

RÉFÉRENTIEL D'AUTO-ÉVALUATION DES PRATIQUES EN NEUROLOGIE

**Prise en charge hospitalière initiale
des personnes ayant fait
un accident vasculaire cérébral (AVC) :**

**prise en charge paramédicale
dans une unité de soins**

Juin 2005

SOMMAIRE

I.	PROMOTEURS	3
II.	SOURCE.....	3
III.	CIBLE PROFESSIONNELLE	3
IV.	PATIENTS CONCERNÉS	3
V.	SÉLECTION DES DOSSIERS	3
VI.	OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS	4
VII.	GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES	5
VIII.	GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE	9
IX.	PROTOCOLE	12
	IX.1. Le champ d'application	12
	IX.2. Les conditions d'inclusion des patients dans l'étude.....	12
	IX.3. Le type de l'étude	12
	IX.4. Les sources d'information et le mode de recueil des données	12
	IX.5. La taille de l'échantillon.....	12
	IX.6. La période d'évaluation	12
	IX.7. Le déroulement du recueil	13
X.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	14
	ANNEXES	15
I.	RAPPEL : GRADATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC).....	15
II.	TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES CRITÈRES AUX RECOMMANDATIONS OU GUIDES DE BONNE PRATIQUE	16

I. PROMOTEURS

- Haute Autorité de santé (HAS)
- Société française neuro-vasculaire
- Société française de neurologie (SFN)

II. SOURCE

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : aspects paramédicaux. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Imagerie dans l'accident vasculaire cérébral aigu. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge initiale des patients atteints d'accident vasculaire cérébral. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : aspects médicaux. Paris: Anaes; 2002.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: Anaes; 2001.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité et de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Paris: Anaes; 2003.

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Les professionnels paramédicaux de tout établissement de santé qui prend en charge au stade initial des personnes ayant fait un accident vasculaire. L'étude peut être réalisée en UNV, en neurologie, en médecine, en cardiologie ou tout autre service de court séjour qui prend en charge des patients ayant fait un AVC.

IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients adultes (âge supérieur à 16 ans), présentant un AVC récent (inférieur à 15 jours) confirmé par l'imagerie cérébrale (scanner ou IRM).

Les conditions d'exclusion :

- les patients présentant une pathologie cérébrale autre qu'un infarctus ou une hémorragie cérébrale (ex. accident ischémique transitoire [AIT], hémorragie méningée, hémorragie intracrânienne traumatique, tumeur cérébrale, etc.) ;
- tout patient présent dans le service ou l'unité avant le début de l'étude.

V. SÉLECTION DES DOSSIERS

Il s'agit d'une évaluation prospective (au fur et à mesure que les patients se présentent dans le service ou l'unité, à compter de la date de début de l'étude).

VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

S'assurer que les différents éléments du processus font l'objet d'une évaluation, à savoir :

- confirmer le diagnostic (posé sur les données de l'interrogatoire, de l'examen clinique et de l'imagerie) ;
- en préciser le mécanisme et la cause (une hémorragie cérébrale doit être éliminée avec certitude) ;
- débiter au plus tôt le traitement approprié ;
- éviter les complications immédiates, générales et neurologiques.

VII. GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un AVC : PEC paramédicale dans le service d'hospitalisation

NOM : _____ Prénom : _____ M F ÉTIQUETTE

Date de naissance : ____/____/____ Âge : ____ ans Date d'hospitalisation : ____/____/____

Lieu d'hospitalisation UHCD¹ USINV² UNV³ neurologie médecine autre Précisez
 Mode de sortie : domicile court séjour SSR⁴ décès autre Précisez

Numéro de grille : ____ Identification du coordonnateur de l'audit clinique :

N°	Critère	Source	OUI	NON	NA ⁶	Commentaires
1	L'infirmier et l'aide soignant préparent la chambre avant l'arrivée du patient.	AE ⁷				
2	Le patient vigilant est laissé à jeun et en décubitus jusqu'à l'examen médical.	DP ⁸				
3	L'ECG est disponible dès le début de la prise en charge.	DP				
4	Les résultats du bilan biologique initial sont transmis au médecin.	DP AE				

¹ UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
² USINV : unité de soins intensifs neuro-vasculaire
³ UNV : unité neuro-vasculaire
⁴ SSR : soins de suite et réadaptation
⁵ HAD : hospitalisation à domicile
⁶ NA : non applicable
⁷ DP : dossier patient
⁸ AE : auto-évaluation

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	Critère	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
5	Le niveau de vigilance est évalué à l'aide d'un support objectif (échelle).	DP				
6	Le niveau de vigilance est noté dans le dossier.	DP				
7	L'état neurologique est évalué à l'aide d'un support objectif (échelle).	DP				
8	L'état neurologique est noté dans le dossier.	DP				
9	La recherche des troubles de la déglutition avant de débiter l'alimentation orale est notée dans le dossier.	DP				
10	Le rythme, la fréquence respiratoire et la SaO ₂ sont notés dans le dossier.	DP				
11	La PA et le pouls sont notés dans le dossier.	DP				
12	La température corporelle est notée dans le dossier.	DP				
13	La glycémie capillaire est notée dans le dossier.	DP				
14	Le poids du patient à l'admission est noté dans le dossier.	DP				
15	La diurèse est notée dans le dossier.	DP				
16	La recherche d'un globe vésical est notée quotidiennement dans le dossier.	DP				
17	Le transit intestinal est noté quotidiennement dans le dossier.	DP				
18	Toute modification des paramètres est signalée au médecin.	DP				
19	La prévention des complications thrombo-emboliques veineuses est réalisée selon un protocole.	DP				
20	La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est réalisée selon un protocole.	DP				

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N °	Critère	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
21	La prévention des complications cutanées est réalisée selon un protocole.	DP Planif. des soins				
22	La bonne installation du patient (au lit ou au fauteuil) est réalisée selon un protocole.	DP				
23	La prévention de l'algodystrophie est réalisée selon un protocole.	DP				
24	La prise en charge de la douleur est réalisée selon un protocole.	DP Planif. des soins				
25	Toute complication ou suspicion de complication est signalée au médecin.	DP				
26	Des éléments relatifs au comportement du patient sont notés dans le dossier.	DP				
27	En cas de déficit moteur et/ou sensitif et/ou d'encombrement bronchique le masseur-kinésithérapeute intervient dans les 24 heures suivant la prescription.	AE DP				
28	Les interventions du masseur-kinésithérapeute, notées dans le dossier, sont datées.	DP				
29	En cas de trouble du langage ou d'héminégligence l'orthophoniste intervient dans les 24 heures suivant la prescription.	AE DP				
30	Les interventions de l'orthophoniste, notées dans le dossier, sont datées.	DP				
31	L'environnement familial et socio-économique du patient est évalué dans les 48 premières heures.	DP				
32	L'état du patient fait l'objet d'une évaluation régulière par l'équipe soignante.	DP Planif. des soins				
33	Le devenir du patient fait l'objet d'une évaluation entre les membres de l'équipe (dont l'assistante sociale), le patient et son entourage.	DP				
34	Le dossier mentionne que le patient et son entourage sont associés au projet de sortie.	DP				

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N °	Critère	Source	OUI	NON	NA	Commentaires
35	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des infirmiers.	DP				
36	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des masseurs-kinésithérapeutes.	DP				
37	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des orthophonistes.	DP				
38	À la sortie, le dossier mentionne la délivrance d'un rendez-vous de suivi avec un médecin responsable de la prise en charge du patient (neurologue, médecin de réadaptation, gériatre, médecin traitant, etc.).	DP				

VIII. GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE

Critère 1 : L'infirmier et l'aide soignant préparent la chambre avant l'arrivée du patient.

La chambre est équipée de : matelas anti-escarres, O₂, aspiration, appareils de monitoring en fonction de l'état du patient.

Critère 2 : Le patient vigilant est laissé à jeun et en décubitus jusqu'à l'examen médical.

Repos strict au lit avec surélévation de la tête.

NA si le patient n'est pas vigilant.

Critère 3 : L'ECG est disponible dès le début de la prise en charge.

Il peut s'agir de l'ECG réalisé aux urgences ou dans un autre établissement.

Critère 4 : Les résultats du bilan biologique initial sont transmis au médecin.

Bilan minimum : hémostase, glycémie, NFS, plaquettes, fibrine, ionogramme sanguin, urée, créatininémie.

Il peut s'agir du bilan réalisé aux urgences ou dans un autre établissement.

NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant la réalisation du bilan.

Critère 5 : Le niveau de vigilance est évalué à l'aide d'une échelle.

Échelle de Glasgow (<http://www.strokecenter.org/trials/scales/glasgowoutcome.html>)

Critère 6 : Le niveau de vigilance est noté dans le dossier.

Critère 7 : L'état neurologique est évalué à l'aide d'une échelle.

Échelle NIHSS (<http://www.strokecenter.org/trials/scales/nihss.html>)

Critère 8 : L'état neurologique est noté dans le dossier.

Critère 9 : La recherche des troubles de la déglutition avant de débiter l'alimentation orale est notée dans le dossier.

NA si le patient n'est pas vigilant.

NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant la réalisation des actions.

Critère 10 : Le rythme, la fréquence respiratoire et la SaO₂ sont notés dans le dossier.

NON si un élément manque.

Critère 11 : La PA et le pouls sont notés dans le dossier.

NON si un élément manque.

Critère 12 : La température corporelle est notée dans le dossier.

Critère 13 : La glycémie capillaire est notée dans le dossier.

Critère 14 : Le poids du patient à l'admission est noté dans le dossier.

Critère 15 : La diurèse est notée dans le dossier.

Critère 16 : La recherche d'un globe vésical est notée quotidiennement dans le dossier.

Critère 17 : Le transit intestinal est noté quotidiennement dans le dossier.

Critère 18 : Toute modification des paramètres est signalée au médecin.

Critère 19 : La prévention des complications thrombo-emboliques veineuses est réalisée selon un protocole.

Même dans le cadre d'un protocole, une trace de la prescription doit apparaître dans le dossier du patient.

Critère 20 : La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est réalisée selon un protocole.

NA si le patient ne présente plus de déficit neurologique.

Même dans le cadre d'un protocole, une trace de la prescription doit apparaître dans le dossier du patient.

Critère 21 : La prévention des complications cutanées est réalisée selon un protocole.

NA si le patient ne présente plus de déficit neurologique.

Critère 22 : La bonne installation du patient (au lit ou au fauteuil) est réalisée selon un protocole.

NA si le patient ne présente plus de déficit neurologique.

Critère 23 : La prévention de l'algodystrophie est réalisée selon un protocole.

NA si le patient ne présente plus de déficit neurologique.

Critère 24 : La prise en charge de la douleur est réalisée selon un protocole.

Même dans le cadre d'un protocole, une trace de la prescription doit apparaître dans le dossier du patient.

Critère 25 : Toute complication ou suspicion de complication est signalée au médecin.

Critère 26 : Des éléments relatifs au comportement du patient sont notés dans le dossier.

Critère 27 : En cas de déficit moteur et/ou sensitif et/ou d'encombrement bronchique le masseur-kinésithérapeute intervient dans les 24 heures suivant la prescription.

NA si le patient ne présente plus de déficit neurologique ni d'encombrement bronchique.

Critère 28 : Les interventions du masseur-kinésithérapeute, notées dans le dossier, sont datées.

NA si le masseur-kinésithérapeute n'intervient pas.

Critère 29 : En cas de trouble du langage ou d'héminégligence l'orthophoniste intervient dans les 24 heures suivant la prescription.

NA si le patient ne présente pas ces symptômes.

NA si le patient présente des troubles de la vigilance.

Critère 30 : Les interventions de l'orthophoniste, notées dans le dossier, sont datées.

NA si l'orthophoniste n'intervient pas.

Critère 31 : L'environnement familial et socio-économique du patient est évalué dans les 48 premières heures.

Critère 32 : L'état du patient fait l'objet d'une évaluation régulière par l'équipe soignante.

L'équipe soignante est composée au minimum de : médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux.

Critère 33 : Le devenir du patient fait l'objet d'une évaluation entre les membres de l'équipe (dont l'assistante sociale), le patient et son entourage.

Critère 34 : Le dossier mentionne que le patient et son entourage sont associés au projet de sortie.

NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation avant que la sortie ait été envisagée.

Critère 35 : Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des infirmiers.

NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation.

NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.

NA si des soins infirmiers ne sont pas nécessaires.

Critère 36 : Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des masseurs-kinésithérapeutes.

NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation.

NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.

NA si des séances de masso-kinésithérapie ne sont pas nécessaires.

Critère 37 : Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des orthophonistes.

NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation.

NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.

NA si des séances d'orthophonie ne sont pas nécessaires.

Critère 38 : À la sortie, le dossier mentionne la délivrance d'un rendez-vous de suivi avec un médecin responsable de la prise en charge du patient (neurologue, médecin de réadaptation, gériatre, médecin traitant, etc.).

NA si le patient décède dans le service d'hospitalisation.

NA si le patient n'est pas sorti à la fin de l'étude.

IX. PROTOCOLE

IX.1. Le champ d'application

Le référentiel évalue les aspects paramédicaux de la prise en charge individuelle du patient en unité d'hospitalisation (court séjour UNV, neurologie, médecine, cardiologie, etc.).

IX.2. Les conditions d'inclusion des patients dans l'étude

Tous les patients adultes (âge supérieur à 16 ans), présentant un AVC récent (inférieur à 15 jours) confirmé par l'imagerie cérébrale (scanner ou IRM).

Les conditions d'exclusion :

- les patients présentant une pathologie cérébrale autre qu'un infarctus ou une hémorragie cérébrale (ex. accident ischémique transitoire [AIT], hémorragie méningée, hémorragie intracrânienne traumatique, tumeur cérébrale, etc.) ;
- tout patient présent dans le service ou l'unité avant le début de l'étude.

IX.3. Le type de l'étude

Il s'agit d'une évaluation prospective (au fur et à mesure que les patients se présentent à compter de la date de début de l'étude).

IX.4. Les sources d'information et le mode de recueil des données

Les informations sont recueillies à partir :

- du dossier du patient (dossier médical, infirmier, kinésithérapeutes, orthophoniste, psychologue, travailleur social, etc.) (DP) ;
- des supports de planification des soins (planif. des soins) ;
- d'une auto-évaluation réalisée par l'acteur du soin (AE).

Le recueil par auto-évaluation de l'acteur du soin est privilégié à chaque fois que cela est possible au moment même de la réalisation de l'acte. Cependant, il est souhaitable que, pour les hospitalisations motivées par un accident vasculaire cérébral, les informations figurent en routine dans le dossier du patient (DP). C'est pourquoi la consultation des dossiers est nécessaire à un remplissage exhaustif des grilles.

IX.5. La taille de l'échantillon

L'audit clinique porte au maximum sur 30 hospitalisations consécutives de patients ayant fait un AVC pendant la période d'observation et jusqu'à la sortie du secteur d'activité MCO⁹ (court séjour UNV, neurologie, médecine, cardiologie, etc.).

IX.6. La période d'évaluation

La durée d'observation n'excède pas 6 semaines (même dans le cas où les 30 dossiers ne sont pas obtenus).

⁹ MCO : médecine – chirurgie – obstétrique

IX.7. Le déroulement du recueil

Au sein de l'établissement, les professionnels du groupe de travail définissent ensemble l'organisation du recueil.

Exemple d'organisation en unité d'hospitalisation

Afin de faciliter le recueil et d'en assurer son exhaustivité, le coordonnateur a préalablement informé les professionnels concernés par l'étude et les a formés au recueil. De l'implication des professionnels dépendent la facilité et la qualité du recueil.

Les professionnels disposent, au niveau de l'unité d'hospitalisation, de grilles de recueil vierges et de guides d'utilisation.

Pour tout patient entrant dans l'unité d'hospitalisation avec un diagnostic d'AVC aigu ou suspicion d'AVC aigu », le professionnel qui prend initialement en charge le patient joint à son dossier une grille de recueil (identifiée au nom du patient, date et heure d'entrée).

Le remplissage de la grille par les professionnels qui interviennent auprès du patient ne commence qu'après la confirmation du diagnostic par imagerie.

Les grilles des patients dont le diagnostic d'AVC n'est pas confirmé par l'imagerie sont retirées du dossier du patient.

Si les effectifs et la charge de travail le permettent, les grilles peuvent être renseignées après l'intervention par le professionnel (auto-évaluation).

Dans le cas contraire, le coordonnateur devra s'organiser avec les responsables de l'unité d'hospitalisation (chef de service, cadre de santé) pour compléter les fiches à un autre moment à partir des dossiers du patient (DP) et des supports internes à l'unité d'hospitalisation (ex. planification des soins).

Le coordonnateur suit l'évolution du recueil pendant la durée de l'étude et numérote les grilles incluses dans l'ordre chronologique d'arrivée. Il fait cesser l'étude dès que 30 patients sont inclus dans l'étude ou au terme des 6 semaines.

Les grilles sont conservées par le coordonnateur qui en assure la confidentialité.

X. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

- **Que pensez-vous de vos résultats (points forts de votre pratique et points à améliorer) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?**

- **Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?**

- **Quelles actions d'amélioration allez-vous mettre en place ?**

- **Comment allez-vous réévaluer la situation ?**

Un dispositif de suivi doit être défini pour s'assurer de l'efficacité et de la pérennisation des améliorations apportées et maintenir la vigilance des professionnels.

Deux types de mesure de la qualité sont possibles :

- *un nouvel audit portant sur l'ensemble des critères ou ciblé sur les critères les plus déficitaires ;*
- *l'utilisation d'indicateurs permettant de suivre en routine ou en permanence la qualité de la pratique.*

Les indicateurs feront l'objet d'un tableau de bord, instrument de pilotage et d'aide à la décision.

ANNEXES

I. RAPPEL : GRADATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC)

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris : Anaes ;2000.

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTERATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de forte puissance ▪ Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ▪ Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de faible puissance ▪ Études comparatives non randomisées bien menées ▪ Études de cohorte 	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Études cas-témoins 	<p style="text-align: center;">C</p>
<p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Études comparatives comportant des biais importants ▪ Études rétrospectives ▪ Série de cas ▪ Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) 	<p style="text-align: center;">Faible niveau de preuve scientifique</p>

En l'absence de précision, les recommandations proposées reposent sur un accord professionnel (AP) au sein du groupe de travail ou du groupe de lecture.

Si aucune mention ne figure dans la case « grade de la RPC » le critère correspond à un propos général visant à donner un caractère opérationnel au critère d'évaluation.

II. TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES CRITÈRES AUX RECOMMANDATIONS OU GUIDES DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge hospitalière initiale des personnes ayant fait un AVC : PEC paramédicale dans une unité de soins

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
1	L'infirmier et l'aide soignant préparent la chambre avant l'arrivée du patient.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 7	AP
2	Le patient vigilant est laissé à jeun et en décubitus jusqu'à l'examen médical.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 8	AP
3	L'ECG est disponible dès le début de la prise en charge.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 34	AP
4	Les résultats du bilan biologique initial sont transmis au médecin.	RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux page 35	AP
5	Le niveau de vigilance est évalué à l'aide d'une échelle.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 8	AP
6	Le niveau de vigilance est noté dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 8	AP
7	L'état neurologique est évalué à l'aide d'une échelle.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 8	AP
8	L'état neurologique est noté dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 8	AP
9	La recherche des troubles de la déglutition avant de débiter l'alimentation orale est notée dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 10	B
10	Le rythme, la fréquence respiratoire et la SaO ₂ sont notés dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 8 RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 19, 38	AP
11	La PA et le pouls sont notés dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 8 RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 19, 38	AP

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
12	La température corporelle est notée dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 8 RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 11, 19, 38	AP
13	La glycémie capillaire est notée dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 9 RPC Anaes 2002 AVC aspects médicaux pages 13, 19	AP
14	Le poids du patient à l'admission est noté dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 7, 12	AP
15	La diurèse est notée dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 9	AP
16	La recherche d'un globe vésical est notée quotidiennement dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 9, 14	C
17	Le transit intestinal est noté quotidiennement dans le dossier.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 9	AP
18	Toute modification des paramètres est signalée au médecin.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 8	AP
19	La prévention des complications thrombo-emboliques veineuses est réalisée selon un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 1	AP
20	La prévention de l'encombrement bronchique et des pneumopathies d'inhalation est réalisée selon un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 8, 11, 12	AP
21	La prévention des complications cutanées est réalisée selon un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 12, 13	AP
22	La bonne installation du patient (au lit ou au fauteuil) est réalisée selon un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 10, 13, 14, 23	AP
23	La prévention de l'algodystrophie est réalisée selon un protocole.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 10, 13, 14, 23	AP

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
24	La prise en charge de la douleur est réalisée selon un protocole	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 13	AP
25	Toute complication ou suspicion de complication est signalée au médecin	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 8	AP
26	Des éléments relatifs au comportement du patient sont notés dans le dossier	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 13	AP
27	En cas de déficit moteur et/ou sensitif et/ou d'encombrement bronchique le masseur-kinésithérapeute intervient dans les 24 heures suivant la prescription.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 14	A
28	Les interventions du masseur-kinésithérapeute, notées dans le dossier, sont datées.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 14	AP
29	En cas de trouble du langage ou d'héminégligence l'orthophoniste intervient dans les 24 heures suivant la prescription.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 15, 24	A, B ou C selon le cas
30	Les interventions de l'orthophoniste, notées dans le dossier, sont datées	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 14	AP
31	L'environnement familial et socio-économique du patient est évalué dans les 48 premières heures.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 9	AP
32	L'état du patient fait l'objet d'une évaluation régulière par l'équipe soignante.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux pages 9, 27	AP
33	Le devenir du patient fait l'objet d'une évaluation entre les membres de l'équipe (dont l'assistante sociale), le patient et son entourage.	RPC Anaes 2002 AVC aspects paramédicaux page 28	AP
34	Le dossier mentionne que le patient et son entourage sont associés au projet de sortie.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
35	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des infirmiers.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en neurologie

N°	CRITÈRES	RPC OU GUIDE	GRADE DE LA RPC
36	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des masseurs-kinésithérapeutes.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
37	Le dossier mentionne que le patient quitte le service avec les fiches de synthèse des orthophonistes.	Guide Anaes 2001 Préparation de la sortie du patient	
38	À la sortie, le dossier mentionne la délivrance d'un rendez-vous de suivi avec un médecin responsable de la prise en charge du patient (neurologue, médecin de réadaptation, gériatre, médecin traitant, etc.)		