#### LIVRET PATIENT

#### LES CLÉS D'UN PARCOURS RÉUSSI EN HAD



# Patient / Soignant partenaires pour la sécurité des soins



# ot du directeur

Ce livret vous présente de manière synthétique, les points clés concernant l'organisation des soins à votre domicile pendant le séjour en HAD. Nous vous invitons à les découvrir afin que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions.

Ces fiches apporteront un grand nombre de réponses à vos interrogations. Néanmoins, n'hésitez pas à poser toutes les questions à votre infirmier(e), votre médecin traitant, votre pharmacien, ou à l'équipe de I'HAD.

Sachez que pour des soins plus sûrs, votre participation est essentielle.

# Sommaire

- Les modalités de déclaration des évènements indésirables
- Les règles d'identification,
- L'organisation du domicile,
- La gestion des déchets de soins
- Le stockage des médicaments,
- La prise des traitements, leur surveillance
- La prise en charge de la douleur

## Les modalités de déclaration des évènements indésirables



POUR AMÉLIORER LES PRATIQUES, DÉCLARONS SANS TARDER TOUS LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES!

#### Événement indésirable



# J'informe sans délai de tous les événements indésirables

#### **Exemple**

- Effet indésirable d'un médicament.
- Défaut d'organisation,
- Anomalie de matériel.
- Incident de soin...



- Auprès de l'infirmier(ère)
- Auprès de l'infirmier(ère) de l'HAD lors de la visite hebdomadaire
- Par téléphone à l'HAD : **02 97 210 727**

## Et après?



Les événements sont analysés chaque mardi par la CGDR (cellule gestion des risques).



Chaque déclaration donne lieu à un recueil exhaustif des circonstances pour mieux comprendre le déroulement de l'événement, pour mettre en place des actions d'amélioration.





**I'HAD** s'engage à informer des propositions faites.



# IDENTITÉ

# IDENTITÉ



## RIEN À DÉCLARER ?

## SI MON IDENTITÉ!

#### Auprès de l'HAD





Pour être bien identifié je présente 2 documents officiels d'identité

- Carte Nationale d'Identité Passeport Titre de séjour
- Carte Vitale

#### Quand j'appelle l'HAD, tout au long de ma prise en charge :





Je m'assure que mon numéro n'est pas masqué





- Prénoms de naissance (dans l'ordre de l'Etat civil)
- Date de naissance



#### Je donne aussi mon nom d'usage

• Par exemple : mon nom marital





#### Avant un soin

#### Pour chaque acte de soins :



- Tout au long de ma prise en charge,
   Je vérifie mon identité de naissance et d'usage :
  - Sur tous les documents qui me sont remis
  - Sur les étiquettes qui accompagnent les documents (ordonnances, classeur dossier patient, valise sécurisée...)



HAD de l'Aven à Etel DUPONT Pierre 27/06/1943 - IPP 5022 - M 23 rue de la Mairie 13360 ROQUEVAIRE

Je constate une erreur dans mon identité



J'informe l'HAD





## HYGIÈNE

## HYGIÈNE



#### NON AUX INFECTIONS

## OUI À L'HYGIÈNE DES MAINS

L'espace où se déroulent mes soins

Un espace dédié aux soins et au matériel médical
Un espace entretenu tous les jours
Un espace aéré tous les jours

Si l'accès au lavabo est difficile je prévois le nécessaire de toilette

## Quand dois-je me laver les mains?



Avant de manger

Après avoir fait le ménage



Après être allé(e) aux toilettes

Après s'être mouché(e)



Avant et après avoir reçu un soin



J'ai des animaux

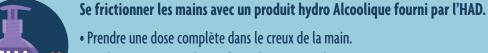
Je les tiens éloignés pendant les soins

#### **Comment?**

Se laver les mains avec du savon doux (liquide de préférence):

- Frotter les mains, les poignets, entre les doigts et les ongles.
- Bien rincer.
- Sécher avec une serviette changée tous les jours.





- Appliquer sur toutes les surfaces des mains sèches. (Paume, entre les doigts, le dessus des mains, les doigts, pouces, ongles et poignets).
- Frotter jusqu'au séchage complet.

Attention n'ajoutez pas d'eau!



Le SHA doit toujours être accessible pour que les soignants l'utilisent avant et après chaque soin







## GUIDE DE TRI DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS



#### **DAOM**

Déchets d'activité de soins Assimilés aux Ordures Ménagères







Changes Compresses non souillées Lingettes **Poches alimentation** Poches de perfusion

> **TOUT DISPOSITIF NON SOUILLÉ**

Gants - Masques

**Piles** 



FILIÈRE TRI SÉLECTIF



#### **DASRI**

Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux



Perfuseurs
Ampoules en verre
Cathéters
Aiguilles
Ciseaux
Curettes
Bistouris
Stylets
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·



Poches de recueil Seringues Tubulures de perfusion Matériels à pansement

**UNIQUEMENT DISPOSITIF SOUILLÉ** 

#### Médicaments non utilisés





**RETOUR EN PHARMACIE** 

Hors emballage



TRI SÉLECTIF





# **MÉDICAMENTS**

# MÉDICAMENTS



## LE STOCKAGE ET LA CONSERVATION DE VOS MÉDICAMENTS À LA MAISON

Organisez un espace réservé à vos médicaments hors de portée des enfants



Dans un espace réservé de mon domicile ou dans le meuble fourni par l'HAD







Certains médicaments doivent être rangés dans une valise sécurisée

1)

Conservez les médicaments dans leur boite d'origine avec leur notice

**S** 

Gardez seulement les médicaments nécessaires

Votre médecin traitant, votre pharmacien, l'HAD, votre infirmier(ère)
vous proposera de rendre à la pharmacie
tous les médicaments devenus inutiles

3

Prenez uniquement les médicaments prescrits pendant votre séjour en HAD





J'informe sans delai

Je ne reconnais pas mes médicaments

Je pense qu'il me manque un médicament

J'ai des difficultés pour préparer mes médicaments

J'ai une nouvelle prescription

J'ai trop de médicaments en stock

Je n'ai pas assez de médicaments avant le week-end?

Les infirmiers(es)

L'HAD





# **MÉDICAMENTS**

# MÉDICAMENTS



## VOTRE RÔLE DANS LA PRISE DES MÉDICAMENTS

#### J'informe les professionnels

de mes traitements habituels de mes allergies

> si j'ai un changement de prescription (après consultation, visite de mon médecin)

> si j'ai un changement de ma situation personnelle (mon conjoint prépare les médicaments et s'absente,...)

# La prise des médicaments après concertation avec les professionnels



#### L'infirmier(ère):

- M'informe sur mon traitement
- Trace la prise des médicaments dans le dossier
- M'interroge sur l'efficacité, la bonne tolérance de mes traitements

#### Si mon entourage ou moi connaissons

les médicaments prescrits, l'horaire de prise et la durée du traitement. les effets indésirables à surveiller

Moi/Mon entourage sommes autonomes pour la préparation et la prise du traitement

#### Si mon entourage ou moi NE connaissons PAS

Les médicaments prescrits, l'horaire de prise et la durée du traitement, les effets indésirables à surveiller

> L'infirmier(ère) me prépare et me donne mes médicaments



- J'ai des difficultés avec mon traitement
- Je ne reconnais pas mes traitements
- J'ai des difficultés pour prendre mon traitement
- J'ai un effet indésirable, inattendu



- J'ai oublié ou fait une erreur de prise
- 'ai des questions sur un traitement
- 'ai un symptôme nouveau
- Je ne suis pas soulagé
- Nouvelle prescription: Allo HAD



#### J'informe sans delai







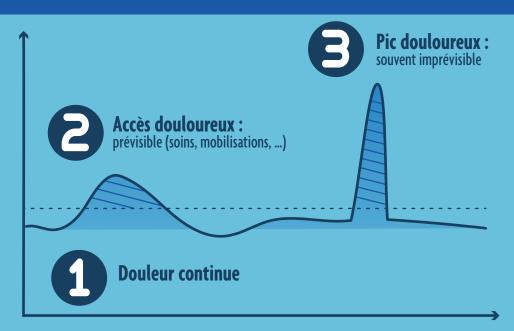
# DOULEUR

## **DOULEUR**



LA DOULEUR EST UNE ALARME,

## SIGNALEZ LÀ!



**1** Douleur continue

Traitement de fond systématique

**②** Accès douloureux **⋮ ⑤** Pic douloureux

Entredose. prise préventive si prévisible

Douleur aigue, brève, répétitive

J'alerte mon infirmièr(ère)

La douleur peut varier d'un moment à l'autre. Le traitement de ma douleur peut nécessiter des médicaments différents :



**Douleur continue** → je prends régulièrement mon traitement de fond à action prolongée **Pic douloureux** → je prends le traitement supplémentaire à action rapide chaque fois que nécessaire



L'infirmièr(ère) m'interrogera sur les caractéristiques précises de ma douleur

Je décris le plus précisément possible ce que je ressens



- J'ai une nouvelle douleur
- Ma douleur s'est modifiée
- J'ai des pics douloureux :
  - Prévisibles (soins, mouvements,...)
  - Imprévisibles, aigus
- Ma douleur n'est pas soulagée
- Mon traitement est moins efficace
- Je ressens des effets gênants (nausées, constipation, difficultés à uriner, somnolence excessive...?)

J'en parle avec l'infirmièr(ère)



J'appelle l'HAD





#### L'HAD est joignable 24 /24 - 7 jours sur 7

Contact HAD 24H/24

02 97 210 727

si HAD injoignable, ligne rouge réservée APPEL URGENCE

06 43 16 44 62 06 99 33 32 24



Représentant des Usagers: membres d'associations agréées qui formulent des recommandations sur le respect des droits des usagers, la qualité et la sécurité des soins

Contact représentant des usagers

relationsusagers@had-lorient.fr

Un rendez vous?

**Une consultation?** 



MON CLASSEUR HAD me suit partout