

GUIDE D'UTILISATION DU CLASSEUR DE LIAISON

I. BUT

Le guide vise à expliquer le fonctionnement du classeur afin que chaque acteur du réseau (familles, professionnels de santé hospitaliers et libéraux, partenaires extérieurs) puisse en connaître les modalités d'utilisation au quotidien, ceci afin d'optimiser la qualité et la continuité des soins.

II. MODALITES D'UTILISATION

Pour chaque enfant inclus dans le réseau, il est créé un classeur où seront consignées les données personnelles propres à cet enfant. Le classeur est ouvert avant le premier retour à domicile de l'enfant, délivré par l'équipe de coordination de RHEOP. Il est confié à la famille qui devra le présenter systématiquement auprès de chaque professionnel de santé à l'hôpital et à domicile. La famille veillera aussi à ce qu'il soit correctement tenu et mis à jour régulièrement.

III. LES DIFFERENTES PARTIES DU CLASSEUR

Le classeur est divisé en huit parties repérées par une couleur d'onglet différente :

INTRODUCTION

- Le présent guide d'utilisation du classeur

ONGLET 1 : GUIDE D'UTILISATION DU CLASSEUR ET FICHE DE L'EQUIPE-PATIENT

- La fiche de l'équipe-patient comprend l'ensemble des coordonnées de l'enfant ainsi que des professionnels libéraux, à savoir celles du (ou des) médecin(s) traitant(s) et des infirmier(e)s du cabinet infirmier choisis par la famille.

ONGLET 2 : PRESENTATION DE RHEOP ET DU SERVICE D'HEMATOLOGIE ET D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

- La fiche de présentation du réseau synthétise la finalité et le mode de fonctionnement de RHEOP et fournit les coordonnées de l'équipe de coordination du réseau.
- La fiche de présentation du service d'oncologie et d'hématologie où sont précisés les différents lieux d'hospitalisation et de consultation ainsi que l'organisation et le fonctionnement des différentes activités liés aux soins.

ONGLET 3. L'ANNUAIRE TELEPHONIQUE

- Fiche sur l'ensemble des coordonnées téléphoniques des différentes unités de prise en charge de votre enfant.

ONGLET 4. LE PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS

Le programme personnalisé de soins (P.P.S) est un document qui indique la chronologie des grandes étapes du traitement, remis par le médecin référent à l'issue de la consultation d'annonce de la maladie. Le programme est personnalisé à chaque enfant selon sa maladie, son protocole de prise en charge et son programme de suivi. C'est un plan général, prévisionnel, non définitif, destiné à illustrer le traitement : il pourra être modifié ou interrompu, adapté en fonction de la tolérance et de des besoins de l'enfant.

ONGLET 5. LES FICHES DE LIAISON

La fiche de liaison est le principal outil de communication entre soignants entre eux et entre les soignants et la famille. Elle comprend deux parties :

- Une première partie mentionne la date du passage hospitalier, la raison du séjour, le traitement réalisé, les observations, consignes ou surveillances préconisées et le traitement prescrit par l'équipe hospitalière en direction de l'équipe libérale.
- Une seconde partie est réservée à la date des prochains rendez-vous

Les fiches de liaison sont cumulatives : lors de chaque séjour hospitalier est créée une fiche. Elles sont rangées par numéro d'ordre chronologique par la famille. La famille veille à la tenue et à la mise à jour systématique des fiches de liaison.

ONGLET 6. LES SYNTHESES CLINIQUES ET LES COMPTE-RENDUS D'HOSPITALISATION

Les synthèses cliniques et les compte-rendus d'hospitalisation sont rédigés par les médecins séniors. Ils seront adressés directement aux parents par voie postale. Les parents se chargeront de les ranger par ordre chronologique dans cet onglet.

ONGLET 7. LA FICHE DE SURVEILLANCE DE LA VOIE VEINEUSE CENTRALE

La fiche de surveillance de la voie veineuse centrale

C'est l'outil de gestion pour les infirmières libérales permettant de noter toute intervention de soins sur la voie veineuse centrale. Il s'agit d'un tableau où l'ensemble des interventions sont rangées par colonne et où le soignant écrira ligne par ligne les gestes effectués en mentionnant son nom et la date des soins réalisés.

ONGLET 8 : LES RESULTATS DES BILANS BIOLOGIQUES A DOMICILE

Pour la surveillance de l'état de santé de l'enfant, il est prévu de procéder à des bilans biologiques (comptage des globules rouges et des globules blancs, des plaquettes...) selon un rythme variable pour chaque protocole. Les bilans ont pour objectif la surveillance d'une éventuelle aplasie. La famille veille à ranger dans cet onglet par ordre chronologique les bilans des trois derniers mois et les met à disposition des professionnels de santé.

Lors d'un bilan, le laboratoire d'analyses biologiques enverra une copie des résultats par fax dans le service d'onco-hématologie de la Timone. Le laboratoire prévient également la famille qui ira récupérer le compte-rendu écrit des résultats. La famille doit appeler l'hôpital par téléphone **avant 14h00** pour connaître la démarche à suivre selon les résultats obtenus.