

**Directive (7 juillet 2008) concernant le rapport et le FAQ de la consultation infirmière**

Le rapport de la consultation infirmière doit être ajouté au dossier infirmier, sous version papier ou électronique (dans ce cas, le rapport doit être imprimable).

Le rapport contient au minimum :

- les données d'identification du patient (nom, prénom, date de naissance ou vignette)
- la date de la consultation infirmière
- le modèle conceptuel / la classification infirmière des modes fonctionnels de santé utilisés
- la liste des problèmes infirmiers de santé du patient
- l'énumération des objectifs de soin pour le patient
- l'identité du praticien de l'art infirmier qui a rédigé le rapport, la signature et le N°INAMI de celui-ci
- le cas échéant, la date à laquelle le rapport a été envoyé au médecin traitant

**Le problème infirmier de santé :**

Un problème infirmier de santé est un problème de santé identifié par le praticien de l'art infirmier, qui relève de sa compétence.

Les problèmes infirmiers de santé sont identifiés à l'aide

- soit d'un modèle conceptuel en soins infirmiers comme (liste non exhaustive) :
  - o V. Henderson – Ecole des besoins
  - o H. Peplau – Ecole de l'interaction
  - o C. Roy – Ecole des effets souhaités
- soit de la classification infirmière des modes fonctionnels de santé (liste non exhaustive):
  - o M. Gordon
  - o L.J. Carpenito

L'identification des problèmes infirmiers de santé tiendra compte de l'évolution professionnelle de l'art infirmier.

**Les objectifs de soins :**

L'objectif de soin constitue le résultat à atteindre en vue de résoudre les problèmes infirmiers de santé d'une personne, relevant de la compétence infirmière.

Il est formulé en termes mesurables et précise le délai prévu. Il est centré sur la personne et l'objectif de soin est fixé avec elle ou avec son entourage. Si cette concertation n'est pas possible, le praticien de l'art infirmier doit le notifier dans le rapport de consultation infirmière.

**Modèle du rapport :**

Un modèle de rapport est repris ci-dessous. Il s'agit d'un rapport minimal dont toutes les rubriques doivent au moins être citées dans le rapport final. Le praticien de l'art infirmier n'est pas tenu d'utiliser ce modèle.

**MODELE**

**Rapport d'une consultation infirmière**

Les données d'identification du patient.....Vignette.....  
(Nom, prénom, date de naissance) .....

Date de la consultation .....

Le modèle conceptuel /  
Les modes fonctionnels de santé selon .....

Les problèmes infirmiers de santé .....  
(toute information complémentaire .....  
peut être annexée) .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Les objectifs de soins .....  
(toute information complémentaire .....  
peut être annexée) .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Identité du prestataire .....  
N° INAMI .....

Signature .....

Ce rapport a été communiqué  
à .....  
(nom du médecin traitant)

le .....  
(date)

par .....  
(écrit, fax, mail,...)

## FAQ :

### **1. Quelle est la durée de la consultation infirmière ?**

Celle-ci n'est pas précisée dans l'Arrêté royal.

### **2. Les patients qui sont en cours de prise en charge peuvent-ils bénéficier de cette prestation et à partir de quand comptabiliser la période de 28 jours ?**

Tous les patients qui répondent aux critères de l'Arrêté royal peuvent bénéficier de cette prestation.

Les 28 jours sont des jours calendrier et pas jours de soin.

### **3. Dossier infirmier versus rapport de la consultation ?**

Le dossier infirmier doit exister à partir de la première prestation chez un patient. La consultation ne peut être attestée qu'après que le patient soit soigné depuis 28 jours, mais le rapport de consultation peut éventuellement déjà être rédigé au cours de cette période (processus de croissance). Pour les patients palliatifs bénéficiant de soins d'hygiène deux fois par semaine, la consultation peut être attestée dès le premier jour du soin d'hygiène.

### **4. Les modèles conceptuels en soins infirmiers: où peut-on les trouver ?**

Une série d'exemples sont fournis dans la directive.

Vous trouvez plus d'explication sur la diagnostique infirmière dans :

-KEROUAC S., PEPIN J., DUCHARME F., MAJOR F., La pensée infirmière, Groupe Beauchemin, Editeur Itée, 2<sup>ème</sup> édition, Montréal 2003, 215 p.

-AMAR B, GUEGUEN J.P, Concepts et théories, démarche de soins, Nouveaux cahiers de l'infirmière, n° 2, Edition Masson, 2<sup>ème</sup> Edition, Issy-les-moulineaux 2007, 242 p.

Plus d'information vous trouvez sur les sites internet:

<http://www.acendio.net>

<http://www.icn.ch/icnp.htm>

<http://www.nanda.org>

<http://www.afedi.com>

[www.interrai.org](http://www.interrai.org)

### **5. Faut-il une prescription pour cette prestation ?**

Il ne faut pas de prescription.

### **6. Si la période de 28 jours est interrompue, recommence-t-elle à nouveau à 0 ?**

Oui, car il est stipulé dans l'AR que les soins d'hygiène sont dispensés pendant une période continue de 28 jours.

**7. Peut-on attester une consultation infirmière pour un patient par un aide-soignant ?**

Non, la consultation infirmière ne peut être effectuée et attestée que par un praticien de l'art infirmier.

**8. La réglementation prévoit que le rapport de la consultation infirmière soit daté au jour de l'attestation. En pratique, nous recevons les patients le mardi après-midi et dans le rapport on mentionne évidemment la date de l'entretien. Certains patients ont un entretien dès le départ, d'autres à la fin de la période de 28 jours. Lorsque nous attestons la consultation infirmière après 28 jours et la date figurant sur le document obligatoire se situe au cours de la période de 28 jours avant l'attestation de la consultation, alors il se pose un problème ?**

La date de clôture du rapport ne peut se situer qu'après les 28 jours d'une période continue de soins excepté pour les patients palliatifs où l'attestation peut se situer avant.