DIRECTION DE LA SANTE

Les outils Soins de Santé Primaires

La fiche synthèse patient

RECOMMANDATIONS OFFICIELLES DE LA DIRECTION DE LA SANTE DE POLYNESIE FRANÇAISE

Février 2020

La Direction de la santé a adopté, en 2019, un programme ambitieux de Modernisation des Soins de Santé Primaires, dont l'objectif est de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Polynésie française en contribuant au renforcement des soins de santé primaires, selon une approche moderne et adaptée au contexte local.

Un des axes forts de ce programme est l'homogénéisation et le développement des connaissances et des pratiques des professionnels en matière de soins de santé primaires, dans une démarche de qualité, de sécurité et d'efficacité du service public.

*C'est pourquoi la Direction de la santé propose une série de formation et d'outils pratiques afférents, dont l'outil **« La fiche synthèse patient ».** Ce dernier a pour objectif de de guider les agents de santé pour une utilisation optimale de la fiche de synthèse*

Afin de répondre au mieux aux besoins et attentes, cet outil est le fruit d'un travail collaboratif impliquant de nombreux professionnels, dont je remercie l'implication.

Docteur Laurence BONNAC-THERON
Directrice de la santé en Polynésie française

POLYNÉSIE FRANÇAISE
La Directrice de la Santé
B.P. 611 - 98713 PAPEETE

Sommaire

Présentation **3**

Descriptif de la fiche de synthèse **4**

La fiche de synthèse en pratique **6**

Fiche explicative récapitulative **12**

Exemples **14**

PRESENTATION

La fiche de synthèse est un **outil de communication. Simple** et **facilement partageable** entre les **différents acteurs de santé** (de la Direction de la Santé et hors Direction de la Santé) agissant autour du patient, cette fiche regroupe **les informations pertinentes et essentielles du patient permettant à elles seules, une prise en charge optimisée.**

Cet outil, élément central des soins de santé primaires, met en pratique les principaux principes de soins de santé primaires que sont: l'efficacité, la pertinence, la continuité, l'intégration dans un réseau, le centrage sur l'individu et sa famille et la prise en compte des facteurs déterminants la santé du patient.

La fiche de synthèse a pour but :

- de donner et de **partager une vue synthétique** du dossier de santé et de son contexte médico-environnemental.
- **d'organiser la coordination** des soins et des soignants impliqués en précisant les différents intervenants, les traitements réellement pris, les priorités du projet de soins du patient, et les dispositions organisationnelles nécessaires à la prise en charge du patient (parcours de soins, délégations de tâches, etc.).
- de répondre à un acte médical (ou télé médical) avec **pertinence, facilité et efficacité.**
- de garantir l'**accès aux données** aux professionnels de santé nécessaires à la réalisation de l'acte.

Le dossier de santé du patient, reflet de l'organisation des soins et de leur nature autour de ce patient, doit épouser l'organisation rationnelle du système de santé.
Il doit également s'adapter au **polymorphisme organisationnel** de la santé publique de Polynésie, à la **mobilité des patients** en respectant la continuité de suivi et à la **mobilité géographique et fonctionnelle** des agents.

La fiche de synthèse

- Est **SYNTHETIQUE** et doit être visible sur une seule page.
- **RESUME** toutes les caractéristiques sanitaires et toutes les problématiques du patient nécessaires à une bonne compréhension, à une bonne coordination et donc à une bonne prise en charge.
- est **UNIQUE, DYNAMIQUE, ET EVOLUTIVE** pour chaque patient.
- est **CENTRALE** dans chaque acte médical autour d'un patient. Sa lecture en début de consultation (ou téléconsultation) permet d'appréhender au mieux la situation du patient. Sa réactualisation en fin de consultation est prioritaire sur « l'observation ». En effet, un tel outil non actualisé à la fin de chaque consultation perd tout son intérêt.

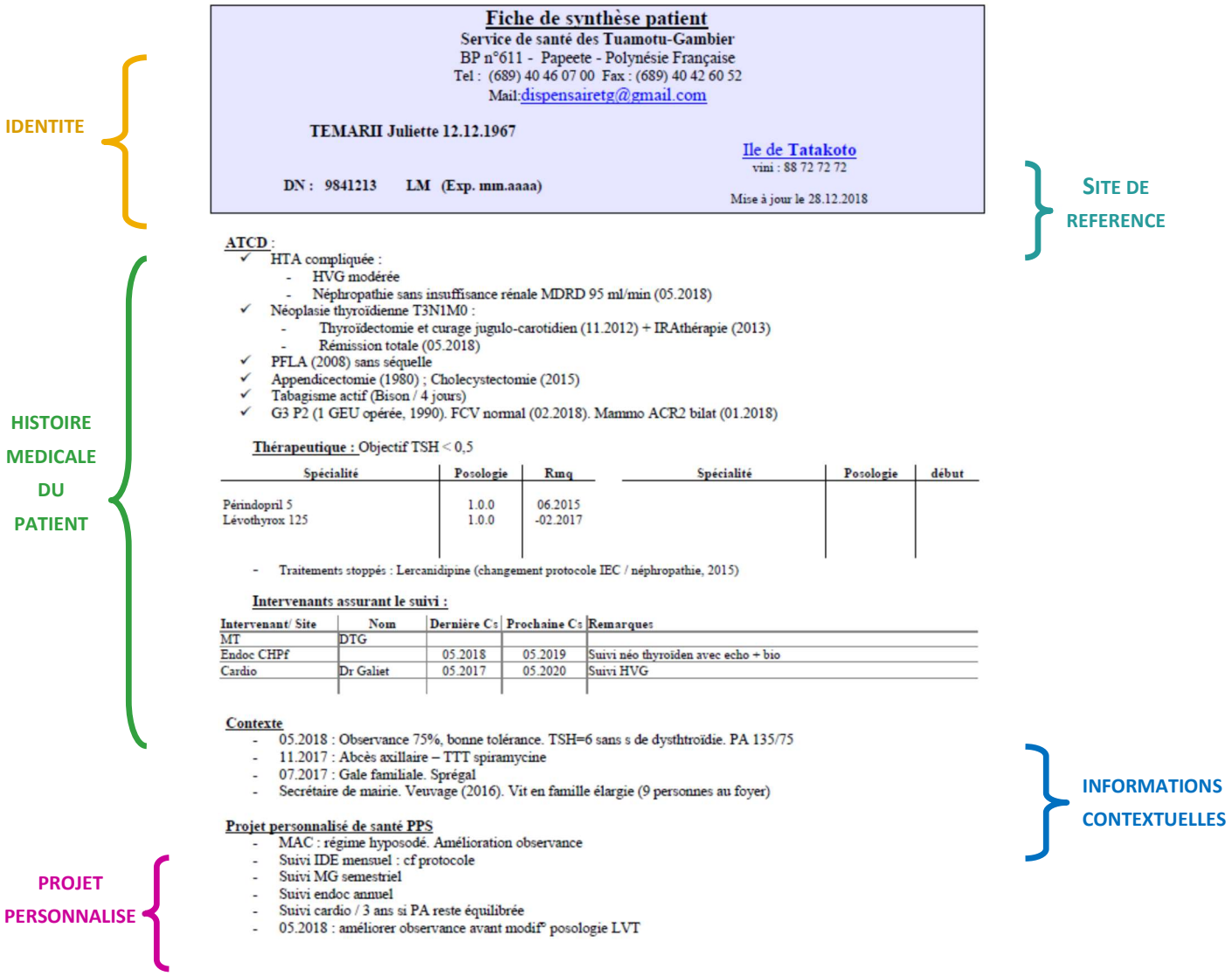
Le document "fiche de synthèse patient" fait partie d'une "boite à outil " au service des professionnels de soins de santé primaires. Ces outils sont complémentaires. Pour une bonne appropriation de l'outil fiche de synthèse il est recommandé d'utiliser en parallèle les outils suivants : recommandations de bonne pratique clinique, éthique et droits du patient polynésien, accompagner le changement de comportements, déterminants culturels, Identification et prise en charge précoce des MCV, Soins de santé primaire (liste non exhaustive).

DESCRIPTIF DE LA FICHE DE SYNTHESE

La fiche de synthèse est un document sanitaire et social unique pour un patient donné, **évolutif, daté.** Elle doit être entreposée en un **endroit unique** bien défini, **accessible** par le médecin référent du site dont dépend le patient. La dernière version mise à jour de ce document unique est la seule référence valide pour un patient donné à un moment donné. Cette version peut être communiquée à d'autres soignants que le médecin référent, sous sa responsabilité. Dans sa version de travail, elle est au format WORD et **ne doit pas dépasser une page format A4.** Elle est préformatée pour toujours retrouver au même endroit les mêmes groupes d'informations.

La fiche de synthèse comprend « **5 CATEGORIES » :**

1. **L'IDENTITE ADMINISTRATIVE** du patient (avec DN et son éventuel affiliation LM)
2. Le **SITE DE REFERENCE**, c'est-à-dire la structure de santé qui suit habituellement le patient
3. Les informations liées à **L'HISTOIRE MEDICALE DU PATIENT** (antécédents, traitement en cours, traitements stoppés, allergies, addictions, historique des suivis et parcours de soins)
4. Les **INFORMATIONS CONTEXTUELLES** actuelles du patient (pathologies aiguës récentes ou en cours, position du patient et facteurs déterminants de santé)
5. Le **PROJET PERSONNALISE** de santé avec les éléments de délégation de tâches. Le projet personnalisé de santé est donc le résultat d'une démarche organisée progressive. Partant d'une histoire médicale spécifique, tenant compte du contexte du patient et des recommandations de bonnes pratiques cliniques, elle aboutit à un projet de soins de qualité, partagé et accepté par le patient.



Fiche de synthèse patient
Service de santé des Tuamotu-Gambier
BP n°611 - Papeete - Polynésie Française
Tel : (689) 40 46 07 00 Fax : (689) 40 42 60 52
Mail:dispensairetg@gmail.com

TEMARII Juliette 12.12.1967

Ile de Tatakoto
vini : 88 72 72 72

DN : 9841213 LM (Exp. mm.aaaa)

Mise à jour le 28.12.2018

ATCD :
- ✓ HTA compliquée :
  - HVG modérée
  - Néphropathie sans insuffisance rénale MDRD 95 ml/min (05.2018)
- ✓ Néoplasie thyroïdienne T3N1M0 :
  - Thyroïdectomie et curage jugulo-carotidien (11.2012) + IRAthérapie (2013)
  - Rémission totale (05.2018)
- ✓ PFLA (2008) sans séquelle
- ✓ Appendicectomie (1980) ; Cholecystectomie (2015)
- ✓ Tabagisme actif (Bison / 4 jours)
- ✓ G3 P2 (1 GEU opérée, 1990). FCV normal (02.2018). Mammo ACR2 bilat (01.2018)

Thérapeutique : Objectif TSH < 0,5

Spécialité	Posologie	Rmq	Spécialité	Posologie	début
Périndopril 5	1.0.0	06.2015			
Lévothyrox 125	1.0.0	-02.2017			

- Traitements stoppés : Lercanidipine (changement protocole IEC / néphropathie, 2015)

Intervenants assurant le suivi :

Intervenant/ Site	Nom	Dernière Cs	Prochaine Cs	Remarques
MT	DTG			
Endoc CHPf		05.2018	05.2019	Suivi néo thyroïden avec echo + bio
Cardio	Dr Galiet	05.2017	05.2020	Suivi HVG

Contexte
- 05.2018 : Observance 75%, bonne tolérance. TSH=6 sans s de dysthtroïdie. PA 135/75
- 11.2017 : Abcès axillaire – TTT spiramycine
- 07.2017 : Gale familiale. Sprégal
- Secrétaire de mairie. Veuvage (2016). Vit en famille élargie (9 personnes au foyer)

Projet personnalisé de santé PPS
- MAC : régime hyposodé. Amélioration observance
- Suivi IDE mensuel : cf protocole
- Suivi MG semestriel
- Suivi endoc annuel
- Suivi cardio / 3 ans si PA reste équilibrée
- 05.2018 : améliorer observance avant modif° posologie LVT

Une **seconde page** peut être attachée à la fiche de synthèse.

SI CETTE OPTION A ETE CHOISIE DANS VOTRE SUBDIVISION, les éléments suivants peuvent y être mentionnés :

- Une structuration de la **DELEGATION DE TACHES** aux agents paramédicaux (rubrique "protocole")
- **L'OBSERVATION MEDICALE**. Elle est attachée à la fiche de synthèse et reprend les observations détaillées conventionnelles nécessaires (observation médicale, paramètres, …)

	TEMARII Juliette 12.12.1967 - Tatakoto
mm.aaaa	**Protocole IDE mensuel : paramètres, éval° observance et tolérance, recherches de signes de dysthyroïdie** **Accompagnement motivationnel sevrage tabac** **Bio semestrielle : TSH + bio annuelle : T4, thyroglobuline, Iono Urée Créat, µalbuminurie**
Santé vahiné mm.aaaa	**Correspondance :** obstsstg@gmail.com Précision sur Atcd familiaux, gyneco-obs...GxPx, Accouchement Contraception ou Ménopause, FCV, mammo Problématiques gyneco-obs important Projet spe vahiné ou CAT
Date	**Observation**

Les vaccinations, notamment de l'enfant, ne sont pas gérées par la fiche de synthèse. Ces vaccinations sont majoritairement gérées en Polynésie par les agents paramédicaux qui assurent le suivi vaccinal des enfants préscolaires et scolarisés.

Pour les **adultes,** le projet vaccinal peut être renseigné dans le projet thérapeutique ou dans la tableau thérapeutique. Les dates des derniers vaccins réalisés peuvent alors être consignés dans les antécédents (dernière ligne).

LA FICHE DE SYNTHESE EN PRATIQUE

COMMENT CREER LA FICHE DE SYNTHESE ?

1/ CREER LA FICHE PAR UN IDE (OU UN ASP) OU UN MEDECIN

- Prendre une fiche vierge
- L'enregistrer-sous au format « **NOM Prénom jj.mm.aaaa** » dans le dossier correspondant au site de domicile du patient
- Copier l'identité
- Ouvrir le document et coller « NOM Prénom jj.mm.aaaa » dans le cartouche d'identité de la fiche de synthèse
- Renseigner le reste des informations de la fiche en respectant les formats et les conventions.
- *Par exemple, le DN doit s'écrire sans espaces : « XXXXXXX » et non « XXX XX XX ».*

Si la fiche est remplie **par un médecin devant le patient**, effacer la mention « fiche ouverte le « jj.mm.aaaa ».

En dehors de cette situation, renseigner « jj.mm.aaaa » à la date du jour de création.

Nommer la fiche de synthèse

Le nommage est déterminant pour éviter de créer des doublons et pour pouvoir retrouver facilement la fiche. Par convention elle ne comprend que trois informations agencées de façon **toujours strictement identiques** **NOM** (en majuscule) **Prénom** (en minuscule) **date de naissance** (au format jj.mm.aaaa), à l'exclusion de toute autre information.

Exemple **:** TEMARII Moana 28.04.1984

Le second prénom peut être cité s'il y a des risques de confusions entre deux dossiers (jumeaux par exemple). **Le prénom est le premier prénom de la carte CPS du patient.**

2/ VALIDER LA FICHE PAR UN MEDECIN

- Ne peut se faire **qu'au cours d'un contact médical direct avec le patient**
- Travail de réflexion et d'organisation de l'information :
  - antécédents
  - traitement
  - parcours de soins
  - contexte
  - projet personnalisé de santé
- A l'issue, effacer la mention « fiche ouverte le jj.mm.aaaa »

Conseils

Au départ, prioriser les créations pour les patient les plus complexes.

COMMENT RANGER LA FICHE DE SYNTHESE ?

La fiche se range dans une « valise » informatique correspondant à l'ensemble des patients d'un site donné.

Un site est la zone géographique d'habitation des patients, couverte par une structure de santé de premier recours (qui peut-être un poste de santé, une infirmerie, un dispensaire ou un centre médical).

A chaque site correspond une équipe médicale référente.

COMMENT RETROUVER UNE FICHE DE SYNTHESE ?

- Utiliser le moteur de recherche
- Insérer le nom, ou le prénom, ou la date de naissance au format jj.mm.aaaa, ou le DN (c'est l'identifiant le plus performant)
- L'ensemble des documents (dont les fiches de synthèse) contenant cette information vont être présentés. Choisir parmi eux celui qui correspond à la fiche de votre patient en utilisant les autres modes de recoupement (nom, ou le prénom, ou la date de naissance)

COMMENT UTILISER LA FICHE DE SYNTHESE ? (« LIRE SANS LA MODIFIER »)

POUR UNE CONSULTATION :

Lecture exhaustive de toute la fiche pour une prise de connaissance du cliché de santé du patient.

POUR ECRIRE UN COURRIER A UN CORRESPONDANT *(cf exemple page 13 à 15)*

- Ouvrir la Fiche synthèse
- L'enregistrer-sous au format « NOM Prénom jj.mm.aaaa-courrier spé » dans le dossier courriers du site de domicile du patient. (Exemple : NOM Prénom jj.mm.aaaa-courrier cardio)
- Effacer la première ligne Fiche synthèse patient et remplacer par Courrier
- Au-dessus d'ATCD, débuter son courrier : « Cher confrère, je t'adresse ce patient pour… »
- Conserver ATCD et le tableau thérapeutique. Effacer le tableau intervenant et le projet personnalisé de santé
- Détailler si besoin la problématique dans contexte
- Questionner le spécialiste en fin de courrier et conclure
- Effacer les éventuelles pages suivantes (rubrique « protocole » et observation médicale)

POUR UN RENOUVELLEMENT D'ORDONNANCE (RNO)

- Ouvrir un modèle d'ordonnance simple ou LM
- L'enregistrer-sous au format « NOM Prénom jj.mm.aaaa-ordo » dans le dossier ordonnance du site de domicile du patient. (Exemple : NOM Prénom jj.mm.aaaa-ordoLM ou ordo)
- Copier le tableau thérapeutique et le coller sur l'ordonnance

COMMENT MODIFIER UNE FICHE DE SYNTHESE ?

La fiche de synthèse sera modifiée après :

- un événement intercurrent
- une programmation ou un retour d'Evasan
- après une modification thérapeutique
- un avis spécialisé
- un résultat d'examen complémentaire
- ou un changement des déterminants de santé ou position du patient.

La mise à jour est réalisée par le médecin traitant et prime sur l'observation médicale proprement dite.

1/ COMPLETER LES ANTECEDENTS (ATCD)

Les antécédents sont classés dans la fiche de synthèse de façon non conventionnelle. Ce classement a pour objectif d'améliorer la compréhension immédiate et intuitive de la situation médicale du patient. On décrit les antécédents **majeurs et secondaires**. Les antécédents majeurs sont classés **par ordre de nécessité de soins** et pour chaque antécédent majeur, on associe les **antécédents secondaires par lien physiopathologique**.

ATCD :

Pathologie majeure n°1 nécessitant le plus de soins, caractéristiques et éléments datés de suivi mm.aaaa

Autre pathologie lié n°1.1 ou induite par la première pathologie, caractéristiques, éléments de suivi objectifs datés...

Autre pathologie lié n°1.2 ou induite par la première pathologie, caractéristiques, éléments de suivi objectifs datés....

Pathologie majeure n°2 nécessitant moins de soins que la pathologie majeure 1

Par ex :Diabète de type 2, (HbA1c ..01.2018 vs ….07.2017), compliqué de :

Néphropathie (Microalb en …) ou insuffisance rénale (clairance/creat et cinétique)

Rétinopathie stade 2 stable 07.2017

Artériopathie diffuse

Antécédents mineurs ne nécessitant que peu ou plus de soins par ex : *facteurs de risque non compliqué, épisode infectieux traité et fini, ancienne chirurgie....*

Information principale de santé vahiné

Exemple

ATCD **majeur**

ATCD secondaires par lien physiopathologique

ATCD :
- ✓ HTA compliquée :
  - HVG modérée
  - Néphropathie sans insuffisance rénale MDRD 95 ml/min (05.2018)
- ✓ Néoplasie thyroïdienne T3N1M0 :
  - Thyroïdectomie et curage jugulo-carotidien (11.2012) + IRAthérapie (2013)
  - Rémission totale (05.2018)
- ✓ PFLA (2008) sans séquelle
- ✓ Appendicectomie (1980) ; Cholecystectomie (2015)
- ✓ Tabagisme actif (Bison / 4 jours)
- ✓ G3 P2 (1 GEU opérée, 1990). FCV normal (02.2018). Mammo ACR2 bilat (01.2018)

2/ MODIFIER LE TABLEAU DES THERAPEUTIQUES

Le tableau **ne comprend que les traitements pris au long cours** par le patient (c'est-à dire-plus de trois mois). Les traitements pour des durées inférieures sont gérés dans la rubrique contexte. Les modifications des traitements en cours se gèrent de la façon suivante:

INTRODUIRE UN TRAITEMENT :

colonne 1 = DCI, colonne 2 = Posologie, Colonne 3 = la date de début du traitement au format mm.aaaa.

AUGMENTER / DIMINUER UNE POSOLOGIE : Modifier le contenu de la colonne 2 en regard de la DCI modifiée.

En cas d'**augmentation** de la posologie : noter **+**mm.aaaa (date à laquelle la posologie est modifiée) en colonne 3

En cas de **diminution** de la posologie : noter **-**mm.aaaa (date à laquelle la posologie est modifiée) en colonne 3

STOPPER UN TRAITEMENT : Retirer la DCI de la colonne 1 et la recopier sous le tableau (traitements stoppés) suivi entre parenthèse d'une mention précisant la cause de l'arrêt, la date au format mm.aaaa, et le soignant ayant stoppé le traitement.

Thérapeutique (Allergie et CI Objectifs thérapeutique : INR, TSH)

Spécialité	Posologie	Remarques
Traitements validés par médecin traitant		En cas de diminution (-) ou augmentation (+) date

Traitements stoppés : Quoi, Par qui, Pourquoi, Quand (*par ex : nom du BB, cardio 01.2018, bradyc*)

Exemple :

Thérapeutique : Objectif TSH < 0,5

Spécialité	Posologie	Rmq
Périndopril 5	1.0.0	06.2015
Lévothyrox 125	1.0.0	-02.2017

Traitements stoppés : Lercanidipine (changement protocole IEC / néphropathie, 2015)

3/ PARCOURS DE SOINS ET INTERVENANTS ASSURANT LE SUIVI

Un tableau est dédié à la gestion des suivis spécialisés :

- Colonne 1: spécialité concernée (OPH, cardio, néphro, etc…)
- Colonne 2: établissement dans lequel le patient à son suivi, ou le nom du médecin (libéral)
- Colonne 3: date de la dernière consultation
- Colonne 4 : prévisible de la prochaine consultation au format **aaaa ou mm.aaaa si le RDV n'est pas encore pris**, ou au format **jj.mm.aaaa si le RDV est fixé**
- Colonne 5: indication médicale (motif) de la consultation ou du suivi, et des examens complémentaires programmés qui y sont liés

Exemple :

Intervenants assurant le suivi :

Intervenant/ Site	Nom	Dernière Cs	Prochaine Cs	Remarques
MT	DTG			
Endoc CHPf		05.2018	05.2019	Suivi néo thyroïden avec echo + bio
Cardio	Dr Galiet	05.2017	05.2020	Suivi HVG

Si un spécialiste a été vu il y a plus de 5 ans, sans nouveau rendez-vous prévu, il est retiré du tableau.

4/ Gestion du contexte

Un contexte est un élément de **compréhension complémentaire** de l'histoire médicale du patient qui ne peut être classé dans les antécédents. Il peut prendre plusieurs formes :

- les **épisodes médicaux intercurrents** et de leur traitement *(par exemple : pyélonéphrite, TTT bactrim).* Ils sont précédés de la date au format « mm.aaaa ».
- une évaluation de la **position du patient** par rapport à sa maladie **: adhésion aux soins, observance thérapeutique, présence de directives anticipés, etc.** Cette évaluation est également datée au format « mm.aaaa ».
- des **facteurs déterminants la santé du patient: facteurs bio-environnementaux, psycho-sociaux, etc**. Ils sont notés tels quels sans datation.

Regles

Un contexte est une idée qui doit être exprimée en une ligne maximum.

Les contextes d'évaluation et d'épisodes médicaux intercurrents sont présentés de façon antichronologiques

Les contextes bio-environnementaux sont présentés en dernier.

Remarque : La position du patient face aux soins est une conséquence pratique des déterminants de santé influençant le PPS

Ajouter un contexte :

Ajouter une ligne, noter la date au format mm.aaaa et noter en texte libre la nature du contexte.

Modifier un contexte :

La situation présentée dans un contexte peut évoluer et il faut donc en rendre compte. Il suffit de changer le contenu du texte et de mettre à jour la date.

Exemple : « un traumatisme de l'avant-bras, écharpe antalgiques », après bilan radiographique, peut devenir « fracture de l'ulna, immobilisation plâtrée, antalgie niveau 2 » .

Supprimer un contexte :

Quand un contexte semble caduque, il suffit de l'effacer de la fiche. Il faut se demander s'il est légitime de l'inscrire dans les antécédents.

Exemple : dans le cas précédent, une fois la fracture consolidée et contrôlée, le contexte va être effacé et une ligne d'antécédent supplémentaire va être notée : « fracture ulna : traitement orthopédique (mm.aaaa) »

Contexte (données pertinentes contextuelles propre à chaque patient indispensables à la réalisation d'un projet de soins adapté)

mm.aaaa : Problématiques de santé importantes en cours pouvant influencer le PPS *par ex : doute sur un goitre avec bilan thyroïdien en attente....*

mm.aaaa : Position du patient : Adhésion aux soins (compréhension et motivation du patient) et Observance (TTT et MAC).

Déterminants de santé (mode de vie, dimension psycho-sociale, financier, familiale, géographique, culturel...)

par ex : milieu défavorisé avec violences conjugales, vit au secteur (2h de bateau).....

Exemple :

Contexte

05.2018 : Observance 75%, bonne tolérance. TSH=6 sans s de dysthyroïdie. PA 135/75

11.2017 : Abcès axillaire – TTT spiramycine

07.2017 : Gale familiale. Sprégal

Secrétaire de mairie. Veuvage (2016). Vit en famille élargie (9 personnes au foyer)

5/ COMPLETER LE PROJET PERSONNALISE DE SANTE (PPS)

RUBRIQUE MAC (MESURES D'ADAPTATION COMPORTEMENTALES ET DE MAITRISE DES FACTEURS DE RISQUE) :

Citer les deux priorités d'adaptation comportementale ou de maitrise de facteurs de risques pour ce patient.

RUBRIQUE SUIVI (DONT LA BIOLOGIE) :

Le suivi comporte un pan paramédical, un pan médical de santé primaire, un pan éventuel de médecine spécialisée. Chaque pan est renseigné de la façon suivante : suivi type, rythme, action éventuelle.

Exemple : « suivi IDE mensuel : paramètres, recherche d'effets secondaires, accompagnement aux adaptations comportementales, ou à la maitrise des facteurs de risques »; « suivi généraliste annuel en mission »; « suivi ophtalmo annuel pour recherche RD »

RUBRIQUE STRATEGIE (DATEE) :

Il s'agit de décrire une stratégie particulière dans un contexte donné. Cette stratégie est datée et peut prendre plusieurs valeurs : diagnostique, thérapeutique, curative, palliative, …

Exemple : « 03.2019 : démarche diagnostique toux fièvre : IDR, RX thorax, Bio »

Projet personnalisé de santé (PPS): (*Défini par son médecin traitant ou son service de référence en accord avec le patient)*

MAC (recommandations alimentaires et d'activité physique, lutte contre les addictions et facteurs de risque

Suivi (fréquences, rôle de chacun....)

- *Suivi ASP (ou IDE) selon protocole :*
- *Suivi MG (en mission ou sur place) : suivi particulier et ex paraclinique possible dans l'île (Bio avec fréquence et détails, EFR, ECG)*
- *Suivi spécialisé : fréquence + précision des autres spé n'intervenant pas dans le suivi à rajouter à l'evasan prévu.*

Stratégie thérapeutique : prophylactique, symptomatique, diagnostique/étiologique, curative, palliative...daté mm.aaaa *Par ex :*

01.2018 : recherche étiologique de toux chronique, Traitement palliatif avec Arrêt du suivi d'une HTA, Allègement thérapeutique

01.2018 : poursuite des MHD seul pour HbA1c visée à 7,5 %, allègement des soins au vu de l'âge et du désir du patient.....

Exemple :

Projet personnalisé de santé PPS :

MAC : régime hyposodé. Amélioration observance

Suivi IDE mensuel : cf protocole

Suivi MG semestriel

Suivi endoc annuel

Suivi cardio / 3 ans si PA reste équilibrée

05.2018 : améliorer observance avant modif posologie LVT

Mammo de dépistage / 2 ans

COMMENT TRANSMETTRE LA FICHE DE SYNTHESE ?

La fiche peut être expédiée telle quelle, au **format Word** en tant que pièce jointe d'un mail, aux **agents de la Direction de la Santé** qui vont prendre en charge le patient. Elle peut être enregistrée au **format PDF** et être envoyée à un **agent ou à un correspondant médical, ou au patient.**

FICHE EXPLICATIVE RECAPITULATIVE

Fiche de synthèse patient
Service de santé de XXXXXXXXX
BP n°611 - Papeete - Polynésie Française
Tel : (689) XX XX XX Fax : (689) XX XX XX
Courriel urgent : …….
Courriel non urgent : ……

NOM Prenom jj.mm.aaaa

Site et/ou île

DN = XXXXXXX LM Code OMS ou CIM10 " (exp: date de validité de la LM mm.aaaa)
Rnlvlmt en cours (date), Cotorep

Mise à jour le jj.mm.aaaa

ATCD :

- Pathologie majeure n°1 nécessitant le plus de soins, caractéristiques et éléments datés de suivi mm.aaaa
  - Autre pathologie lié n°1.1 ou induite par la première pathologie, caractéristiques, éléments de suivi objectifs datés...
  - Autre pathologie lié n°1.2 ou induite par la première pathologie, caractéristiques, éléments de suivi objectifs datés....
- Pathologie majeure n°2 nécessitant moins de soins que la pathologie majeure 1
- *Par ex :Diabète de type 2, (HbA1c ..01.2018 vs ….07.2017), compliqué de :*
  - *Néphropathie (Microalb en ...) ou insuffisance renale (clairance/creat et cinetique)*
  - *Rétinopathie stade 2 stable 07.2017*
  - *Arteriopathie diffuse*
- Antécédents mineurs ne nécessitant que peu ou plus de soins par ex *facteurs de risque non compliqué, épisode infectieux traité et fini, ancienne chirurgie....*
- Information principale de santé vahine

Thérapeutique (Allergie et CI Objectifs therapeutique : INR, TSH)

Spécialité	Posologie	Remarques
Traitements validés par médecin traitant		En cas de diminution (-) ou augmentation (+) date

Traitements stoppés : quoi Par qui Pourquoi Quand (*par ex nom du BB, cardio 01.2018, bradyc*)

Intervenants assurant le suivi : (= le parcours de soins du patient et suivi chronique- les spé hors suivi ou suivi aigue ne doivent pas y figurer)

Specialité +/- site	Nom	Dernière Cs	Prochaine Cs	Remarques
Medecin traitant	DTG	mm.aaaa	Mission	
Spécialité	Dr X	jj.mm.aaaa	mm.aaaa ou Selon evol°	Indicat° de cette cs +/- Examen paraclinique demandé par le spé,

Contexte (données pertinentes contextuelles propre a chaque patient indispensables a la réalisation d'un projet de soins adapté)

- mm.aaaa : Problématiques de santé importantes en cours pouvant influencer le projet de soins
  par ex : doute sur un goitre avec bilan thyroidien en attente....
- mm.aaaa : Position du patient (Adhésion aux soins, Observance, présence de directives anticipées)
- Déterminants de santé (mode de vie, dimension psycho-sociale, financier, familiale, geographique, culturel...)
  par ex : milieu défavorisé avec violences conjugales, vit au secteur (2h de bateau).....

Projet personnalisé de santé (PPS): (*Défini par son médecin traitant ou son service de référence en accord avec le patient*)

MAC (recommandation alimentaire et d'activité physique, lutte contre les addictions et facteurs de risque ....)

Suivi (fréquences, rôle de chacun....)

- *Suivi ASP (ou IDE) selon protocole :*
- *Suivi MG (en mission ou sur place) : suivi particulier et ex paraclinique possible dans l'île (Bio avec fréquence et détails, EFR, ECG)*
- *Suivi spécialisé : fréquence + précision des autre spé n'intervenant pas dans le suivi a rajouter a l'evasan prévu.*

Stratégie thérapeutique : symptomatique, prophylactique, diagnostique/étiologique, curative, palliative...daté mm.aaaa
Par ex :
01.2018 : recherche étiologique de toux chronique, Traitement palliatif avec Arrêt du suivi d'une HTA, Allègement thérapeutique
01.2018 : poursuite des MHD seul pour HbA1c visée a 7,5 %, allègement des soins au vu de l'âge et du désir du patient.....

	NOM Prenom jj.mm.aaaa-île
Protocole mm.aaaa	**Suivi IDE = protocole collaboratif : fréquence (par ex 1xmois) paramètre spécifique a surveiller, détail MHD, accompagnements thérapeutiques, entretiens motivationnels, démarche préventive de la carence éducative, etc…** **Avis TLM selon evolution, parametre, sg clinique, objectif therapeutique....etc....** **Bio de suivi et fréquence (par ex 6mois)**
Santé vahiné mm.aaaa **obstsstg@gmail.com**	Précision sur Atcd familiaux, gyneco-obs...GxPx, Accouchement Contraception ou Ménopause, FCV, mammo Problématiques gyneco-obs important Projet spe vahiné ou CAT
Date	**Observation**
jj.mm.aaaa (date anti-chronologique) Nom du medecin TLM/retour/mission	résumé de consultation/teleconsultation description de l'observation CAT et TTT ponctuel mis en place
jj.mm.aaaa	
jj.mm.aaaa	CR@ spé : Bio
jj.mm.aaaa	evasan
	Donnée ancienne provenant du contexte

EXEMPLES

EXEMPLE DE FICHE DE SYNTHESE PATIENT

Fiche de synthèse patient

Service de santé des Tuamotu-Gambier
BP n°611 - Papeete - Polynésie Française
Tel : (689) 40 46 07 00 Fax : (689) 40 42 60 52
Mail:dispensairetg@gmail.com

TEMARII Juliette 12.12.1967

Ile de Tatakoto
vini : 88 72 72 72

DN : 9841213 LM (Exp. mm.aaaa)

Mise à jour le 28.12.2018

ATCD :

- ✓ HTA compliquée :
  - HVG modérée
  - Néphropathie sans insuffisance rénale MDRD 95 ml/min (05.2018)
- ✓ Néoplasie thyroïdienne T3N1M0 :
  - Thyroïdectomie et curage jugulo-carotidien (11.2012) + IRAthérapie (2013)
  - Rémission totale (05.2018)
- ✓ PFLA (2008) sans séquelle
- ✓ Appendicectomie (1980) ; Cholecystectomie (2015)
- ✓ Tabagisme actif (Bison / 4 jours)
- ✓ G3 P2 (1 GEU opérée, 1990). FCV normal (02.2018). Mammo ACR2 bilat (01.2018)

Thérapeutique : Objectif TSH < 0,5

Spécialité	Posologie	Rmq	Spécialité	Posologie	début
Périndopril 5	1.0.0	06.2015			
Lévothyrox 125	1.0.0	-02.2017			

- Traitements stoppés : Lercanidipine (changement protocole IEC / néphropathie, 2015)

Intervenants assurant le suivi :

Intervenant/ Site	Nom	Dernière Cs	Prochaine Cs	Remarques
MT	DTG			
Endoc CHPf		05.2018	05.2019	Suivi néo thyroïden avec echo + bio
Cardio	Dr Galiet	05.2017	05.2020	Suivi HVG

Contexte

- 05.2018 : Observance 75%, bonne tolérance. TSH=6 sans s de dysthtroïdie. PA 135/75
- 11.2017 : Abcès axillaire – TTT spiramycine
- 07.2017 : Gale familiale. Sprégal
- Secrétaire de mairie. Veuvage (2016). Vit en famille élargie (9 personnes au foyer)

Projet personnalisé de santé PPS

- MAC : régime hyposodé. Amélioration observance
- Suivi IDE mensuel : cf protocole
- Suivi MG semestriel
- Suivi endoc annuel
- Suivi cardio / 3 ans si PA reste équilibrée
- 05.2018 : améliorer observance avant modif° posologie LVT

	TEMARII Juliette 12.12.1967 - Tatakoto
mm.aaaa	**Protocole IDE mensuel : paramètres, éval° observance et tolérance, recherches de signes de dysthyroïdie** **Accompagnement motivationnel sevrage tabac** **Bio semestrielle : TSH + bio annuelle : T4, thyroglobuline, Iono Urée Créat, µalbuminurie**
Santé vahiné **mm.aaaa**	**Correspondance :** obstsstg@gmail.com Précision sur Atcd familiaux, gyneco-obs...GxPx, Accouchement Contraception ou Ménopause, FCV, mammo Problématiques gyneco-obs important Projet spe vahiné ou CAT
Date	**Observation**
27.12.2019 ASP X Dr Z Tlm	79 kg FC 72/min, PA 135/75 mmHg, Sat 97%. Asymptomatique. Pas de crépitants. Fait bien attention au sel. CAT : prévoir réévaluation VG (courrier fait) +/- modif° de son TTT de fond
20.12.2019 ASP X Dr Y TLm	Appel à 6h du matin pour essouflement : 81kg – T° = 36°8 - FC 105/min, PA 155/90 mmHg, Sat 91 %. Toux ++, crachats mousseux. Ne peut pas s'allonger. Crépitants des 2 côtés. Pas de notion d'écarts de régime sodé, pas de douleur thoracique. Au total : OAP : O2 2 lpm au poste de santé, rester assis, Furosémide 80 mg IM surveiller et rappeler 11h : diurèse ++, amélioration fonctionnelle, poids 79 kg, Sat 95 %, Fc 86/min, PA 145/80 mmHg => CAT : régime désodé à renforcer, Poursuivre Furosémide 60 mg les 21 et 22, puis 40 mg le 23 et 24, puis 20 mg les 25 et 26. Surveillance tous les deux jours : avis si dégradation.
10.12.2018 ASP X	Suivi :80 kg – FC 81/min, PA 138/76 mmHg Sat 97 %. Pas de malaise. Essoufflée pour des efforts importants Toujours consommation Tabac : ne souhaite pas arrêter. Travail sur la prise de conscience des effets (on profite aujourd'hui de son essoufflement à l'effort)
09.11.2018 ASP X	Suivi : 79 kg – FC 75/min, PA 132/72, Sat 97 % Ps de malaises. Observance OK. Pas de dyspnée, pas

EXEMPLE DE COURRIER A UN SPECIALISTE

Courrier

Service de santé des Tuamotu-Gambier
BP n°611 - Papeete - Polynésie Française
Tel : (689) 40 46 07 00 Fax : (689) 40 42 60 52
Mail:dispensairetg@gmail.com

TEMARII Juliette 12.12.1967

DN : 9841213 LM: I10 (Exp 12.2021)

Dest : Consultation cardiologie

Ile de Tikapoto, le 28.12.2018

Cher confrère,

Je t'adresse notre patiente commune ci dessus référencée, âgée de 51 ans, habitant Tikapoto, Tuamotu, suite à une première poussée d'IVG.

ATCD :

- ✓ HTA compliquée :
  - HVG modérée
  - Néphropathie sans insuffisance rénale MDRD 95 ml/min (05.2018)
- ✓ Néoplasie thyroïdienne T3N1M0 :
  - Thyroïdectomie et curage jugulo-carotidien (11.2012) + IRAthérapie (2013)
  - Rémission totale (05.2018)
- ✓ PFLA (2008) sans séquelle
- ✓ Appendicectomie (1980) ; Cholecystectomie (2015)
- ✓ Tabagisme actif (Bison / 4 jours)
- ✓ G3 P2 (1 GEU opérée, 1990). FCV normal (02.2018). Mammo ACR2 bilat (01.2018)

Thérapeutique :

Spécialité	Posologie	Rmq		
Périndopril 5	1.0.0			
Lévothyrox 125	1.0.0			

- Traitements stoppés : Lercanidipine (changement protocole IEC / néphropathie, 2015)

Contexte

- OAP révélé par une orthopnée expiratoire :
  - Pas d'élément déclencheur retrouvé (pas de douleur thoracique, pas de sepsis, pas de régime hypersodé)
  - A la prise en charge FC 105/min, PA 150/90 mmHg, Sat 91 %
  - Crépitants diffus symétriques
  - ECG inchangé
- Observance 75%, bonne tolérance. TSH=6 sans s de dysthtroïdie. PA 135/75
- Secrétaire de mairie. Veuvage (2016). Vit en famille élargie (9 personnes au foyer)

Evolution favorable après un traitement de 7jours à doses dégressives de furosémide (dose initiale 80 mg/j).

Une réévaluation précoce de sa fonctionventriculaire gauche nous paraît légitime. Y a-t-il lieu de prévoir une modification de son traitement habituel ? Le cas échéant que proposerais-tu ?

Merci de ce que tu feras pour elle

Bien cordialement

Dr X

Direction de la Santé de Polynésie française

Février 2020