

Mode d'emploi du guide pratique

En 1980, l'American Nurses Association (ANA) innovait : elle publiait, pour la première fois, une définition des soins de santé infirmiers, qui consistent à diagnostiquer et à traiter les réactions de la personne aux problèmes de santé réels ou potentiels. Cet énoncé, associé aux normes de compétences élaborées par NANDA-I, a servi de tremplin à la reconnaissance du rôle clé des soins infirmiers. Il a confirmé l'apport crucial de la pratique infirmière dans les divers aspects des soins de santé : la survie des personnes, le maintien et le rétablissement de leur santé ainsi que la prévention des maladies.

Avec les changements qu'a connus la prestation des soins de santé au cours des quatre dernières décennies, la nécessité d'un cadre de communication commun assurant la continuité des soins s'est imposée. Les gens se déplacent d'un prestataire de soins à un autre et d'un service à un autre dans le système de santé, de sorte que l'évaluation des soins et leur traçabilité sont devenues des éléments cruciaux de ce processus.

Ce guide s'inscrit dans cette ligne de pensée. Il a été conçu pour aider l'infirmière et l'étudiante en soins infirmiers ou en sciences infirmières à repérer les interventions communément associées aux diagnostics infirmiers adoptés par NANDA International (NANDA-I). Il s'agit des activités que l'infirmière peut mettre en œuvre et documenter quand elle intervient auprès d'une personne, de sa famille et de la collectivité dans différents milieux de soin – en centre hospitalier, à domicile ou dans la communauté.

Le **chapitre 1** décrit brièvement la démarche de soins infirmiers en relation avec l'utilisation des diagnostics infirmiers.

Le **chapitre 2** comprend quatre sections destinées à soutenir la démarche de soins :

- La **section 1** offre des explications sur la typologie des modes fonctionnels de santé de Gordon et sur son utilité dans l'évaluation initiale et le choix du ou des diagnostics infirmiers ; on y trouve aussi un modèle d'instrument de collecte des données structuré selon les modes fonctionnels de santé de Gordon (2014) ainsi que la définition de chacun des 11 modes fonctionnels de santé.

- La **section 2** présente un cas type illustrant l'application de l'instrument de collecte des données, le choix des diagnostics pertinents et le plan de soins qui en découle.
- La **section 3** propose une représentation schématique du plan de soins de la section 2 sous forme de carte mentale.
- La **section 4** traite brièvement des notes au dossier avec des exemples illustrant différents systèmes d'inscription.

Le **chapitre 3** est entièrement consacré aux diagnostics infirmiers proposés par NANDA-I dans son édition de 2018-2020, classés par ordre alphabétique de mots clés (en majuscules)¹. (Il est à noter que, pour en faciliter le repérage, les diagnostics infirmiers sont aussi présentés par ordre alphabétique simple en tout début d'ouvrage.)

Immédiatement sous le titre de l'entrée apparaissent, pour chaque diagnostic infirmier, son domaine, sa classe et son code dans la Taxonomie II 2018-2020 de NANDA-I ainsi que les dates de son adoption et, s'il y a lieu, de sa ou de ses révisions. Cette taxonomie, qui se trouve à l'appendice 1, comprend 13 domaines, 47 classes, 244 diagnostics infirmiers et leurs codes respectifs. L'appendice 1 (p. 1295) présente également la définition de chacun des domaines et de chacune des classes, de même qu'un schéma les illustrant et un encadré précisant les notions de domaine, de classe, de titre et de code. Même si les infirmières utilisent surtout les diagnostics infirmiers dans leur pratique, la compréhension de cette structure taxonomique leur permet de mieux en saisir la portée sur la recherche et l'informatisation des soins.

Sous chaque entrée, les renseignements relatifs à la Taxonomie II sont suivis, dans l'ordre, des rubriques **Définition(s)**, **Caractéristiques**, **Facteurs favorisants** ou **Facteurs de risque**. Ces rubriques reprennent intégralement les définitions et les listes de NANDA-I (2018-2020) – sauf pour quelques ajouts des auteures toujours encadrés par des crochets.

- Les **Caractéristiques** (signes et symptômes ou indices), utilisées pour confirmer des diagnostics axés sur le problème ou sur la motivation à améliorer la situation, facilitent la formulation des **Résultats escomptés (objectifs)** et **critères d'évaluation** et fournissent des données supplémentaires pour guider le choix des interventions appropriées.
- Les **Facteurs favorisants** ou les **Facteurs de risque**, de même que les nouvelles rubriques **Populations à risque** et **États associés**, correspondent à des facteurs causals ou contributifs qui peuvent aider l'infirmière à déterminer si le diagnostic s'applique à une personne en particulier.

1. Ainsi, le diagnostic *Risque d'ACCIDENT* est classé sous «ACCIDENT».

Viennent ensuite les rubriques **Résultats escomptés (objectifs) et critères d'évaluation, Interventions, Information à consigner et Exemples tirés de la CRSI (NOC) et de la CISI (NIC).**

- Les **Résultats escomptés** et les **Critères d'évaluation** aident l'infirmière et l'étudiante en soins infirmiers ou en sciences infirmières à formuler des objectifs s'appliquant à une situation particulière et à les utiliser comme critères pour évaluer ses interventions. Notons que le délai prévu pour l'atteinte de l'objectif doit être précisé dans l'énoncé.
- Les **Interventions** sont groupées selon les domaines de priorité de soins. Elles portent principalement sur les soins à l'adulte, mais des remarques sur différents groupes d'âge y figurent également. Les priorités de soins se rapportent surtout à l'évaluation des facteurs favorisants ou des facteurs de risque, à l'évaluation et à la résolution du problème ou à la prévention des facteurs de risque et à l'enseignement des mesures visant le mieux-être de la personne. Certaines interventions se font en collaboration ou en interdépendance avec d'autres professionnels de la santé (médecins, nutritionnistes, physiothérapeutes, etc.). L'infirmière devra déterminer à quel moment une telle collaboration s'avère nécessaire et, le cas échéant, prendre les mesures qui s'imposent. La plupart des interventions comportent des **justifications** d'ordre physiopathologique et psychosocial en caractères gras à la suite de l'intervention.
- La rubrique **Information à consigner** rappelle à l'infirmière qu'elle doit noter ses observations, ainsi que les interventions et les résultats à chaque étape de la démarche de soins.
- Des **Exemples** tirés de la *Classification des résultats de soins infirmiers* (CRSI/NOC) et de la *Classification des interventions de soins infirmiers* (CISI/NIC) sont fournis à titre de référence. Ces classifications sont le fruit de travaux menés par plusieurs groupes de recherche depuis plus de 20 ans dans le cadre des Iowa Intervention Projects (pour en savoir davantage, consulter les divers ouvrages de Joanne C. McCloskey et de Marion Johnson).

Enfin, le **chapitre 4** présente des exemples d'énoncés de diagnostics infirmiers associés à plus de 450 situations (problèmes médicaux, épreuves diagnostiques, interventions chirurgicales ou contextes de soins) dans différents domaines de spécialisation médicale. Comme la démarche de soins infirmiers est un processus continu et permanent, d'autres diagnostics peuvent s'appliquer selon l'évolution de l'état ou la situation de la personne. L'infirmière doit donc continuellement recueillir des données pour confirmer ou infirmer ses hypothèses.

Nous encourageons les infirmières à utiliser les diagnostics infirmiers approuvés par NANDA-I dans la pratique clinique, la recherche,

l'enseignement, l'administration ou l'informatisation des soins infirmiers. Des cliniciennes, des éducatrices et des chercheuses provenant de disciplines et d'institutions diverses sont engagées dans la formulation, l'expérimentation et l'affinement des diagnostics. Dans ce cadre de travail collectif, NANDA-I invite les infirmières à lui communiquer leurs réflexions et leurs idées soit sur son site web : nanda.org.

CHAPITRE 1

La démarche de soins infirmiers

Relevant à la fois de la science et de l'art, les soins infirmiers concernent les besoins physiques, psychologiques, sociologiques, culturels et spirituels de la personne. Si la science des soins infirmiers repose sur un vaste cadre théorique étayé par la recherche, l'art des soins infirmiers dépend des compétences et des habiletés cliniques de l'infirmière.

Depuis plusieurs décennies, la profession infirmière poursuit un travail de définition et de description explicite de ce que font les infirmières et de ce qui rend leurs soins uniques, afin de circonscrire l'ensemble des connaissances professionnelles propres à leur pratique. Une partie importante de ce travail a consisté à se doter d'une terminologie commune, autrement dit, à standardiser le langage infirmier. Plusieurs langages infirmiers standardisés ont vu le jour, mais les diagnostics infirmiers les plus couramment utilisés aujourd'hui sont ceux de NANDA-International (ou NANDA-I).

La démarche de soins infirmiers s'inspire de la méthode scientifique, qui consiste à observer, à mesurer, à recueillir des données et à analyser les résultats. Elle intègre une approche interactive et interpersonnelle à un processus de résolution de problèmes et de prise de décision (Peplau, 1952; King, 1971; Yura et Walsh, 1988). Shore (1988) décrit la démarche de soins infirmiers comme un processus « [qui] en utilisant la méthode scientifique, combine les meilleurs aspects de l'art de la pratique infirmière et les éléments les plus pertinents de la théorie des systèmes ». Cette démarche s'applique dans n'importe quel milieu de soins ou d'enseignement, quel que soit le cadre théorique ou conceptuel de référence ou la théorie infirmière que l'on privilégie. Comme toute action infirmière repose sur la démarche de soins infirmiers, nous y voyons l'essence même des soins infirmiers.

La démarche de soins fait aujourd'hui partie intégrante des programmes d'études en soins infirmiers et du cadre juridique régissant l'exercice de la profession. Elle comporte cinq étapes: (1) la collecte des données; (2) l'analyse et l'interprétation des données: la formulation des diagnostics infirmiers; (3) la planification des soins; (4) la mise en œuvre du plan de soins; (5) l'évaluation. Examinons ces étapes une à une.

1. LA COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données est un processus dynamique qui comprend trois activités de base: la collecte systématique des données, leur classement et leur consignation.

Les données subjectives sont des renseignements que la personne et les proches fournissent à partir de leur perception de la situation.

Elles doivent être rapportées dans leurs mots, même si, dans certains cas, il peut être nécessaire de résumer l'information en s'assurant de préserver l'essentiel des propos. Il importe d'accepter sans porter de jugement la description que la personne fait de sa situation et des sentiments qu'elle éprouve.

Les données objectives proviennent de sources diverses, notamment de l'examen physique, des épreuves diagnostiques, des examens de laboratoire, des dossiers antérieurs et des entretiens avec d'autres professionnels de la santé.

L'infirmière construit ainsi le profil de la personne, lequel fournit les données de base sur ses capacités fonctionnelles, son mode de vie, son stade de développement, sa condition socioéconomique, ses valeurs culturelles ainsi que son état physique, psychologique, cognitif et spirituel.

L'infirmière peut employer différents instruments de collecte des données. Celui que nous présentons au chapitre 2 (section 1) et qui repose sur les modes fonctionnels de Gordon en est un exemple. Il s'agit ici de l'évaluation initiale, réalisée au moment du premier contact avec la personne. On fait ensuite de nouvelles évaluations pour répondre aux besoins changeants de l'individu (évaluations subséquentes).

2. L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES DONNÉES : LA FORMULATION DES DIAGNOSTICS INFIRMIERS

À l'étape de l'analyse des données, l'infirmière observe les réactions de la personne, de la famille ou de la collectivité. Elle utilise le raisonnement diagnostique pour tirer des conclusions quant à la signification des données recueillies. Il s'agit alors pour elle de regrouper les indices et de formuler des hypothèses diagnostiques qu'elle confirmera ou infirmera en se référant à la définition, aux caractéristiques, aux facteurs favorisants ou aux facteurs de risque des diagnostics infirmiers de NANDA-I. Le groupement des diagnostics infirmiers par mode fonctionnel de santé facilite ce processus (voir le chapitre 2, section 1).

La formulation de l'énoncé varie selon le type de diagnostic.

- Pour un **diagnostic focalisé sur le problème**, l'énoncé comporte le titre du diagnostic, les facteurs favorisants et les données se rapportant aux caractéristiques.
- Pour un **diagnostic de risque**, il n'y a ni signe ni symptôme ; seuls le titre et les facteurs de risque constituent l'énoncé.

- Pour un **diagnostic de promotion de la santé**, il n'y a pas de facteurs favorisants; la motivation de la personne, de la famille ou de la collectivité est appuyée par les caractéristiques.

Rappelons que « le diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité aux problèmes de santé présents ou potentiels ou aux processus de vie. Il sert de base au choix des interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable. » (Définition approuvée à la 9^e conférence biennale de NANDA, en 1990.)

3. LA PLANIFICATION DES SOINS

Au stade de la planification des soins, l'infirmière établit les priorités, détermine les résultats escomptés et choisit les interventions, ce qui mène à la rédaction du plan de soins. Dans la mesure du possible, la personne et les proches doivent participer à toutes les étapes de sa réalisation.

L'établissement des **priorités** est une tâche complexe qui permet à l'infirmière de préciser les **résultats escomptés** en fonction des besoins de la personne et de son état de santé. Ces résultats représentent les objectifs que la personne souhaite atteindre. Ils servent aussi de **critères d'évaluation** pour déterminer si le problème a été résolu ou si le besoin a été pris en charge, et s'il convient de modifier le plan de soins. Les objectifs doivent être concis, réalistes et mesurables, par exemple: « La personne comprendra le lien entre la maladie chronique (diabète sucré) et les changements circulatoires d'ici deux jours. » Ou: « La personne effectuera correctement l'autosurveillance de sa glycémie d'ici 48 heures. »

Ensuite, l'infirmière circonscrit les **interventions** grâce auxquelles on pourra atteindre les résultats escomptés. Elle doit posséder une solide base de connaissances, car les interventions doivent répondre aux besoins particuliers de chaque personne. Leur choix dépend de l'âge de la personne, de sa situation et de ses forces. Il peut s'agir d'interventions autonomes, d'interventions de collaboration ou d'interventions d'interdépendance. Les interventions doivent être datées et signées.

Le **plan de soins** fournit les données nécessaires en matière d'imputabilité et d'assurance de la qualité; il fait partie intégrante du dossier de la personne. Il peut être écrit à la main sur un formulaire standardisé ou informatisé. La façon de le rédiger est régie par la politique de l'établissement, mais nous suggérons quelques critères pour sa mise en application.

- Le plan de soins se fonde sur les normes de la pratique, sur les connaissances scientifiques et sur les politiques de l'établissement.

- Il ne met pas en péril la sécurité de la personne.
- Les énoncés diagnostiques s'appuient sur les données recueillies auprès de la personne et de ses proches.
- Les objectifs sont mesurables, observables et atteignables.
- Les interventions sont consignées dans un ordre logique et favorisent l'atteinte des résultats escomptés.
- Le plan propose des soins individualisés; on y met en évidence les préoccupations de la personne et de ses proches ainsi que leurs attentes, leurs capacités physiques et psychosociales et leurs valeurs culturelles.

L'infirmière peut utiliser les classifications d'interventions (CISI) et de résultats (CRSI) pour élaborer le plan de soins. Il s'agit d'outils d'amélioration de la qualité des soins.

4. LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SOINS

À l'étape de la mise en œuvre du plan de soins, l'infirmière réalise les interventions planifiées. En s'appuyant sur ses connaissances et son expérience, elle adapte ses interventions aux besoins changeants de la personne. S'il y a lieu, elle doit considérer les questions éthiques et juridiques, et respecter les décisions de la personne quant au choix des traitements et des interventions. Il lui faut s'assurer que les interventions qu'elle met en œuvre sont: (1) compatibles avec le plan de soins; (2) réalisées de manière adéquate et sécuritaire; (3) évaluées quant à leur efficacité; (4) documentées en temps opportun.

5. L'ÉVALUATION

L'évaluation consiste en l'appréciation des progrès réalisés par la personne vers l'atteinte des résultats escomptés. L'infirmière doit considérer les réactions de la personne à l'intervention et mesurer l'efficacité de cette dernière. Elle verra à modifier le plan de soins au besoin.

L'évaluation est un processus continu visant à déterminer: (1) si les interventions sont appropriées; (2) si elles doivent être modifiées; (3) si de nouveaux besoins se manifestent; (4) s'il est nécessaire de consulter d'autres professionnels de la santé; (5) s'il est indiqué de revoir les priorités pour répondre aux besoins de la personne.

La comparaison des résultats et l'efficacité des interventions constituent le fondement de recherches visant à valider la démarche de soins infirmiers et à soutenir une pratique axée sur des résultats probants. Il est également nécessaire de faire appel à une évaluation externe pour améliorer les normes de la pratique infirmière et pour établir les protocoles, les politiques et les règlements qui régiront la prestation

de soins infirmiers dans une situation particulière ou un milieu de soins donné.

Bien que les étapes de la démarche de soins infirmiers soient présentées ici comme des activités séparées et distinctes, elles sont en interaction constante et forment une boucle ininterrompue de réflexions et d'actions.

Pour appliquer efficacement la démarche de soins, l'infirmière doit posséder un bagage de connaissances en soins infirmiers, mais aussi dans les disciplines connexes (médecine, psychologie, etc.). Les habiletés de communication (p. ex. : empathie), les capacités cognitives et psychomotrices de même que la créativité et l'intuition sont également essentielles pour la mise en pratique des connaissances théoriques. L'infirmière doit faire preuve de souplesse pour être en mesure de s'adapter aux changements et aux événements imprévisibles qui caractérisent sa pratique quotidienne.

La prise de décision étant d'une importance cruciale à chaque étape de la démarche, l'infirmière doit s'appuyer sur certains principes, dont voici les plus importants.

- La personne est un être humain qui a sa valeur et sa dignité. Ces qualités lui donnent le droit de participer aux décisions relatives à ses soins et à leur prestation.
- Chez l'être humain, certains besoins fondamentaux doivent être satisfaits. S'ils ne le sont pas, la personne requerra l'intervention d'autrui jusqu'à ce qu'elle puisse se reprendre en main. Les professionnels de la santé doivent donc prévoir et mettre en œuvre des actions visant à sauver la vie d'autrui ou à favoriser son rétablissement et son autonomie.
- La personne a droit à une bonne qualité de vie et à des soins infirmiers prodigués avec respect, compassion et compétence, axés sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie.
- La relation thérapeutique que l'infirmière établit avec la personne constitue un aspect important de la démarche de soins. L'infirmière doit créer un climat de confiance amenant la personne à exprimer ouvertement ses sentiments et ses attentes.

Notre compréhension de ce que l'infirmière est et de ce qu'elle fait continue d'évoluer. Les infirmières ont lutté pendant des années pour obtenir une reconnaissance professionnelle en définissant leur travail à partir de paramètres de soins infirmiers. Pour avoir cette reconnaissance, elles se sont regroupées à l'échelle nationale et internationale et ont mené des recherches afin de déterminer les problèmes qui relèvent de leur compétence et d'en faire l'énoncé (diagnostic infirmier).

L'American Nurses Association (ANA), par ses prises de position sociales (1980 et 1995) et par l'élaboration de critères de compétence (1973 et 1991), a encouragé et soutenu l'emploi des diagnostics infirmiers dans la pratique.

Même si elle n'est pas encore complète, la liste des diagnostics de NANDA-I fournit aux infirmières les renseignements dont elles ont besoin pour porter un jugement professionnel. Elles peuvent se familiariser avec ce répertoire et en dégager les forces et les faiblesses, de façon à être en mesure de contribuer à la recherche et à l'avancement dans ce domaine. Il est possible de faire appel à ces diagnostics à l'intérieur des cadres conceptuels existants, car ils s'inscrivent dans une approche universelle qui s'adapte bien à tous les modèles de soins infirmiers.

Les diagnostics de NANDA-I modifient en profondeur la pratique infirmière. Alors qu'elle reposait auparavant sur des variables telles que les signes, les symptômes, les examens et les diagnostics médicaux, elle se fonde aujourd'hui sur l'analyse des réactions de la personne, exprimées sous la forme de diagnostics infirmiers. Ceux-ci constituent l'élément clé qui oriente l'acte professionnel. En effet, c'est à partir de ces diagnostics que l'infirmière pourra nommer et résoudre des problèmes définis et donner un sens à sa pratique. La précision du diagnostic infirmier constituera ainsi un standard se traduisant par une amélioration de la prestation des soins.

Les terminologies standardisées (comme celle des diagnostics de NANDA-I) de même que les classifications d'interventions et de résultats en soins infirmiers contribuent à l'avancement de la pratique infirmière. En voici les avantages.

- Elles assurent une meilleure communication entre les infirmières, les équipes de soins, les unités de soins, les divers professionnels de la santé et les établissements de santé.
- Elles offrent un point d'appui aux cliniciennes, aux enseignantes et aux chercheuses qui tentent de recueillir des données sur la démarche de soins, d'en analyser les composantes et de l'améliorer.

La démarche de soins constitue l'essence même des soins infirmiers, et l'utilisation d'un langage standardisé permet de structurer le savoir infirmier au profit de la personne, de la famille et de la collectivité.

CHAPITRE 2

De la théorie à la pratique

Pour poser un diagnostic infirmier et déterminer un plan de soins infirmiers, l'infirmière doit d'abord connaître les besoins, les réactions et les problèmes de la personne. À l'aide d'une collecte de données systématique, elle procède à l'évaluation clinique et établit le profil de cette personne. Ce chapitre propose donc des méthodes qui permettent d'atteindre ces objectifs.

La **section 1** de ce chapitre présente d'abord la typologie des modes fonctionnels de santé de Marjory Gordon (1994). Cette classification, qui comporte 11 modes de santé, est partie intégrante d'une approche holistique applicable dans différents champs d'exercice, quels que soient l'âge et l'état de santé de la personne. Outre qu'elle fournit une structure d'évaluation fondée sur des données probantes, standardisées, elle est compatible avec différents modèles en soins infirmiers (p. ex. : ceux d'Henderson, d'Orem et de Roy). Cette section propose ensuite un instrument d'évaluation conçu pour faciliter la collecte des données nécessaires au choix et à la validation des diagnostics infirmiers (outil basé sur les modes fonctionnels de santé de Marjory Gordon). Au lieu de se fonder sur le cadre médical classique d'examen des systèmes et des appareils, cet instrument d'évaluation est conçu dans une perspective de soins infirmiers : il oriente le jugement de l'infirmière vers les *diagnostics infirmiers* plutôt que vers les *diagnostics médicaux*.

La **section 2** montre, à l'aide d'un cas type – celui de M. Roger Dupont, diabétique –, le résultat d'une collecte des données réalisée grâce à l'instrument d'évaluation fondé sur les modes fonctionnels de Gordon ainsi que le choix des diagnostics et la planification des soins qui s'ensuit. Le plan de soins comprend les énoncés diagnostiques, les résultats escomptés et leurs indicateurs (CRSI) de même que les interventions infirmières (CISI) et leurs justifications.

La **section 3** illustre le plan de soins de M. Dupont au moyen d'une carte mentale qui permet de visualiser les interrelations entre les données d'évaluation, les diagnostics infirmiers, les résultats escomptés et les interventions.

Enfin, la **section 4** fournit des exemples de notes au dossier. En plus de faire état du travail de planification, le plan de soins sert de cadre ou de guide pour l'enregistrement des soins prodigués. L'infirmière responsable de la personne doit en analyser périodiquement les progrès, évaluer l'efficacité du plan et consigner les renseignements au dossier. En rédigeant des notes structurées, elle aide les intervenants qui consultent ce dernier à se former une idée nette et précise de l'évolution de la situation de la personne et à porter un jugement éclairé sur le suivi à faire.

SECTION 1

ÉVALUER LA SITUATION ET DÉTERMINER UN DIAGNOSTIC INFIRMIER

La Taxonomie de NANDA-I a été élaborée à partir de la typologie des modes fonctionnels de santé (Gordon, 1994). Cependant, leurs objectifs et leurs usages diffèrent entièrement, comme l'explique NANDA-I (2020):

La Taxonomie de NANDA-I a pour objectif d'opérer un tri, de classer les diagnostics infirmiers. Par ailleurs, la trame des Modes fonctionnels de santé (MFS) a été développée scientifiquement afin de standardiser la structure de l'évaluation infirmière (Gordon, 1994). Elle guide l'anamnèse et l'examen physique mis en œuvre par les infirmier(e)s, fournit des items pour l'évaluation et une structure afin d'organiser la collecte des données. De plus, la suite des 11 modes fournit un apport productif et efficace pour l'évaluation infirmière.

Basée sur des données probantes et standardisées, la typologie des modes fonctionnels de Gordon permet de recueillir les données de façon structurée afin d'obtenir une évaluation générale de l'état de santé de la personne. Selon Gordon, les modes fonctionnels de santé émergent de l'interaction entre la personne, la famille, la collectivité et l'environnement. Ils sont influencés par des facteurs biologiques, développementaux, sociaux, culturels et spirituels. Un mode fonctionnel est un ensemble de comportements liés à la santé, alors qu'un mode dysfonctionnel correspond à un problème de santé. Chacun étant l'expression d'une intégration biopsychosociale, on doit les évaluer et les analyser en tenant compte de leurs interrelations. Voici la définition de chacun des modes fonctionnels de santé.

Perception et prise en charge de la santé

Ce mode se rapporte à la perception qu'ont la personne, la famille ou la collectivité de leur santé et de leur bien-être de même qu'aux moyens qu'ils prennent pour s'en occuper. Plus précisément, il s'agit de la gestion des facteurs de risque, de l'utilisation des mesures de sécurité ainsi que des comportements liés aux activités de promotion de la santé et de prise en charge du programme thérapeutique.

Nutrition et métabolisme

Ce mode a trait aux aliments et aux liquides que la personne consomme ainsi qu'à ses besoins métaboliques et aux indices concernant la transformation et l'utilisation des aliments et des liquides dans son organisme. Il s'agit des habitudes de la personne sur le plan de la nutrition; des mesures du poids, de la taille et de la température; de l'état de la peau, des cheveux, des ongles, des muqueuses et des dents.

Élimination

Ce mode se rapporte à la fonction d'élimination de la personne (transpiration, élimination intestinale et urinaire). Il s'agit de ses habitudes sur ce plan, de sa perception de la régularité de sa fonction d'élimination, des changements ou des perturbations qui surviennent dans les mécanismes liés à cette fonction et des moyens utilisés pour la contrôler.

Activité et exercice

Ce mode touche la motivation et la capacité qu'à la personne de s'engager dans des occupations exigeant une dépense énergétique. Il s'agit des activités de la vie quotidienne, des loisirs et des sports pratiqués seul ou en groupe, des limitations imposées par la maladie et des facteurs affectant les activités de la personne (déficits neuromusculaires, problèmes respiratoires, troubles cardiaques, etc.).

Sommeil et repos

Ce mode concerne les habitudes de sommeil, de repos et de relaxation de la personne, sa perception de la qualité et de la quantité de sommeil et de repos requis, les perturbations du sommeil et les moyens utilisés pour les contrer.

Cognition et perception

Ce mode a trait aux fonctions sensorielles et cognitives. Il s'agit de l'acuité des sens (vue, audition, olfaction, toucher, goût) et des moyens de compensation utilisés, de la perception de la douleur et des méthodes visant à la soulager, des capacités qu'à la personne de percevoir, de comprendre, de mémoriser et de prendre des décisions à partir des renseignements provenant de son environnement interne et externe.

Perception de soi et concept de soi

Ce mode se rapporte à la conception que la personne a d'elle-même et à la façon dont elle perçoit ses capacités, son image corporelle, son état émotionnel et son estime de soi.

Relations et rôles

Ce mode a trait aux rôles qu'assume la personne ainsi qu'aux responsabilités et aux interactions qui y sont liées. La perception de ces rôles, le degré de satisfaction éprouvé et les difficultés sur les plans familial, professionnel et social font partie de la description de ce mode fonctionnel de santé.

Sexualité et reproduction

Ce mode se rapporte aux satisfactions et insatisfactions de la personne sur le plan sexuel ainsi qu'à tout ce qui touche ses fonctions de reproduction.

La perception du degré de satisfaction et la verbalisation des inquiétudes ou des difficultés font partie de la description de ce mode fonctionnel de santé.

Adaptation et tolérance au stress

Ce mode a trait aux stratégies d'adaptation qu'emploient généralement la personne, sa famille ou la collectivité, et à leur efficacité pour composer avec le stress. Le réseau de soutien de la personne ainsi que la perception qu'elle a de son habileté à affronter les situations stressantes ou menaçantes font partie de la description de ce mode fonctionnel de santé.

Valeurs et croyances

Ce mode renvoie aux valeurs, aux croyances et aux objectifs qui guident les choix, les décisions et le mode de vie de la personne. La conception de la qualité de vie, les attentes et la perception des conflits liés aux valeurs et aux croyances font partie de la description de ce mode fonctionnel de santé.

L'exemple d'instrument de collecte des données présenté ici repose sur la typologie des 11 modes fonctionnels de santé de Gordon. Cette collecte des données est axée sur la reconnaissance de modes de santé fonctionnels (santé, bien-être, forces de la personne) et de modes de santé dysfonctionnels (problèmes actuels ou potentiels). Cet outil peut également être adapté de façon à répondre aux besoins de groupes particuliers.

L'infirmière évalue et analyse les modes fonctionnels de santé en tenant compte de leurs interrelations. Dans ce contexte, les renseignements recueillis doivent être comparés aux données de base de la personne, aux normes propres à son groupe d'âge de même qu'aux normes culturelles et sociales.

Selon la situation de la personne ou ses besoins particuliers, l'infirmière peut classer les modes de santé par ordre de priorité et en explorer certains plus en profondeur; ses hypothèses diagnostiques la guident alors vers la recherche d'indices additionnels. La rubrique Autres facilite l'inscription de données complémentaires. Au besoin, l'infirmière peut placer à côté d'une rubrique des mentions telles que « à préciser ultérieurement » ou « ne s'applique pas ». Comme le souligne NANDA-I, les données doivent être enregistrées sous forme d'indices et non d'inférences, ces dernières étant des interprétations que la personne fait à partir d'indices. Il faut donc éviter d'introduire des diagnostics infirmiers (comme *ANXIÉTÉ*) dans la collecte des données, à moins qu'ils n'aient été évoqués explicitement par la personne.

La concordance entre les catégories servant à structurer la collecte des données et la classification des diagnostics infirmiers selon NANDA-I permet d'établir un lien étroit entre l'évaluation de l'état de santé de la

personne, de la famille ou de la collectivité et le choix des diagnostics infirmiers. Ainsi, les données recueillies sur un mode fonctionnel de santé (p. ex. : le mode Perception de soi et concept de soi) peuvent être comparées aux caractéristiques du ou des diagnostics infirmiers s'y rapportant (*PEUR, ANXIÉTÉ, SENTIMENT D'IMPUISSANCE*, etc.). Le processus diagnostique, notamment la différenciation du problème ou de la réaction, s'en trouve ainsi facilité.

De plus, la classification des diagnostics selon NANDA-I permet à l'infirmière de confirmer ou d'infirmer ses hypothèses en comparant les données recueillies aux caractéristiques, aux facteurs favorisants ou aux facteurs de risque, aux populations à risque et aux états associés. On l'a dit, comme les modes de santé (fonctionnels ou dysfonctionnels) sont basés sur des séquences de comportements caractéristiques de la personne plutôt que sur des systèmes et des appareils particuliers, on doit les évaluer et les analyser en tenant compte de leurs interrelations. Pour cette raison, nous incitons l'infirmière à garder l'esprit ouvert, à explorer toutes les pistes et à recueillir toutes les données *avant* de choisir le ou les diagnostics correspondant le mieux à la situation de la personne.

Dans cette section se trouvent un exemple complet d'instrument de collecte des données chez l'adulte dans un contexte de soins en médecine et en chirurgie ainsi que des extraits de l'instrument utilisés dans des contextes de soins psychiatriques et de soins obstétricaux.

INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES CHEZ L'ADULTE (MÉDECINE-CHIRURGIE) BASÉ SUR LES MODES FONCTIONNELS DE SANTÉ DE GORDON

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom: _____

Âge: _____ Date de naissance: _____

Sexe: _____ Groupe ethnique: _____

Date d'admission: _____ Heure: _____

Provenance: _____

Diagnostic à l'admission: _____

Antécédents médicaux: _____

Source des renseignements: _____

Fiabilité (de 1 à 4, 4 représentant le degré de fiabilité le plus élevé): _____

Proches (conjoint, membres de la famille, amis): _____

PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Description de l'état de santé: _____

Actions entreprises pour le maintien et le recouvrement de la santé:

Croyances et valeurs en matière de santé (reliées aux pratiques religieuses ou culturelles): _____

Origine ethnique: _____ Habitudes, mode de vie: _____

Utilisation de mesures de sécurité (ceinture, casque, etc.): _____

Participation à des programmes de dépistage: _____

Connaissance des pratiques d'autoexamen (seins, pression artérielle, etc.):

Description du problème actuel: _____

Motif de l'hospitalisation: _____

Antécédents médicaux:

Accidents: _____ Interventions chirurgicales: _____

Fractures, luxations: _____ Maux de dos: _____

Infections transmissibles sexuellement (date, type, comportements à risque): _____

Altérations du système immunitaire: _____ Arthrite: _____

Convulsions: _____ Moyens de prévention: _____

Allergies: _____

Réactions: _____

Transfusions sanguines (dates): _____

Réactions: _____

Autres: _____

Médicaments prescrits:

Nom, dosage, fréquence: _____

Prise régulière: _____ But: _____

Effets indésirables, problèmes: _____

Médicaments en vente libre: _____

Drogues: _____ Tabac: _____ Chique: _____

Alcool: _____ Quantité, fréquence: _____

Herbes médicinales: _____

Facteurs de risque liés à l'environnement:

Exposition à des maladies infectieuses (p. ex. : voyages): _____

Lieu de résidence, pays visités: _____

Exposition à des vapeurs toxiques: _____

Autres: _____

Facteurs de risque familiaux (préciser le lien de parenté):

Diabète: _____ Tuberculose: _____

Trouble thyroïdien (préciser): _____

Cardiopathie: _____ Hypertension: _____

Épilepsie: _____ Néphropathie: _____

Cancer: _____ Accident vasculaire cérébral: _____

Problème de santé mentale: _____

Autres: _____

Gestion des problèmes de santé (médication, traitements, etc.): _____

Persistance ou aggravation du problème: _____

Attentes à l'égard du personnel soignant: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Réactions physiologiques observées: _____

Résultats des analyses de laboratoire (cultures, FS, etc.): _____

Autres: _____

NUTRITION ET MÉTABOLISME

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Type de régime alimentaire: _____

Nombre de repas et de collations par jour: _____

Habitudes alimentaires aux 3 repas: _____

Apport en calories, en glucides, en protéines, en lipides (g/j): _____

Dernier repas (ration): _____

Apport liquidien quotidien: _____

Suppléments vitaminiques ou alimentaires: _____

Préférences alimentaires: _____

Interdictions alimentaires: _____

Appétit: _____ Gout: _____ Odorat: _____

Nausées, vomissements: _____ Malaises gastriques: _____

Allergies, intolérances alimentaires: _____

Problèmes de mastication ou de déglutition: _____

Prothèse dentaire: _____

Poids habituel: _____ Changements pondéraux: _____

Satisfaction relative au poids: _____

Problèmes cutanés (lésions, sécheresse, retard de la cicatrisation, etc.): _____

Antécédents de problèmes nutritionnels et métaboliques: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Poids: _____ Taille: _____

Configuration morphologique: _____ % de graisse corporelle: _____

Turgescence de la peau: _____

Température: _____ Coloration: _____

État des muqueuses: _____

État des dents et des gencives: _____ Haleine: _____

Apparence de la langue: _____

Fonction de déglutition: _____

État des ongles et des cheveux: _____

Température corporelle: _____ Diaphorèse: _____

Œdème:

Généralisé: _____ Déclive: _____

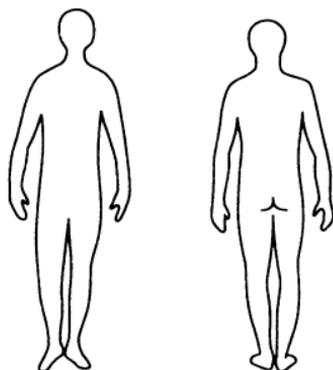
Palpébral: _____ Ascite: _____

Gonflement de la veine jugulaire: _____

Temps de remplissage capillaire: _____

Résultats des analyses de laboratoire (glycémie, Hb-Ht, électrolytes, etc.): _____

Intégrité de la peau (inscrire le siège sur le schéma qui suit): _____



Cicatrices: _____ Éruptions: _____

Lacérations: _____ Ulcérations: _____

Ecchymoses: _____ Ampoules: _____

Brûlures (degré et %): _____

Écoulement: _____

Force générale: _____ Tonus musculaire: _____

Autres: _____

ÉLIMINATION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Mode habituel d'élimination intestinale:

Fréquence des selles: _____ Dernière selle: _____

Caractéristiques des selles (consistance, couleur): _____

Malaises: _____ Perte de contrôle: _____

Changement du mode habituel d'élimination intestinale: _____

Usage de laxatifs: _____

Antécédents de problèmes intestinaux (saignements, hémorroïdes, constipation, diarrhée, etc.): _____

Mode habituel d'élimination vésicale:

Fréquence des mictions: _____ Quantité: _____

Caractéristiques des urines (couleur, odeur): _____

Douleur, brûlure à la miction: _____

Perte de contrôle: _____ Difficulté à vider la vessie: _____

Changement du mode habituel d'élimination vésicale: _____

Usage de diurétiques: _____

Antécédents de problème rénaux ou vésicaux: _____

Autonomie quant à l'élimination: _____

Transpiration, odeur: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Abdomen:

Sensibilité: _____ Emplacement de la douleur: _____

Abdomen mou ou ferme: _____ Masse palpable: _____

Profil et circonférence de l'abdomen: _____

Bruits intestinaux: _____ Siège: _____ Type: _____

Hémorroïdes: _____ Présence de sang occulte dans les selles: _____

Vessie palpable: _____ Tonus du sphincter anal: _____

Aides techniques (culottes d'incontinence, sonde à demeure, etc.): _____

Appareil de stomie: _____

Résultats des analyses de laboratoire (culture et antibiogramme des urines, Chemstix, etc.): _____

Autres: _____

ACTIVITÉ ET EXERCICE

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Profession, métier: _____ Qualité de l'énergie: _____

Activités physiques: Type: _____ Fréquence: _____

Durée: _____ Intensité: _____

Loisirs: Seul: _____ En groupe: _____

Degré de satisfaction lié aux activités: _____

Activités de la vie quotidienne: Échelle d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

0 – Est complètement autonome.

1 – Doit utiliser des aides techniques.

2 – A besoin d'aide, de surveillance ou d'enseignement.

3 – A besoin du soutien de quelqu'un et d'aides techniques.

4 – Est dépendant, ne participe pas.

Se déplacer: _____

Préparer les repas: _____

Se nourrir: _____

Se laver: _____ Se vêtir, soigner son apparence: _____

Utiliser les toilettes: _____

Entretenir le domicile: _____ Faire les courses: _____

Aides techniques: Béquilles: _____ Chaise d'aisance: _____

Déambulateur: _____ Canne: _____

Attelle ou orthèse: _____ Prothèse: _____

Fauteuil roulant: _____ Autres: _____

Routine des soins personnels: _____

Antécédents:

Problèmes neurologiques (traumatisme crânien, AVC, traumatisme médullaire, etc.): _____

Problèmes cardiovasculaires (hypertension, angine, insuffisance veineuse ou artérielle, etc.): _____

Problèmes respiratoires (asthme, emphysème, pneumonies à répétition, etc.): _____

Problèmes musculosquelettiques (blessures, arthrite, ostéoporose, tendinite, etc.): _____

Symptômes affectant l'activité (toux, dyspnée, palpitations, engourdissement des membres, etc.): _____

Traitements affectant l'activité:

Emploi d'un ventilateur: _____ Oxygénothérapie: _____

Autres: _____

■ **DONNÉES OBJECTIVES**

Réactions observables à l'activité: Pouls: _____

Respiration: _____ Pression artérielle: _____

Oxymétrie pulsée (saturation en oxygène): _____

Évaluation neuromusculaire: Masse musculaire: _____

Tonus musculaire: _____ Posture: _____

Tremblements: _____ Vertiges: _____

Amplitude des mouvements: _____ Force: _____

Démarche: _____ Équilibre: _____

Coordination: _____ Difformités: _____

Évaluation de la fonction cardiovasculaire:

Pression artérielle:

Droite: Couché: _____ Assis: _____ Debout: _____

Gauche: Couché: _____ Assis: _____ Debout: _____

Pression différentielle: _____ Trou auscultatoire: _____

Pouls (palpation):

Carotidien: _____ Temporal: _____

Jugulaire: _____ Radial: _____

Fémoral: _____ Poplité: _____

Pédieux: _____ Tibial postérieur: _____

Frémissement palpatoire: _____ Choc en dôme: _____

Bruits du cœur: Fréquence: _____ Rythme: _____ Qualité: _____

Souffles: _____ Frottement pleural: _____

Bruits vasculaires (préciser): _____

Coloration: Lits unguéaux: _____ Lèvres: _____

Muqueuse buccale: _____ Langue: _____

Conjonctive: _____ Sclérotique: _____

Évaluation de la fonction respiratoire:

Respiration: Rythme: _____ Amplitude: _____ Symétrie: _____

Utilisation des muscles accessoires: _____
Battement des ailes du nez: _____
Bruits respiratoires normaux: _____
Bruits respiratoires adventices: _____ Bruits vocaux: _____
Expectorations (caractéristiques): _____
État de conscience: _____
Pupilles: Diamètre: _____ G: _____ D: _____
Réflexe photomoteur: G: _____ D: _____
Apparence générale: _____
Tenue vestimentaire: _____
Autres: _____

SOMMEIL ET REPOS

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Habitudes de sommeil:

Nombre d'heures/nuit: _____ Heure du coucher: _____

Heure d'endormissement: _____ Heure du réveil: _____

Réveils fréquents: _____ Réveil précoce: _____

Cauchemars: _____

Rituels au coucher: _____

Aides au sommeil (médicaments, relaxation): _____

Sensation de repos au réveil: _____

Siestes: _____ Programme de repos et de relaxation: _____

Antécédents de problèmes physiques ou psychologiques associés
au sommeil et au repos: _____

Facteurs aggravant les problèmes de sommeil (douleur, aide respiratoire, etc.):

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Degré d'attention, capacité de se concentrer: _____

Autres: _____

COGNITION ET PERCEPTION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Langue d'usage: _____ Langue seconde: _____

Degré de scolarité: _____

Difficultés d'apprentissage: _____

Antécédents de problèmes neurologiques (AVC, traumatisme cérébral, tumeur
cérébrale, etc.): _____

Séquelles: _____

Problème de santé mentale: _____

Odeur: Perte: _____ Changement: _____

Gout: Perte: _____ Changement: _____

Vision:

Baisse de l'acuité visuelle: _____ Changements récents: _____

Dernier examen: _____ Verres correcteurs: _____

Lentilles cornéennes: _____ Glaucome: _____

Cataractes: _____

Audition:

Baisse de l'acuité auditive: _____ Changements récents: _____

Dernier examen: _____ Prothèses auditives: _____

Douleur: _____

Siège: _____

Intensité (de 1 à 10, 10 représentant la plus intense): _____

Fréquence: _____ Caractéristiques: _____

Irradiation douloureuse: _____ Durée: _____

Facteurs déclenchants et aggravants: _____

Méthodes de soulagement: _____

Symptômes associés: _____

Effets sur les activités: _____

Effets sur les rapports interpersonnels: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Douleur: Comportement de protection de la région atteinte:

Posture: _____ Gestes: _____

Expression du visage: _____

État mental (noter la durée du changement):

Orientation: Temps: _____ Lieu: _____ Personnes: _____

Idées délirantes: _____

Hallucinations: _____ Illusions: _____

Langage: Élocution: _____ Capacité de lire: _____

Capacité d'écrire: _____ Capacité de comprendre: _____

Mémoire: Récente: _____ Lointaine: _____

Capacité de prendre une décision: _____

Capacité de planifier une activité: _____

Autres: _____

PERCEPTION DE SOI ET CONCEPT DE SOI

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Identité personnelle (description de soi et de ses forces sur les plans physique, cognitif ou émotionnel): _____

Image corporelle (remarques concernant son corps, ce qui est aimé ou non): _____

Estime de soi (perception de sa valeur): _____

Situations qui génèrent habituellement:

Colère: _____

Anxiété: _____

Humeur dépressive: _____

Sentiment de perte de contrôle: _____

Moyens habituellement pris pour maîtriser ces réactions: _____

Effets de la situation actuelle (maladie, accident, changement de rôle, etc.) sur l'image corporelle et l'estime de soi: _____

Limites résultant de la situation actuelle: _____

Sentiments éprouvés devant la situation actuelle (impuissance, désespoir, etc.):

Expression d'idées de violence (envers soi): _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Description du langage corporel: Posture: _____

Mouvements: _____ Contact visuel: _____

Débit verbal: _____ Intonation: _____

Réactions physiologiques observées: _____

Modification du flux énergétique: Température: _____

Couleur: _____ Répartition: _____

Mouvement: _____ Sons: _____

Autres: _____

RELATIONS ET RÔLES

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Situation professionnelle: Métier, profession: _____

Salarié: _____ Sans emploi: _____

Invalité temporaire: _____ Invalité permanente: _____

Ressources pécuniaires (suffisantes pour satisfaire les besoins): _____

Structure familiale (utilisation d'un génogramme):

Famille nucléaire: _____ Famille élargie: _____

Famille monoparentale: _____ Famille recomposée: _____

Nombre d'enfants et leur âge: _____

Dynamique familiale:

Prise de décision: _____ Modes de communication: _____

Façon habituelle de faire face aux difficultés: _____

Réseau de soutien: Conjoint: _____ Amis et voisins: _____

Membres de la famille partageant le même domicile: _____

Membres de la famille résidant ailleurs: _____ Aucun: _____

Perception des rôles: Au sein de la famille: _____

Au travail: _____ Au sein du groupe d'amis: _____

Responsabilités liées aux rôles dans la vie courante: _____

Façon de gérer la responsabilité d'une personne à charge: _____

Degré de satisfaction dans l'exercice des différents rôles: _____

Effets de la perte sur l'exercice des rôles: _____

Perception des relations: Au sein de la famille: _____

Au travail: _____

Au sein du groupe d'amis: _____

Réactions ou inquiétudes de la famille relativement à la maladie
ou à l'hospitalisation: _____

Problèmes familiaux ou sociaux liés à la maladie: _____

Façon de faire face aux problèmes familiaux ou sociaux: _____

Rapports sociaux: Qualité: _____

Fréquence (ailleurs qu'au travail): _____

Établissement de relations significatives: _____

Sentiment de faire partie de son milieu ou d'être isolé: _____

Expression d'idées de violence (envers les autres): _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Propos: Clarté: _____ Vocabulaire: _____

Intelligibilité: _____ Congruence: _____

Situations affectant la communication (dysarthrie, aphasie, laryngectomie, aides techniques à la parole, etc.): _____

Type d'interaction de la personne avec les proches (conjoint, famille ou amis): _____

Communication verbale: _____

Communication non verbale: _____

Autres: _____

SEXUALITÉ ET REPRODUCTION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Activité sexuelle: Perception de la satisfaction: _____

Changements récents (capacité, fréquence, intérêt, etc.): _____

Inquiétudes ou difficultés d'ordre sexuel: _____

Méthodes de contraception: _____ Emploi du condom: _____

Préoccupations d'ordre sexuel liées à la maladie ou à la chirurgie: _____

Autres: _____

Fonction de reproduction chez la femme

Puberté: Âge: _____ Difficultés éprouvées: _____

Menstruation:

Durée: _____ Nombre de serviettes hygiéniques par jour: _____

Dernière menstruation: _____ Saignements entre les règles: _____

Pertes vaginales: _____

Enceinte actuellement: Date présumée de l'accouchement: _____

Ménopause: Âge: _____ Hormonothérapie: _____

Problèmes éprouvés (bouffées de chaleur, manque de lubrification vaginale, etc.): _____

Antécédents d'interventions chirurgicales ou de problèmes affectant le système reproducteur (hystérectomie, infertilité, etc.): _____

Autoexamen des seins: _____ Dernier frottis vaginal (PAP): _____

Fonction de reproduction chez l'homme

Andropause: Difficultés éprouvées: _____

Antécédents d'interventions chirurgicales ou de problèmes de santé affectant le système reproducteur (trouble de la prostate, vasectomie, etc.): _____

Dernier examen de la prostate: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Facilité à parler de sa sexualité: _____

Présence de condylomes, de lésions génitales: _____

Résultats des tests de dépistage des ITS: _____

Chez la femme: Examen des seins: _____

Pertes vaginales: _____

Chez l'homme: Pertes péniennes: _____

Apparence des testicules, nodules: _____

Autres: _____

ADAPTATION ET TOLÉRANCE AU STRESS

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Facteurs de stress: _____

Perception du degré de stress: _____

Description des réactions générales et spécifiques au stress: _____

Nature et efficacité des stratégies habituelles de gestion du stress: _____

Connaissance et utilisation des techniques de gestion du stress: _____

Changements importants ou situations de crise survenus récemment: _____

Stratégies d'adaptation habituellement utilisées: _____

Perception de la maîtrise des évènements: _____

Comportements d'évitement et de fuite (consommation d'alcool, de drogues, etc.): _____

Stratégies d'adaptation de la famille à une situation problématique: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Capacité de résoudre un problème, de s'affirmer: _____

Propos reflétant le locus de contrôle: Interne: _____ Externe: _____

Signes affectifs et comportementaux (décrire):

Calme: _____ Agitation: _____

Irritabilité: _____ Repliement sur soi: _____

Tristesse: _____ Autres: _____

Réactions physiologiques: _____

Mécanismes de défense (déli, intellectualisation, etc.): _____

VALEURS ET CROYANCES

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Valeurs, buts et croyances guidant les choix: _____

Importance de la spiritualité et de la religion: _____

Pratiques religieuses: _____

Restrictions imposées par la religion: _____

Effets des problèmes de santé sur la spiritualité et les croyances: _____

Conflits de valeurs associés au problème de santé: _____

Sentiments éprouvés: Harmonie intérieure: _____

Vulnérabilité: _____ Culpabilité: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Capacité d'introspection: _____

Autres: _____

PLAN DE CONGÉ

Date de l'entrevue: _____

1) Date prévue du congé: _____

2) Ressources fiables: _____

Humaines: _____

Matérielles: _____

Communautaires: _____ Groupes de soutien: _____

3) Prévoyez-vous des changements dans votre mode de vie après votre congé? Pensez-vous avoir besoin d'aide? _____

4) Si oui, dans quel domaine?

Préparation des repas: _____ Courses: _____

Transport: _____ Marche: _____ Autres: _____

Traitement médicamenteux, y compris intraveineux: _____

Autres traitements: _____

Soin des plaies: _____ Matériel nécessaire: _____

Aide pour les soins personnels (préciser): _____

Aménagement du domicile (préciser): _____

5) Autres changements prévus après le congé:

Possibilité de logement ailleurs qu'au domicile (préciser): _____

Demandes de consultation: _____

Services sociaux: _____ Réadaptation: _____

Diététique: _____ Soins à domicile: _____

Inhalothérapie: _____ Équipement: _____

Matériel: _____

Autres: _____

On pourra enrichir ou modifier ce modèle d'instrument en fonction des contextes de soins. À titre d'exemple, nous présentons dans les pages qui suivent des extraits du modèle d'instrument destiné aux personnes hospitalisées dans des contextes de soins en psychiatrie et en périnatalité.

INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES DANS UN CONTEXTE DE SOINS EN PSYCHIATRIE (EXTRAIT)

PERCEPTION DE SOI ET CONCEPT DE SOI

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Quelle sorte de personne êtes-vous (négative, positive, etc.)? _____

Quelle perception avez-vous de votre corps? _____

À combien évaluez-vous l'estime que vous avez de vous-même (de 1 à 10, 10 correspondant à une haute estime)? _____

Caractériser les humeurs qui vous préoccupent:

Dépression: _____

Culpabilité: _____ Sentiment d'irréalité: _____

Hauts et bas: _____ Apathie: _____

Coupure d'avec le réel: _____ Détachement: _____

Êtes-vous une personne nerveuse? _____

Êtes-vous une personne sensible? _____

Changements récents: _____

Pertes ou changements importants (date): _____

Manifestations de chagrin ou étapes du processus de deuil: _____

Sentiments éprouvés:

Vulnérabilité: _____ Désespoir: _____ Impuissance: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Stabilité du comportement: _____

Verbal: _____

Non verbal: _____

Motricité: _____ Posture: _____

Débit verbal: _____ Contact visuel: _____

Hyperactivité: _____ Hypoactivité: _____

Gestes stéréotypés: _____

Autres: _____

ADAPTATION ET TOLÉRANCE AU STRESS

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Facteurs de stress: _____

Perception du degré de stress: _____

Nature et efficacité des stratégies habituelles de gestion du stress : _____

Situations de crise survenues récemment : _____

Autres : _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Signes affectifs et comportementaux (décrire) :

Calme : _____ Amical : _____

Coopératif : _____ Évasif : _____

Agressif ou hostile : _____ Renfermé : _____

Craintif : _____ Irritable : _____

Agité : _____ Passif : _____

Dépendant : _____ Euphorique : _____

Autres : _____

Mécanismes de défense :

Projection : _____ Déné : _____

Annulation rétroactive : _____

Rationalisation : _____

Agressivité passive : _____ Sublimation : _____

Répression : _____

Intellectualisation : _____ Somatisation : _____

Régression : _____ Identification : _____

Introjection : _____ Type de réaction : _____

Isolement : _____ Déplacement : _____ Substitution : _____

Réactions physiologiques observées : _____

Autres : _____

COGNITION ET PERCEPTION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Somnambulisme : _____ Écriture automatique : _____

Dépersonnalisation : _____

Perceptions différentes de celles des autres : _____

Capacité de suivre des instructions : _____

Capacité de calculer : _____

Capacité d'accomplir les activités quotidiennes : _____

Capacité de planifier une activité : _____

Évanouissements : _____ Étourdissements : _____

Voile noir: _____ Convulsions: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

État mental (noter la durée du changement): _____

Désorientation: Temps: _____ Lieu: _____ Personnes: _____

Mémoire: Immédiate: _____ Récente: _____ Lointaine: _____

Idées délirantes: _____ Onirisme: _____ Hallucinations: _____

Illusions: _____

État de conscience: Lucidité: _____ Somnolence: _____

Stupeur: _____ Léthargie: _____ État comateux: _____

Maîtrise de l'impulsivité:

Affection: _____ Agressivité: _____ Hostilité: _____

Propos:

Structure (p. ex. : silences spontanés, soudains): _____

Contenu: _____

Coq-à-l'âne: _____

Progression claire, logique: _____

Langage: Élocution: _____ Capacité de comprendre: _____

Humeur: Affect: _____

Gamme d'émotions: _____ Intensité: _____

Capacité d'introspection: _____

Capacité d'attention, de calcul: _____

Jugement: _____

Capacité de suivre des instructions: _____

Capacité de résoudre des problèmes: _____

Autres: _____

INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES DANS UN CONTEXTE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ: PÉRIODE PRÉNATALE (EXTRAIT)

PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Allergies, sensibilité: _____

Type de réactions: _____

Altérations antérieures du système immunitaire: _____

Causes: _____

Antécédents d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (date et type):

Dates des examens: _____

Comportements à risque: _____

Transfusions sanguines (nombre): _____

Dates: _____ Réactions (décrire): _____

Maladies infantiles: _____

Vaccins reçus: _____

Exposition récente aux oreillons: _____

Autres infections virales: _____

Exposition au rayonnement: _____

Exposition à des animaux domestiques: _____

Antécédents de problèmes obstétricaux et gynécologiques: _____

Hypertension de la grossesse: _____ Néphropathie: _____

Hémorragies: _____ Cardiopathie: _____

Diabète: _____ Infection: _____

Infection des voies urinaires: _____ Intervention
chirurgicale utérine: _____

Anémie: _____ Incompatibilité ABO ou Rh: _____

Date de la dernière grossesse: _____

Type d'accouchement: _____

État de santé des enfants vivants: _____

Antécédents d'accidents:

Fractures, luxations: _____ Sévices: _____

Arthrite, instabilité des articulations: _____

Maux de dos: _____

Modifications des grains de beauté: _____

Tuméfaction ganglionnaire: _____

Gestion des problèmes de santé: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Peau:

Température: _____ Diaphorèse: _____

Intégrité: _____ Cicatrices: _____

Éruptions: _____ Ecchymoses: _____

Fœtus:

Fréquence cardiaque: _____ Position: _____

Méthode d'auscultation: _____

Hauteur du fond utérin: _____

Estimation de l'âge gestationnel: _____

Mouvements: _____ Ballotement: _____

Groupe sanguin et facteur Rh:

Mère: _____ Père: _____

Dépistage:

Anémie à hématies falciformes: _____

Rubéole: _____ Hépatite: _____

Alphafœtoprotéine: _____

Examen sérologique de la syphilis:

Positif: _____ Négatif: _____ Date: _____

Résultats des cultures (cervicales, rectales): _____

Examen du système immunitaire: _____

Autres: _____

SEXUALITÉ ET REPRODUCTION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Préoccupations d'ordre sexuel: _____

Âge à la puberté: _____ Cycle menstruel: _____

Durée: _____

Dernière menstruation: _____ Quantité: _____

Saignements ou crampes depuis la dernière menstruation: _____

Pertes vaginales: _____

Date présumée de la conception: _____

Date présumée de l'accouchement: _____

Autoexamen des seins: _____

Dernier frottis vaginal (PAP): _____ Résultat: _____

Méthode de contraception utilisée récemment: _____

Profil obstétrical:

Nombre de grossesses: _____

Nombre d'accouchements: _____

Avortements: _____ Enfants vivants: _____

Naissances à terme: _____ Prématurité: _____

Grossesse multiple: _____

Pour chaque accouchement, préciser :

Date : _____

Lieu de l'accouchement : _____

Durée de la gestation (semaines) : _____

Durée du travail (heures) : _____

Type d'accouchement : _____

Naissance (vivant ou mort) : _____

Poids du bébé : _____

Apgar : _____

Complications chez la mère et le bébé : _____

Autres : _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Région pelvienne: Vulve : _____ Périnée : _____

Vagin : _____ Col de l'utérus : _____

Utérus : _____ Annexes : _____

Diamètre promontorétropubien (cm) : _____

Diamètre transverse: Détroit inférieur (cm) : _____

Forme du sacrum : _____ Arc pubien : _____

Coccyx : _____ Échancrures ischiatiques : _____

Épines ischiatiques :

Adéquates : _____ À la limite : _____ Espace réduit : _____

Détroit supérieur : _____

Détroit moyen : _____

Détroit inférieur : _____

Type d'accouchement prévu : _____

Examen des seins : _____ Mamelons : _____

Test de grossesse : _____

Sérologie : _____ Date : _____

Autres : _____

INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES DANS UN CONTEXTE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ: TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT (EXTRAIT)

COGNITION ET PERCEPTION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Déclenchement du travail (date, heure): _____

Début des contractions régulières (heure): _____

Type de contractions: _____ Fréquence: _____ Durée: _____

Siège de la douleur: _____

Abdominale: _____ Lombaire: _____

Intensité de la douleur: Légère: _____ Modérée: _____ Intense: _____

Méthodes de soulagement:

Techniques de respiration-relaxation: _____

Position: _____ Massage de la région sacrée: _____ Effleurage: _____

Autres: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Expressions faciales: _____ Difficulté à se concentrer: _____

Mouvements du corps: _____

Modification de la pression artérielle: _____ Pouls: _____

Autres: _____

PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ

■ DONNÉES SUBJECTIVES

Allergies, sensibilité: _____

Réaction (décrire): _____

Antécédents d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (date, type): _____

Première visite prénatale (mois): _____

Problèmes ou traitements obstétricaux antérieurs et actuels:

Facteur inhibiteur de la prolactine: _____

Néphropathie: _____ Hémorragies: _____

Cardiopathie: _____ Diabète: _____

Infection (préciser): _____ Infection des voies urinaires: _____

Intervention chirurgicale utérine: _____ Incompatibilité ABO ou Rh: _____

Anémie: _____

Temps écoulé depuis la dernière grossesse: _____
 Type d'accouchement antérieur: _____
 État de santé des enfants vivants: _____
 Transfusions sanguines: _____
 Nombre: _____ Date: _____
 Réactions (décrire): _____
 Stature et taille de la mère: _____
 Fractures, luxations: _____
 Taille du bassin: _____
 Arthrite, instabilité des articulations: _____
 Problèmes ou déformation du rachis: _____
 Cyphose: _____ Scoliose: _____
 Traumatisme: _____ Intervention chirurgicale: _____
 Prothèses, aides techniques à la mobilité: _____

■ DONNÉES OBJECTIVES

Peau:

Température: _____
 Intégrité de la peau: _____ Éruptions: _____
 Lésions: _____ Ecchymoses: _____ Cicatrices: _____
 Paresthésie et paralysie: _____

État du fœtus:

Rythme cardiaque: _____ Position: _____
 Méthode d'auscultation: _____ Hauteur du fond utérin: _____
 Estimation de l'âge gestationnel: _____
 Activité, mouvements: _____
 Tests de réactivité fœtale: _____
 Dates et tests: _____ Résultats: _____

Déroulement du travail:

Dilatation: _____ Effacement: _____

Fœtus:

Descente: _____ Engagement: _____
 Présentation: _____ Station: _____
 Position: _____

Membranes:

Intactes: _____ Rompues (date, heure): _____
 Test à la nitrazine: _____
 Quantité de liquide amniotique: _____
 Caractéristiques: _____

Groupe sanguin et facteur Rh: Mère: _____ Père: _____

Dépistage:

Anémie à hématies falciformes: _____
 Rubéole: _____ Hépatite: _____
 VIH: _____ Tuberculose: _____

Examen sérologique de la syphilis:

Positif: _____ Négatif: _____

Cultures cervicales, rectales:

Positif: _____ Négatif: _____

Condylomes, lésions vaginales: _____

Varices périnéales: _____

SECTION 2

HISTOIRE DE CAS: M. ROGER DUPONT

Collecte des données, choix des diagnostics infirmiers et plan de soins

1. COLLECTE DES DONNÉES

DESCRIPTION DE LA SITUATION

M. Roger Dupont, qui souffre depuis cinq ans d'un diabète non insulino-dépendant (type II), consulte son médecin au sujet d'une plaie de pression à la région médiane du talon gauche qui dure depuis trois semaines. Les examens de dépistage effectués au bureau du médecin indiquent une glycémie capillaire de 20 mmol/L. Parce qu'il habite loin et que les services communautaires de sa région sont insuffisants, M. Dupont est hospitalisé.

Ordonnances médicales à l'admission

- Culture et antibiogramme de la plaie
- Glycémie plasmatique à l'admission et glycémie capillaire QID par la suite
- Numération globulaire, électrolytes, lipides sériques et hémoglobine glyquée le matin
- Glyburide 10 mg PO BID
- Metformine 500 mg PO QID pour commencer; sera augmenté graduellement
- Radiographie pulmonaire et ECG
- 10 unités d'Humulin-N (insuline NPH) SC BID (matin et soir) selon la glycémie capillaire
- Amorce de l'enseignement sur l'insulinothérapie en vue du congé
- Cloxacilline 500 mg PO, chaque 6h après le prélèvement de plaie
- Acétaminophène 325 mg PO, chaque 4h PRN, si douleur
- Diète à 10 000 kilojoules (2400 Cal) à consommer en 3 repas et 2 collations
- Possibilité de s'asseoir à volonté dans un fauteuil, les jambes en position déclive PRN
- Arceau de lit pour les pieds
- Signes vitaux QID

Renseignements généraux

Nom: Roger Dupont

Âge: 65 Date de naissance: 1955-05-02 Sexe: M

Date d'admission: 2020-06-28 Heure: 19 h

Provenance: domicile

Source d'information: M. Dupont lui-même

Fiabilité (1-4): 4

Proches (membres de la famille ou amis): épouse

PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Croyances et pratiques en matière de santé: « Je règle moi-même mes petits bobos. Je vais chez le médecin seulement quand quelque chose est cassé. »
- Tabagisme: cigarettes avec filtre:
 - Nombre de paquets par jour: 1/2
 - Nombre d'années: + 40 ans
- Facteurs de risque familiaux (préciser le lien de parenté):
 - Diabète: oncle maternel
 - Tuberculose: frère mort à 27 ans
 - Épilepsie: 0 Néphropathie: 0 Cancer: 0
 - Cardiopathie: père mort à 78 ans d'une crise cardiaque
 - Accident vasculaire cérébral: mère morte à 81 ans
 - Hypertension: mère
- Médicaments prescrits:
 - Nom: Glyburide Dose: 10 mg BID
 - Fréquence: 8 h – 18 h
 - Dernière dose: 18 h But: équilibrer le diabète
 - Prend ses médicaments régulièrement: oui
- Autosurveillance du taux de glucose dans le sang et l'urine: « J'ai arrêté il y a plusieurs mois quand j'ai manqué de bandelettes réactives. De toute façon, c'était toujours négatif. »
- Médicaments en vente libre: acide acétylsalicylique à l'occasion
- Consommation d'alcool: dans le contexte de rencontres sociales
 - Fréquence: 1 bière à l'occasion
- Diagnostic à l'admission (médecin): hyperglycémie, lésion au talon gauche
- Motif de l'hospitalisation (selon M. Dupont): « J'ai une plaie au talon gauche, et le médecin s'inquiète au sujet de mon taux de sucre; il dit que je devrais apprendre à faire le test avec un glucomètre. »
- Problème actuel: « Il y a trois semaines, je me suis fait une ampoule au pied en portant des bottes neuves. Comme ça me faisait mal, j'ai crevé l'ampoule, mais ça n'a pas réglé le problème. »
- Attentes à l'égard du personnel soignant: « Me débarrasser de cette infection et équilibrer mon taux de sucre. »
- Antécédents de problèmes de santé, d'hospitalisations, d'interventions chirurgicales: herniorraphie inguinale droite en 1979
- Signe d'absence de progrès: lésion au talon gauche depuis 3 semaines
- Dernier examen médical: examen complet il y a 1 an; suivi aux 3 mois
- Allergies, sensibilité: 0
- Transfusions sanguines: 0

■ DONNÉES OBJECTIVES

- État affectif : calme
- Autre : s'inquiète du passage possible « des pilules aux piqûres »

NUTRITION ET MÉTABOLISME

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Régime alimentaire habituel : 10 000 kilojoules (2400 Cal) : « Je triche parfois au dessert, mais ma femme me surveille de près. »
- Nombre de repas par jour : 3 et 1 collation
- Dernier repas (portion) : dîner : sandwich au rosbif, soupe aux légumes, poire, fromage, café décaféiné
- Habitudes alimentaires :
 - Petit déjeuner : jus de fruits, pain grillé, jambon, café décaféiné
 - Déjeuner : viande, pommes de terre, légumes, fruit, lait
 - Dîner : sandwich à la viande, soupe, fruit, café décaféiné
 - Collation : lait et biscuits au coucher
 - Boisson habituelle : lait écrémé, 2 ou 3 tasses de café décaféiné, « beaucoup d'eau » (quelques litres)
- Inappétence : « Depuis quelque temps, j'ai moins d'appétit que d'habitude. »
- Nausées, vomissements : 0
- Malaises gastriques, intolérances alimentaires : « Le chou me cause des gaz, j'ai quelquefois des brûlures d'estomac. »
- Allergies : 0
- Problèmes de mastication ou de déglutition : non
- Prothèse dentaire : supérieure, partiel bien adapté
- Masse habituelle : 80 kg
- Changements pondéraux : a perdu environ 2 kg ce mois-ci

■ DONNÉES OBJECTIVES

- Poids actuel : 78 kg Taille : 1,78 m
- Configuration morphologique : trapu
- Turgescence de la peau : bonne, peau tannée
- Remplissage capillaire : lent dans les 2 pieds (environ 5 s)
- Gonflement de la veine jugulaire : 0
- État des dents et des gencives : bon ; aucun problème de saignement ou d'irritation
- Apparence de la langue : bien centrée, rose
- Apparence des muqueuses : intactes, roses
- Examens effectués au bureau du médecin : glycémie capillaire à 20 mmol/L ; glycémie capillaire à 25 mmol/L à l'admission
- Température : 37,5 °C
- Intégrité de la peau : plaie au talon gauche, de 2,5 cm de diamètre et de 3 mm de profondeur ; lèvres de la plaie rouges ; écoulement de couleur crème et rosée, peu abondant ; odeur de moisi peu prononcée

- Guérison lente: aucune amélioration depuis 3 semaines
- Cicatrices: herniorraphie droite
- Éruptions: 0 Lacérations: 0 Ecchymoses: 0
- Ampoules: 0

ÉLIMINATION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Habitudes d'élimination intestinale: presque tous les matins
- Usage de laxatifs: non, jus de pruneaux chaud à l'occasion
- Caractéristiques des selles: fermes, brunes
- Dernière selle: ce matin
- Antécédents de:
 - Saignements: 0
 - Hémorroïdes: 0
- Constipation: parfois
- Caractéristiques de l'urine: jaune pâle
- Antécédents de troubles rénaux ou vésicaux: 0
- Changements dans la fréquence ou la quantité des mictions: aucun
- Usage de diurétiques: non

■ DONNÉES OBJECTIVES

- Abdomen:
 - Sensible: non
 - Mou ou ferme: mou
- Masse palpable: aucune
- Bruits intestinaux: présents aux 4 quadrants

ACTIVITÉ ET EXERCICE

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Loisirs: lecture, cartes. « Je n'ai pas le temps de faire grand-chose. De toute façon, la plupart du temps, je suis trop fatigué après le travail pour faire quoi que ce soit. »
- Contraintes physiques: « Quand je mange ailleurs, il faut que je fasse attention. Je ne peux pas manger n'importe quoi. »
- Activités de la vie quotidienne: autonomie dans tous les domaines
- Problèmes musculosquelettiques: « Je pense que je fais un peu d'arthrite dans les genoux. »
- Antécédents d'accidents: fracture et luxation à la clavicule gauche (est tombé d'un tracteur en 1976)
- Heure préférée pour le bain: le soir
- Claudication: 0
- Membres: engourdissements et picotements: « J'ai les pieds froids et des picotements, comme de petites aiguilles qui me piquent la plante des

pieds quand je marche jusqu'à la boîte aux lettres située à 0,5 km de chez moi. »

- Hémoptysie: 0
- Dyspnée: 0 Toux: parfois le matin Expectations: blanchâtres
- Antécédents de problèmes respiratoires (emphysème, asthme, pneumonie, etc.): aucun
- Traitement affectant l'activité (oxygénothérapie, ventilateur, etc.): aucun

■ DONNÉES OBJECTIVES

- Réactions à l'activité observées; protège le pied gauche quand il marche
- Évaluation neuromusculaire:
 - Masse musculaire: muscles symétriques
 - Tonus musculaire: normal
- Posture: se tient droit
- Amplitude des mouvements: complète
- Force: égalité des 4 membres; protège habituellement le pied gauche
- Différences: 0
- État mental: éveillé, bonne orientation spatiotemporelle, reconnaît les personnes
- Apparence générale: propre, rasé, cheveux courts; mains sèches et rudes; pieds secs, fendillés et squameux
- Cuir chevelu et sourcils: plaques blanches
- Odeurs corporelles: aucune
- Pression artérielle:
 - Droite: couché: 146/90 assis: 140/86 debout: 138/90
 - Gauche: couché: 142/88 assis: 138/88 debout: 138/84
- Pouls périphériques:
 - Radial: 3+ (normal) Poplité: 1+ (faible)
 - Pédieux: 1+ (faible) Tibial postérieur: 1+ (faible)
- Pouls: Apexien: 86 Radial: 86
 Rythme: régulier Qualité: bien frappé
- Souffles: 0 Frottement pleural: 0
- Bruits respiratoires: râles à l'auscultation, disparaissant à la toux
- Membres:
 - Température: les pieds froids, le reste chaud
 - Couleur: pâle aux jambes
 - Varices: quelques veines superficielles augmentées de volume aux mollets
 - Signe de Homans: 0
 - Ongles (anomalies): ongles d'orteil épais, jaunes, cassants
 - Pilosité (caractéristiques): poil dru jusqu'à la mi-mollet, pas de poil sur les chevilles et les orteils

- Couleur:
 - Générale: figure et bras rouge foncé
 - Muqueuses, lèvres: roses
 - Conjonctive, sclérotique: blanches
- Respiration:
Rythme: 22 Amplitude: bonne Symétrie: bilatérale, égale
- Cyanose: 0 Hippocratisme digital: 0
- Caractéristiques des expectorations: non observées
- Degré de conscience et d'agitation: éveillé, bien orienté, détendu

SOMMEIL ET REPOS

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Sommeil:
 - Nombre d'heures: de 6 à 8 par nuit
 - Siestes: non
 - Aides au sommeil: non
 - Insomnie: « Aucune depuis que je prends du café décaféiné. »
 - Reposé au réveil: généralement; réveil à 4 h 30

COGNITION ET PERCEPTION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Céphalées: Siège: « Parfois derrière les yeux, quand je m'inquiète trop. »
- Antécédents de problèmes neurologiques (AVC, tumeur cérébrale, convulsions, etc.): aucun
- Nez: Épistaxis: 0 Odorat: pas de problème
- Yeux: lunettes pour lire; baisse de la « vision de loin »; « ma vue semble plus brouillée maintenant »
 - Dernier examen: il y a 2 ans
- Oreilles: Baisse de l'acuité auditive:
 - Droite: « un peu », compensée en tournant la « bonne oreille » vers la personne qui parle
 - Gauche: non
 - Dernier examen: aucun
- Langue d'usage: français
- Langue seconde: 0
- Capacité de lire et d'écrire: oui
- Degré de scolarité: 2 ans de cours technique
- Problème prioritaire: Siège de la douleur: « Au milieu du talon gauche. » Intensité (0-10): 5/10
- Fréquence et durée: « Ça me fait mal tout le temps. »
- Caractéristique: sourde
- Irradiation douloureuse: non
- Facteurs déclenchants: chaussures, marche

- Méthodes de soulagement : aucune
- Autres malaises : maux de dos après un effort soutenu, soulagés par de l'acide acétylsalicylique et une friction avec du liniment

■ DONNÉES OBJECTIVES

- État mental : éveillé, bonne orientation spatiotemporelle, reconnaît les personnes et la situation
- Affect : soucieux
- Mémoire récente et lointaine : bonne
- Élocution : langage clair et cohérent
- Circonférence et réaction des pupilles : pupilles égales, rondes, réaction à la lumière et à l'accommodation
- Expression du visage : grimaces lorsqu'on palpe les bords de la plaie au talon
- Comportement de protection de la région atteinte : retire le pied
- Réaction émotionnelle à la douleur : tendu, irrité
- Baisse de concentration : non

PERCEPTION DE SOI ET CONCEPT DE SOI

Voir le mode ADAPTATION ET TOLÉRANCE AU STRESS.

RELATIONS ET RÔLES

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Situation professionnelle : agriculteur autosuffisant, de classe moyenne ; changements récents : 0
- État matrimonial : marié
- Durée de la relation : 43 ans
- Personne partageant le domicile : épouse
- Ressources pécuniaires : pas d'assurances ; nécessité d'embaucher quelqu'un pour le remplacer pendant son séjour à l'hôpital
- Famille élargie : une fille qui vit en ville (à 50 km), une fille mariée et un petit-fils habitant dans une autre province
- Rôle au sein de la cellule familiale : dirige seul la ferme ; mari, père, grand-père
- Problèmes familiaux ou sociaux reliés à la maladie : aucun jusqu'à maintenant
- Mode de communication : « Ma femme et moi, on s'est toujours parlé. Vous connaissez le 11^e commandement : Ne va pas te coucher fâché ! »
- Autonomie : dans tous les domaines
- Fréquence des rapports sociaux (autres qu'au travail) : rencontre quelques couples ; son épouse et lui jouent aux cartes 2 ou 3 fois par mois

■ DONNÉES OBJECTIVES

- Communication verbale et non verbale avec les proches : parle calmement avec son épouse qui est à son chevet, la regarde dans les yeux ; attitude détendue ; tous les deux lisent et commentent le journal

SEXUALITÉ ET REPRODUCTION

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Sexuellement actif : oui
- Emploi du condom : non (monogame)
- Changements récents dans la fréquence et l'intérêt : « Je suis trop fatigué ces temps-ci. »
- Antécédents d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (date et type) : 0
- Pertes péniennes : 0 Trouble de la prostate : 0
- Vasectomie : 0
- Autoexamen :
 - Seins : non
 - Testicules : non
- Dernière proctoscopie : il y a 2 ans
- Dernier examen de la prostate : il y a 1 an
- Inquiétudes ou difficultés d'ordre sexuel : « Je n'ai aucun problème, mais il faudrait demander à ma femme si elle a des sujets de plainte. »

■ DONNÉES OBJECTIVES

- Examen :
 - Seins : pas de masse
 - Pénis : examen reporté
 - Testicules : examen reporté

ADAPTATION ET TOLÉRANCE AU STRESS ; PERCEPTION DE SOI ET CONCEPT DE SOI

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Facteurs de stress signalés par la personne : « Les problèmes habituels de l'agriculteur : le temps, les insectes, le directeur de banque. »
- Stratégies habituelles de gestion du stress : « Je me tiens occupé et je parle à mes bêtes ; elles m'écoutent très bien. »
- Perception de la maîtrise des événements : « J'ai la situation bien en main, sauf en ce qui concerne le temps et ce diabète. »

■ DONNÉES OBJECTIVES

- État affectif : calme la plupart du temps ; semble frustré par moments
- Réactions physiologiques observées : de temps à autre, soupire profondément, fronce les sourcils, hausse et raidit les épaules, s'occupe les mains avec un objet, gesticule
- Autre : s'inquiète du passage possible « des pilules aux piqûres »

VALEURS ET CROYANCES

■ DONNÉES SUBJECTIVES

- Importance de la religion: «Ma foi en Dieu m'aide à traverser les épreuves.»
- Pratiques religieuses: «Je vais à l'église le dimanche.»

■ DONNÉES OBJECTIVES

- Capacité d'introspection: répond promptement et brièvement aux questions se rapportant aux valeurs et aux croyances (à préciser ultérieurement)

PLAN DE CONGÉ

Date de l'entrevue: 2020-06-28

- 1) Date prévue du congé: 2020-07-01
- 2) Ressources fiables:
 - Humaines: lui-même et son épouse
 - Matérielles: «Si ça ne me prend pas trop de temps à guérir, nos économies nous permettront de tenir le coup.»
- 3) Autre soutien: groupe de soutien pour diabétiques (ne s'y est pas joint)
- 4) Prévoyez-vous apporter des changements à votre mode de vie après votre congé? «Je participerai davantage à mon traitement.»
- 5) Prévoyez-vous avoir besoin d'aide après votre congé? «Oui.»
- 6) Dans quel domaine? «Je pourrais avoir besoin d'aide à la ferme pendant plusieurs jours.»
- 7) Enseignement: doit se familiariser avec sa pharmacothérapie, les modifications de sa diète et les soins de sa plaie; devrait cesser de fumer
- 8) Demandes de consultation:
 - Matériel: pharmacie du centre-ville
 - Équipement: glucomètre
- 9) Suivi: visite au centre de soins ambulatoires 1 semaine après le congé afin d'évaluer la cicatrisation de la plaie et d'estimer le besoin d'apporter des changements au programme thérapeutique

2. CHOIX DES DIAGNOSTICS ET PLAN DE SOINS INFIRMIERS

ÉNONCÉ DIAGNOSTIQUE N° 1

Atteinte à l'INTÉGRITÉ DE LA PEAU liée à une pression sur une protubérance osseuse, à une altération de l'état métabolique, à un trouble circulatoire et à une perte de sensation, se manifestant par une plaie de 2,5 cm de diamètre et de 3 mm de profondeur et par un écoulement de couleur crème et rosée, peu abondant.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ

Cicatrisation : 2^e intention (CRSI)

Indicateurs :

- La plaie ne produira plus d'écoulement purulent d'ici 48 heures (2020-06-30, 19 h).
- Les tissus atteints montreront des signes de guérison : les lèvres de la plaie seront propres et roses d'ici 60 heures (2020-07-01, 7 h).

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<p>Soins d'une plaie (CISI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irriguer la plaie avec du sérum physiologique stérile à la température ambiante, TID. • Couvrir la plaie d'un pansement humide et d'un pansement sec stériles et les changer TID (ou utiliser un autre type de pansement selon le protocole de l'établissement). • Évaluer la plaie à chaque changement de pansement. Faire le dessin de la plaie à l'admission et à la sortie. 	<p>On nettoie la plaie sans endommager les tissus fragiles.</p> <p>Les pansements stériles permettent d'éviter la contamination croisée.</p> <p>On peut ainsi estimer l'efficacité du traitement et déterminer si d'autres mesures s'imposent.</p>
<p>Contrôle de l'infection (CISI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se conformer aux mesures de précaution en vigueur. • Prélever pour culture un échantillon stérile de l'écoulement de la plaie à l'admission. • Administrer la cloxacilline prescrite, 500 mg PO, chaque 6h, à compter de 22 h. Relever tout signe de toxicité (prurit, urticaire, éruptions). 	<p>L'utilisation de gants ainsi que la manipulation appropriée des pansements contaminés réduisent le risque de propagation de l'infection.</p> <p>La culture et l'antibiogramme permettent de déceler l'agent infectieux et de choisir le traitement approprié.</p> <p>On traite l'infection et on prévient les complications. La nourriture interférant avec l'absorption du médicament, on n'administrera pas celui-ci à l'heure des repas. Même si la personne n'a jamais eu de réaction à la pénicilline, cela peut se produire à n'importe quel moment.</p>

ÉNONCÉ DIAGNOSTIQUE N° 2

Risque d'instabilité de la GLYCÉMIE lié à une prise en charge inefficace du diabète et à une surveillance inadéquate du taux de glucose sanguin, révélé par une glycémie capillaire de 25 mmol/L au moment de l'admission.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ

Contrôle du glucose sanguin (CRSI)

Indicateur:

- La glycémie capillaire à jeun sera entre 4 et 7 mmol/L d'ici 36 heures (2020-06-30, 7 h).

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<p>Traitement de l'hyperglycémie (CISI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une glycémie capillaire QID. Glycémie plus grande que 13,8 mmol/L. • Administrer les antidiabétiques prescrits. - 10 unités d'insuline Humulin-N (insuline NPH), SC BID (matin et soir) selon la glycémie capillaire. - Glyburide 10 mg PO BID. - Metformine 500 mg chaque jour. Noter l'apparition d'effets indésirables. 	<p>L'analyse de la glycémie au chevet de la personne permet d'évaluer sans délai l'efficacité du traitement et de modifier en conséquence l'administration des médicaments.</p> <p>Le but est de traiter le dysfonctionnement métabolique sous-jacent en réduisant l'hyperglycémie et en favorisant la guérison.</p> <p>L'insuline à effet intermédiaire commence à agir de 2 à 4 heures après l'administration, atteint un pic de 6 à 12 heures après celle-ci et a une durée d'action de 18 à 24 heures. Elle augmente le transport du glucose dans les cellules et favorise sa conversion en glycogène.</p> <p>Ce médicament réduit le taux de glucose en stimulant la production d'insuline par le pancréas et en augmentant la sensibilité des récepteurs à l'insuline.</p> <p>La metformine diminue le taux de glucose sérique en réduisant la production de glucose hépatique et l'absorption du glucose intestinal, et en augmentant la sensibilité à l'insuline. Son administration, de concert avec le glyburide, peut permettre à la personne de cesser l'emploi d'insuline une fois que la dose cible a été atteinte (p. ex. : 2000 mg/jour). L'augmentation de la dose doit être graduelle pour limiter les effets indésirables comme la diarrhée, les crampes et les vomissements, susceptibles de provoquer une déshydratation et une azotémie prérenale.</p>

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<ul style="list-style-type: none"> Assurer un apport quotidien de 10 000 kilojoules (2400 Cal) couvrant 3 repas et 2 collations. 	<p>Si le régime alimentaire est approprié, les taux de glucose et les besoins en insuline diminueront, ce qui pourra prévenir les épisodes hyperglycémiques, réduire le taux de cholestérol sanguin et favoriser la satiété.</p>

ÉNONCÉ DIAGNOSTIQUE N° 3

DOULEUR aigüe liée à un agent lésionnel physique (plaie au talon gauche), se manifestant par une autoévaluation de l'intensité de la douleur de 4 ou 5 sur 10 sur une échelle standardisée et par un comportement de protection.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ

Maitrise de la douleur (CRSI)

Indicateurs:

- La personne se dira soulagée de sa douleur dans l'heure suivant l'administration de l'analgésique.
- Elle se dira capable de maîtriser sa douleur avant sa sortie du centre hospitalier (2020-07-01).

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<p>Contrôle de la douleur (CISI)</p> <ul style="list-style-type: none"> Noter les caractéristiques de la douleur à partir de la description qu'en fait la personne. Poser un arceau de lit pour le pied. Conseiller à la personne de porter des pantoufles amples lorsqu'elle marche. Administrer l'acétaminophène prescrit, 325 mg PO, chaque 4h PRN. Noter s'il soulage efficacement la douleur. 	<p>Ainsi, on peut établir un critère d'évaluation des améliorations ou des changements.</p> <p>On évite alors la pression sur la région atteinte, qui pourrait entraîner une vasoconstriction et une augmentation de la douleur.</p> <p>On peut atténuer la douleur en donnant régulièrement la médication.</p>

ÉNONCÉ DIAGNOSTIQUE N° 4

IRRIGATION tissulaire périphérique inefficace liée à des connaissances insuffisantes du processus de la maladie et des facteurs modifiables, se manifestant par des pouls périphériques ralentis, une altération de la peau et des téguments (pieds pâles et froids, ongles épais et cassants), un temps de remplissage capillaire de 4 secondes et des engourdissements et des picotements aux pieds lorsque la personne marche un demi-kilomètre.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ

Connaissances: diabète (CRSI)

Indicateurs :

- La personne comprendra la relation entre sa maladie (diabète sucré) et les changements circulatoires d'ici 48 heures (2020-06-30, 19 h).
- Elle connaîtra les mesures de sécurité requises et les soins des pieds d'ici 48 heures (2020-06-30, 19 h).
- Elle s'hydratera de manière adéquate pour que les ingesta et les excréta s'équilibrent, que la peau et les muqueuses demeurent humides et que le remplissage capillaire s'effectue rapidement (en moins de 4 secondes).

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<p>Soins circulatoires: insuffisance artérielle (CISI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer les extrémités dans une position déclive si nécessaire. • Rechercher les signes de déshydratation. Mesurer les ingesta et les excréta. Inciter la personne à boire beaucoup de liquides. • Recommander à la personne de porter des vêtements ou des chaussettes amples et des chaussures bien ajustées. • Insister sur la nécessité de prendre les précautions nécessaires en ce qui concerne l'utilisation de coussins chauffants, l'emploi de bouillottes et la prise de bains de pieds chauds. • Recommander à la personne de cesser de fumer. • Expliquer à la personne les complications vasculaires de la maladie (ulcérations, gangrène, changements dans la structure des muscles ou des os). • Passer en revue, avec la personne, les soins des pieds décrits dans le plan d'enseignement. 	<p>Cela empêche l'interruption du débit sanguin.</p> <p>La glycosurie peut provoquer une déshydratation entraînant une diminution du volume sanguin circulant et de l'irrigation tissulaire périphérique.</p> <p>Les entraves à la circulation et la diminution des sensations peuvent provoquer ou aggraver les lésions tissulaires.</p> <p>La chaleur accroît les besoins métaboliques des tissus atteints. L'insuffisance vasculaire, en modifiant la sensation de douleur, augmente le risque de lésions.</p> <p>La vasoconstriction associée au tabagisme et au diabète altère la circulation périphérique.</p> <p>La bonne équilibration du diabète sucré ne prévient pas toujours les problèmes, mais elle peut en réduire la gravité. Parmi les complications de cette affection, les lésions aux pieds constituent la première cause d'amputation non traumatique d'un membre inférieur. Remarque: Lorsque la peau des pieds est sèche, fissurée, squameuse et froide et que la marche prolongée est douloureuse, on peut soupçonner une atteinte vasculaire dont l'intensité varie de légère à modérée (neuropathie autonome). Cette atteinte peut réduire la réaction de l'organisme à l'infection, retarder la guérison d'une plaie et augmenter le risque de déformation osseuse.</p> <p>La diminution de l'irrigation tissulaire dans les membres inférieurs peut entraîner des complications graves et persistantes au niveau cellulaire.</p>

ÉNONCÉ DIAGNOSTIQUE N° 5

Prise en charge inefficace de la SANTÉ liée à des connaissances insuffisantes concernant le programme thérapeutique et ses effets positifs ou la gravité de la maladie et les dangers qu'elle comporte, se manifestant par la non-intégration du programme thérapeutique dans la vie quotidienne (autosurveillance de la glycémie, soins des pieds) et par le défaut d'appliquer les mesures prescrites pour réduire les facteurs de risque modifiables.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ

Connaissance: traitement du diabète (CRSI)

Indicateurs:

- La personne effectuera correctement l'auto-surveillance de sa glycémie d'ici 36 heures (2020-06-30, 7 h).
- Elle comprendra le processus morbide et le traitement d'ici 39 heures (2020-06-30, 10 h).
- Elle effectuera correctement l'auto-injection d'insuline d'ici 60 heures (2020-07-01, 7 h).

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<p>Enseignement: processus de la maladie (CISI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le degré de connaissances de la personne; établir un ordre de priorité dans ses besoins d'apprentissage; lui demander si elle souhaite que son épouse reçoive aussi l'enseignement. • Procurer à la personne un guide d'apprentissage sur le diabète (2020-06-29). Lui faire voir un film sur le sujet (2020-06-29, 16 h) au moment de la visite de son épouse. L'inscrire à une séance d'information (2020-06-30) dans la matinée. Revoir les renseignements obtenus et en discuter avec la personne et son épouse, s'il y a lieu. • Discuter avec la personne des facteurs influant sur le diabète (stress, maladie, exercice, etc.). • Expliquer les signes et les symptômes de l'hyperglycémie (fatigue, nausées, vomissements, polyurie, polydipsie); discuter des actions visant à prévenir l'hyperglycémie et préciser les indices que la personne doit reconnaître afin de consulter promptement, au besoin. 	<p>On établit ainsi avec précision les connaissances que la personne doit acquérir, ce qui permet d'orienter l'enseignement et la planification. L'épouse, si elle le souhaite, pourra rafraîchir la mémoire de son conjoint et l'aider à suivre les directives.</p> <p>Ces méthodes servent à donner de l'information, à renforcer l'enseignement et à faciliter l'apprentissage et la compréhension.</p> <p>Le traitement médicamenteux et la diète devront être modifiés en fonction des facteurs de stress à court ou à long terme.</p> <p>Si la personne comprend et reconnaît ces signes et ces symptômes, et qu'elle sait quand et comment intervenir, il lui sera plus facile d'éviter les rechutes et de prévenir les complications.</p>

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Informer la personne sur la façon de procéder à un examen minutieux et régulier des pieds et sur les soins appropriés (examen quotidien pour déceler les lésions, les points de pression, les cors et les callosités; façon correcte de couper les ongles; bain quotidien; application d'une bonne lotion hydratante BID; port de chaussettes amples; adaptation graduelle aux chaussures neuves; protection des pieds en tout temps; en cas de lésion au pied ou de rupture de l'épiderme, nettoyage à l'eau savonneuse et pansement sec stérile; examen de la plaie et changement quotidien du pansement; consultation rapide en cas de rougeur, d'œdème ou d'écoulement). • Prévoir une consultation auprès d'une nutritionniste pour évaluer les choix alimentaires de la personne et l'aider à planifier ses collations et ses repas. • Passer en revue les effets du tabagisme et inciter la personne à consulter son optométriste pour un examen de la vue. 	<p>Ainsi, on réduit le risque de lésion tissulaire et on aide la personne à prévenir les problèmes de cicatrisation de la plaie.</p> <p>On conserve le même apport énergétique total, mais on le répartit en 3 repas et 2 collations. Les choix alimentaires (p. ex. : augmentation de la vitamine C) devraient favoriser la guérison.</p> <p>Le tabagisme augmente le risque de complication vasculaire et peut accroître la résistance de la personne à l'insuline. Un examen périodique de la vue est indispensable en raison du risque de rétinopathie diabétique.</p>
<p>Enseignement: médication prescrite (CISI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseigner à la personne le mode d'action de l'insuline Humulin-N. • Garder l'insuline d'usage courant à la température ambiante (si utilisée dans les 30 jours); remettre les réserves au réfrigérateur. • Faire la démonstration du dosage et de la technique d'auto-injection de l'insuline selon le matériel choisi (stylo injecteur, seringue). Noter le degré de maîtrise de la personne. • Recommander à la personne de pratiquer la rotation des points d'injection et lui fournir un diagramme (rotation en Z sur la partie inférieure de l'abdomen). 	<p>Il s'agit d'une insuline à effet intermédiaire, d'une durée de 18 à 24 heures, ayant un pic d'action après une période de 6 à 12 heures.</p> <p>Le froid entrave l'absorption de l'insuline. La réfrigération élimine les grandes variations de température et prolonge la durée de vie du médicament.</p> <p>Il faudra sans doute plusieurs démonstrations et exercices avant que la personne et son épouse puissent facilement appliquer les techniques enseignées.</p> <p>Ainsi, on régularise l'absorption du médicament. La partie inférieure de l'abdomen est facile d'accès pour la personne, et la rotation en Z réduit les lésions tissulaires.</p>

INTERVENTIONS	JUSTIFICATIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Renseigner la personne sur les signes et les symptômes de l'hypoglycémie (fatigue, nausées, céphalées, sensation de faim, sueurs, tremblements, anxiété, difficulté à se concentrer) et sur les mesures à prendre. • Revoir avec la personne les règles à suivre les jours de maladie (p. ex. : appeler le médecin si elle est trop malade pour se nourrir normalement ou pour rester active). Prendre l'insuline selon l'ordonnance. Noter ses observations dans un carnet. • Enseigner à la personne et à son épouse comment effectuer la glycémie capillaire QID jusqu'à ce que la glycémie soit stable, puis BID en alternant les heures (à jeun et avant le repas du soir, avant le repas du midi et au coucher, etc.). Leur demander d'en faire la démonstration et observer. • Inciter la personne à noter par écrit les résultats des tests de glycémie capillaire, la prise d'antidiabétiques, les doses d'insuline et les points d'injection ainsi que toute réaction physiologique inhabituelle et son régime alimentaire. Lui indiquer les résultats souhaités (p. ex. : glycémie avant les repas de 4,0 à 7,0 mmol/L et après les repas, de 5,0 à 10,0 mmol/L). 	<p>En sachant ce qu'il faut surveiller, la personne prévient ou réduira les complications. Elle peut, par exemple, boire une demi-tasse de jus de raisin pour profiter d'un effet immédiat, puis prendre, dans la demi-heure qui suit, une collation composée d'une tartine au beurre d'arachide ou au fromage, ou d'un fruit et d'une tranche de fromage, pour profiter d'un effet prolongé. On recommande aussi des comprimés de 15 g de glucose aux diabétiques qui prennent des sécrétagogues, notamment du glyburide, en association avec l'insuline (voir les directives de l'établissement).</p> <p>La connaissance des mesures à prendre en cas de maladie, bénigne ou grave, favorise la compétence en matière de soins personnels et réduit le risque d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie.</p> <p>Les tests de glycémie capillaire fournissent rapidement des données précises sur la maîtrise du diabète. La démonstration effectuée par la personne et son épouse permet à l'infirmière de vérifier si les mesures enseignées ont été correctement apprises.</p> <p>On fournit ainsi au personnel soignant des données précises lui permettant d'évaluer l'efficacité du traitement et les besoins de la personne.</p>

SECTION 3

CARTE MENTALE : UNE AUTRE APPROCHE DE LA PLANIFICATION DES SOINS

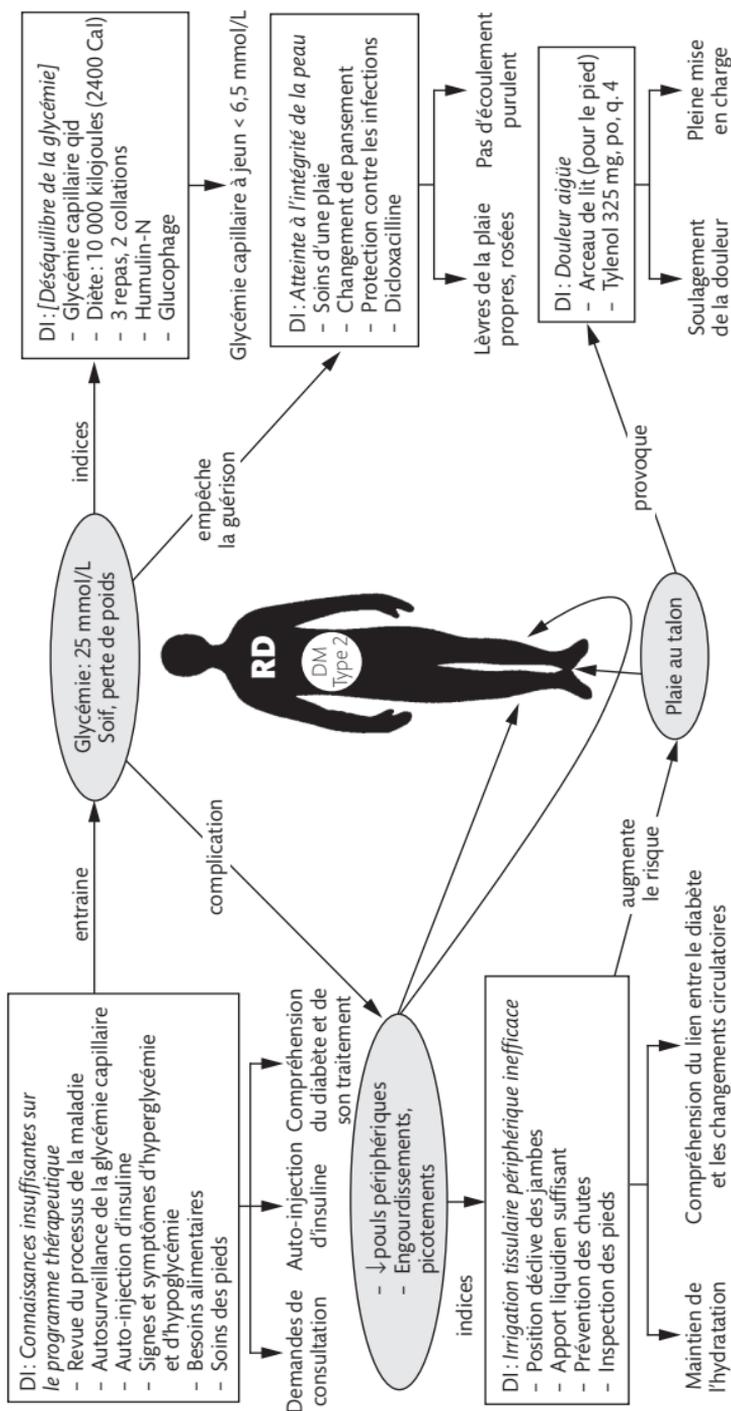
La carte mentale permet de visualiser les interrelations entre les données d'évaluation, les diagnostics infirmiers, les résultats escomptés et les interventions. Elle retient les éléments les plus intéressants du plan de soins traditionnel (résolution de problèmes et catégorisation), mais l'aspect linéaire ou en colonnes est remplacé par un schéma qui fait appel à l'ensemble du cerveau. En effet, cette représentation sollicite l'hémisphère gauche, auquel est associée la résolution de problèmes linéaire, et l'hémisphère droit, dont relève la pensée libre, intégrée et créative. Le recours à la carte mentale dans l'élaboration du plan de soins permet à l'infirmière de considérer la situation de la personne d'un point de vue holistique. Cette démarche créative renforce le jugement critique et facilite le processus de planification des soins.

Le schéma d'une carte mentale se construit à partir du centre de la page, qui représente la personne, concept clé de cette approche. Cette disposition rappelle que le plan de soins doit être axé sur la personne, et non sur le diagnostic médical. À cette notion centrale se greffent des concepts illustrant le plan de soins de la personne. Ils peuvent être regroupés à l'aide de formes géométriques, d'un code de couleurs ou selon leur emplacement sur la page. Les liens entre les groupes d'idées sont représentés par des flèches accompagnées de mentions explicatives. Ainsi, plusieurs éléments d'information peuvent être reliés directement à la personne.

La schématisation de la carte mentale peut débiter par l'un ou l'autre de ces concepts, qui sont disposés séparément sur la page, groupés, puis mis en relation. Il est essentiel de comprendre qu'il n'existe aucun ordre préétabli entre ces éléments, car tous les regroupements sont aussi importants les uns que les autres. Toutefois, il doit y avoir une constance dans la présentation des données se rapportant aux concepts de même que dans leur mise en relation.

La figure 2.1 présente une carte mentale qui se rapporte à M. Roger Dupont, atteint de diabète de type II, dont le profil a été décrit au début de la section 2 de ce chapitre.

FIGURE 2.1 ■ Carte mentale du plan de soins de M. Roger Dupont



SECTION 4

SYSTÈMES D'INSCRIPTION AU DOSSIER : S.O.A.P., S.O.A.P.I.E.R. ET FOCUS (D.I.R.)

Les notes sur l'évolution de la situation, de même que les observations de l'infirmière, font partie intégrante du dossier et doivent inclure tous les événements importants du quotidien de la personne. Elles reflètent la façon dont on applique le plan de soins et constituent une preuve que les mesures et les précautions appropriées ont été prises. Aussi bien les interventions exécutées que les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés doivent y figurer. L'infirmière rédigera ses notes de façon claire et objective, inscrira la date et l'heure précises de chaque intervention et signera le tout.

La meilleure façon de rédiger des notes claires et structurées consiste à les présenter sous forme d'énoncés descriptifs ou d'observations. Les notes sur les comportements de la personne et ses réactions au traitement fournissent à l'équipe interdisciplinaire de précieux renseignements grâce auxquels chacun pourra déterminer si l'une ou l'autre des interventions en cours doit être interrompue ou modifiée afin d'atteindre les résultats escomptés.

Lorsqu'elle utilise un système de notes efficace, l'infirmière favorise l'individualisation des soins. En effet, si elle a une idée précise de l'évolution de la personne, il lui est plus facile d'assurer la continuité des soins et de vérifier la progression vers l'atteinte des résultats.

Il existe plusieurs systèmes d'enregistrement des notes au dossier : l'inscription d'un ensemble de renseignements couvrant tout le quart de travail (p. ex. : de 8 h à 16 h); les notes précisant l'heure des observations et des interventions (p. ex. : 8 h 30, a mangé tout le contenu de son cabaret); ainsi que celles établies à partir de la définition d'un problème (méthode S.O.A.P., S.O.A.P.I.E.R.) ou selon le système FOCUS.

La méthode S.O.A.P., S.O.A.P.I.E.R., qui a été conçue par des médecins pour des soins donnés de manière épisodique, exige que toutes les inscriptions figurant au dossier soient faites en fonction d'un problème issu d'une liste (voir l'exemple 1).

Le système FOCUS (D.I.R.) (voir l'exemple 2) a été conçu par des infirmières en vue de faciliter la consignation de données fréquentes et répétées sur l'état de santé de la personne et sur les soins s'y rattachant. La personne est ici considérée dans une perspective de santé. Le focus est habituellement un diagnostic infirmier; ce n'est jamais un diagnostic médical ni une intervention infirmière (soins d'une plaie, insertion d'une sonde à demeure, gavage, etc.). Les autres composantes du système, notamment les données d'évaluation, les interventions et les réactions,

facilitent le repérage des renseignements sur la situation de la personne. Voici les quatre éléments du système FOCUS (D.I.R.).

1. **Focus:** diagnostic infirmier ou problème de la personne, signes ou symptômes potentiellement importants (fièvre, arythmie, œdème, etc.), évènement important ou altération considérable de l'état de la personne, critères de soins particuliers ou directives particulières de l'établissement.
2. **Données:** renseignements subjectifs et objectifs décrivant le problème ou confirmant l'exactitude du diagnostic infirmier.
3. **Interventions:** soins infirmiers immédiats ou futurs, définis en fonction des données recueillies et correspondant aux objectifs de la personne ainsi qu'aux interventions infirmières formulées dans le plan de soins.
4. **Réactions:** résultats des interventions, qui permettent de vérifier si les objectifs ont été atteints.

Les deux exemples qui suivent se fondent sur les données tirées du profil de M. Roger Dupont présenté à la section 2 de ce chapitre.

EXEMPLE 1 – MODÈLE S.O.A.P., S.O.A.P.I.E.R.

S = données Subjectives	I = Interventions
O = données Objectives	E = Évaluation
A = Analyse des données	R = Révision
P = Planification	

Date et heure	Problème*	Notes
2020-06-28		
21 h	N° 3: Douleur aigüe	<p>S: Se plaint d'une douleur sourde et pulsative au pied gauche; douleur non irradiante.</p> <p>O: Muscles tendus; change souvent de position dans son lit; semble inconfortable.</p> <p>A: Douleur persistante.</p> <p>P: Selon le plan de soins.</p>
Afin de mieux documenter la démarche de soins infirmiers, certains établissements ajoutent les étapes Interventions (I), Évaluation (E) et, si le plan n'a pas été efficace, Révision (R).		
22 h		<p>I: Arceau de lit pour le pied; administration d'acétaminophène 325 mg PO.</p> <p>E: Douleur soulagée; semble détendu.</p> <p>R: Aucune révision nécessaire.</p> <p><i>B. Joseph, inf.</i></p>
2020-06-29		
11 h	N° 5: Prise en charge inefficace de la santé	<p>S: « Mon épouse et moi aurions des questions à vous poser. »</p> <p>O: Un exemplaire de la liste de questions est joint au plan d'enseignement.</p> <p>A: M. Dupont et son épouse doivent revoir l'information reçue et s'exercer à l'auto-injection d'insuline.</p> <p>P: Ils assistent à des séances d'information et lisent <i>Vivre avec son diabète</i>. Rencontre à prévoir avec la nutritionniste.</p> <p>I: M. Dupont s'administre de l'insuline devant son épouse. Remise d'une brochure sur la technique d'auto-injection. Rendez-vous avec la nutritionniste à 13 h pour qu'elle réponde aux autres questions de la liste.</p>

* Comme il est inscrit dans le plan de soins.

Date et heure	Problème*	Notes
2020-06-29	16 h N° 1 : Atteinte à l'intégrité de la peau	<p>E: M. Dupont est plus à l'aise avec l'auto-injection; il la fait sans hésitation, correctement et sans trembler. Il explique à son épouse les étapes à suivre et leur raison d'être. Le couple sait à qui s'adresser s'il a des problèmes ou des questions.</p> <p>R: Aucune révision nécessaire.</p> <p>E. Marsan, inf.</p>
		<p>S: « Ça fait mal. » (Quand on palpe les tissus autour de la plaie.)</p> <p>O: Léger écoulement séreux sur le pansement, lèvres de la plaie rosées, aucune odeur.</p> <p>A: Premiers signes de guérison de la plaie; pas d'infection.</p> <p>P: Poursuite des soins cutanés décrits dans le plan de soins.</p> <p>I: Irrigation de la plaie au sérum physiologique TID. Pansement humide et pansement sec stériles à la suite, fixés avec un bandage micropore.</p> <p>E: La plaie est propre, sans écoulement.</p> <p>R: Aucune révision nécessaire.</p> <p>E. Marsan, inf.</p>

* Comme il est inscrit dans le plan de soins.

EXEMPLE 2 – SYSTÈME FOCUS (D.I.R.)¹

D = Données		I = Interventions	R = Réactions
Date et heure	Focus		
2020-06-28			
21 h	Douleur aigüe au pied gauche	D: Se plaint d'une douleur sourde et pulsative au pied gauche; douleur non irradiante. Muscles tendus. Est agité au lit. I: Arceau de lit pour le pied gauche. Administration d'acétaminophène 325 mg PO.	
22 h	Douleur aigüe au pied gauche	R: Dit que la douleur est soulagée; semble détendu. <i>B. Joseph, inf.</i>	
2020-06-29			
11 h	[Connaissances insuffisantes] concernant le diabète	D: A assisté à une séance d'information avec son épouse. Tous deux ont lu <i>Vivre avec son diabète</i> . I: Liste de questions préparée par M. Dupont et son épouse, jointe au plan d'enseignement. Remise d'une brochure sur la technique d'auto-injection pour consultation ultérieure. Rendez-vous avec la nutritionniste à 13 h pour qu'elle réponde aux autres questions. Démonstration de la préparation et de l'auto-injection de l'insuline. R: M. Dupont est plus à l'aise avec l'auto-injection; il la fait sans hésiter, correctement et sans trembler. Il explique à son épouse les étapes à suivre et leur raison d'être. Le couple sait à qui s'adresser s'il a des problèmes ou des questions. <i>E. Marsan, inf.</i>	

1. D'après Susan Lampe, *Focus Charting*, Creative Health Care Management, Inc., 1701, American Blvd. East, Minneapolis, MN 55425.

Date et heure Focus

2020-06-29

16 h	Atteinte à l'intégrité de la peau au talon gauche	<p>D: Léger écoulement séreux sur le pansement; bords de la plaie rosés; aucune odeur; dit ne pas avoir mal, sauf lorsqu'on palpe les tissus environnants.</p> <p>I: Irrigation avec sérum physiologique selon l'ordonnance. Pansement humide et pansement sec stériles à la suite, fixés avec un bandage micropore.</p> <p>R: Plaie propre et sans écoulement.</p> <p><i>E. Marsan, inf.</i></p>
------	---	---

L'exemple qui suit illustre une difficulté de la personne qui ne requiert pas pour le moment la définition d'un problème (diagnostic infirmier) figurant au plan de soins. Le modèle S.O.A.P. ne convient guère dans une telle situation.

2020-06-28

20 h 20	Malaises épigastriques	<p>D: Se plaint d'avoir « mal à l'estomac, une sensation de brûlure » en posant la main sur la région épigastrique. Peau chaude et sèche, couleur rosée, signes vitaux inchangés.</p> <p>I: Administration d'hydroxyde d'aluminium/magnésium, 400 mg PO; tête du lit surélevée à environ 15 degrés.</p> <p>R: Se dit soulagé. Semble détendu et reposé.</p> <p><i>B. Joseph, inf.</i></p>
---------	------------------------	---

