

## PROTOCOLE D'ORGANISATION

### « Suivi du patient atteint de Maladie Rénale Chronique avant Epuration Extra Rénale. »

Ce protocole d'organisation est établi ce jour

Entre les soussignés :

Prénom(s), Nom(s), fonction(s) nommé ci-après **le néphrologue**.

Et :

Prénom, Nom, fonction et qualité, nommé ci-après **l'Infirmier en pratique avancée (IPA.)**

### Informations générales

<b>Structure de rattachement :</b>	<b>Filière :</b> Soignante  <b>Référence du document :</b>	<b>Date de création :</b> XX/XX/XXXX  <b>Date de modification :</b> XX/XX/XXXX <b>N° de version :</b>
<b>Adresse :</b>		<b>Pôle/Unité/Specialité :</b>  Pôle uro-néphrologie/Unité Insuffisance rénale chronique
	<b>Cadre de référence</b>	LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
<b>Rédacteur</b>	<b>Approbateur</b>	<b>Vérificateur</b>

## Le domaine d'intervention concerné

### Spécialité

Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

### Parcours de soins du patient

«Suivi du patient atteint de Maladie Rénale Chronique avant Epuration Externe Rénale. »

#### Stade I,II,III A :

La HAS recommande un suivi par le médecin généraliste au moins 1 fois par an.

L'IPA interviendra en complément de ce suivi **au moins 2 fois par an**.

#### Stade III B :

La HAS recommande un suivi par le médecin généraliste au moins 2 fois par an, et un suivi par le néphrologue au moins 1 fois par an.

L'IPA interviendra en substitution d'une des 2 consultations du médecin généraliste et complétera le suivi du patient. Au total l'IPA interviendra au moins **3 fois par an**.

#### Stade IV :

La HAS recommande un suivi par le médecin généraliste au moins une fois tous les 3 mois, et un suivi par le néphrologue au moins 2 fois par an.

L'IPA interviendra en substitution du médecin généraliste 1 fois sur deux, et en complément du suivi. Au total, l'IPA interviendra au moins **4 fois par an**.

#### Stade V avant EER :

La HAS recommande un suivi par le médecin généraliste tous les mois et un suivi par le néphrologue 1 fois tous les 3 mois.

L'IPA interviendra en substitution du médecin généraliste une fois sur deux en substitution du néphrologue. Au total, l'IPA interviendra au moins **8 fois par an**.

	Stades 1, 2 et 3A (DFG <sup>1</sup> ≥ 45)	Stade 3B (DFG <sup>1</sup> entre 30 et 44)	Stade 4 (DFG <sup>1</sup> entre 15 et 29)	Stade 5 avant EER (DFG <sup>1</sup> < 15)
Suivi médical et fréquence de consultation	MG au moins 1/an	MG : au moins 1/6 mois Néphrologue au moins 1/an	MG au moins 1/3 mois Néphrologue au moins 1/6 mois	MG au moins 1/mois Néphrologue au moins 1/3 mois
Évaluation Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Implication du patient dans sa prise en charge : adoption mesures d'autosurveillance, de néphroprotection, sevrage tabagique, suivi des mesures hygiéno-diététiques : activité physique, alimentation (apports énergétiques, sel, apports protéiques, apports liquidiens)</li> <li>■ Marqueurs cliniques : poids (IMC), PA, diurèse, signes de rétention hydro-sodée, de déshydratation extra-cellulaire, troubles mictionnels</li> <li>■ Traitements : efficacité (atteinte des objectifs), observance, tolérance, automédication</li> <li>■ Qualité de vie, humeur (dépression)</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dépister les complications</li> <li>■ Dépister et prendre en charge les facteurs aggravants potentiellement réversibles</li> <li>■ Appliquer les mesures de protection du capital vasculaire</li> </ul>			
Suivi complémentaire	Selon besoin : cardiologue, diabétologue, diététicien, infirmier, psychologue, tabacologue, soutien médico-social			
Examens biologiques et fréquence				
EAL <sup>3</sup> , Glycémie (chez non diabétique)	1/an			
Ag Hbs (non vacciné) Ac antiHbs (vacciné) <sup>4</sup>	-	1/3 ans	1/an	1/an
Créatininémie	1/an	1/6 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminurie	1/an	1/6 mois	tous les 3 à 6 mois	selon néphrologue
Na <sup>+</sup> , Cl <sup>-</sup> , K <sup>+</sup> , HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , calcium, phosphore	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Hémogramme avec compte réticulocytes	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
<sup>5</sup> Ferritine sérique, fer sérique et transferrine (calcul du coefficient de saturation de la transferrine)	-	tous les 6 à 12 mois	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Albuminémie	-	1/an	1/6 mois	1/6 mois
25-OH-vitD	1/an, en l'absence de carence			
Parathormone	-	selon la concentration initiale et la progression	1/6 mois	tous les 3 à 6 mois
Phosphatase alcaline	-	-	tous les 3 à 6 mois	tous les 1 à 3 mois
Urémie	-	-	-	Tous les 1 à 3 mois



Figure 1: Implantation de l'IPA au sein du parcours de soins du patient atteint de Maladie Rénale Chronique

Source : HAS-Guide du parcours de soins-Maladie Rénale Chronique de l'adulte-P27

## Modalités de prise en charge par l'infirmier en pratique avancée

- Mener un entretien, une anamnèse et l'examen clinique du patient incluant le repérage des vulnérabilités.
- Evaluer l'observance, repérer les effets secondaires des traitements, et identifier les situations d'urgence.
- Formuler les conclusions cliniques et diagnostics infirmiers.
- Proposer le plan de soins.
- Prescrire les examens complémentaires conformément aux données acquises de la science.
- Prescrire, renouveler ou adapter les traitements conformément aux données acquises de la science.
- Coordonner avec le néphrologue la prise en charge globale avec notamment :
  - Le service social
  - La pharmacie
  - L'imagerie
  - Le médecin traitant
  - Les infirmiers à domicile et la structure d'exercice coordonné éventuelle (CPTS, MSP, ESP)
  - Les médecins spécialistes
  - L'aidant naturel
  - Le lieu de vie (EHPAD, Foyer...)
  - Les réseaux de santé et PTA
  - Les prestataires de service
  
- Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
  
- Tracer l'ensemble des activités au sein du dossier médical et du dossier de soins du patient.

## Les modalités et la régularité des échanges d'information entre l'IPA et le médecin

### Régularité des échanges

Au moins une fois par semaine, l'IPA échange avec le néphrologue autour de la prise en charge du patient confié. Cet échange écrit peut avoir lieu grâce à différents moyens de communication.

### Contenu des échanges

L'échange écrit prendra la forme d'un compte rendu de prise en charge et mentionnera l'ensemble des informations jugées pertinentes par l'IPA. La traçabilité des échanges entre le néphrologue et l'IPA sera reportée dans le dossier médical du patient.

## Les modalités et la régularité des réunions de concertation pluri professionnelles

### Professionnels associés à la RCP

Obligatoire :

- Médecins inclus dans le protocole d'organisation
- IPA

En fonction de la problématique abordée notamment :

- Encadrement
- Psychologue
- Diététicienne
- Membres de l'équipe soignante
- Partenaires extérieurs

### Fréquence des RCP

A la demande de l'IPA ou du néphrologue.

