# Annexe n°4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | janvier | février | … |
| Indicateurs de mise en œuvre  | **Nombre d'IDE impliquées dans le projet (ETP)** |   |   |  |
| **Nombres d'appels ayant entrainés une intervention d'IDE** |   |   |  |
| *Dont nombre d'intervention sur "l’EHPAD porteur"*  |   |   |  |
| **Nombre de résidents ayant fait l'objet d'une intervention par l'IDE de nuit**  |   |   |  |
| **Nombre d'actes réalisés par type d'intervention :** |   |   |  |
| *Demande de diagnostic et repositionnent perfusion* |   |   |  |
| *Contrôle d'étanchéité d'une sonde vésicale* |   |   |  |
| *Demande de surveillance des constantes vitales*  |   |   |  |
| *Décompensation cardio- respiratoire*  |   |   |  |
| *Aspiration pharyngée* |   |   |  |
| *Hypoglycémie : contrôle ou injection* |   |   |  |
| *Injection intramusculaire*  |   |   |  |
| *Chutes*  |   |   |  |
| *Autres :*  |   |   |  |
| **Temps de trajet moyen d'intervention (aller)** |   |   |  |
| **Temps de présence sur site** |   |   |  |
| Indicateurs d'impacts  | **Nombre d'appels au 15/ SOS médecin suite à l'intervention de l'IDE** |   |   |  |
| *Préciser si l'appel a été suivi d'un déplacement + action mise en place*  |   |   |  |
| **Nombre de demande d'intervention IDE non satisfaites et motifs de la non satisfaction**  |   |   |  |
| **Nombre d'hospitalisation de nuit**  |   |   |  |
| **Nombre d’hospitalisations évitées** |   |   |  |
| **Nombre de retour nocturne des urgences facilité par la présence IDE de nuit** |   |   |  |