

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES SUR DOSSIER

Audit clinique : "Recherche et prise en compte de la douleur"

Ne considérer que la dernière hospitalisation

Date : _____ Nom de l'évaluateur : _____ N° de la grille : _____

Ne pas compléter

Identification du patient (3 premières lettres) : _____

La douleur est-elle un des motifs de l'hospitalisation ? OUI NON ?

Service :

- | | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgences | <input type="checkbox"/> UHCD | <input type="checkbox"/> Cardio | <input type="checkbox"/> Gastro | <input type="checkbox"/> Médecine polyv Chal |
| <input type="checkbox"/> Médecine Mach | <input type="checkbox"/> RCV | <input type="checkbox"/> Chir Ortho | <input type="checkbox"/> Chir Viscérale | <input type="checkbox"/> Ambulatoire |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie-Obst | <input type="checkbox"/> Néonate | <input type="checkbox"/> USC | <input type="checkbox"/> Psy | <input type="checkbox"/> MS Chal |
| <input type="checkbox"/> LS Chal | <input type="checkbox"/> MS1 Mach | <input type="checkbox"/> MS2 Mach | <input type="checkbox"/> LS Mach | <input type="checkbox"/> Maison retraite Mach |
| <input type="checkbox"/> Résidence du Guy | | | | |

Objectif : améliorer la recherche, l'évaluation et la prise en compte de la douleur

<u>Critères :</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>NA</u>	<u>Commentaires :</u>
1- Il est fait mention de la recherche de la douleur dès le passage aux Urgences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2- Il est fait mention de la recherche de la douleur par le médecin à l'admission dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <small>Réponse NA impossible</small>	_____
3- Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission dans le service par le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <small>Réponse NA impossible</small>	_____
4- Une évaluation de la douleur a été réalisée de façon subjective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5- Une évaluation de la douleur a été réalisée avec une échelle validée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6- Les soins douloureux ont été repérés et ont fait l'objet d'une prescription antalgique préalable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7- L'hypothèse physiopathologique de la douleur a été recherchée et est notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8- Un traitement antalgique a été prescrit et administré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9- Un traitement antalgique a été administré sans prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10- L'efficacité du traitement a été évaluée et notée dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11- Le traitement antalgique a été adapté suite à l'évaluation de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12- Il existe une prescription médicale anticipée antalgique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

