

# CHECK-LIST INFIRMIER.E

## Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h

Toute antibiothérapie doit être réévaluée à 48-72h pour adapter le traitement au diagnostic et, si réalisés, aux résultats des prélèvements.

Le rôle des professionnels paramédicaux est essentiel pour :

- Evaluer la tolérance et l'efficacité, notamment grâce aux constantes ;
- S'assurer de l'observance ;
- Ajuster la durée du traitement, voire le stopper s'il n'est plus nécessaire.

Cette fiche sert de base de communication avec le médecin et est à conserver dans le dossier patient.

<b>Date de réévaluation :</b>	<b>IDE réalisant la réévaluation :</b>	<b>Identité du résident</b> <b>NOM / prénom :</b>
<b>Médecin contacté :</b>		<b>Age :</b> <b>Poids :</b>

### TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

- |                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| • Nom :                   | • Date de début (J0) :       |
| • Dose :                  | • Durée initiale prescrite : |
| • Voie d'administration : | • Indication initiale :      |

Résultats microbiologiques ? :

### OBSERVANCE ET TOLÉRANCE

- |  |                              |                              |  |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| • Y-a-t-il eu un ou plusieurs sauts de prise ?       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <i>Si au moins 1 oui<br/>coché, <b>contacter</b><br/><b>le médecin</b></i> |
| • Si administration IV ou SC : complication locale ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |  |
| • Y-a-t-il eu des effets secondaires ?               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |  |

### PRÉSENCE DE SIGNES POTENTIELS DE GRAVITÉ ?

*Si au moins un signe coché, selon le protocole d'urgence de l'EHPAD, **contacter le médecin***

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> T° > 38°     | <input type="checkbox"/> PAS ≤ 100mmHg | <input type="checkbox"/> Altération de la conscience        |
| <input type="checkbox"/> FC > 100/min | <input type="checkbox"/> FR ≥ 24/min   | <input type="checkbox"/> Anurie ou diminution de la diurèse |

### LES SYMPTÔMES SE SONT-ILS AMÉLIORÉS ?

- ☐ Amélioration    ☐ Stabilité    ☐ Aggravation

*Si stabilité ou aggravation, noter les  
symptômes et **contacter le médecin***

Si aucun critère ne justifie de  
contacter le médecin,  
poursuite du traitement  
comme convenu initialement

### SI MÉDECIN CONTACTÉ, DÉCISION PRISE A L'ISSUE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Poursuite traitement à l'identique                  | <input type="checkbox"/> Arrêt antibiotique |
| <input type="checkbox"/> Modification du traitement (molécule, dose, voie) : |   |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation                                     | <input type="checkbox"/> Autre :            |