



ENTRETIEN IDE

L'ENTRETIEN INFIRMIER	
Objectif	Recueillir les infos sur les personnes afin de personnaliser les soins Il n'a pas pour but de remplacer l'entretien médical ou psychothérapeutique Ça peut être le premier contact avec le patient et doit aussi préciser les différents aspects de la situation de soin et définir les priorités
Cadre législatif	L'entretien infirmier est un soin sur rôle propre et sur prescription médicale Art R. 4311-2 : « entretien infirmier... ?? » Art 4311-3 : « raisonnement clinique relève du rôle propre infirmier... ??? » Art 4311-6 : « à visée thérapeutique [...] individuel ou de groupe » Art 4311-7 : « sur prescription médicale ?? »
Qu'est-ce ?	C'est une situation interactive (entre plusieurs personnes) de rencontre formelle avec divers objectifs (recueil de données, clarification d'une demande de soin...) C'est différent d'une conversation informelle C'est un processus de raisonnement clinique infirmier
Sources d'information	La personne soignée et le dossier patient Observation clinique (merci de voir la fiche numéro 1 !!) Entourage et personne de confiance Mesure des paramètres vitaux
Comment faire	1. Entrer en contact et choisir le moment le plus approprié 2. Choisir le lieu de l'entretien (éviter les couloirs) 3. Connaître et mettre en place les conditions de la communication
Conduite de l'entretien	Nécessite un outil de recueil, des questions simples et précises, un temps de réflexion (ne pas chercher à combler les silences et ne pas couper la parole), une bonne compréhension des questions et si incompréhension expliquer ou poser les questions différemment
Conclusion	Un entretien est toujours unique C'est une technique de communication et le soignant doit veiller à sa posture et à sa communication

LE DOSSIER PATIENT	
Historique	Apparu fin 18 ^e avec la notion de dossier médical 1975 : dossier IDE 1984 : élaboration et gestion du dossier IDE fait partie du rôle propre IDE
Composition	3 volets : dossier médical, administratif et paramédical ⚠ Le médecin peut interdire l'accès au dossier médical
Définition	Document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins et contient des informations spécifiques à la pratique infirmière Il est daté et signé Partage d'information qui permet la continuité des soins et qui est témoin de la coordination des soins centrés sur le patient
Dossier paramédical	Les AS et les auxiliaires de puériculture consignent leurs observations et leurs actions dans le dossier paramédical Chaque professionnel peut créer un sous-dossier spécifique à sa profession
Cadre législatif	Il a une valeur juridique et donc doit être sécurisé Recopiations et redondances interdites → faire des transmissions ciblées Le dossier doit être conservé et peut être consulté par le patient

Notabene :

Personne de confiance = personne qui prononce les volontés du patient s'il ne peut pas le faire lui-même (peut être le médecin traitant)

Personne à prévenir : c'est la personne qui faut appeler si nécessaire

Ces personnes peuvent être différentes

