

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE Werkgroep : "Beleidsadvies".		CONSEIL NATIONAL DE L'ART INFIRMIER Groupe de travail : "Préparation de la politique".	
NRV/2006/ADVIES 3	20/06/2006	CNAI/2006/AVIS 3	

De Minister vraagt het advies van de NRV (brief van 19/01/2006) om over te kunnen gaan tot de bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, zoals bedoeld in artikel 17quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet beantwoorden.

...-...

Le Ministre demande l'avis du CNAI (lettre du 19/01/2006) afin de pouvoir publier les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre.

ADVIES

§ 1. Voor elke patiënt wordt een verpleegkundig dossier opgemaakt en bijgewerkt.

Dit dossier maakt volledig deel uit van het dossier van de patiënt.

§ 2. Het verpleegkundig dossier is de weerslag van het verpleegproces en is een instrument waarmee de continuïteit in de verpleegkundige zorg kan worden gewaarborgd.

Het bevat alle elementen die nodig zijn voor het registreren en valideren van de verpleegkundige activiteiten en interventies. Aan de hand ervan kan de verpleegkundige praktijk worden geëvalueerd en het wetenschappelijk onderzoek worden ontwikkeld.

§ 3. Het verpleegkundig dossier:

a) bevat de identiteit van de patiënt;

b) bevat de verpleegkundige anamnese, d.w.z. alle elementen die tot doel hebben de leefgewoonten van de patiënt te identificeren, de evaluaties, de ontwikkelingen en de huidige en potentiële wijzigingen van zijn behoeften alsook alle elementen ter voorbereiding op zijn ontslag;

c) geeft toegang tot de medische en paramedische informatie die nodig is om de kwaliteit en de continuïteit van de verpleegkundige zorg aan de patiënt te verzekeren;

AVIS

§ 1. Un dossier infirmier est ouvert et actualisé pour chaque patient.

Ce dossier fait partie intégrante du dossier du patient.

§ 2. Le dossier infirmier est le reflet de la démarche en soins infirmiers et est un outil permettant d'assurer la continuité des soins infirmiers.

Il rassemble les éléments nécessaires à l'enregistrement et la validation des activités et des interventions infirmières. Il permet d'évaluer les pratiques infirmières et de développer la recherche scientifique.

§ 3. Le dossier infirmier :

a) comprend l'identité du patient ;

b) contient l'anamnèse infirmière, c'est à dire l'ensemble des éléments qui ont pour but d'identifier les habitudes de vie du patient, les évaluations, les évolutions, les modifications actuelles et potentielles de ses besoins et tous les éléments de préparation de sa sortie ;

c) donne accès à l'information médicale et paramédicale nécessaire pour assurer la qualité et la continuité des soins infirmiers du patient ;

NATIONALE RAAD
VOOR VERPLEEGKUNDE

Werkgroep :
"Beleidsadvies".

CONSEIL NATIONAL DE
L'ART INFIRMIER

Groupe de travail :
"Préparation de la politique".

NRV/2006/ADVIES 3

20/06/2006

CNAI/2006/AVIS 3

d) geeft toegang tot de voorgeschreven medische behandelingen, met name met medicamenteuze toedieningen, diagnostische onderzoeken, technische verstrekkingen, toevertrouwde handelingen;

e) bevat het verpleegplan, d.w.z. het document dat het klinisch oordeel van de verpleegkundige bij de benadering van gezondheidsproblemen die voortvloeien uit haar specifieke verantwoordelijkheid, weergeven. Het bestaat uit verpleegproblemen en/of -diagnoses, de doelstellingen, de verwachte resultaten, en verpleegkundige interventies.

Het verpleegplan kan overeenstemmen met het gebruik van standaard verpleegplannen die vooraf zijn opgesteld voor patiëntengroepen met dezelfde kenmerken;

f) bevat de verpleegplanning die een lijst is van de geplande, de al dan niet verstrekte zorgen, overeenkomstig met het verpleegplan en de voorgeschreven behandelingen;

g) bevat de gestructureerde observatienota's, die de evaluatie van de bereikte resultaten documenteren en die de opvolging van de problemen en verwachtingen van de patiënt verzekeren;

h) bevat een kopie van het verpleegkundig ontslagrapport.

§ 4. Het in lid h van § 3 bedoelde verpleegkundig ontslagrapport bevat alle elementen die onontbeerlijk zijn voor de directe continuïteit in de zorgverlening. Het wordt ofwel aan de patiënt meegegeven, ofwel naar de beroepsbeoefenaar gestuurd die zorgt voor de patiënt of door hem is aangewezen.

§ 5. Het beschikbaar informatie stellen van de informatie bedoeld in b), e), f), g) en h) van § 3 valt onder de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige.

d) donne accès aux traitements médicaux prescrits, notamment les traitements médicamenteux, les examens à visée diagnostique, les prestations techniques, les actes confiés ;

e) contient le plan de soins, c'est à dire le document décrivant le jugement clinique de l'infirmier dans l'approche des problèmes de santé qui relèvent de sa responsabilité spécifique. Il est composé de problèmes de soins infirmiers et/ou diagnostics infirmiers, des objectifs, des résultats escomptés et des interventions infirmières.

Le plan de soins peut correspondre à l'utilisation de plans de soins standardisés préétablis pour des groupes de patients présentant des caractéristiques communes ;

f) contient la programmation des soins qui est la liste des soins planifiés, dispensés ou pas en relation avec le plan de soins et les traitements prescrits ;

g) contient les notes d'observations structurées qui documentent l'évaluation des résultats obtenus et qui assurent le suivi des problèmes et des attentes du patient.

h) contient une copie du rapport de sortie infirmier.

§ 4. Le rapport de sortie infirmier visé à l'alinéa 3, h) contient les éléments nécessaires pour assurer la continuité immédiate des soins infirmiers. Il est soit remis au patient, soit transmis à un professionnel de la santé en charge du patient ou désigné par lui.

§ 5. La gestion des informations visées à l'alinéa 3 en b), e), f), g) et h) relève de la responsabilité de l'infirmier.

--- . ---