



**Grille de vérification clinique.  
Révision trimestrielle du dossier patient en hémodialyse.**

- ✓ Ranger cette feuille dans la section « Révision de dossier »
- ✓ Ne pas garder plus que 2 feuilles dans le dossier.
- ✓ Ce document n'a pas besoin d'être archivé.
- ✓ Compléter 1 feuille / an durant la première semaine des mois de Mars, Juin, Septembre et Décembre.
- ✓ Pour les items avec \* : si non pertinent pour le patient, noter « NA » dans la case « commentaires ».

**La révision du dossier est à faire obligatoirement chaque 3mois pour tous les usagers en hémodialyse.**

ANNÉE :	MARS	Initiales	JUIN	Initiales	SEPTEMBRE	Initiales	DECEMBRE	Initiales
ITEM À RÉVISER	COMMENTAIRES – MODIFICATIONS APPORTÉES							
<b>RÉNAL-INSIGHT</b>								
<b>Données personnelles</b> (Centre de soins : HMR, modalités, statut conjugal, ...)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Carnet d'adresse</b> (Patients, personne(s) ressource(s), pharmacie, transport, lieu de vie, ...)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Problèmes et allergies</b>	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Ordonnances</b> (Valider détails et dates, validation PRN sur Oacis si effectués ou non, ...)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Médicaments</b> (À réviser / en suspens / PRN)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Accès vasculaire</b> (Actif / primaire / Retiré / Particularités)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Notes de visite / Notes d'évolutions</b> (Visite effectuée dans les délais, demande de suivis en cours, mise à jours dossier post tournée, ...)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Étapes de soins</b> (Valider dates, suivis à jours, formulaires parallèles complétés PRN, « réussi » / « abandonné », ...)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Bloc Note Infirmier</b> (Statut diabétique, Statut vaccinal, Age ad date, taille, Tolérance : VSR mini / TA mini, Info sur l'accès, ...)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	

**-Suite 2/3-**

ANNÉE :	<u>MARS</u>	Initiales	<u>JUIN</u>	Initiales	<u>SEPTEMBRE</u>	Initiales	<u>DÉCEMBRE</u>	Initiales
<b>ITEM À RÉVISER</b>	<b>COMMENTAIRES – MODIFICATIONS APPORTÉES</b>							
<b>AUTRES SUIVIS</b>								
<b>Niveau de soins</b> (Oacis uniquement -> Faire archiver si est au dossier)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Suivis routine/spécifiques</b> (Noter date du dernier prélèvement + résultat, Préciser si suivis de routine ou cas contact/positif, feuille de suivis au dossier, procédures, ...):	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
→ BGNPC / CT-BGNPC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ SARM-SASO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ ERV	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ Sérologies	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ Diurèse résiduelle *	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>Patient diabétique *</b> (Inscrit au dossier, fréquence gluco, HbA1C q bilan majeur)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Maladie(s) active(s) *</b> (Procédures pour: appareil dédié, thermochimique, charge virale si HépC traitée et guérie. Feuille Verte/Jaune au dossier)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Vaccination :</b> <b>Hép B :</b> Procédures pour séries 1-2, étape de soins uniquement pour suivi annuel, « HMR1580 » au dossier en tout temps	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Pneumocoque :</b> Valider si à jour dans « bloc note » ou administrer le vaccin PRN	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Échelle évaluation Prurit</b> (Documents au dossier, suivis inscrits dans Rénal-insight,...)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
<b>Médicament à suivis spécifiques :</b>	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	
→ INR q bilan si prise de Coumadin *	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ PTH q bilan si prise de Sensipar *	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ Acide Urique q bil. majeur si prise d'Allopurinol	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ TSH q bil. majeur si prise de Synthroid	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ Digoxinémie q bil. majeur si prise de Lanoxin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
→ Dilantinémie q bil. majeur si prise de Dilantin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>HLA* (patient sur liste de greffe)</b> (q mois impairs + 2 sem post transfusion)	<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :		<input type="checkbox"/> Date :	

