
Réseau de services intégrés pour les personnes
atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques

**OUTILS DE SUIVI POUR LES SOINS INFIRMIERS
SPÉCIFIQUES À LA CLIENTÈLE MPOC**

Novembre 2002
(révisé septembre 2006)

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.

ISBN 978-2-89510-458-2 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-459-9 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Ce document est disponible :

au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604

à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à la conception de ces outils cliniques. Une fois de plus, celles-ci ont mis à profit leurs compétences, leur disponibilité ainsi que leur engagement auprès des personnes atteintes de MPOC. Ont participé au comité de formation et suivi systématique :

Linda Blackburn	infirmière, assistante au supérieur immédiat, CLSC-CHSLD de Rosemont
Sylvie Désilets	infirmière-conseil, CLSC La Petite Patrie
Monique Déziel	infirmière, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Marielle Gauthier	infirmière clinicienne, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Louise Laurier	chef de l'administration des programmes, CLSC du Vieux LaChine
Nicole Lauzon	coordonnatrice, médecine de jour, Hôpital Jean-Talon
Gérard Lefebvre	assistant-chef inhalothérapeute par interim, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Diane Nault	infirmière chef, Institut thoracique de Montréal (CUSM)
Caroline Riopel	chef du Service de pneumologie et responsable de la clinique de tuberculose, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Danielle St-Jules	chef de service, Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

De l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, ont participé à ce projet :

Lucie Labarre	Coordonnatrice des territoires 1-2-3-4
Louise Labissonnière	Chargée de projet MPOC, direction des territoires de l'Ouest

Traitement de texte et collaboration à la conception graphique : Marie-Josée Roy

Outils de suivi spécifique MPOC GUIDE D'UTILISATION

Les outils élaborés pour le suivi des clientèles MPOC comprennent :

1. Aide mémoire – Surveillance clinique MPOC
2. Notes d'observation – Suivi clinique MPOC
3. Échelle de dépression gériatrique abrégée
4. Plan d'enseignement spécifique MPOC

1. Aide mémoire – Surveillance clinique MPOC

- Outil qui décrit les éléments de surveillance. L'intervenant en possède un exemplaire pour son utilisation personnelle (ne doit pas être mis au dossier).
- Incontournables, si oxygène → éléments qui font l'objet d'une évaluation à chaque visite ou à chaque quart de travail.
- Surveillance additionnelle : à évaluer selon la situation présentée par le client.
- Pages intérieures : aide-mémoire, description brève des éléments à évaluer.

2. Notes d'observation – Suivi clinique MPOC

- Feuille qui facilite l'inscription des notes au dossier.
- L'ordre correspond à celui utilisé dans l'aide mémoire.
- Cette feuille recto-verso est conçue pour une utilisation de huit (8) visites ou évaluations. Elle doit être mise au dossier.

3. Échelle de dépression gériatrique abrégée

- Grille d'évaluation selon la perception de l'utilisateur.

4. Plan d'enseignement spécifiques MPOC

- Ces feuilles comprennent :
 - un portrait des facteurs influençant l'apprentissage du client/famille ;
 - des hypothèses de soins infirmiers ou des diagnostics infirmiers reliés au suivi spécifique MPOC.
 - Inscrire → (pour les items priorisés ou acceptés par le client/famille)
 (pour les items priorisés par l'intervenant)
 - Les thèmes susceptibles d'être enseignés au client ainsi que les résultats atteints. Les thèmes proviennent de l'outil « *Mieux vivre avec une MPOC* » et suivent le même ordre que la « *Planchette d'enseignement* ».
 - Les thèmes à enseigner font l'objet d'une entente avec le client.
 - Ces feuilles sont utilisées pour quatre (4) visites ou la durée du séjour en Centre Hospitalier.
 - Dates / Résultats : on y inscrit la date et les résultats selon le code suivant :
 A = atteint P = poursuivre NA = non atteint, abandonné (il faut alors mettre une note au dossier).
 - À chaque visite ou intervention, le professionnel inscrit ses initiales au bas de la page. En plus, il complète en signant son nom au complet et son titre professionnel.

BRUITS ADVENTICES OU ANORMAUX

Ronchus



(Inflammation dans les bronches)

Sons ronflants, tonalité grave ou basse, se déplace ou se modifie à la toux.
Sons localisés ou disséminés.

Sibilances



(↓ calibre bronche vs spasme ou inflammation ou sécrétions)

Sons de tonalité aiguë ou haute sifflante et musicale.
Sons localisés ou disséminés.

Crépitants



(Liquide dans les bronchioles/alvéoles)

Sons secs (crépitation d'un feu), non modifiés par la toux.
Sons localisés ou disséminés.

Frottement pleural



Sons de craquement, non modifiés par la toux.
Localisés au site du problème.

AIDE MÉMOIRE SURVEILLANCE CLINIQUE MPOC

Les besoins globaux de la personne doivent être évalués. Le plan d'intervention est élaboré selon le modèle de l'établissement.

Éléments de surveillance

Incontournables

- Respiration
- Dyspnée
- Toux
- Expectorations
- Cyanose
- Douleur thoracique
- Oedème
- Auscultation
- Manifestation d'anxiété
- Médication
- PLAN D'ACTION

Surveillance additionnelle

- Manifestations d'infection respiratoire
- Signes vitaux, saturation, poids
- Signes cliniques d'hypoxie et d'hypercapnie
- Glycémie (si corticothérapie)
- État dépressif



Si oxygène

- Débit
- Nombre d'heures d'utilisation
- Tabagisme actif (sécurité)

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MÉDICAMENTS

Les bronchodilatateurs

	Les anticholinergiques		
En inhalation	<ul style="list-style-type: none"> • à courte durée d'action • à longue durée d'action 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atrovent ✓ Spiriva 	
	<ul style="list-style-type: none"> Les bêta₂-agonistes • à courte durée d'action • à longue durée d'action 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ventolin ✓ Bricanyl ✓ Airomir ✓ Sérévent ✓ Oxeze 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bêrotec ✓ Maxair ✓ Foradil
En comprimés	Association des deux	✓ Combivent	
	Les théophyllines	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Théo-Dur ✓ Phyllocontin ✓ Quibron TSR ✓ Cholédyl SA 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Théolair ✓ Slo-Bid ✓ Somophylline ✓ Uniphyll

Les anti-inflammatoires : les corticostéroïdes

En inhalation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Béclovent ✓ Vancéril 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flovent ✓ Pulmicort ✓ Asthmacort
En comprimés	✓ Prednisone	✓ Deltasone
Association bronchodilatateurs et corticostéroïdes		
En inhalation	✓ Symbicort	✓ Advair

INCONTOURNABLES

Respiration : fréquence, son : bruyante (B), sifflante (S), tirage (T).
Si tirage, faire une note au dossier et préciser le site (intercostal, sus claviculaire, etc.)

Dyspnée : repos, à l'élocution, AVQ (changements), AVD (changements).
Le point de comparaison est l'état habituel du patient.

Toux : absente (Ø), sèche (S), grasse (G), productive (P) ou non (NP), émissante (E), quinteuse (Q), fréquente (F), occasionnelle (O), occurrence(jour(J), nuit(N)).
Si la toux survient après une activité particulière, inscrire une note au dossier et le préciser (après la prise de sa médication, à l'effort, etc.).

Expectorations : aspect : salivaires (S), mucoïdes (M), muco-purulentes (MP), purulentes (P), spumeuses (S), hémoptysie (H).
Couleur : blanc (B), jaune (J), vert (V), sanguinolent (S).
Quantité : 15ml-moins (+), 15-30ml (+ +), 30-100ml (+ + +), 100ml-plus (+ + + +), absentes (Ø).

Cyanose : absente (Ø), digitale (D), labiale (L), muqueuse-buccale (MB).
Faire une note explicative au dossier et préciser les éléments déclencheurs.

Douleur thoracique : depuis quand, apparition (soudaine, graduelle) localisation, irradiation, sévérité (selon l'échelle, type de douleur)(1 à 10), durée (constant, intermittent), ce qui provoque, ce qui augmente, ce qui soulage.
Toujours inscrire une note au dossier.

Oedème : absente (Ø), site : les 2 membres infér. (MI), membre infér. droit (MI(D)) membre infér. gauche (MI(G) à godet (G), dur (D))
(+) léger après la pression de 2 doigts, la peau retrouve son élasticité après 1 seconde.
(++) moyen après la pression de 2 doigts, la peau retrouve son élasticité après 2 secondes.
(+++) important après la pression de 2 doigts, la peau retrouve son élasticité après 3 secondes et plus.

INCONTOURNABLES (SUITE)

Auscultation : poumons clairs (PC), diminution du murmure vésiculaire; bruits adventices ou anormaux (ronchus (R) sibilances (S), crépitants (C), frottement pleural (FP).

Si difficulté à préciser le résultat de l'auscultation, inscrire ? et inscrire note au dossier.

Manifestations d'anxiété : légère (L) peut reconnaître son anxiété, modérée (M) difficulté à se concentrer, sévère (S) ne peut faire des liens avec les informations reçues, panique (P) incapable de communiquer ou de fonctionner.

Médication spécifique : prise adéquate (A), prise inadéquate (I) → voir note au dossier, additionnelle → voir plan d'action et note au dossier.

SI OXYGÈNE

Débit = litres/min., nombre d'heures d'utilisation, = hres/24 hrs.
Saturation à l'air ambiant (AA) et avec O₂.

SURVEILLANCE ADDITIONNELLE

Manifestations d'infections respiratoires : augmentation de dyspnée, expectorations plus abondantes ou absentes, expectorations jaunes ou vertes, fièvre possible. Manifestations de deux (2) symptômes ou plus : plan d'action.

Poids : perte, gain, vérification : alimentation et hydratation (restriction, stimulation).

Signes cliniques d'hypoxie et d'hypercapnie : céphalée matinale(C), agitation (A), confusion (CO), modification du comportement(MC), diaphorèse (D), somnolence (S).

Glycémie de contrôle : si corticothérapie.

État dépressif : si manifestations, se référer à l'échelle abrégée de dépression gériatrique.

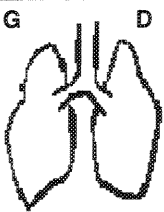
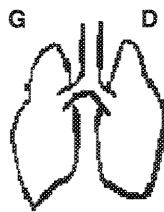
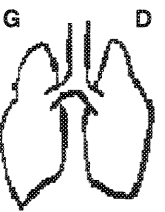
NOTES D'OBSERVATION SUIVI INFIRMIER MPOC

No. Dossier :
Nom (à la naissance) :
Prénom :
Autre nom utilisé :
Adresse :
Code postal :
Né le : A ___ / M ___ / J ___
No. ass.-maladie :

Téléphone ()
Sexe : M F
Date exp. : A ___ / M ___

N.B. Se référer à l'AIDE MÉMOIRE pour la définition des termes
Il est essentiel d'inscrire une note dans chaque case. Si un élément
n'a pas été évalué, faire un trait dans la case correspondante.

DATES & HEURES

		DATES & HEURES			
Respiration	Fréquence B = bruyante S = sifflante T = tirage				
Dyspnée Selon la perception du client	∅ = absente	Repos Élocution AVQ AVD			
	↑ = augmentée				
	↓ = diminuée				
	id = identique				
Toux	∅ = absente S = sèche G = grasse P = productive NP = non productive Q = quinteuse E = émetisante F = fréquente O = occasionnelle Quand : à préciser J = jour N = nuit				
	∅ = absentes 15 ml - (+) 15-30 ml (++) 30-100 ml (+++) 100 ml + (++++) B = blanc J = jaune V = vert S = sanguinolent Aspect : spécifier				
Cyanose	∅ = absente D = digitale L = labiale MB = muqueuse-buccale (✓) Voir note au dossier				
	∅ = absente Selon échelle de douleur 1 à 10 (✓) Voir note au dossier				
Oedème	∅ = absent D = dur G = à godet Léger = + Moyen = ++ Important = +++ Site : préciser (MI) (MID) (MIG)				
	Auscultation (dos)	PC : poumons clairs MV↓ = murmure vésiculaire diminué R = ronchus S = sibilances C = crépitants FP = frottement pleural	G D 	G D 	G D 
∅ = absente L = Légère M = Modérée S = Sévère P = Panique (✓) Voir note au dossier					
A = prise adéquate I = prise inadéquate (✓) Voir note au dossier					
∅ = absent Rx : Litres/min. Utilisation : hres/24hrs Saturation : AA _____ Avec O ₂ _____					
Signes cliniques d'hypoxie/ hypercapnie. Surveillance additionnelle	∅ = absent C = céphalée matinale A = agitation S = somnolence D = diaphorèse CO = confusion MC = modif. du comport. (✓) Voir note au dossier				

Date	Signature de l'infirmière	Date	Signature de l'infirmière

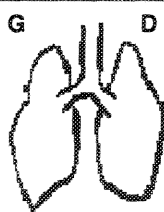
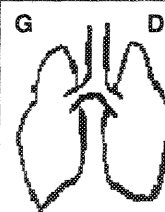
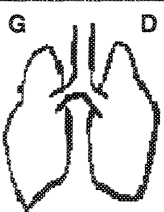
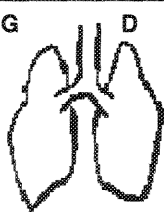
NOTES D'OBSERVATION SUIVI INFIRMIER MPOC

No. Dossier :
Nom (à la naissance) :
Prénom :
Autre nom utilisé :
Adresse :
Code postal :
Né le : A ___ / M ___ / J ___
No. ass.-maladie :

Téléphone ()
Sexe : M F
Date exp. : A ___ / M ___

N.B. Se référer à l'AIDE MÉMOIRE pour la définition des termes
Il est essentiel d'inscrire une note dans chaque case. Si un élément
n'a pas été évalué, faire un trait dans la case correspondante.

DATES & HEURES			

Respiration	Fréquence B = bruyante S = sifflante T = tirage				
Dyspnée	<input type="checkbox"/> = absente <input type="checkbox"/> = augmentée <input type="checkbox"/> = diminuée id = identique	Repos Élocution AVQ AVD			
Toux	<input type="checkbox"/> = absente P = productive Q = quinteuse F = fréquente S = sèche NP = non productive E = émétsante O = occasionnelle Quand : à préciser J = jour N = nuit				
Expectorations	<input type="checkbox"/> = absentes 15 ml - (+) 15-30 ml (++) 30-100 ml (+++) 100 ml + (++++) B = blanc J = jaune V = vert S = sanguinolent Aspect : spécifier				
Cyanose	<input type="checkbox"/> = absente D = digitale L = labiale MB = muqueuse-buccale (✓) Voir note au dossier				
Douleur thoracique	<input type="checkbox"/> = absente Selon échelle de douleur 1 à 10 (✓) Voir note au dossier				
Oedème	<input type="checkbox"/> = absent D = dur G = à godet Léger = + Moyen = ++ Important = +++ Site : préciser (MI) (MID) (MIG)				
Auscultation (dos)	PC : poumons clairs MV↓ = murmure vésiculaire diminué R = ronchus S = sibilances C = crépitants FP = frottement pleural				
Manifestations d'anxiété	<input type="checkbox"/> = absente L = Légère M = Modérée S = Sévère P = Panique (✓) Voir note au dossier				
Médication spécifique	A = prise adéquate I = prise inadéquate (✓) Voir note au dossier				
Oxygène	<input type="checkbox"/> = absent Rx : Litres/min. Utilisation : hres/24hrs Saturation : AA _____ Avec O ₂ _____				
Signes cliniques d'hypoxie/hypercapnie. Surveillance additionnelle	<input type="checkbox"/> = absent C = céphalée matinale A = agitation S=somnolence D = diaphorèse CO = confusion MC = modif. du comport. (✓) Voir note au dossier				

Date	Signature de l'infirmière	Date	Signature de l'infirmière

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE ABRÉGÉE

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O.
Traduction française par : Bourque, Blanchard et Vézina (1990).
Cette échelle est du domaine public.

dossier : _____ D.N.N. ____/____/____

Nom à la naissance _____

Prénom _____

DATES

--	--	--	--

<i>Choisissez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée.</i>	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. Êtes-vous fondamentalement satisfait(e) de la vie que vous menez ?	0	1	0	1	0	1	0	1
2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts ?	1	0	1	0	1	0	1	0
3. Est-ce que vous sentez un vide dans votre vie ?	1	0	1	0	1	0	1	0
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	1	0	1	0	1	0	1	0
5. Avez-vous, la plupart du temps, un bon moral ?	0	1	0	1	0	1	0	1
6. Craigniez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave ?	1	0	1	0	1	0	1	0
7. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps ?	0	1	0	1	0	1	0	1
8. Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance ?	1	0	1	0	1	0	1	0
9. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour faire de nouvelles activités ?	1	0	1	0	1	0	1	0
10. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens ?	1	0	1	0	1	0	1	0
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle ?	0	1	0	1	0	1	0	1
12. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel ?	1	0	1	0	1	0	1	0
13. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	0	1	0	1	0	1	0	1
14. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	1	0	1	0	1	0	1	0
15. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous ?	1	0	1	0	1	0	1	0
TOTAL	/		/		/		/	
Pensez-vous à vous suicider ou à vous faire du tort ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Si oui, avez-vous l'intention de le faire ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Sentez-vous souvent la peur ou l'appréhension ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Y a-t-il des complots contre vous ?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
TOTAL	/		/		/		/	
Initiales								

Init.	<i>Signature / Titre du professionnel</i>	Init.	<i>Signature / Titre du professionnel</i>

Résultat : > 5 → possibilité état dépressif, assurer le suivi
> 10 → référer

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

File # : _____ D.N.N. ____/____/____

Name at birth

First name

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O.
This scale is in the public domain.

DATES			

<i>Choose the best answer for how you felt over the last week.</i>	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1. Are you basically satisfied with your life ?	0	1	0	1	0	1	0	1
2. Have you dropped many of your activities and interests ?	1	0	1	0	1	0	1	0
3. Do you feel that your life is empty ?	1	0	1	0	1	0	1	0
4. Do you often get bored ?	1	0	1	0	1	0	1	0
5. Are you in good spirits most of the time ?	0	1	0	1	0	1	0	1
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you ?	1	0	1	0	1	0	1	0
7. Do you feel happy most of the time ?	0	1	0	1	0	1	0	1
8. Do you often feel helpless ?	1	0	1	0	1	0	1	0
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing things ?	1	0	1	0	1	0	1	0
10. Do you feel you have more problems with memory than most ?	1	0	1	0	1	0	1	0
11. Do you think it is wonderful to be alive now ?	0	1	0	1	0	1	0	1
12. Do you feel pretty worthless the way you are now ?	1	0	1	0	1	0	1	0
13. Do you feel full of energy ?	0	1	0	1	0	1	0	1
14. Do you feel that your situation is hopeless ?	1	0	1	0	1	0	1	0
15. Do you think that most people are better off than you are ?	1	0	1	0	1	0	1	0
TOTAL	/		/		/		/	
Do you think of harming yourself or killing yourself ?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
If yes, do you intend to do so ?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Do you often feel scared, apprehensive ?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Are you being plotted against ?	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
TOTAL	/		/		/		/	
Initials								

Init.	Signature / Professional's Title	Init.	Signature / Professional's Title

Result : > 5 → is suggestive of depression and should warrant a follow-up interview
> 10 → are almost always depression, reference

PLAN D'ENSEIGNEMENT SPÉCIFIQUE MPOC

dossier : _____ D.N.N. ____/____/____

Nom à la naissance _____

Prénom _____

Inscrire → (item priorisé ou accepté par le client/famille)
 (item priorisé par l'intervenant)

Résultats → A = atteint P = poursuivre
 NA = non atteint, abandonné, note au dossier

DATES			

THÈMES / OBJECTIFS	RÉSULTATS (A, P, NA)

<input type="checkbox"/> Conservation de l'énergie			
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration de trois (3) façons de conserver son énergie			
<input type="checkbox"/> Relaxation			
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit le cycle anxiété-essoufflement			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie trois (3) façons qu'il utilise pour briser le cycle anxiété-essoufflement			
<input type="checkbox"/> le client/famille explique deux (2) techniques de relaxation			
<input type="checkbox"/> Habitudes de vie			
<input type="checkbox"/> le client/famille explique l'importance de bien s'alimenter/s'hydrater			
<input type="checkbox"/> le client/famille présente des exemples de menu équilibré			
<input type="checkbox"/> le client/famille exprime trois (3) bénéfices personnels à faire de l'exercice			
<input type="checkbox"/> le client/famille nomme deux (2) moyens qu'il utilise pour mieux respirer lors des activités sexuelles			
<input type="checkbox"/> le client/famille énumère trois (3) moyens qu'il utilise pour favoriser une bonne nuit de sommeil			
<input type="checkbox"/> le client/famille énumère deux (2) précautions à prendre avant de partir en voyage			
<input type="checkbox"/> Plan d'action			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie les numéros et les noms des personnes ressources à contacter			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie les médicaments à prendre régulièrement			
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit les actions à poser lorsque son état est stable et en cas de détérioration de son état			
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit les symptômes de l'infection respiratoire			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie les médicaments à prendre lorsque ses symptômes s'aggravent			
<input type="checkbox"/> Vaccination			
<input type="checkbox"/> le client/famille nous démontre qu'il a reçu le vaccin contre la grippe			
<input type="checkbox"/> le client/famille nous démontre qu'il a reçu le vaccin contre le pneumocoque			
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie			
<input type="checkbox"/> le client/famille explique les raisons qui justifient l'utilisation de l'oxygène			
Initiales			

Date	Signature / Titre du professionnel	Date	Signature / Titre du professionnel

dossier : _____ D.N.N. ____/____/____

Nom à la naissance _____

Prénom _____

PLANIFICATION DE L'ENSEIGNEMENT SPÉCIFIQUE MPOC

FACTEURS INFLUENÇANT L'ADOPTION ET LE MAINTIEN DE COMPORTEMENTS DE SANTÉ SOUHAITÉS

Facteurs prédisposants

- Les connaissances et les croyances que la personne a de son état de santé (ce qu'elle sait et croit).
- Sa motivation, son état affectif, ses comportements et valeurs personnelles (Est-elle disposée à apprendre ? Veut-elle ?).
- La confiance en ses capacités et dans les résultats.

Facteurs facilitants (FF) / Barrières (B)

	FF	B		FF	B
Compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacité à lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dextérité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacités à communiquer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacités à influencer son entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyens financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Milieu de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Accessibilité des services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres : _____

Facteurs de renforcement

- Sources de soutien (conjoint, famille, pairs, professionnels, groupes).
- Bénéfices, ce qui est important pour le client (meilleure tolérance à l'effort, moins de visites à l'urgence, etc.)

Enseignement dispensé à : Client Aidant naturel

Autres (préciser) _____

Problème(s) identifié(s) par le client/famille :

Hypothèses de soins infirmiers ou diagnostics infirmiers reliés au suivi MPOC

<input type="checkbox"/>	1-	Altération de l'état de santé reliée au manque de connaissance de sa maladie.						
<input type="checkbox"/>	2-	Difficultés respiratoires reliées au tabagisme.						
<input type="checkbox"/>	3-	Difficultés à contrôler sa maladie reliées à l'utilisation inappropriée de sa médication.						
<input type="checkbox"/>	4-	Incapacité de gérer efficacement sa maladie reliée à : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un manque de connaissance de son plan d'action ; <input type="checkbox"/> une incapacité d'appliquer son plan d'action ; <input type="checkbox"/> un manque de connaissance des effets de la vaccination (grippe, pneumocoque) ; <input type="checkbox"/> absence de vaccination. 						
<input type="checkbox"/>	5-	Difficulté à respirer reliée : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à un manque de connaissance de l'effet de l'anxiété sur l'essoufflement ; à l'utilisation inappropriée : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> des techniques efficaces pour contrôler sa respiration ; <input type="checkbox"/> des positions efficaces pour réduire l'essoufflement ; <input type="checkbox"/> des techniques de toux contrôlée ; <input type="checkbox"/> des techniques de relaxation. 						
<input type="checkbox"/>	6-	Intolérance à l'activité reliée à : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'utilisation inappropriée des moyens pour conserver l'énergie ; <input type="checkbox"/> l'inactivité physique. 						
<input type="checkbox"/>	7-	Difficultés respiratoires reliées aux facteurs environnementaux.						
<input type="checkbox"/>	8-	Incapacité de gérer efficacement sa maladie reliée à ses habitudes de vie : <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> alimentation</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> activités sexuelles</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> exercice</td> <td><input type="checkbox"/> voyage</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sommeil</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> alimentation	<input type="checkbox"/> activités sexuelles	<input type="checkbox"/> exercice	<input type="checkbox"/> voyage	<input type="checkbox"/> sommeil	
<input type="checkbox"/> alimentation	<input type="checkbox"/> activités sexuelles							
<input type="checkbox"/> exercice	<input type="checkbox"/> voyage							
<input type="checkbox"/> sommeil								
<input type="checkbox"/>	9-	Perturbation des échanges gazeux reliés à une utilisation non conforme de l'oxygénothérapie.						
<input type="checkbox"/>	10-	Autres _____ _____ _____						

Signature : _____

/ /
A M J

- N.B. 1. Les objectifs et les résultats reliés au suivi MPOC se retrouvent sur le plan d'enseignement / plan d'intervention.
 2. Les interventions sont des interventions d'enseignement.
 3. Pour toutes autres hypothèses, objectifs, interventions et résultats il faut se référer au plan d'intervention générale.

**PLAN D'ENSEIGNEMENT
SPÉCIFIQUE MPOC**

dossier : _____ D.N.N. ____/____/____

Nom à la naissance _____

Prénom _____

Inscrire → (item priorisé ou accepté par le client/famille)
 (item priorisé par l'intervenant)

Résultats → A = atteint P = poursuivre
 NA = non atteint, abandonné, note au dossier

DATES

--	--	--	--

THÈMES / OBJECTIFS	RÉSULTATS (A, P, NA)			
<input type="checkbox"/> _ Anatomie et physiologie				
le client/famille explique ce qui se passe lorsque ses poumons sont endommagés				
<input type="checkbox"/> _ Désaccoutumance au tabac				
le client/famille explique l'effet du tabagisme sur les fonctions pulmonaires				
le client/famille nomme trois (3) moyens pour arriver à cesser de fumer				
<input type="checkbox"/> _ Facteurs environnementaux				
<input type="checkbox"/> le client/famille nomme cinq (5) facteurs pouvant aggraver ses symptômes				
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit cinq (5) moyens pour contrôler les facteurs pouvant aggraver ses symptômes				
<input type="checkbox"/> _ Médications MPOC				
<input type="checkbox"/> le client/famille explique l'effet de sa médication spécifique				
<input type="checkbox"/> le client/famille nomme les effets secondaires de sa médication spécifique				
<input type="checkbox"/> le client/famille explique la séquence d'administration des inhalateurs				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration des étapes à suivre pour la prise des médicaments avec l'inhalateur utilisé				
<input type="checkbox"/> le client/famille applique les étapes à suivre pour l'utilisation de son dispositif d'espacement				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration de l'entretien des aérosols-doseurs et dispositifs d'espacement				
<input type="checkbox"/> _ Techniques de respiration				
<input type="checkbox"/> le client/famille explique l'importance d'utiliser des techniques de respiration				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une technique efficace de respiration lèvres pincées				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une technique efficace de respiration diaphragmatique				
<input type="checkbox"/> _ Position pour réduire l'essoufflement				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une position assise efficace pour réduire l'essoufflement				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une position debout efficace pour réduire l'essoufflement				
<input type="checkbox"/> _ Techniques de toux contrôlée				
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie deux (2) avantages à utiliser une technique de toux contrôlée				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une technique efficace de toux contrôlée				

PLAN D'ENSEIGNEMENT SPÉCIFIQUE MPOC

dossier : _____ D.N.N. ____/____/____

Nom à la naissance

Prénom

Inscrire → (item priorisé ou accepté par le client/famille)
 (item priorisé par l'intervenant)

Résultats → A = atteint P = poursuivre
 NA = non atteint, abandonné, note au dossier

DATES

--	--	--	--

THÈMES / OBJECTIFS	RÉSULTATS (A, P, NA)			
<input type="checkbox"/> __ Anatomie et physiologie				
le client/famille explique ce qui se passe lorsque ses poumons sont endommagés				
<input type="checkbox"/> __ Désaccoutumance au tabac				
le client/famille explique l'effet du tabagisme sur les fonctions pulmonaires				
le client/famille nomme trois (3) moyens pour arriver à cesser de fumer				
<input type="checkbox"/> __ Facteurs environnementaux				
<input type="checkbox"/> le client/famille nomme cinq (5) facteurs pouvant aggraver ses symptômes				
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit cinq (5) moyens pour contrôler les facteurs pouvant aggraver ses symptômes				
<input type="checkbox"/> __ Médications MPOC				
<input type="checkbox"/> le client/famille explique l'effet de sa médication spécifique				
<input type="checkbox"/> le client/famille nomme les effets secondaires de sa médication spécifique				
<input type="checkbox"/> le client/famille explique la séquence d'administration des inhalateurs				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration des étapes à suivre pour la prise des médicaments avec l'inhalateur utilisé				
<input type="checkbox"/> le client/famille applique les étapes à suivre pour l'utilisation de son dispositif d'espacement				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration de l'entretien des aérosols-doseurs et dispositifs d'espacement				
<input type="checkbox"/> __ Techniques de respiration				
<input type="checkbox"/> le client/famille explique l'importance d'utiliser des techniques de respiration				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une technique efficace de respiration lèvres pincées				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une technique efficace de respiration diaphragmatique				
<input type="checkbox"/> __ Position pour réduire l'essoufflement				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une position assise efficace pour réduire l'essoufflement				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une position debout efficace pour réduire l'essoufflement				
<input type="checkbox"/> __ Techniques de toux contrôlée				
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie deux (2) avantages à utiliser une technique de toux contrôlée				
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration d'une technique efficace de toux contrôlée				

SUITE AU VERSO

PLAN D'ENSEIGNEMENT SPÉCIFIQUE MPOC

Inscrire → (item priorisé ou accepté par le client/famille)
 (item priorisé par l'intervenant)

Résultats → A = atteint P = poursuivre
 NA = non atteint, abandonné, note au dossier

dossier : _____ D.N.N. ____/____/____

 Nom à la naissance

 Prénom

DATES

--	--	--	--

THÈMES / OBJECTIFS

RÉSULTATS (A, P, NA)

<input type="checkbox"/> Conservation de l'énergie			
<input type="checkbox"/> le client/famille fait la démonstration de trois (3) façons de conserver son énergie			
<input type="checkbox"/> Relaxation			
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit le cycle anxiété-essoufflement			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie trois (3) façons qu'il utilise pour briser le cycle anxiété-essoufflement			
<input type="checkbox"/> le client/famille explique deux (2) techniques de relaxation			
<input type="checkbox"/> Habitudes de vie			
<input type="checkbox"/> le client/famille explique l'importance de bien s'alimenter/s'hydrater			
<input type="checkbox"/> le client/famille présente des exemples de menu équilibré			
<input type="checkbox"/> le client/famille exprime trois (3) bénéfices personnels à faire de l'exercice			
<input type="checkbox"/> le client/famille nomme deux (2) moyens qu'il utilise pour mieux respirer lors des activités sexuelles			
<input type="checkbox"/> le client/famille énumère trois (3) moyens qu'il utilise pour favoriser une bonne nuit de sommeil			
<input type="checkbox"/> le client/famille énumère deux (2) précautions à prendre avant de partir en voyage			
<input type="checkbox"/> Plan d'action			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie les numéros et les noms des personnes ressources à contacter			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie les médicaments à prendre régulièrement			
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit les actions à poser lorsque son état est stable et en cas de détérioration de son état			
<input type="checkbox"/> le client/famille décrit les symptômes de l'infection respiratoire			
<input type="checkbox"/> le client/famille identifie les médicaments à prendre lorsque ses symptômes s'aggravent			
<input type="checkbox"/> Vaccination			
<input type="checkbox"/> le client/famille nous démontre qu'il a reçu le vaccin contre la grippe			
<input type="checkbox"/> le client/famille nous démontre qu'il a reçu le vaccin contre le pneumocoque			
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie			
<input type="checkbox"/> le client/famille explique les raisons qui justifient l'utilisation de l'oxygène			
Initiales			

Date	Signature / Titre du professionnel	Date	Signature / Titre du professionnel

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

3725, RUE SAINT-DENIS
MONTREAL (QUEBEC) H2X 3L9