# 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** |  |  |  |