



SUIVI PARAMÉD - PPP DOULEUR / MORPHINIQUES



MSP du Vertoublanc

Ce formulaire est utilisé par la MSP Vertoublanc dans le cadre du suivi du Protocole Pluri-Professionnel (PPP) Douleur / Morphiniques. Il est rempli par le professionnel de santé assurant la prise en charge à chaque intervention.

Il sert à deux fins : tracer le suivi réalisé et déclencher une alerte si un seuil clinique est dépassé.

Les informations saisies sont confidentielles et accessibles uniquement aux professionnels impliqués dans la prise en charge du patient au sein de la MSP Vertoublanc.

Coordinateur MSP : Cazillac Denis

1	Identification du Patient *
Nom et Prénom	
Date de naissance	

2	Votre domaine de compétence *
<input type="checkbox"/>	MÉDECIN GÉNÉRALISTE
<input type="checkbox"/>	IDE-L
<input type="checkbox"/>	DIÉTÉTICIENNE-NUTRITIONNISTE
<input type="checkbox"/>	KINÉSITHÉRAPEUTE
<input type="checkbox"/>	HYPNOTHÉRAPEUTE



MSP
du Vertoublanc

SUIVI INFIRMIER

3	Identification du professionnel *
Nom & prénom	
Profession	

4	Fréquence Respiratoire (FR) * <i>Rappels, Valeurs de référence:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Adulte : 12 à 20 cycles/minute</i> • <i>Personne âgée : 12 à 18 cycles/minute</i>
<input type="checkbox"/>	FR < 10/min (Bradypnée - Risque de dépression respiratoire)
<input type="checkbox"/>	FR > 24/min (Tachypnée - Douleur insuffisamment contrôlée)
<input type="checkbox"/>	Rythme irrégulier (Surdosage possible)
<input type="checkbox"/>	Amplitude superficielle (Ventilation inefficace)
<input type="checkbox"/>	Valeur chiffrée de la fréquence respiratoire :

5	Saturation Pulsée en Oxygène (SpO2) *
<input type="checkbox"/>	95-100%: Normal
<input type="checkbox"/>	90-94% : Hypoxémie légère - Surveillance rapprochée
<input type="checkbox"/>	85-89% : Hypoxémie modérée - Intervention nécessaire
<input type="checkbox"/>	< 85% : Hypoxémie sévère - Urgence absolue
<input type="checkbox"/>	Valeur chiffrée de la fréquence respiratoire :

6	Tension Artérielle (TA) mmHg *

7	Vigilance et Sédation * <i>Échelle RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)</i>
<input type="checkbox"/>	+4 : Combatif : Danger immédiat, agressif.
<input type="checkbox"/>	+3 : Très agité : Tire cathéters, agressif.
<input type="checkbox"/>	+2 : Agité : Mouvements fréquents non intentionnels.
<input type="checkbox"/>	+1: Anxieux : Anxieux mais calme.
<input type="checkbox"/>	0: Éveillé calme : Alerté et calme;
<input type="checkbox"/>	-1: Somnolent: S'éveille à la voix (> 10 sec).
<input type="checkbox"/>	-2 : Sédation légère :S'éveille brièvement à la voix (< 10 sec).
<input type="checkbox"/>	-3: Sédation modérée :Mouvement à la voix, sans contact visuel.
<input type="checkbox"/>	-4 : Sédation profonde: Réponse à la stimulation physique uniquement.
<input type="checkbox"/>	-5 : Non réveillable: Aucune réponse.
<input type="checkbox"/>	Autre observation : :

8	Transit Intestinal *
<input type="checkbox"/>	Absence de selles > 3 jours : Constipation morphinique;
<input type="checkbox"/>	Bruits intestinaux absents: Iléus paralytique;
<input type="checkbox"/>	Abdomen ballonné/dur: Rétention de selles, occlusion possible;
<input type="checkbox"/>	Émission de gaz: Reprise du transit (positif);
<input type="checkbox"/>	Autre observation : :

9	Nausées et Vomissements *
<input type="checkbox"/>	0 : Absence de nausées;
<input type="checkbox"/>	1 : Nausées légères, sans gêne;
<input type="checkbox"/>	2 : Nausées modérées, gênantes;
<input type="checkbox"/>	3 : Nausées sévères avec vomissements occasionnels;
<input type="checkbox"/>	4 : Vomissements fréquents;
<input type="checkbox"/>	Autre observation : :

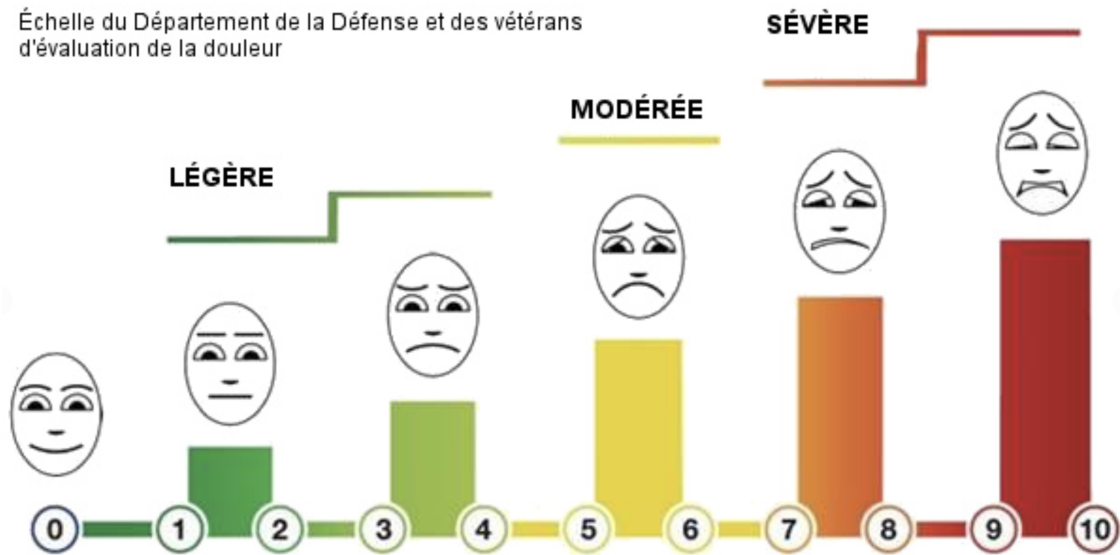
10	Prurit (Démangeaisons) *
<input type="checkbox"/>	0 : Absence de prurit;
<input type="checkbox"/>	1 : Prurit léger, intermittent;
<input type="checkbox"/>	2 : Prurit modéré, nécessite grattage
<input type="checkbox"/>	3 : Prurit intense, perturbant le sommeil
<input type="checkbox"/>	4 : Prurit insupportable, lésions de grattage
<input type="checkbox"/>	Autre observation : :

11	Confusion *
<input type="checkbox"/>	Désorientation temporo-spatiale;
<input type="checkbox"/>	Propos incohérents, hallucinations;
<input type="checkbox"/>	Agitation ou au contraire léthargie inhabituelle;
<input type="checkbox"/>	Troubles de la mémoire immédiate;
<input type="checkbox"/>	Inversion du rythme nyctéméral
<input type="checkbox"/>	Autre observation : :

Échelle visuelle Analogique de la douleur:

Échelle du Département de la Défense et des vétérans
d'évaluation de la douleur

15



« Placez le curseur à l'endroit qui représente la douleur que vous ressentez maintenant. »

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Vos remarques et observations:

17 Vos pièces jointes éventuelles



MSP
du Vertoublanc

Échelle DOLOPLUS-2

Mode d'emploi et interprétation

Population cible:

Personne âgée présentant des troubles de la communication verbale (démence, confusion, troubles cognitifs...).

Principe:

10 items répartis en 3 dimensions :

- Retentissement somatique : plaintes somatiques, positions antalgiques, protection des zones douloureuses.
- Retentissement psychomoteur : mimique, sommeil, mouvements.
- Retentissement psychosocial : toilette/habillage, communication, vie sociale, troubles du comportement.

Chaque item est coté de 0 à 3 selon l'observation comportementale habituelle du patient : 0 = absence de signe, 3 = expression maximale du retentissement.

Cotation:

- Noter pour chaque item : 0, 1, 2 ou 3 en se basant sur l'observation sur 24–48 h (et en comparant au fonctionnement habituel du patient).
- Additionner les 10 items pour obtenir un score total sur 30.

Interprétation du score total:

- 0 à 4 : absence de douleur évidente ou douleur peu probable.
- ≥ 5 : **douleur probable / significative**, nécessitant :

1. une évaluation clinique approfondie,
2. une adaptation éventuelle du traitement antalgique,
3. une réévaluation du score après intervention.

Points de vigilance:

Rechercher d'autres causes possibles aux troubles du comportement (infection, trouble métabolique, environnement...) avant de conclure uniquement à la douleur.

Utiliser la même échelle de façon répétée pour suivre l'évolution.

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

18	Plaintes somatiques: *
<input type="checkbox"/>	pas de plainte
<input type="checkbox"/>	plaintes uniquement à la sollicitation
<input type="checkbox"/>	plaintes spontanées occasionnelles
<input type="checkbox"/>	plaintes spontanées continues

19	Positions antalgiques au repos: *
<input type="checkbox"/>	pas de position antalgique
<input type="checkbox"/>	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle
<input type="checkbox"/>	position antalgique permanente et efficace
<input type="checkbox"/>	position antalgique permanente inefficace

20	Protection des zones douloureuses: *
<input type="checkbox"/>	pas de protection
<input type="checkbox"/>	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins
<input type="checkbox"/>	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins
<input type="checkbox"/>	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation

21	Mimiques: *
<input type="checkbox"/>	mimique habituelle
<input type="checkbox"/>	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation
<input type="checkbox"/>	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation
<input type="checkbox"/>	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)

22	Sommeil: *
<input type="checkbox"/>	Sommeil habituel
<input type="checkbox"/>	difficultés d'endormissement
<input type="checkbox"/>	réveils fréquents (agitation motrice)
<input type="checkbox"/>	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

23	Toilette et/ou habillage: *
<input type="checkbox"/>	possibilités habituelles inchangées
<input type="checkbox"/>	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)
<input type="checkbox"/>	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels
<input type="checkbox"/>	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative

24	Mouvements *
<input type="checkbox"/>	possibilités habituelles inchangées
<input type="checkbox"/>	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)
<input type="checkbox"/>	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)
<input type="checkbox"/>	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

25	Communication: *
<input type="checkbox"/>	inchangées
<input type="checkbox"/>	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)
<input type="checkbox"/>	diminuée (la personne s'isole)
<input type="checkbox"/>	absence ou refus de toute communication

26	Vie sociale: *
<input type="checkbox"/>	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,···)
<input type="checkbox"/>	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation
<input type="checkbox"/>	refus partiel de participation aux différentes activités
<input type="checkbox"/>	refus de toute vie sociale

27	Troubles du comportement: *
<input type="checkbox"/>	comportement habituel
<input type="checkbox"/>	troubles du comportement à la sollicitation et itératif
<input type="checkbox"/>	troubles du comportement à la sollicitation et permanent
<input type="checkbox"/>	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)



MSP
du Vertoublanc

SUIVI DIÉTÉTIQUE

Ce formulaire est rempli par la diététicienne de la MSP Vertoublanc après chaque consultation réalisée dans le cadre du PPP Douleur / Morphiniques.

Il couvre le bilan nutritionnel initial et les consultations de suivi. Il permet de tracer les paramètres nutritionnels, d'évaluer l'impact des morphiniques sur l'alimentation et de déclencher une alerte vers le médecin traitant si le score MNA est inférieur à 17.

Les informations saisies sont confidentielles et accessibles uniquement aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient au sein de la MSP Vertoublanc.

Tout score MNA complet < 17 impose une information au médecin traitant avant clôture de ce formulaire.

Coordinateur MSP : Cazillac Denis

28	Identification du Patient *
Nom et prénom	
Date de naissance	
Âge	

29	Identification du professionnel *
Nom et prénom	
Profession	

30	Type de consultation : *
<input type="checkbox"/>	Bilan initial à l'inclusion
<input type="checkbox"/>	Consultation de suivi
<input type="checkbox"/>	Numéro de la consultation (<i>obligatoire</i>) :

PARAMÈTRES NUTRITIONNELS

31	Complétez les valeurs mesurées ci-dessous *		
	Poids actuel (Kg)	Taille (cm)	Périmètre Brachial
Valeurs paramètres			

32	Variation de poids depuis la dernière consultation: *
<input type="checkbox"/>	Stable (variation < 1 kg)
<input type="checkbox"/>	Perte de poids (1 à 3 kg)
<input type="checkbox"/>	Perte de poids significative (> 3 kg)
<input type="checkbox"/>	Prise de poids
<input type="checkbox"/>	Première consultation - non applicable
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

33	Hydratation : *
<input type="checkbox"/>	Apports hydriques satisfaisants ($\geq 1,5$ L/j)
<input type="checkbox"/>	Apports hydriques insuffisants (< 1,5 L/j)
<input type="checkbox"/>	Non évaluable
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

34	Texture des aliments : *
<input type="checkbox"/>	Alimentation normale
<input type="checkbox"/>	Alimentation mixée / moulinée
<input type="checkbox"/>	Alimentation liquide exclusive
<input type="checkbox"/>	Non applicable
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

EFFETS INDÉSIRABLES MORPHINIQUES À IMPACT NUTRITIONNEL

35	Constipation opioïde : *
<input type="checkbox"/>	Absente
<input type="checkbox"/>	Présente - laxatifs efficaces
<input type="checkbox"/>	Présente - laxatifs insuffisants ou non pris
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

36	Nausées / vomissements : *
<input type="checkbox"/>	Absente
<input type="checkbox"/>	Présents - impact limité sur les prises alimentaires
<input type="checkbox"/>	Présents - impact majeur sur les prises alimentaires
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

37	Anorexie : *
<input type="checkbox"/>	Absente
<input type="checkbox"/>	Partielle - appétit diminué
<input type="checkbox"/>	Majeure - refus ou impossibilité de s'alimenter
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

AUTONOMIE ET ENVIRONNEMENT

38	Capacité à s'alimenter : *
<input type="checkbox"/>	Autonome
<input type="checkbox"/>	Avec aide partielle
<input type="checkbox"/>	Dépendant - aide totale requise
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

39	Préparation des repas assurée par : *
<input type="checkbox"/>	Le patient lui-même
<input type="checkbox"/>	Un aidant familial
<input type="checkbox"/>	Un service de portage de repas
<input type="checkbox"/>	Autres observations : :

40	Outil d'évaluation nutritionnelle utilisé lors de cette consultation : *
<input type="checkbox"/>	MNA-SF (<i>→ renvoi vers page MNA-SF</i>)
<input type="checkbox"/>	MNA complet (<i>→ renvoi vers page MNA complet</i>)



MSP
du Vertoublanc

SUIVI KINÉSITHÉRAPEUTE

41	Identification du professionnel *
Nom et prénom	
Profession	



MSP

du Vertoublanc

SUIVI HYPNO-THÉRAPEUTE

Cette page est réservée à l'hypnothérapeute intervenant dans le cadre du PPP Douleur / Morphiniques de la MSP Vertoublanc.

Rappel juridique:

L'hypnothérapeute n'est pas un professionnel de santé au sens du Code de la Santé Publique (CSP). Son intervention dans ce protocole s'effectue en qualité de praticien complémentaire, sous la responsabilité médicale du médecin traitant coordinateur.

Les comptes rendus saisis dans ce formulaire ne constituent pas des documents médicaux. Aucune mention médicale, aucun diagnostic, aucune interprétation clinique ne doit y figurer. Le champ d'intervention est strictement limité aux axes définis dans le protocole : anxiété anticipatoire, représentations de la douleur, troubles du sommeil, gestion des émotions liées à la maladie et aux traitements.

Les séances sont financées dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) de la MSP Vertoublanc. Ce financement est conditionné au respect du nombre de séances défini par le médecin traitant à l'inclusion. Aucune séance supplémentaire ne peut être réalisée dans ce cadre sans accord médical explicite et modification du protocole d'inclusion.

Toute observation préoccupante (détresse psychologique majeure, propos inquiétants) doit être signalée au médecin traitant sans délai, via ce formulaire et par contact direct.

Coordinateur MSP : Cazillac Denis

42	Identification du professionnel *
<input type="checkbox"/>	Camille Cambélis (hypnothérapeute)

43	Identification du patient *
Nom et prénom	
Date de naissance	

44	Type de séance : *
<input type="checkbox"/>	Séance patient
<input type="checkbox"/>	Séance aidant (<i>sur accord médecin traitant et patient</i>)
<input type="checkbox"/>	Numéro de la séance réalisée aujourd'hui :

45	Axe de travail principal abordé lors de cette séance (<i>plusieurs choix possibles</i>) *
<input type="checkbox"/>	Anxiété anticipatoire
<input type="checkbox"/>	Représentations de la douleur
<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/>	Gestion des émotions liées à la maladie
<input type="checkbox"/>	Gestion des émotions liées aux traitements
<input type="checkbox"/>	Enseignement d'un outil d'autohypnose
<input type="checkbox"/>	Soutien à l'aidant
<input type="checkbox"/>	Autres informations supplémentaires :

46	Technique utilisée : *
<input type="checkbox"/>	Hypnose formelle
<input type="checkbox"/>	Autohypnose guidée
<input type="checkbox"/>	Les deux
<input type="checkbox"/>	Autres :

47	Ressenti du patient en fin de séance : * Positif - détente perçue Neutre - pas d'effet notable rapporté Difficile - résistance ou inconfort exprimé Non évaluable
<input type="checkbox"/>	Positif - détente perçue
<input type="checkbox"/>	Neutre - pas d'effet notable rapporté
<input type="checkbox"/>	Difficile - résistance ou inconfort exprimé
<input type="checkbox"/>	Non évaluable
<input type="checkbox"/>	Autres observations utiles :

48	Un outil d'autohypnose a-t-il été enseigné lors de cette séance ? *
<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel ? :

49	SÉANCE AIDANT (<i>affiché si Q1 = Séance aidant</i>) L'accord du médecin traitant et du patient a-t-il été recueilli pour cette séance aidant ?
<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	Observations sur la séance aidant :

50	Avez-vous observé un élément préoccupant lors de cette séance ? *
<input type="checkbox"/>	non
<input type="checkbox"/>	oui

51	Nature de l'élément observé *
<input type="checkbox"/>	Détresse psychologique majeure
<input type="checkbox"/>	Propos inquiétants
<input type="checkbox"/>	Autre: :

52	Le médecin traitant a-t-il été contacté ? *
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	Si, non pour quel motif ? :

53	Une coordination avec un autre membre de l'équipe est-elle nécessaire ? *
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

54	Qui contacter et pour quel motif ?



MSP

du Vertoublanc

DNA-4

Douleur neuropathique en 4 questions – Mode d'emploi

Objectif:

Outil de dépistage pour déterminer si une douleur est probablement **neuropathique** (atteinte du système nerveux somatosensoriel) plutôt que purement nociceptive.

Population cible:

Adultes communicants présentant une douleur chronique ou subaiguë, pour laquelle une composante neuropathique est suspectée (sciatalgie, neuropathie diabétique, post-zona, canal carpien, etc.).

Contenu du questionnaire:

Le DN4 comporte **10 items** regroupés en 4 questions:

- Qualités de la douleur : brûlure, sensation de froid douloureux, décharges électriques.
- Symptômes associés dans la même zone : fourmillements, picotements, engourdissements, démangeaisons.
- Examen sensitif : hypoesthésie au tact, hypoesthésie à la piqure.
- Allodynie : douleur provoquée ou augmentée par le frottement.

Modalités de passation:

- Le **soignant interroge** lui-même le patient, item par item.
- À chaque item, cocher **OUI = 1 point** ou **NON = 0 point**.
- À la fin, récupérer un **score sur 10**, via le Calculator score, en téléchargeant votre compte-rendu.

Interprétation du score:

- **Score 0 à 3** : douleur neuropathique peu probable (rechercher surtout une douleur nociceptive ou mixte).maeker+1
- **Score $\geq 4/10$: test positif** → douleur neuropathique probable, avec bonne sensibilité et spécificité, nécessitant :

1. confirmation clinique,
2. discussion thérapeutique adaptée (antalgiques de palier spécifique, co-antalgiques, prise en charge spécialisée si besoin).

55	La douleur présente-t-elle un ou plusieurs des caractéristiques de brûlures ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

56	La douleur présente-t-elle un ou plusieurs des caractéristiques de sensation de froid douloureux ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

57	La douleur présente-t-elle un ou plusieurs des caractéristiques de décharges électriques ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

58	La douleur est-elle associée dans la même région à un, ou des fourmillements ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

59	La douleur est-elle associée dans la même région à un, ou des picotements ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

60	La douleur est-elle associée dans la même région à un, ou des engourdissements ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

61	La douleur est-elle associée dans la même région à une, ou des démangeaisons ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

62	La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence une Hypoesthésie au tact ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

63	La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence une Hypoesthésie à la pique ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

64	La douleur est-elle provoquée ou augmentée par le frottement ?
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non



MSP
du Vertoublanc

MNA-SF

Mini Nutritional Assessment

(Version courte)

Objectif:

Dépister de façon rapide la **dénutrition** ou le **risque de dénutrition** chez la personne âgée (≥ 65 ans),.

Population cible:

Personnes âgées vivant à domicile, en institution ou hospitalisées.

À utiliser en routine gériatrique, en soins primaires, en suivi de maladies chroniques.

Contenu du MNA-SF (6 items):

- Diminution de l'apport alimentaire au cours des 3 derniers mois.
 - Perte de poids au cours des 3 derniers mois.
 - Mobilité (au lit/fauteuil, autonome en intérieur, sort à l'extérieur).
 - Stress psychologique ou maladie aiguë au cours des 3 derniers mois.
 - Troubles neuropsychiques (absence, dépression légère, démence sévère).
 - IMC (ou périmètre de mollet si IMC impossible).
- Chaque réponse est cotée selon la grille officielle, pour un **score total de 0 à 14**.

Interprétation du score MNA-SF:

- **12–14 : état nutritionnel normal** → surveillance simple, prévention.
- **8–11 : risque de dénutrition** → surveillance rapprochée, adaptation des apports, avis diététique à envisager.
- **0–7 : dénutrition** → bilan nutritionnel complet, prise en charge nutritionnelle structurée, coordination médecin/diététicien/IDE.

65	Au cours des 3 derniers mois, l'apport alimentaire a été : *
<input type="checkbox"/>	fortement diminué (appétit très réduit, mange beaucoup moins)
<input type="checkbox"/>	légèrement diminué (mange un peu moins qu'avant)
<input type="checkbox"/>	pas de diminution (appétit et quantités habituels)

66	Au cours des 3 derniers mois, le poids du patient : *
<input type="checkbox"/>	perte de poids > 3 kg
<input type="checkbox"/>	ne sait pas
<input type="checkbox"/>	perte de poids entre 1 et 3 kg
<input type="checkbox"/>	pas de perte de poids

67	Mobilité : *
<input type="checkbox"/>	alité ou en fauteuil, ne sort pas du lit/fauteuil
<input type="checkbox"/>	capable de se déplacer à l'intérieur, mais ne sort pas dehors
<input type="checkbox"/>	sort régulièrement à l'extérieur

68	Au cours des 3 derniers mois, le patient a-t-il présenté un stress psychologique aigu ou une maladie aiguë (hospitalisation, épisode aigu) ? *
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

69	Troubles neuropsychiques : *
<input type="checkbox"/>	démence ou dépression sévère
<input type="checkbox"/>	dépression légère
<input type="checkbox"/>	pas de trouble psychique

70	IMC (poids/taille²) : *
<input type="checkbox"/>	IMC < 19
<input type="checkbox"/>	IMC 19 à < 21
<input type="checkbox"/>	IMC 21 à < 23
<input type="checkbox"/>	IMC ≥ 23

71	Si IMC indisponible, mesurer le périmètre de mollet :
<input type="checkbox"/>	Périmètre < 31 cm
<input type="checkbox"/>	Périmètre ≥ 31 cm



MSP
du Vertoublanc

MNA-COMPLET (Mini Nutritional Assessment)

- Version Longue -

Protocole de passation

Le MNA-SF (questions A à F) est réalisé systématiquement à chaque consultation. Si le score obtenu est égal ou inférieur à 11, le MNA complet (questions G à R) est obligatoire.

Les scores sont calculés par le logiciel en téléchargement en fin de saisie.

Grille d'interprétation - MNA complet (score sur 30)

- 24 à 30 points : état nutritionnel normal
- 17 à 23,5 points : risque de malnutrition
- Moins de 17 points : mauvais état nutritionnel - information obligatoire au médecin traitant avant clôture du formulaire

72	Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? *
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	non

73	Le patient prend plus de 3 médicaments par jour ? *
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	non

74	Escarres ou plaies cutanées ? *
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	non

75	Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? *
<input type="checkbox"/>	1 repas
<input type="checkbox"/>	2 repas
<input type="checkbox"/>	3 repas

76	Parmi les aliments suivants, combien le patient en consomme-t-il régulièrement ? *
<input type="checkbox"/>	Aucun ou 1 seul (<i>produits laitiers / œufs ou légumineuses / viande-poisson-volaille</i>)
<input type="checkbox"/>	2 sur 3 (<i>produits laitiers / œufs ou légumineuses / viande-poisson-volaille</i>)
<input type="checkbox"/>	Les 3 (<i>produits laitiers / œufs ou légumineuses / viande-poisson-volaille</i>)

77	Consomme-t-il au moins deux fois par jour, des fruits ou des légumes ?
<input type="checkbox"/>	oui
<input type="checkbox"/>	non

78	Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait···) *
<input type="checkbox"/>	moins de 3 verres
<input type="checkbox"/>	de 3 à 5 verres
<input type="checkbox"/>	plus de 5 verres

79	Manière de se nourrir: *
<input type="checkbox"/>	nécessite une assistance
<input type="checkbox"/>	se nourrit seul avec difficulté
<input type="checkbox"/>	se nourrit seul sans difficulté

80	Le patient se considère-t-il bien nourri ? *
<input type="checkbox"/>	se considère comme dénutri
<input type="checkbox"/>	n'est pas certain de son état nutritionnel
<input type="checkbox"/>	se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

81	Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? *
<input type="checkbox"/>	moins bonne
<input type="checkbox"/>	ne sait pas
<input type="checkbox"/>	aussi bonne
<input type="checkbox"/>	meilleure

82	Circonférence brachiale (CB en cm) *
<input type="checkbox"/>	CB < 21
<input type="checkbox"/>	CB ≤ 21 ≤ 22
<input type="checkbox"/>	CB > 22

83	Circonférence du mollet (CM en cm) * 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31
<input type="checkbox"/>	CM < 31
<input type="checkbox"/>	CM ≥ 31



MSP
du Vertoublanc

FICHE D'INCLUSION MÉDECIN

Cette fiche est utilisée par la MSP Vertoublanc dans le cadre du Protocole Pluri-Professionnel (PPP) Douleur / Morphiniques.

Elle est remplie par le médecin traitant au moment de l'inclusion d'un patient dans le protocole.

Elle permet de vérifier les critères d'éligibilité, de tracer les orientations déclenchées et de paramétrer le suivi partagé entre professionnels.

Les données saisies sont réservées à l'équipe de soins impliquée dans le protocole. Elles ne sont pas transmises à des tiers.

Cazillac Denis - Coordinateur MSP Vertoublanc

84	Identification du patient inclu dans le PPP *
Nom et prénom	
Date de naissance	

85	Identification du médecin signataire *
<input type="checkbox"/>	Dr Mialot Caroline
<input type="checkbox"/>	Dr Barrès Céline
<input type="checkbox"/>	Dr Rahoui Manel
<input type="checkbox"/>	Dr Raynal Adrien
<input type="checkbox"/>	Dr Grill Christophe
<input type="checkbox"/>	Dr Leydier Charline
<input type="checkbox"/>	Dr Taverne Sofia
<input type="checkbox"/>	Dr Catrin Benoit
<input type="checkbox"/>	Dr Masson Karina

86	Identification de l'IDE-L signataire *

87	Critères d'inclusion * <i>(Une seule réponse NON aux critères 1 à 6 exclut le patient. L'inclusion est alors bloquée).</i>	
	OUI	NON
Le médecin traitant ET les infirmiers référents du patient sont membres ou partenaires de la MSP Vertoublanc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est adulte et traité par morphinique oral, transdermique ou SC/IV depuis plus de 7 jours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient ne bénéficie pas d'une HAD spécialisée douleur / soins palliatifs active.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient n'est pas en titration initiale complexe nécessitant une surveillance hospitalière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient est capable de comprendre les consignes de base, OU un aidant fiable est disponible au domicile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si troubles cognitifs majeurs : les modifications comportementales sont détectables et l'équipe soignante assure la gestion des interdoses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88	<p>Consentement du patient * <i>Information à délivrer au patient avant de cocher :</i> <i>Dans le cadre de ce protocole, le médecin rédige des ordonnances anticipées. Ces ordonnances autorisent l'infirmière à moduler les doses du traitement en cours ou à mettre en œuvre un traitement de confort, sans nécessiter un nouvel appel au médecin à chaque situation.</i></p> <p>Le patient a été informé du protocole, des ordonnances anticipées et de leur rôle, et a donné son accord verbal pour la prise en soin, et le partage d'informations entre les professionnels de l'équipe.</p>
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

89	<p>Orientations déclenchées à l'inclusion: *</p>
<input type="checkbox"/>	Orientation vers la diététicienne déclenchée.
<input type="checkbox"/>	Prescription de Cs° diététique rédigée et remise au patient.
<input type="checkbox"/>	Orientation vers le kinésithérapeute déclenchée.
<input type="checkbox"/>	Prescription de kinésithérapie rédigée et remise au patient.
<input type="checkbox"/>	Orientation vers l'hypnothérapeute déclenchée.
<input type="checkbox"/>	Prescription d'hypnothérapie rédigée et remise au patient.
<input type="checkbox"/>	<p>Commentaires et observations: <i>(Nombre de séances d'hypnothérapie envisagées... etc)</i></p>

90	<p>Consentement spécifique hypnothérapie</p> <p><i>Les séances bénéficient d'un financement ACI MSP. Aucune avance de frais ne sera demandée au patient, dans la limite du nombre de séances prévu par le médecin.</i></p> <p>Le patient a été informé que :</p> <ul style="list-style-type: none"> * l'hypnothérapeute n'est pas un professionnel de santé; * aucune avance de frais ne lui sera demandée; * les séances bénéficient d'un financement ACI MSP, dans la limite du nombre de séances prévu par le médecin.
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non

91	Nombre de séances en hypno-thérapie ?

92	Paramètres cliniques qui ont motivés l'inclusion *
<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	Douleur chronique non cancéreuse
<input type="checkbox"/>	Douleur neuropathique
<input type="checkbox"/>	Soins palliatifs
<input type="checkbox"/>	Autres contextes douloureux :

93	Forme galénique du morphinique. *
<input type="checkbox"/>	Oral LP
<input type="checkbox"/>	Oral IR
<input type="checkbox"/>	Patch transdermique
<input type="checkbox"/>	SC
<input type="checkbox"/>	IV
<input type="checkbox"/>	Dose totale quotidienne en mg équivalent morphine orale : :

94	Co-analgésiques associés *

95	Échelle d'évaluation de la douleur souhaitée * <i>(L'échelle choisie ici est utilisée par tous les professionnels du protocole pour ce patient. Elle ne doit pas changer en cours de suivi sauf exception documentée).</i>
<input type="checkbox"/>	EN - Échelle Numérique 0-10
<input type="checkbox"/>	EVA - Réglette physique
<input type="checkbox"/>	EVS - Échelle Verbale Simple <i>(si troubles cognitifs ou communication limitée)</i>
<input type="checkbox"/>	ECH Doloplus (Personne âgée)
<input type="checkbox"/>	DN4 - Douleurs neuropathiques
<input type="checkbox"/>	Commentaires ou observations: :

96	Protocole de surveillance: *
<input type="checkbox"/>	Le protocole écrit de surveillance a été rédigé et remis à l'IDEL référent.
<input type="checkbox"/>	Les prescriptions anticipées ont été rédigées.
<input type="checkbox"/>	Commentaires ou observations: :

97	Avez-vous des remarques, observations cliniques particulières ou informations complémentaires à signaler à l'équipe ?

98	Avez-vous des fichiers, ou autres éléments documentaires complémentaires, à transmettre à l'équipe ?
-----------	---