

CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES DOCUMENTS

A l'attention du médecin référent

Les documents que vous aurez à compléter :

- Les caractéristiques du service
- Les informations socio-démographiques, médicales du patient et concernant sa sortie (Volet 1 - feuille verte)
- Les critères d'exclusion, consentement et état de santé du patient (Volet 2 - feuille jaune)
- La liste des patients (feuille rose)

Informations concernant le patient (volets 1 et 2)

Volet 1 : informations socio-démographiques, médicales et sortie du patient - feuille verte

Il est souhaitable que pour tous les patients hospitalisés pendant la période de recueil, l'ensemble des informations figurant sur le volet 1 soient renseignées (pour permettre une comparaison des patients interrogés et ceux qui n'ont pu l'être et caractériser les raisons de non réalisation des entretiens).

Ce volet peut donc être complété n'importe quand pendant la période de recueil, que le patient soit interrogé par Marie ou non.

En ce qui concerne la partie "Sortie du patient", ces informations sont à renseigner au cas où le patient ne serait plus hospitalisé dans le service pendant la période de recueil (décédé, transféré ou retour à domicile) et peuvent donc être complétées à un moment différent du remplissage des autres informations de ce volet : cela pourra se faire soit au fur et à mesure durant le recueil, soit à la fin de recueil avec l'enquêteur, en reprenant tous les dossiers les uns après les autres.

Volet 2 : critères d'exclusion, état de santé et consentement éclairé du patient - feuille jaune

Les **critères d'exclusion** sont à renseigner pour tous les patients hospitalisés dans l'unité au premier jour du recueil, puis à chaque nouvelle admission (au moins 5 jours après) pendant la période de recueil. Il s'agit alors de la 1^{ère} évaluation pour chaque patient.

Cependant, un patient ne vérifiant pas tous les critères d'inclusion lors de la 1^{ère} évaluation, peut être ré-inclus au cours de la période de recueil. Pour un même patient, afin de conserver une traçabilité des ré-évaluations d'inclusion éventuelles, il vous est demandé de noter les résultats de chaque ré-évaluation sur le volet 2.

Lorsqu'un patient est inclus ou exclu définitivement, il vous est demandé de renseigner les informations concernant son **état de santé** (performance physique et présence des principaux symptômes). Cette partie peut être complétée par vous même, éventuellement en collaboration avec l'équipe, lors d'un staff par exemple, avec la précaution que cette évaluation doit être la plus proche dans le temps de la réalisation de l'entretien si le patient est inclus.

Si le patient est inclus, il sera demandé au patient son **consentement éclairé** à l'aide du document prévu à cet usage et il sera tracé sur le volet 2. Cela implique une information donnée par l'équipe au patient de la réalisation de cette enquête.

La liste des patients - feuille rose

Ce tableau permet de lister tous les patients hospitalisés dans l'unité durant la période de recueil.

Les informations qu'il contient permettent également de faire le lien entre vous et l'enquêteur. En effet, avant tout entretien avec un patient, Marie devra s'assurer à partir de ce tableau si :

- Le patient est exclu définitivement jusqu'à la fin du recueil selon les critères d'exclusion (cf. volet 2) (aucune amélioration de l'état de santé envisagée du patient pour pouvoir répondre aux questions, patient ne pouvant plus être ré-inclus) ; dans ce cas, la case "**exclu définitif**" sera cochée
- Le patient est toujours hospitalisé dans le service (non décédé, non transféré) (cf. volet 1) ; dans le cas contraire, la case "**sorti**" sera cochée
- Le patient est inclus selon les critères après plusieurs évaluations éventuelles (cf. volet 2) ; dans ce cas, la case "**inclus**" sera cochée
- Le patient est consentant (cf. volet 2) ; dans ce cas, la case "**consentant**" sera cochée

Après chaque entretien, l'enquêteur indiquera la date de son passage pour vous permettre ainsi d'avoir une trace des entretiens réalisés.

En pratique, en début du recueil, il est conseillé de lister dans le tableau tous les patients hospitalisés dans l'unité (initiales, numéro de chambre), puis tout au long du recueil de mettre à jour régulièrement ce tableau (mise à jour des informations des patients déjà listés - sortie, inclus, consentement - ou bien ajout d'un nouveau patient admis pendant la période de recueil).

Enfin, ce document sera conservé dans votre unité.

Le numéro d'identification

Le numéro d'identification correspond à un numéro unique pour chaque patient. Il permet pour un même patient, de faire le lien entre les différents volets complétés par vous et par l'enquêteur. Ce numéro est composé de 4 chiffres, les deux premiers correspondant à un code affecté à votre unité, les deux suivants correspondant à un nombre de 01 à 99, incrémenté à chaque nouveau patient hospitalisé.



code site numéro patient

Ce numéro sera attribué à chaque patient à partir de la "liste des patients" (feuille rose) par l'enquêteur ou bien par vous.