

EHPAD Protégeons nos résidents



CHECK LIST Infirmière: Réévaluation de l'antibiothérapie à 72h

Le traitement antibiotique initial est toujours un traitement probabiliste. La réévaluation du traitement doit être systématique à 48h – 72 h pour : adapter le traitement au germe (si mis en évidence), diminuer le risque d'émergence de résistance bactérienne d'un antibiotique à large spectre. La collaboration de l'infirmier est indispensable pour s'assurer de cette réévaluation, de s'assurer de la bonne observance, de l'efficacité et de la tolérance. Destinée aux **infirmiers**, cette fiche est une aide pour un bilan de l'état de santé du résident sous traitement antibiotique depuis 72 h, à **communiquer au médecin**. Elle permet de **tracer** la réévaluation en la laissant dans le dossier du patient.

Bilan pour réévaluation Date de la réévaluation :/...../..... Date - Jour 1 (initiation de l'ATB) : Médecin contacté : Dr Téléphone :	Identité de l'IDE réalisant le bilan pour réévaluation Nom – Prénom : Unité de soins : Téléphone (n° de poste) :	Identité du résident (coller étiquette) Nom – Prénom : Date de naissance :/...../..... N° de résident : Poids : Kg FONCTION RENALE (eDFG - clairance) mL/min
--	---	--

→ Il y a-t-il un de ces signes cliniques de dégradation majeure de l'état général ? :

Si au moins 1 des signes suivant est coché : **Selon le protocole d'urgence de l'EHPAD, CONTACTER LE MEDECIN**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Température < 35°C ou > 40°C | <input type="checkbox"/> Marbrures <input type="checkbox"/> Extrémités froides |
| <input type="checkbox"/> Pression artérielle systolique < 90 mmHg | <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Sueurs |
| <input type="checkbox"/> Fréquence cardiaque > 120 battements/min | <input type="checkbox"/> Absence d'urine ou diminution de diurèse |
| <input type="checkbox"/> Fréquence respiratoire > 30/min | <input type="checkbox"/> Altération de la conscience <input type="checkbox"/> Etat confusionnel |

→ En l'absence de ces signes : Je récupère les informations du patient, de son traitement antibiotique, je m'assure de son observance et de la tolérance du traitement, j'observe les signes cliniques et **je transmets au médecin traitant** ou au **prescripteur initial**

① Résident et Traitement

FONCTION RENALE : [DFG (Débit de Filtration Glomérulaire)- Clairance rénale en mL /min] selon **Cockcroft & Gault**.

..... mL/min

Se munir de la prescription médicale afin d'être en mesure de transmettre au médecin pour chaque antibiotique prescrit :

- La voie d'administration
- La posologie
- La durée initiale prescrite
- L'indication initiale

② Observance et tolérance

Il y a eu un ou plusieurs oublis ou saut de prises ? Oui Non

Il y a ou a eu des difficultés à l'administration ? Oui Non

Des effets indésirables ont été observés (cutanés, digestifs..) ? Oui Non

③ **J'observe les signes cliniques en complétant le questionnaire si dessous (cocher ou entourer la bonne réponse), je signale auprès du médecin ce qui a été observé**

Le résident va mieux ?

Etat général : **Persistance des symptômes/stabilité** 😐 **Amélioration** 😊 **Dégradation** 😞

- | | | |
|--|---|--|
| Température : Stabilité = | Augmentation ↗ | Diminution ↘ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de déglutition <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Sueurs <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Céphalées | <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> Troubles du comportement | | |
| <input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience | | |

En fonction de l'infection traitée, j'observe :

En cas d'infection digestive :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Ne mange plus <input type="checkbox"/> Ne boit plus |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | |

En cas d'infection respiratoire

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Crachats <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Troubles de déglutition |
| <input type="checkbox"/> Douleur thoracique | |

En cas d'infection urinaire

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Brûlures mictionnelles <input type="checkbox"/> Difficulté à uriner <input type="checkbox"/> Besoin fréquent d'uriner <input type="checkbox"/> Douleur lombaire <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aggravation ou majoration des troubles du comportement |

En cas d'infection cutanée

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Œdème |
|---|