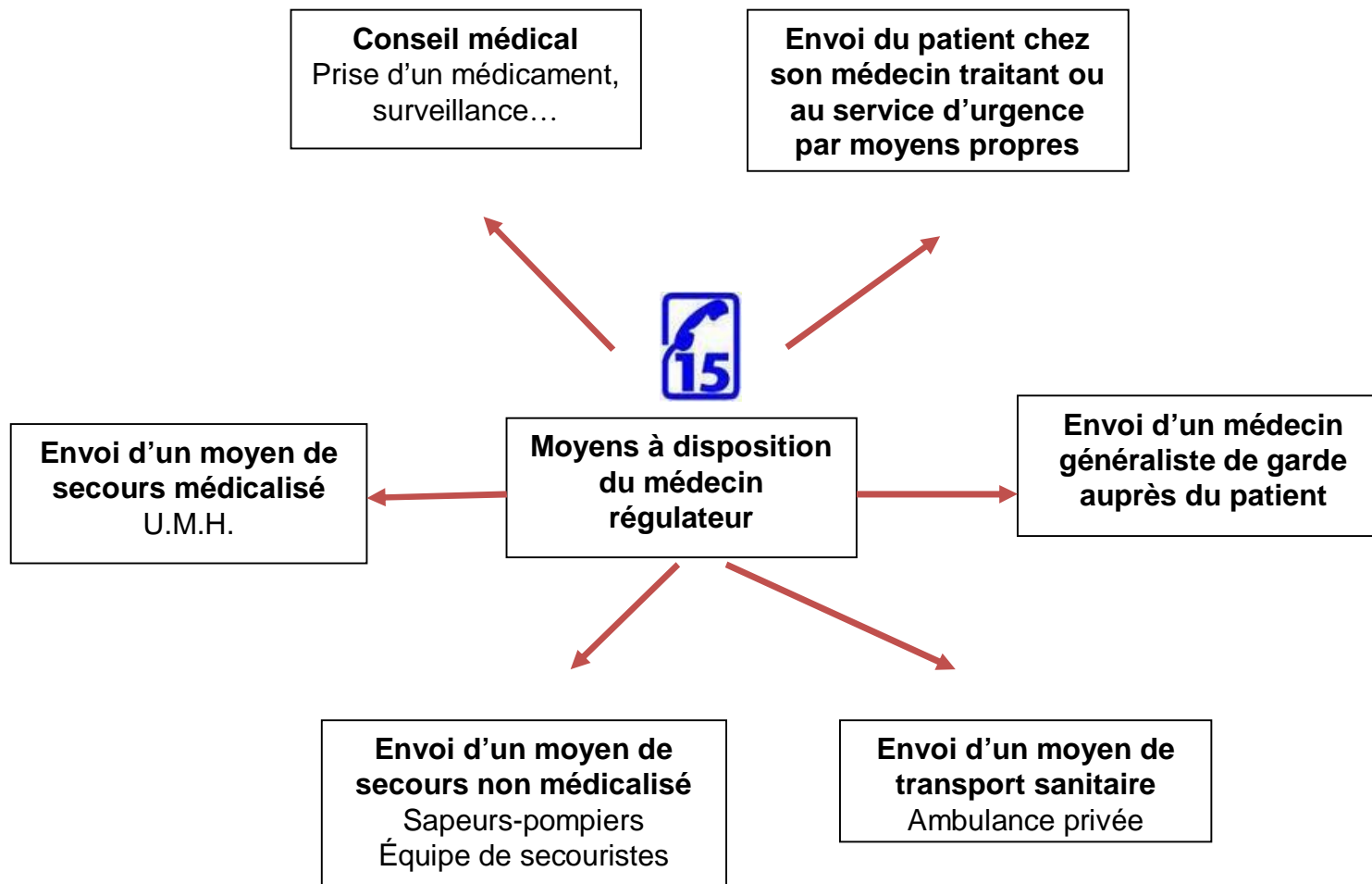
Dr Catherine BERTRAND

Dr Christine BOISSEL

Dr Alain MARGENET-BAUDRY







# Contenu DLU

## 1. ÉLÉMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Allergie : OUI  préciser laquelle : NON

Établissement d'hébergement :

Adresse : Tél :  
Médecin coordonnateur :  
Infirmière coordinatrice :

Régime :

Addictions : Alcool :  OUI  NON  
Tabac :  OUI  NON  
Autre :

Personne de confiance désignée par écrit :

Nom : Tél :

Coordonnées d'un référent de l'entourage : Lien (de parenté) :

Nom : Tél :

Poids : Taille :

Médecin traitant :

Nom : Tél :  
Adresse :

Traitement actuel détaillé :

Protection juridique :  NON  EN COURS  
 OUI et coordonnées du Tuteur/Curateur/Mandataire :

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

## 2. EVALUATION MEDICALE

Pathologies en cours :

Antécédents personnels :

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :



# Contenu DLU

## 3. EVALUATION DES SOINS

### 3.1. Evaluation des besoins fondamentaux :

	COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	Commentaire NE PAS COCHER						A B C
<b>1 - COHERENCE :</b> (converser et/ou se comporter de façon sensée, adaptée)	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> PARTIELLEMENT PERTURBEE <input type="checkbox"/> TOTALEMENT PERTURBEE <input type="checkbox"/> DEVIANCE DIAGNOSTIQUE	↓	A B C					A B C
<b>2 - ORIENTATION D'ANS LE TEMPS ET L'ESPACE :</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ORIENTE AVEC AIDE <input type="checkbox"/> DESORIENTATION EPISODIQUE <input type="checkbox"/> DESORIENTATION TOTALE		A B C					A B C
<b>3 - HUMEUR, COMPORTEMENT :</b>	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ANXIETE, DEPRESSION <input type="checkbox"/> AGITATION, AGRESSIVITE <input type="checkbox"/> CRIE <input type="checkbox"/> FUGUE <input type="checkbox"/> Commentaires/nc :							A B C
<b>4 - TOILETTE, HYGIENE :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> AIDE (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> DEPENDANCE TOTALE		A B C					A B C
<b>5 - HABILLAGE :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> AIDE (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> DEPENDANCE TOTALE		A B C					A B C
<b>6 - ALIMENTATION HYDRATATION :</b>	<input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AIDE <input type="checkbox"/> ASSISTANCE TOTALE <input type="checkbox"/> TROUBLES DE LA DEGLUTITION		A B C					A B C
				<b>7 - ELIMINATION :</b>	<input type="checkbox"/> CONTINENCE URINAIRE ET FÉCALE <input type="checkbox"/> INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR/NUIT) <input type="checkbox"/> INCONTINENCE TOTALE			A B C
				<b>8 - LOCOMOTION :</b>	<input type="checkbox"/> ADAPTEE <input type="checkbox"/> DÉMARRAGE INADAPTE <input type="checkbox"/> CHUTES FRÉQUENTES			A B C
				<b>9 - TRANSFERT (lit/fauteuil) :</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOME <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> DÉPENDANT			A B C
				<b>10 - DÉPLACEMENT A L'INTERIEUR :</b>	<input type="checkbox"/> AUTONOME <input type="checkbox"/> AVEC AIDE D'UNE PERSONNE <input type="checkbox"/> AVEC CHARIOT OU DÉMARRATEUR <input type="checkbox"/> EN FAUTEUIL ROLLANT <input type="checkbox"/> QUADRIPÈDE			A B C
				<b>11 - DÉPLACEMENT A L'EXTERIEUR (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport, se d. à pieds) :</b>	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS			A B C
				<b>12 - COMMUNICATION A DISTANCE (téléphone, connecté, alarme) :</b>	<input type="checkbox"/> FAIT SEUL <input type="checkbox"/> AVEC AIDE <input type="checkbox"/> NE FAIT PAS			A B C
				<b>13 - DOULEUR :</b>	<u>Durée</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON localisation : <u>Motifs</u> (anxiété, pleurs, dépression ...) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			A B C

# Contenu DLU

## 3.2. Evaluation des soins techniques infirmiers :



**Pansements :** → préciser leur nombre et leur localisation

- Soins d'ulcère
- Soins d'escarre
- Pansements divers

**Sondes :**

- Sonde à oxygène
- Sonde nasogastrique
- Sonde de trachéotomie
- Sonde urinaire

**Stomies :**

- Urétérostomie
- Colostomie
- Gastrostomie

**Appareillage divers :**

- Pace-maker
- Chambre implantable
- Prothèse
- Orthèse
- Appareillage ventilatoire  
( VNI, CPAP, etc... )

**Aucun Soin Technique :**

**Soins Palliatifs :**

**Prothèses mobiles :**

- Prothèses dentaires
- Prothèses auditives
- Lunettes
- Autres (préciser)

## 4. PROJET DE PRISE EN CHARGE

Risque(s) identifié(s) et réponse(s) préconisées(s) face à ce(s) risque(s) :

- indiquer les recommandations pour la prise en charge soignante :

- indiquer les recommandations pour la prise en charge médicale :

Nom et Fonction de l'évaluateur :

Date :

Signature :

# Le dossier de liaison gériatrie

En lien avec le SAMU 94, un dossier de liaison a été initié dans les établissements du Val de Marne.

Il comprend des éléments d'aide à la décision avec les renseignements suivants :

- Fonctions cognitives
- Autonomie :
- Pathologie incurable
- Point de vue du patient :
- Point de vue de la famille
- Projet de vie :

**Ainsi qu'un niveau d'intervention consigné dans le dossier**

**NIVEAU D INTERVENTION DECIDE (4 niveaux)**



***Niveau 1- Objectif : maintien de toute fonction par tout moyen possible***

= soins curatifs

Investigations et traitements maximaux

Transfert y compris soins intensifs

***Niveau 2- Objectif : intervention pour toute détérioration qui semble réversible pour rétablir l'état pré-morbide***

Investigation + traitements limités à la situation réversible

Transfert à discuter si succès prévisible (ex : fracture de hanche, abdomen aigu, FOGD – drainage pleural...).

### ***Niveau 3- Objectif : démarche palliative interventionniste***

= démarche palliative

Traitement indiqué uniquement pour maintenir ou augmenter le confort du patient.

Prise de sang, radiographies, peuvent être indiquées

I.V et antibiotiques peuvent être appropriés

Transfert : contacter le référent médical ou différer autant que possible le transfert du patient

### ***Niveau 4- Objectif : fin de vie***

Traitements licites : SCOPOLAMINE, MORPHINE et autres antalgiques, HYPNOVEL. Soluté S.C possible.

Aucune autre intervention thérapeutique médicale ou curative

Aucun transfert

Aucune prise de sang, ni radiographie, ni examen complémentaire

# Conclusion

- Formation
- Informatisation du dossier médical partagé.
- Incrémenter les moyens in situ
- DLU et/ou DLG
- Réseaux gérontologiques et consultations ambulatoires
- Conversation à 3: médecin co, régulateur et appelant de l'EHPAD