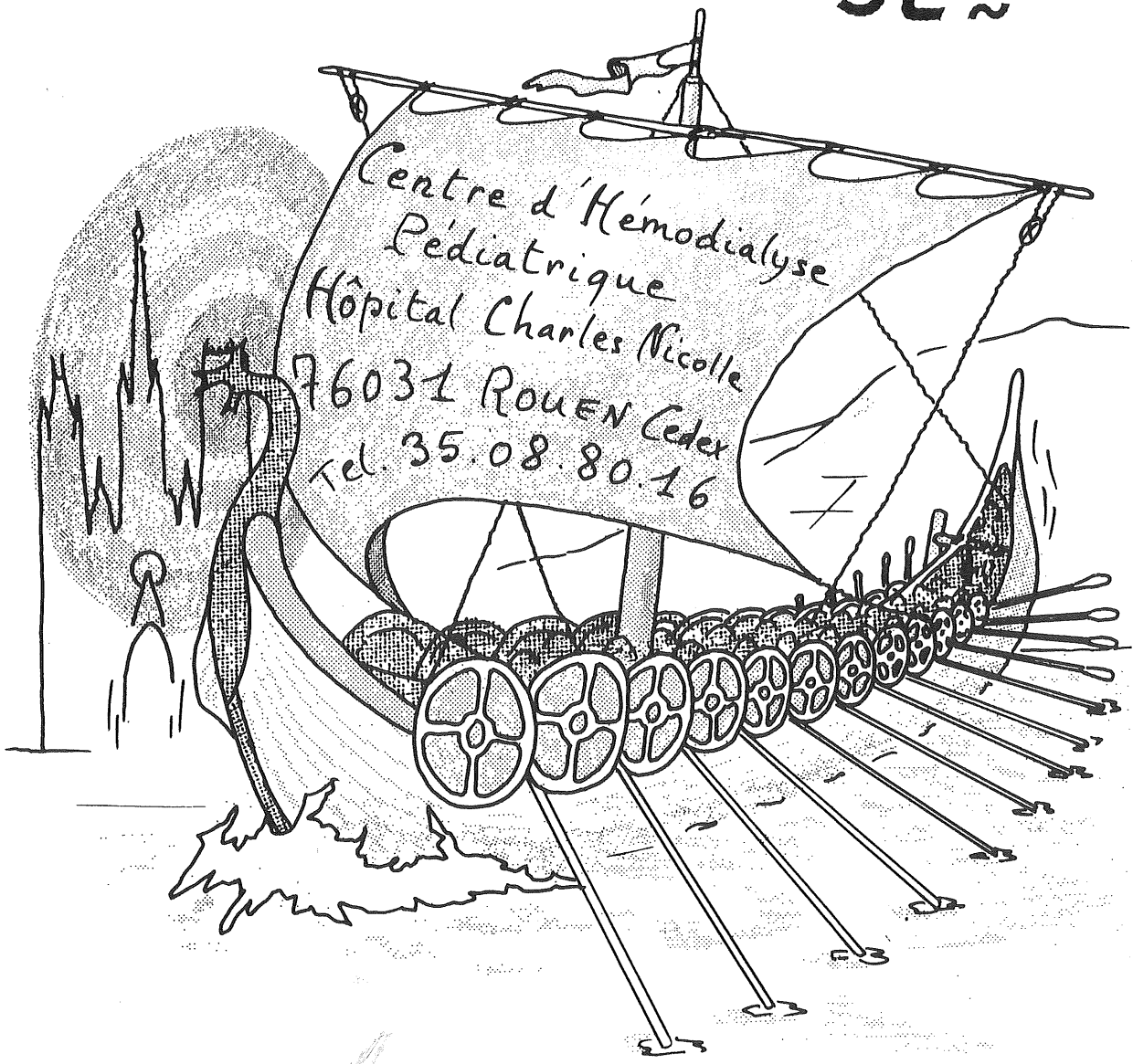


L

es cahiers de surveillance en Néphrologie, Dialyse
et transplantation Pédiatrique

F. DE BOISGENCY-Cadre infirmier-Hémodialyse Pédiatrique-Hôpital Charles Nicolle-CHU ROUEN

HEMODIALYSE



Présentation de 3 cahiers de surveillance :

I - UN CAHIER D'OBSERVATION EN HÉMODIALYSE, AVEC BILANS SANGUINS ET DIFFÉRENTS TABLEAUX

Cf I - Couverture blanche :

- ① - Renseignements administratifs
- ② - Correspondants
- ③ - Renseignements médicaux
- ④ - Relevé des faits marquants
- ⑤ - Calendrier des examens (2 feuilles)
- ⑥ - Bilans mensuels (11 feuilles) + pages blanches, en fin de cahier

II - UN CAHIER DE SURVEILLANCE DES SÉANCES D'HÉMODIALYSE

Cf II- Couverture bleue :

- ① - Critères d'évaluation de la tolérance clinique des dialyses
- ② - Items constants
- ③ et ④ - Prescriptions et surveillance de la dialyse (20 feuilles)
- ⑤ - Valeurs biologiques (Urée Na K Excès pondéral - Ca P CO₃H)
- ⑥ - Feuille récapitulative du cahier

III - UN CAHIER DE SURVEILLANCE ET D'OBSERVATION DES GREFFES

Cf III- Couverture rouge :

- ① - Renseignements administratifs
- ② - Correspondants
- ③ - Renseignements médicaux
- ④ - Calendrier des examens
- ⑤ - Relevé des faits marquants (2 feuilles)
- ⑥ - Examens biologiques (4 feuilles)
- ⑦ - Fiche thérapeutique (3 feuilles) + pages blanches, en fin de cahier

Les cahiers existants sur le marché ne donnaient pas entièrement satisfaction pour le suivi des enfants.

Ces 3 cahiers ont été conçus dans le cadre des Cercles de Qualité, en Intra service.

Depuis 1984, leur exploitation nous convient.

La reprographie en est assurée par le CHU de Rouen.

I ①

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM : **PRÉNOM** :
 Date de naissance :
 N° de S.S. : Caisse :
 Mutuelle :

PÈRE

NOM-PRÉNOM :
 Date de naissance :
 Profession :
 Adresse :
 Téléphone :

MÈRE

NOM DE JEUNE FILLE-PRÉNOM :
 Date de naissance :
 Profession :
 Adresse :
 Téléphone :

AUTRES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

NOM-PRÉNOM :
 Adresse :

FRATRIE

PRÉNOMS :
 Dates de naissance :

AMBULANCES

NOMS :
 Téléphone :

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :
 Nom-Qualité des correspondants :
 Adresse :
 Téléphone :

MOYEN DE TRANSPORT

Distance Domicile-Centre de Dialyse :
 Distance École-Centre de Dialyse :

I ③

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM : **PRÉNOM** :

Maladie initiale :
 Date début maladie : Date 1^{re} Dialyse Rouen :
 Date E.E.R. (DP/HD) :/...../...../
 Centre :/...../...../
 Date liste Transpl. :/...../...../
 Date Transplantation :/...../...../
 Cysto Rétrograde : Cavographie

Interv. Chirurg.	Dates :				
	Type :				
Interv. F.A.V.	Dates :				
	Type :				

Reins Propres :
 Imm. Varicelle :
 Imm. ICM :
 Imm. EBV :

Fichage du dossier

I ②

CORRESPONDANTS

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

NOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

I ④

RELEVÉ DES FAITS MARQUANTS

NOM : **PRÉNOM** : **FEUILLE N°** :

CALENDRIER DES EXAMENS									
Date									
Transfusion	Qualité								
	Quantité								
Date									
Ac. Anti-Leuco (n/N)									
Date									
Radio (Type)									
Date									
Rapport	Coeur								
	Thorax								
Date									
Taille									
Poids sec									
Date									
VCN = A	EEG = B								
ECG = C	= D								
Dates E/S									
Hospitalisation (motif)									
Date									
Diurèse résiduelle (ml/24h)									
Date									
Débitmétrie FAV (ml/mn)									
Consultation pré-T. (date)									
Ex-ophtalmo. (date)									
Ex-stomato. (date)									
VACCINS	DTCP								
	BCG								
	Tests tubercul								
	Anti-Hépatite B								
Année scolaire									
Niveau									

CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA TOLÉRANCE CLINIQUE DES DIALYSES	
Bonne	Aucun Symptôme
Moyenne	Symptômes modérés (sans retentissement notable sur l'activité, le sommeil, l'alimentation) et de durée < 25 % du temps de dialyse.
Mauvaise	Symptômes intenses, ou durables > 25 % du temps de dialyse (ou inhabituels : vomissements, crampes, etc.) ou au moins 2 perfusions de sérum ou chute tensionnelle sévère.

HÉMODIALYSE PÉDIATRIQUE - Bilans mensuels (DRA)									
NOM :		PRÉNOM :							
DATES : Année		Jour/Mois							
		/	/	/	/	/	/	/	/
SANG (mmol/l)	Urée								
	Créatinine								
	Na								
	K								
	CO ₂ H								
	Ca								
	P								
	Phosph.alc.								
	Protides (g/l)								
	Albumine (g/l)								
	Globulines α 1/α 2								
	(g/l) β/γ								
	Glycémie								
	T.G.O.								
	T.G.P.								
	γ G.T.								
	Billirubine								
	Cholestérol								
Triglycérides									
Fer sérique									
Ferritine									
P.T.H.									
25 OHD ₃									
Aluminémie									
HEMOGRAMME	G. Blanc (giga/l)								
	P.N. L (giga/l)								
	M P.E (giga/l)								
	P.B. Métamyélo (giga/L)								
	G. Rouges (tera/L)								
	Hb (mmol/l g/dl)								
	Hte (%) I.D.R.								
	V.G.M. (fl)								
	T.G.M.H. (fmol)								
	Plaquettes (giga/l)								
URINES (par l/par 24h)	Diurèse (ml/24h)								
	Protéinurie (g)								
	Na (mmol)								
	H/mm3								
	L/mm3								
Bactériurie. / ml									

ITEMS CONSTANTS				
Nom :		Prénom :		
Date de naissance :				
Dialyseur :		Clair. Urée* :Pente UF :		
.....				
Volume C.E.C. (ml/Kg) :		Concentré :		
Abord vasculaire :				
Unipoction <input type="checkbox"/>		Bijonction <input type="checkbox"/>		
Branchement lignes A et V simultané : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Fréquence et durée des séances : x h / sem				
Le : x h / sem				
Héparinothérapie - Concentration de la solution : mg / ml				
Date	Spécialité	Dose de charge ml	Entretien ml/h	Dose totale mg/Kg/h
Erythropoïétine (spécialité - posologie) :				
.....				
Autres produits pendant la séance :				
.....				
Contre - indications :				
.....				
* en ml/ mn pour D sang = 200 ml / mn. D dialysat = 500 ml / mn				

II ③

Nom : Prénom :
 Date :/...../..... Heures DRA : FRA :h..... Durée :h...
 Infirmières :/...../..... Générateur n°.....
 Constantes dialysat affichées : Na = pH = Temp. =

	DRA	FRA	Bilan pondéral de la séance	
Temp.			P.DRA	UF totale recueillie
P.A (cm Hg)			+ Alimentation	+ Vomissements
Poids sec :			+ Perfusions :	+ Urines/selles
Prise de P :			+ Restitutions	+ Pertes insensibles
P. à perdre :			Total 1 =	Total 2 =
UF totale Prevue			T1-T2 =	(P. théorique P.FRA FRA) Δ P=

Volume de sang prélevé (ml) : Volume de sang épuré (l) :

Difficultés de ponctions : oui non

Incidents techniques : oui non

Dialyseur Générateur Dialysat Circuit E.C Autres

Tolérance Clinique : Bonne Moyenne Mauvaise

Qualité de restitution :

Dial. Blanc (1) Quelques fibres rouge (2) Nombreuses fibres rouges (3)
 Collerette de fibrine (4) Caillot (5) Circuit coagulé (6)

Prescriptions :

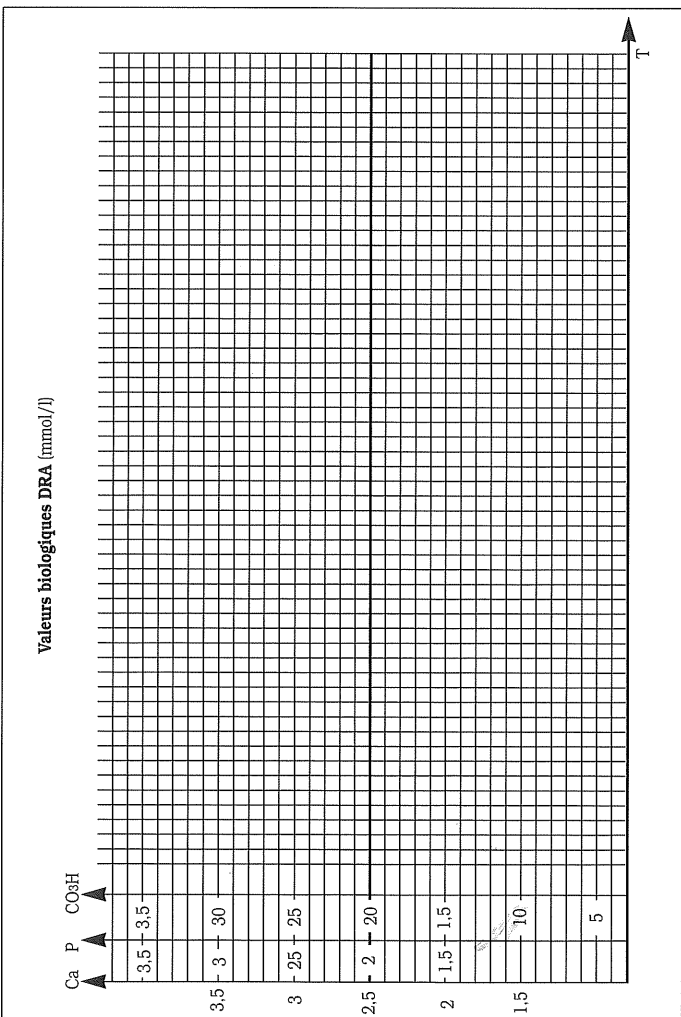
II ④

SURVEILLANCE HORAIRE DE LA SÉANCE DE DIALYSE

Heure	PA (cm Hg)	Pouls	UF		D Sang ml/mn	PV (mm Hg)	Solution Héparinée reçue (ml)	Observations
			Recueillie (ml)	Affichée (ml/h)				
h								
h								
h								
h								
h								
h								
h								
h								
h								
h								
h								
h								
h								

mmol/l	Urée	Na	K	Bicar	Ca	P	
DRA							
FRA							

II ⑤



II ⑥

Feuille récapitulative du cahier

Nombre de séances

Temps moyen (h) de dialyse par séance par semaine

Nombre de séances avec temps. FRA > 38° (°)

P.A moyenne DRA : systolique diastolique
 FRA : systolique diastolique

Prise de poids moyenne (Kg)

Δ P moyen G1 G2 G3
 G4 G5 G7

Volume de sang total prélevé (ml) par mois

Volume de sang moyen épuré par séance (l)

Nombre de séances avec difficultés de ponction (°)

Incidents techniques - Nombre de séances pour
 Dialyseur Générateur Dialysat CEC Autres

Nombre de séances avec tolérance clinique :
 Bonne (°) Moyenne (°) Mauvaise (°)

Qualité de restitution - Nombre de séances avec ;
 1 (°) 2 (°) 3 (°)
 4 (°) 5 (°) 6 (°)

Constantes biologiques sanguines D.R.A. :
 (Nombre de séances concernées / nombre avec dosage)

40 < urée < 50 > 50 ca > 2,7 < 2,5
 5,5 < K < 6,5 > 6,5 p > 1,7 > 2,5
 Na < 135 Bicar < 20

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX					
NOM :		PRÉNOM :			
Maladie initiale :					
Date début maladie : Date 1 ^{ère} Dialyse Rouen :					
Date E.E.R. (DP/HD) :/...../...../...../...../...../.....					
Centre :/...../...../...../...../.....					
Date liste Transpl. :/...../...../...../...../.....					
Date Transplantation :/...../...../...../...../.....					
Cysto Rétrograde : Cavographie :					
Interv. Chirurg.	Dates :				
	Type :				
Interv. F.A.V.	Dates :				
	Type :				
Reins Propres :					
Imm. Varicelle :					
Imm. ICM :					
Imm. EBV :					
Fichage du dossier					

CALENDRIER DES EXAMENS (post-greffe)											
Echo. rénale (date)											
UIV (date)											
Cysto. R. (date)											
Angiographie (date)											
Radio-osseuses											
PBR (date)											
Echo. cardiaque (date)											
Débitmétrie FAV (ml/mn)											
Consultation FAV (date)											
Ex. ophtalmo. (date)											
Ex. stomato. (date)											
Dates E/S	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Hospitalisation (motif)											
VACCINS	DTCP										
	BCG										
	Tests tubercul.										
	Anti-Hépatite B										
	Anti-grippe										
Année scolaire	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Niveau											

NÉPHROLOGIE PÉDIATRIQUE - Examens biologiques											
NOM :		PRÉNOM :									
DATES : Année											
Jour/Mois		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
SANG (mmol/l)	Urée.....										
	Créatinines.....										
	Na.....										
	K.....										
	CO ₂ H.....										
	Ca.....										
	P.....										
	Phosph.alc.....										
	Protides (g/l).....										
	Albumine (g/l).....										
	Globulines α 1/α 2.....										
	(g/l) βγ.....										
	Glycémie.....										
	T.G.O.....										
	T.G.P.....										
	γ G.T.....										
	Bilirubine.....										
	Ciclospo.* (T0-T4).....										
V.S.....											
HEMOGRAMME	G. Blanc (giga/l).....										
	P.N. L (giga/l).....										
	M P.E (giga/l).....										
	P.B. Métamyélo.....										
	G. Rouges (tera/L).....										
	Hb (mmol/l g/dl).....										
	Hte (%) I.D.R.....										
V.G.M. (fl).....											
T.G.M.H. (fmol).....											
Plaquettes (giga/l).....											
URINES (par l/par 24h)	Diurèse (ml/24h).....										
	Protéinurie (g).....										
	Créatinine (mmol/l).....										
	Clair. Brute (ml/mn).....										
	Clair. corrigé (ml/mn).....										
	S.C (m ²).....										
	Na (mmol).....										
	K.....										
	Urée.....										

FICHE THERAPEUTIQUE											
Nom :		Prénom :									
Année											
Jour/Mois											