



Hôpital Paris
Saint-Joseph

Service de Neurologie et Neurovasculaire

Livret d'accueil de l'interne de Neurologie

Novembre 2023

Sommaire

Le service	3
Le personnel	5
Fonctionnement du service de Neurologie et Neurovasculaire	6
Rôle dans le service	9
Gardes.....	12
Quelques numéros utiles.....	14
Avis Neurochirurgie et Neuroradiologie Interventionnelle.....	15
Particularité de certains postes :	16
USINV - HDJ	
Guide de rédaction des CRH + critères HAS de qualité du CRH	18

Le service

1- Les locaux

a- Unité de Soins Intensifs Neurovasculaires

- Galerie St Michel – Niveau 0, Porte 14 (code 2015# ou 2013# pour entrée directe porte 12)
- 12 lits d'USINV + 4 lits UNV

b- Service d'hospitalisation neurologie et neurovasculaire

- Galerie St Jean – 3^{ème} étage
- Porte 1 - Porte 2 : 8 lits d'HDS et Laboratoire de Neurophysiologie
- Salle de staff : Porte 4 :
 - Lieu des cours, staffs et présentations
- Bureaux des internes :
 - 1 bureau Porte 2 : pour internes/externes des secteurs HDS, S1, S2
 - 1 bureau Porte 6 : pour internes/externes des secteurs S3, S4
 - La salle de staff peut être utilisée en dehors des réunions et présentations
 - 2 bureaux USINV porte 14 niveau 0 (1 dans chaque aile), avec vos casiers.

NB : pour une raison de place, éviter d'utiliser le poste de soins comme lieu de travail, préférer les bureaux +++

c- Laboratoire d'électrophysiologie : EEG – EMG – Potentiels évoqués

- Galerie Saint Jean - 3^{ème} étage - Porte 2

d- Consultations

- Galerie St Jean – niveau G - Porte 6 – Porte 8

e- Hôpital de jour

- Niveau galerie - Porte 6 - Secrétaire Alama (3738)

2- Les lits : 62 lits au total dans le service

- 12 lits d'USINV + 4 lits UNV (↔ 2 internes)
 - 38 lits de Neurologie générale et UNV (↔ 4 internes)
 - 7 lits d'HDS (↔ 1 à 2 internes)
- + fauteuils d'HDJ → bilan (3 lits) – niveau G
→ Thérapeutique (3-4 lits) – 3^{ème} étage

3- Les patients

➤ Recrutement :

- USINV : SAMU / pompiers / SAU : *via* alertes thrombolyse le plus souvent
- UNV : post USINV, SAU
- Neuro : SAU, IMM, consultation, autres hôpitaux...

➤ Pathologies en Neurologie : épilepsie, parkinson, SEP, démences, tumeurs, troubles de la marche, etc...

LE PERSONNEL

1- L'équipe médicale

- Le chef de service : Pr Mathieu ZUBER (7451)
- Les médecins-adjoints :
 - Dr Michel LOGAK (7151) – chef de service adjoint
 - Dr Marie BRUANDET (7653) *HDJ AVC – Animation filière*
 - Dr Claire JOIN LAMBERT (7579) *Neurovasculaire*
 - Dr Ruben TAMAZYAN (8794) *Neurovasculaire*
 - Dr Wassim FARHAT (6873) *Neurovasculaire*
 - Dr Véronique MARCAUD (7303) *HC - Extrapyramidal*
 - Dr Hélène BRASME (7950) *HDS – EEG - SEP*
 - Dr Vincent ROUBEAU (7750) *HDS – EEG – Epilepsie*
 - Dr Clément VIALATTE DE PEMILLE (7496) *HDS- cognition*
 - Dr Pauline REACH (6230) *EMG - Neuropathies périph*
 - Dr Alina TATARU (7869) *EMG - Céphalées*
 - Dr Fanny JOMIER (7583) *EMG*
 - Dr Lydie LIM (3412) *EMG – Cognition- Toxine*
 - Dr Virginie BOURSIER, médecin vasculaire (7717) *Codage*
- Les CCA et assistants :
 - Dr Isabelle CORDELLE (7841)
 - Dr Benjamin MAIER (3857)
 - Dr Sacha POSENER (7254)
 - Dr Marine LEVAVASSEUR (6829)
- Les DECT des internes :
 - 6828
 - 8235
 - 7638
 - 7003
 - 3016
 - 6829
 - 7967
 - 7961

2- L'équipe soignante

- Le Cadre Infirmier : Annie LE MAUX (7641) Bureau Porte 6, Diane DE BEAUGRENIER
- L'IDE référente : Rayda MOHAMED (7756)
- La secrétaire du chef de service : Karine (3409) – Bureau Porte 8
- Les assistantes médicales (AMA) : Anne (7965), Linda (7124), Lilia (8033), bureau Porte 6 – Maryline (...) bureau Porte 2 pour l'HDS et le laboratoire
- La secrétaire de consultation : Tracy (3769)
- Les IPA : Elisabeth (épilepsie, 8532), Alexandra (AVC, 7696), Cindy (Parkinson, 6945)
- L'ergothérapeute + coordination filière post-AVC : poste à pourvoir (8201)
- L'IDE éducation thérapeutique + filière post AVC : Barbara (8203)
- Les infirmières : au nombre de 6 dans la journée et de 5 la nuit (dont 2 en USINV)
- Les aides soignantes : au nombre de 7 dans la journée et de 4 la nuit
- Les ASH

- Les techniciennes du laboratoire de Neurophysiologie : Anna, Anne, Edith, Martine, avec Nani pour l'accueil (3412)
- Les kinésithérapeutes : Karina, Dina, Aurel, Frédéric
- Les orthophonistes : Charlotte, Marie, Amicie (3109)
- Les assistantes sociales : Tatiana (7822) – Sylvie (3406)
- Les neuropsychologues : Farah (7611) – également psychologue-, Adeline (7707), et Françoise CHEDAN (en consultation)

3- L'équipe de recherche clinique : Assistante de recherche clinique (ARC)

- Anne BONNETAIN (7375)
- Emmanuelle SACCO, chef de Projets

4- Les équipes transversales

- L'équipe de soins palliatifs / prise en charge de la douleur
- L'équipe mobile de gériatrie
- L'équipe de microbiologie clinique
- Les radiologues impliqués en Neurologie :
 - Pr Jérôme HODEL (lundi-mercredi uniquement-7778)
 - Dr Sophie GERBER (7056)
 - Dr Mathieu RODALLEC
 - Dr Neesmah BADAT (3709)

FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE NEUROLOGIE ET NEUROVASCULAIRE

1- Le « staff » ou transmissions :

- À 8h 45 (**attention les paramédicaux sont bien à l'heure...**)
- La présence de l'interne y est obligatoire
- Dans les postes de soins (USINV-neuro) ou bureau internes
- L'évolution des 24 dernières heures est présentée, il ne s'agit pas d'un staff médical
- Les décisions concernant la poursuite de la prise en charge globale du patient y sont prises, en insistant sur :
 - o Les points de vigilance paramédicale (positionnement, alimentation...)
 - o L'organisation de la sortie
- ➔ Feuille OptiSoins actualisée dans DXCare pour chaque patient

2- La visite :

- Tous les jours au décours du staff
- Lundi – mercredi – vendredi : avec assistant et/ou adjoint et/ou chef de service
- Tous les dossiers sont discutés et la poursuite de la prise en charge déterminée.
- La visite doit donner lieu à un mot d'observation quotidien dans le dossier, synthétisant les informations principales concernant les diagnostics posés, les résultats des examens complémentaires et les décisions thérapeutiques prises. Dans le dossier neurovasculaire, certains items sont obligatoires (ex : NIHSS quotidien ; raison d'hospitalisation > 48h en USINV).
- Noter et dater les informations données au patients/famille dans la case à cet effet

3- Le staff du mardi : enseignement et FMC

- En salle de staff du service
- 12h30 **précises**, jusqu'à 13h15/13h20
- Présentation par des intervenants extérieurs ou des médecins du service, thématiques variées. Les internes y participent notamment lors de séances de bibliographie
- Suivie par une discussion, à laquelle tous peuvent participer.

4- Le staff Neuroradiologie du jeudi (neurochirurgien présent à la demande)

- En salle de staff du service
- 11h30 **précises**, jusqu'à 13h à 13h20
- Discussion de dossiers avec questions radiologique et/ou neurochirurgicale
- Présentation synthétique et pertinente du dossier par l'interne ou l'externe en charge du patient. L'interne veille à ce qu'un **mot de synthèse du staff** soit noté dans le dossier dans la case spéciale.
- Le 3^{ème} jeudi de chaque mois, le staff débute à 11h par une **RCP neuro-oncologie**. Présence des oncologues/neurochirurgien/radiothérapeute.

5- Le staff du service du vendredi (dossiers difficiles ou didactiques)

- En salle de staff du service

- 14h30 précises, jusqu'à 15h45
- Discussion de dossiers (plutôt diagnostique ou thérapeutique) sans vraie question « radiologique ». Les dossiers didactiques (même sans problème diagnostique ou thérapeutique particulier) sont bienvenus.

6- Autres staffs (salle de staff du service)

- **Staff cardio-neuro** : mercredi ou jeudi toutes les 4 à 6 semaines, vers 16h30
Discussion de dossiers complexes communs (fermetures FOP ou auricule, endocardites, etc...)
- **Staff EMG** : lundi tous les 15 jours, 14h30
Discussion de dossiers du laboratoire de neurophysiologie (aspects techniques, diagnostic de neuropathies, etc...)

7- Les cours dédiés aux internes (horaires variables selon disponibilité des seniors) :

Une liste de cours est distribuée. Les premiers cours, rapprochés, ont pour but de vous préparer à la prise des gardes neurovasculaires.

D'autres cours sont prévus sur des points divers de la spécialité.

Merci d'être assidu et à l'heure à ces RV.

8- La garde

- Les internes du service participent à la liste de garde Neurovasculaire.
- L'interne de garde bénéficie d'un repos de garde le lendemain. Il est néanmoins indispensable de ne s'absenter qu'après s'être assuré que les patients de son secteur sont repris en main par le remplaçant avec toutes les informations en main.

- *En cas d'admission en USINV, l'interne de garde doit systématiquement et rapidement contacter le médecin d'astreinte afin de s'accorder sur la meilleure prise en charge.*
- *Ce point est obligatoire, même lorsque le patient est accepté hors des délais permettant d'envisager une thrombolyse.*
- *En cas de discussion pour adresser en urgence un AVC à l'Hôpital Sainte-Anne (thrombectomie), un contact préalable devra **obligatoirement** se faire avec le médecin d'astreinte, qui participera à la discussion avec le neuroradiologue de Sainte-Anne.*
- *Ne pas oublier qu'on peut être amené à discuter une thrombectomie tardive (> 6h).*

9- Le matin des week-ends et jours fériés

- Deux internes assurent la visite à St-Jean niveau 3 (38 lits), avec 1 externe. Le senior présent assure les avis au SAU/Porte et la visite en USINV, avec 1 externe le samedi.
- L'un des 2 internes est en charge du bip thrombolyse et assure la prise en charge aiguë, en lien avec le senior. L'autre interne peut être appelé en renfort en USINV si le senior est bloqué au SAU.
- Les internes ne quittent pas l'hôpital sans avoir fait un point avec le senior
- Le médecin de garde prend les transmissions à 13h.

10- Les vacances

Doivent être organisées **collégalement et à l'avance**.

Le fichier est fourni aux seniors pour validation.

11- Les absences

- **Un tableau récapitulant présences du samedi, dimanche, congés et congrès/DIU doit être réalisé en début de stage.**
- Toute absence nécessite d'avoir informé au moins 2 jours à l'avance son médecin senior et d'avoir organisé son remplacement
- Les absences ne sont pas « validées » ou « acceptée » par les autres internes mais uniquement par les seniors
- La veille d'une absence (repos de garde, formations, congés), vous devez assurer la transmission des informations relatives à chaque patient au(x) collègue(s) qui vous remplace(nt). Pour vous remplacer, vous fonctionnez en 3 groupes :
 - Internes HSD-HDJ
 - Internes des 4 secteurs d'hospitalisation classique
 - Internes d'USINV
- Il est de la responsabilité de chaque interne de prévenir son remplaçant suffisamment à l'avance.

ROLE DANS LE SERVICE

- **Assurer la permanence et la continuité des soins. Informer et accompagner le patient et sa famille.**
- **S'assurer de la bonne réception des demandes d'examens.** Pour vous aider, les IDE référentes (Diane et Anissa) et la cadre (Annie) font le point chaque matin sur les examens du jour. D'autre part les examens paracliniques de la semaine sont notés sur le tableau dans chaque salle de soins.
- **Mettre en place le dossier DXCare des patients en charge et le suivi après l'hospitalisation.** Pour vous aider, les AMA s'occupent de scanner les examens extérieurs et peuvent prendre les RV après la sortie :
 - St-Jean secteurs 1 et 2 : Linda (7124)
 - St-Jean secteurs 3 et 4 : Anne (7965)
 - USINV : Lilia (8033)
 - HDS : Maryline (3904)
- **Préparer le départ vers les SSR :** Les demandes *Trajectoire* sont remplies exclusivement par les internes et systématiquement revues/actualisées avec le senior lors des visites.
- **Collaborations étroites :**
 - Service de **gériatrie aigue de l'Hôpital Léopold Bellan**, attendant. Contact médical : **Dr Marie Dupassage** (01 40 48 68 25) ou **Dr Ferchichi** (01 40 48 68 39) pour transférer les patients polypathologiques si besoin.
 - Equipe **mobile** gériatrique, **Dr Aurélien MINARD** (8051)
 - Services de **rééducation de l'Hôpital Sainte Marie**, attendant :
 - MPR. Contact médical : **Dr Victorine Quintaine** (01 53 90 64 11)
 - SSR gériatrique. Contact médical : **Dr Julie LAZIMI** (01 53 90 64 04)
 - HDJ de rééducation
 - MPR déficience sensorielle : avis pour prise en charge des patients avec troubles visuels. Tél : **01 53 90 63 82** ou **01 53 90 64 48**.
- Comme tout hôpital (mais plus qu'un hôpital public), **notre hôpital est évalué par des indicateurs précis, définis par l'ARS**. Afin de vous sensibiliser à ces exigences, nous vous présenterons les éléments devant figurer **obligatoirement dans le dossier médical** (liste en fin de livret).
- **Afin d'améliorer la prise en charge commune des patients, les transmissions sont informatisées**, le chemin d'accès est U:\pole_CVM\Neurologie. Elles sont mises à jour à la fin de la journée par l'interne.

La sortie du patient

- La sortie de chaque patient est sous la responsabilité de l'interne. Elle est souhaitée institutionnellement le matin. **Il est important, autant que possible, de prévenir la veille l'IDE de la sortie du patient.**
- La réflexion ainsi que la transmission sont préparées tout au long de l'hospitalisation lors des transmissions avec le logiciel Optisoins.
- Les patients considérés comme bed blockers doivent être signalés comme tels dès leur entrée afin d'accélérer la prise en charge complexe et longue de ces patients.

Un dossier de sortie cartonné est à constituer au mieux la veille du départ avec le CRH ou lettre de sortie, ordonnance de sortie qui est **toujours informatisée**, un RV de consultation + penser à insérer le questionnaire de sortie rose et le bon vert de la demande de transport lorsque nécessaire.

Ranger le tout dans la boîte cartonnée en salle de soins.

Pour tous les sortants, ne pas oublier de leur rendre tous les examens qu'ils ont apportés et qui ont été faits en dehors de Saint Joseph. Seuls les patients sortants à Sainte-Marie ou Bellan partent avec leur dossier complet de Saint Joseph.

- S'assurer pour tout patient qu'un suivi est organisé (RDV de Cs / HDJ / nouvelle hospitalisation programmée...). **Pour les patients handicapés, fatigués ou trop âgés, les RV extérieurs doivent être pris par le service** (voir AMA).
- Questionnaire de sortie : tout patient doit remplir à sa sortie un questionnaire de satisfaction. L'ensemble du personnel soignant doit veiller à ce qu'il soit effectivement rempli et remis au cadre de santé lors de toute sortie. Vous participez à cette veille !
- Les conseils (alimentation, mode de vie, tabac, conduite automobile...) sont aussi importants que le reste des traitements et des examens complémentaires. Pour vous guider un dépliant d'aide vous sera fourni.

Le turn-over dans le service est rapide. Ainsi le nombre de CRH à dicter par l'interne est conséquent.

Tout patient doit sortir avec son CRH imprimé (CRH des patients décédés doit aussi être fait le jour même). Tous les CRH sont relus et validés par un senior le jour même pour être envoyés. En annexe, vous trouverez un guide de rédaction de ce CRH.

RECHERCHE ET PUBLICATIONS

- Pour vous accompagner dans votre apprentissage de la Neurologie, nous tenons à votre disposition de nombreux livres de référence. Ils sont situés dans le bureau à côté du secrétariat du Pr Zuber (Porte 8). Par ailleurs, via l'université Paris V, nous avons accès en ligne à un grand nombre de revues, n'hésitez pas à nous solliciter si un article vous intéresse.
- Le service mène et participe à un certain nombre d'études de recherche clinique. Elles peuvent impliquer médecins et paramédicaux. N'hésitez pas à manifester votre intérêt auprès des seniors pour en savoir plus.
- Tout travail de publication ou de présentation (orale et écrite) sera soutenu par les seniors de l'équipe. Nous vous encourageons à réaliser de tels travaux en nous rendant disponible pour vous accompagner et vous aider. Au cours du semestre, **un poster/présentation ou article devra être rédigé par interne.**
- Des travaux de thèse peuvent être menés dans le service. Parlez en rapidement à vos médecins seniors !

GARDES

MISSIONS DE L'INTERNE DE GARDE :

▪ Admissions en UNV :

▪ Urgences neurovasculaires admises en USINV :

- Dans la mesure du possible, toute entrée neurovasculaire passe par l'USI : en dehors des alertes thrombolytiques, il peut s'agir de patients hors délai, d'AIT, etc... Ces patients justifient en effet, eux aussi, d'une surveillance rapprochée initiale.
- Les admissions peuvent se faire en provenance des SAMU, Pompiers, SAU ou autres services de l'hôpital, entrées directes d'autres hôpitaux.
- Les urgences régulées par SAMU passent par l'IRM directement.

▪ Absence de place en USINV :

- Un patient peut nécessiter une surveillance USI alors que l'USINV est pleine. Le plus souvent, il s'agit d'un AVC arrivé sans régulation au SAU. Dans ce cas, il faut s'adresser au cardiologue de garde (**7791**) : si une place est disponible, le patient pourra passer la nuit en USIC et être transféré en USINV le lendemain. Les prescriptions sont faites par le neurologue de garde.
- De manière réciproque, le cardiologue de garde peut être amené à faire appel au neurologue si l'USIC est pleine.

▪ Patients neurovasculaires admis en UNV hors USINV :

- Le neurologue de garde doit avoir donné son accord pour toute entrée en UNV et en neurologie hors USI.
- Pour toute admission d'un patient neurovasculaire (USI, hors USI, voire Neurologie par manque de place en UNV), le neurologue de garde rédige l'observation, réalise les prescriptions et s'assure de leur exécution par les infirmières.

▪ Avis au SAU

- Un avis spécialisé donné en garde obéit aux règles habituelles (mot inscrit dans le dossier des urgences en particulier). L'avis spécialisé doit être une aide à la fois pour les urgences et pour le service (un bon avis donné pendant la garde simplifie la gestion de la suite le lendemain). Il est essentiel de signaler à la fin de sa garde les patients en attente d'un transfert dans notre service (lits portes, autres services...)
- Les patients ayant une suspicion de compression médullaire doivent avoir une IRM et être gérés en coordination avec le service d'orthopédie (Dr RIOUALLON). Un numéro d'astreinte **7460 ou 7679** fonctionne 24h/24.
- Pour les patients ne nécessitant pas une hospitalisation mais pour lesquels vous souhaitez un **RDV neurologie rapide** avec un des seniors, il faut remplir le bon des consultations et le faire parvenir par fax ou mail à Tracy cs-neurologie@hpsj.fr, secrétaire de consultation ; Les patients seront convoqués dans un délai d'une à deux semaines maximum.

▪ **Externe de garde :**

- Les externes du service participent à la garde cardio-neurovasculaire d'urgence.
- Ils sont basés en USIC mais peuvent être mobilisés par le neurologue de garde si besoin.
- L'externe signale sa présence au neurologue en début de la garde. Il sera alors appelé pour toute alerte thrombolyse.

L'accès à l'imagerie :

- Aucun examen radiologique (scanner, IRM, écho) ne peut être fait sans un accord préalable avec le radiologue d'astreinte.
- **Le radiologue est sur place DECT 7851**
- La nuit, il faut d'abord joindre le **manipulateur radio (7644, 7645, 7646)**
- L'IRM est l'examen de première intention pour toute alerte thrombolyse, elle est disponible 24H/24 et 7j/7 dans cette seule indication. Si l'IRM n'est pas disponible, pour les alertes thrombolyse, on demande scanner + angioscanner cervical + Willis (la reconstruction fine peut être décalée au lendemain par un radiologue différent).
- L'IRM est disponible aussi pour les suspicions de compression médullaire.
- Dans certain cas l'IRM cérébrale peut être réalisée en dehors d'une alerte thrombolyse (ex : suspicion d'encéphalite herpétique chez un sujet jeune), mais la demande ne doit être faite à la radiologie qu'**après l'accord du neurologue senior.**

QUELQUES NUMEROS UTILES

USINV :

- Poste de soins A : 3721, DECT : 3748, fax : 3726
- Poste de soins B : 3722, DECT : 7583, fax : 3228
- Portable thrombolyse : 7867
- Infirmière référente : Rayda 7756
- Portable d'avis neuro : 7992

UNV et Neurologie :

- Poste de soins : 3766
- Fax : 3279
- Bureau des internes : 3865
- Cadre infirmier : Annie le Maux : 7641, Diane : 3749
- Cadre infirmier de nuit : 7631
- Cadre de garde week-end et férié jour : 7629

Cardiologie :

- USIC poste de soins : 3472
- Cardiologue de garde : 7791

Urgences :

- Zone 1 (zone de courte prise en charge (moins de 2h) dont thrombolyse) : 7144
- Zone 2 (présence du scope et défibrillateur au box 9) : 7155, 7157
- Médecin régulateur : 7790
- Urgences porte : 3062, 3063

Brancardier des urgences

Aide pour le brancardage SAU imagerie et imagerie USINV : nuit : 7658

WE : brancardier Réanimation : 7746 (pour examens urgents et transferts salle

Radiologie :

- IRM 1.5T : 7257, 3 T : 6130
- Radiologue de garde 7851
- Scanner : 3094
- Manipulateur radio de garde la nuit et le WE : 7644, 7646, 7645

Réanimation médicale :

- Poste de soins : 3080
- Réanimateur de garde : 6991
- Urgence Arrêt cardio-respiratoire : 7333

Hôpital Sainte Anne :

- Radiologue/NRI de garde : 0145657200
- Neurochirurgien de garde : 0608238314
- Neurovasculaire de garde : 0671037453

Codes porte :

- Salle de staff : C1357
- Bureaux des internes :
Porte 2 : E6034 Porte 6 : C2053 Bureau nord USINV : C1357
- Code des urgences : 2015 + bouton vert
- Code de la porte vitrée à l'entrée de l'USINV : 2015#
- Chambre de garde = C1257
- Chambre de garde : ouverture par carte

AVIS NEUROCHIRURGIE ET NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

1- Neurochirurgie

Le service travaille avec 2 services de neurochirurgie : Hôpital Sainte Anne et Hôpital Lariboisière. Ces 2 services sont représentés au staff. Pour tout adressage de patient, l'interne soit se rapprocher du sénior afin de décider du correspondant à appeler.

En cas d'urgence la nuit ou le WE, il faut appeler le Neurochirurgien de garde à Ste-Anne au **0608238314**.

2- Neuroradiologie Interventionnelle

En cas d'indication à une thrombectomie en urgence, le service référent est la NRI de l'Hôpital Sainte-Anne.

Les numéros de téléphone à Sainte Anne :

- **Neuroradiologue interventionnel de garde : 0145658222**
- **Neuro-vasculaire de garde : 0671037453**
- **Neuroradiologue de garde : 0145657200**

En l'absence de disponibilité, il faut faire appel à un autre service : Fondation Rothschild en priorité.

INTERNE EN UNITE DE SOINS INTENSIFS NEUROVASCULAIRES

L'unité de soins intensifs neuro-vasculaire prend en charge les patients victimes d'AVC aigu et permet de diminuer la mortalité et les complications. Au premier abord, le travail pourrait paraître répétitif, mais en réalité **chaque patient a un AVC différent**.

Points spécifiques :

- Transmissions avec le médecin de garde à **8h40**
- Transmissions multidisciplinaires à **8h45 où l'interne présente :**
 - Diagnostic, résultats des principaux examens, points de vigilance (régime, position,), examens en attente, devenir (RAD, SSR, MPR...), organisation des sorties
- Les transmissions écrites ne remplacent pas le dossier médical ; elles ne contiendront que **les informations essentielles** pour le médecin de garde
- Le dossier médical étant **informatisé**, nous demandons de remplir toutes les cases dans la mesure du possible
- Dans chaque dossier doit figurer le nom du senior référent
- Vérifier la bonne tenue du dossier, en particulier :
 - Qu'il existe une ECG récent dans le dossier
 - Remplir la case de justification du maintien en USINV au-delà de 48h (recherche ACFA, instable, pas de place en aval...)
- Chaque jour il faut pour chaque patient :
 - Faire un NIHSS
 - Regarder toutes les alarmes du scope et imprimer toutes anomalies pour les faire vérifier
- **Lors de transfert en salle il faut remplir l'onglet transmissions de sortie de l'USINV**
- Lors de la sortie de l'USINV ou UNV remplir soigneusement l'onglet « **conclusion de sortie** » ; ceci vous aidera à faire le compte-rendu
- Les patients partent avec un compte-rendu à faire le jour même
- S'assurer que les sortants aient un suivi neurologique (consultation, HDJ, hospitalisation programmée)
- Le senior doit être au courant de toutes les **complications**
- Le senior doit être averti lorsqu'il y a une **impossibilité ou délais non justifié** d'obtention des **examens complémentaires** demandés.

Les avis cardiologiques en USINV se demandent exclusivement par les internes ou assistants auprès du **Dr Cadot**, chef du service de cardiologie (par mail de préférence : rcadot@ghpsj.fr, DECT si urgence : 7811).

La lecture de pacemaker se fait sur une demande d'avis au fax 3251.

Pour les patients avec une forte suspicion de FA, possibilité de demander un Holter de 1 mois (Spider-Flash) au fax 3251.

Cahier des charges de l'interne d'HdJ Neuro

- **Horaires : se présenter à 8h45 à l'IDE de l'HDJ +++**
- *S'il n'y a pas d'interne dédié et que les patients sont répartis entre plusieurs internes de salle, chacun va se présenter à l'IDE avant 10h (dans l'idéal en sortant du staff de transmissions)*
 - ➔ Faire le point avec IDE sur patients du jour et perfusions à prescrire
- Systématiquement **prescrire les thérapeutiques la veille** pour le lendemain,
Y compris le vendredi pour le lundi,
Après avoir récupéré les bilans biologie faits en externes (avec l'aide de l'IDE)
Prévenir le sénior si la mention « AVAL » apparaît sur la prescription (car il doit valider aussi la veille)
- **Pour les SEP**
 - Utiliser les trames d'observation adéquates : Tysabri -- Ocrevus
 - Score EDSS dans chaque observation
 - Tysabri : systématiquement alerter le sénior si JC + et si on approche de la 24^{ème} perfusion ➔ switch à prévoir !
 - Proposer aux patients venant pour Tysabri l'option de l'HAD Tysabri
 - Tysabri à domicile :
 - Appeler les patients l'avant-veille de leur perfusion à domicile,
 - Faire une observation de la téléconsultation sur DxCare (consultation de suivi),
 - Puis donner le Ok à l'HAD en envoyant un mail de Ok aux coordonnatrices (Marjolaine / Béatrice).

Ne pas oublier que tous les 6 mois la perfusion doit se faire à l'hôpital, avec si besoin séro JC, imageries, et systématiquement avis du sénior référent du patient.

 - Prévoir des consultations de suivi avec le neurologue référent pour les Ocrevus, entre les perfusions semestrielles
 - Pour prélever les Sérologies JCV : il s'agit d'un kit externalisé : ne pas prescrire sur DxCare ; Passe par un transporteur externe
 - Si la Sérologie est positive : ce n'est pas la peine de la re-prélever tous les 6 mois...elle restera positive ! On ne re-prélève que les négatives.
 - Ne pas oublier de bien actualiser les statuts JC ! **Récupérer les résultats des prélèvements et les scanner dans Documents externes**
 - Pour récupérer les sérologies JCV : <https://www.stratifyjcv.com/>
En mail : hbrasme@hpsj.fr En mot de passe "salut123"
- **Pour les PIDC**
 - Score Norris, ONLS, RODS
 - Rediscuter toujours avec le sénior à la fois de l'intervalle et de la dose pour la cure suivante ! Ne pas reproduire automatiquement le schéma précédent (décisions fréquentes d'espacement ou de baisse de doses)
- Faire systématiquement les **fiches de programmation** pour l'HdJ suivant

GUIDE DE REDACTION DES CRH A DESTINATION DES INTERNES

➤ Destinataires :

- Dictier **tous** les médecins concernés par le patient (hospitaliers et libéraux)
 - Tenir compte de **tous** les intervenants de la filière par laquelle le patient est arrivé dans le service
 - Faire ressortir le **médecin référent** (= celui de l'équipe qui a fait entrer le patient et/ou qui le reverra en consultation)
 - Le patient recevra un double du CRH. Exceptionnellement, il peut être préférable qu'il ne le reçoive pas. Il faut alors le dicter explicitement pour la secrétaire (au moindre doute, en parler au médecin senior).

➤ Motif d'hospitalisation :

A résumer en une à deux lignes. Ne pas y noter le nom du médecin adressant le patient.

➤ Antécédents :

- **Séparer** « Antécédents médicaux » et « Antécédents chirurgicaux »
- **Si AVC, prévoir dans les antécédents médicaux un paragraphe** « Facteurs de risque vasculaire » (et non cardio-vasculaire !) avec des indications précises (nombre de paquets/années, de verres/standard, ancienneté et équilibre antérieure du facteur de risque).

➤ Mode de vie :

A noter systématiquement (statut marital, statut professionnel ...), sauf pour des réhospitalisations rapprochées.

➤ Traitement à l'entrée :

- Dictier systématiquement tous les noms et posologies des médicaments.

➤ Histoire de la maladie :

- A détailler, avec notamment une chronologie précise (allant jusqu'aux minutes en cas d'AVC hospitalisé à la phase aiguë).
- Si le malade est bien connu du service et revient de manière itérative, cette histoire de la maladie peut comporter la mention « Voir compte rendu précédent », sous réserve de toujours rappeler la problématique dans un paragraphe court débutant par « En résumé... ».

➤ Examen clinique :

- Comporte toujours 2 sous parties : « **Examen neurologique** » et « **Examen général** » (quitte à ce que cette dernière comporte uniquement la mention « sans particularité »).
- Enumérer les anomalies rassemblées sous forme de syndromes. Ne pas énumérer de signe négatif, sauf si leur absence est une surprise par rapport au raisonnement diagnostique.
- En cas d'AVC, toujours dicter :
 - Dans Examen neurologique : PA et NIHSS d'entrée
 - Dans Examen général : l'examen vasculaire (cœur, vaisseaux).

➤ Examens complémentaires (ne pas utiliser d'autre appellation : explorations para-cliniques, ...)

- Le CRH se prépare pendant l'hospitalisation du patient (rôle des externes pour le rangement ++).
 - Récupérer les résultats des examens avant de dicter. **La mention « résultat en attente » n'est acceptable que pour des examens dont le résultat met un temps très long à revenir** (biologie moléculaire, par exemple). Les autres résultats doivent être récupérés, y compris s'il le faut en passant des appels téléphoniques...
- Biologie :
 - Il s'agit toujours du 1^{er} paragraphe des Examens complémentaires

- La biologie peut être simplement qualifiée de « normale », ou « normale sauf... »
- En cas d'AVC, toujours préciser le cholestérol (plus particulièrement LDL cholestérol) et glycémie à l'entrée.
- Les autres examens biologiques viennent dans un deuxième temps, avec des regroupements permettant leur compréhension logique : rassembler les sérologies infectieuses, les examens immunologiques, ...
- Ce paragraphe se termine par les résultats de la ponction lombaire s'il y a lieu.
- Examens non biologiques **doivent être regroupés** :
 - Examens radiologiques (scanner, IRM)
 - Examens par ultrasons (doppler, échographies)
 - Examens neurophysiologiques (EMG, potentiels évoqués)
- **Attention** : les résultats de ces examens complémentaires **doivent être ceux du service et non le recopiage des comptes rendus** (qui comportent souvent des données sans pertinence clinique).
- Lorsqu'un examen complémentaire est demandé pour une complication sans relation avec le motif d'hospitalisation, il est préférable d'en faire état dans le paragraphe « Evolution ». Par exemple, patient venu pour AVC ayant besoin d'une échographie abdominale pour douleur abdominale, etc... Le but est d'éviter que le lecteur s'y perde devant le listing des examens, avant d'avoir pris connaissance de l'évolution du patient.

➤ **Evolution :**

- **Détaille les modifications de l'état clinique du patient au cours de l'hospitalisation : l'amélioration ou l'aggravation, problèmes intercurrents (cf plus haut), en les regroupant (neurologiques, autres...)**
- Indique les traitements en cours d'hospitalisation et leurs éventuels effets
- Ce paragraphe **n'a pas pour objectif de discuter les hypothèses diagnostiques** (cf paragraphe « Conclusion »).

➤ **Conclusion : paragraphe le plus important du CRH, souvent le seul lu par les médecins destinataires +++**

- Il doit donc comporter de manière très résumée mais argumentée les informations importantes sur les diagnostics topographique et étiologique (ou les hypothèses diagnostiques), les traitements et le suivi. Si le diagnostic reste en suspens, ceci doit être clairement notifié. Lorsque plusieurs hypothèses sont discutées, les arguments pour chacune sont énumérés.
- Dans les cas exceptionnels où la discussion diagnostique risque d'être trop longue pour ce paragraphe « Conclusion », on peut proposer un chapitre spécifique entre « Evolution » et « Conclusion »
- Après les renseignements médicaux, la conclusion comporte **toujours**, 3 sous-parties :
 - « **Traitement de sortie** » (peut être remplacé par « pas de modification par rapport à l'entrée » seulement si l'ensemble des spécialités et posologies sont conservées)
 - « **Mode de sortie** » (domicile ou non, nom du service MCO/MPR/SSR où part le patient)
 - « **Suivi ultérieur** » : nom du ou des médecins qui reverra (ont) le patient avec délai prévu (éventuellement date précise du RV)

➤ **Signataires du compte rendu :**

Interne ayant dicté le compte rendu + médecin senior l'ayant relu.

A noter les CRH se font automatiquement à partir du dossier DXCARE : tenir à jour le dossier électronique vous gagnera beaucoup de temps à la sortie !

Critères HAS Lettre de liaison (= CRH) en hospitalisation > 1 jr **Dernière mise à jour novembre 2020**

Les 2 premiers critères indispensables sont :

1 - Le CRH doit être retrouvé dans le dossier du patient (1 CRH par séjour)

2 - le CRH doit être passé au statut « Envoyé » le jour de la sortie du patient : considéré comme non conforme quel que soit le contenu si délai > jour de la sortie

Ensuite : si CRH envoyé le jour de la sortie, le CRH sera conforme si on y retrouve l'exhaustivité des critères suivants :

3 - Trace de la remise de ce document au patient à la sortie = « CRH remis au patient le jour de sa sortie »

4 - Nom ET coordonnées du MEDECIN TRAITANT (identifié comme tel dans le dossier)

5 - Identification du patient : Nom de NAISSANCE ET prénom ET date de naissance ET sexe

6 - Date d'entrée ET date de sortie

7 - Nom et coordonnées du signataire du document = nom ET service ET hôpital ET adresse (postale ou mail) ou téléphone (= en-tête du CRH)

8 - Motif de l'hospitalisation

9 - Synthèse médicale du séjour :

Synthèse du séjour = évolution dans le service (avec la traçabilité des risques liés à l'hospitalisation)

Dont :

- Information sur **le statut de portage/contact d'une BMR/BHRe**
- Information sur **transfusion ou administration de PSL et/ou produits dérivés du sang** : *Concerne PDS **labiles et stables** c'est-à-dire CG, CP, albumine mais aussi les IgIV, etc...*
- **Information sur la pose d'un DMI** (dispositif médical implantable)
- **Information sur la survenue d'un évènement indésirable lié aux soins** : évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie

NB : Le terme « suites simples » fréquemment utilisé en chirurgie est **NON VALIDE**

10 - Synthèse de la situation clinique à la sortie = Conclusion de sortie

11 - Actes techniques, examens complémentaires et biologiques : au moins un résultat (et préciser si des résultats sont en attente) **ou sinon tracer par écrit qu'aucun examen n'a été réalisé ou que des résultats sont en attente.**

12 - Traitements médicamenteux :

Trace du traitement de sortie, qui doit contenir les critères suivants : **Dénomination** des médicaments en nom commercial ou DCI **ET Posologie** (dosage et rythme d'administration) **ET Voie d'administration** (pour les produits injectables, la voie doit être indiquée (IV – SC - IM, etc... ; pour les autres voies d'administration : indiquer la voie ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration) **ET Durée du traitement ET La mention des traitements arrêtés ou modifiés** pendant le séjour (ou la mention de l'absence de traitement habituel)

OU préciser si absence de traitement de sortie.

Rq : on peut mettre « *Poursuite du traitement habituel jusqu'à la prochaine consultation avec le médecin traitant* » **SI et SEULEMENT SI le traitement habituel est détaillé à l'entrée sur le CRH**

(= dénomination + posologie + voie d'administration)

13 -Suites à donner, planification de soins : informations sur les RDV (**y compris si le patient doit revoir son médecin traitant**), la prise en charge sociale, les conseils hygiéno-diététiques, les recommandations particulières... Les rendez-vous déjà pris pour après la sortie doivent normalement figurer dans cette rubrique (au moins dans quel délai le patient doit prendre RDV).- La mention d'un examen ou d'un RDV à prévoir sans autre info n'est pas suffisante : il faut au moins le délai. S'il n'y a pas besoin de soins, d'examens ou de rendez-vous à la suite de l'hospitalisation, **ceci doit être tracé et mentionné dans ce document de sortie.**

Médecins correspondants pour envoi des CRH :

Pour que le courrier parte, il faut être dans la configuration suivante :

"S" comme "séjour" coché + "C" pour "autorisé à recevoir les courriers" coché également. Si l'une des 2 n'est pas cochées, le courrier ne part pas.

La case @ se coche automatiquement si le médecin possède une messagerie sécurisée de santé (mss) ; il recevra le courrier dans cette boîte.

S	Nom / Prénom	Spécialité	Tél. Cab.	No ADELI	No RPPS	C	E	@
<input checked="" type="checkbox"/>	BREVILLE Philippe	Rhumatologie	146422653		10000957885	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rappel des cas où le courrier ne part pas :

S	Nom / Prénom	Spécialité	Tél. Cab.	No ADELI	No RPPS	C	E	@
<input type="checkbox"/>	ABBOUD Imad		0142499337		10100140325	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S	Nom / Prénom	Spécialité	Tél. Cab.	No ADELI	No RPPS	C	E	@
<input checked="" type="checkbox"/>	BARON Eric		148666500		10001147551	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	DEMICHELI					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S	Nom / Prénom	Spécialité	Tél. Cab.	No ADELI	No RPPS	C	E	@
<input type="checkbox"/>	BARON Eric		148666500		10001147551	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DEMICHELI					<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S	Nom / Prénom	Spécialité	Tél. Cab.	No ADELI	No RPPS	C	E	@
<input type="checkbox"/>	GUIARD Elsa				10100108546	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>