

# ViaTrajectoire V12.0 - SANITAIRE

## Simplification des volets : médical, soins et projet, administratif et social

Le présent document décrit uniquement les modifications visant à la simplification des volets du module d'orientation sanitaire, livrées dans la version 12 de ViaTrajectoire. Il ne saurait donc présenter l'exhaustivité des écrans et formulaires de saisie du module Sanitaire.

**Les modifications décrites dans ce document sont valables quel que soit le public (adulte/enfant) concerné et quelle que soit l'orientation choisie.**

### Volet Médical


Les champs marqués d'un \* sont obligatoires pour valider le volet.

#### Pathologie principale

Pathologie Adultes > Neurologie et neurochirurgie (sauf cancers) > Accident vasculaire cérébral > AVC récent avec déficit principale moteur et troubles du langage, sans autres troubles cognitifs associés

#### Accident Vasculaire Cérébral

Il s'agit \*  D'un 1<sup>er</sup> AVC  D'une récurrence

Date  

Etiologie  Ischémique  Hémorragique

Description

Localisation corporelle



La **Fiche spécifique**, s'il en existe une liée à la pathologie sélectionnée, est positionnée immédiatement après la **Pathologie principale**.

Exemple : la fiche Accident Vasculaire Cérébral pour les pathologies de type AVC

## Volet Médical

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires pour valider le volet.

### Pathologie principale

Pathologie Adultes ➤ Dermatologie et traitement des plaies ➤ Ulcère chronique quelle que soit la cause ➤ Avec principale pathologies intriquées et handicap locomoteur

### Histoire de la maladie

Histoire de la maladie / Résumé  
d'hospitalisation

(Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

Antécédents

(Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)



En l'absence de fiche spécifique, la pathologie principale est immédiatement suivie de l'**Histoire de la maladie** (anciennement *Autres éléments médicaux*)

La zone de texte libre *Antécédents non déjà signalés* est renommée **Antécédents**



La zone de texte *Autre situation particulière modifiant la prise en charge* est supprimée

## Volet Médical

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires pour valider le volet.

### Pathologie principale

Pathologie principale Adultes > Dermatologie et traitement des plaies > Ulcère chronique quelle que soit la cause > Avec pathologies intriquées et handicap locomoteur

### Histoire de la maladie

Histoire de la maladie / Résumé d'hospitalisation (Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

Antécédents (Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

### Complications survenues durant le séjour, problèmes infectieux, BMR/BHRe

Le patient a-t-il rencontré les complications suivantes durant le séjour ? \*

- Oui  Non
- Décompensation d'une comorbidité
  - Maladies contagieuses
  - Problème infectieux nécessitant des précautions particulières et dépistages (ex: BMR-BHRe)
  - Précautions complémentaires requises



L'encart *Comorbidités, complications, gravité, problèmes infectieux, BMR/BHRe* et la question « *Existe-t-il des comorbidités ?* » sont supprimés.



La question « **Le patient a-t-il rencontré les complications suivantes durant le séjour ?** » est ajoutée dans l'encart **Complications survenues durant le séjour, problèmes infectieux, BMR/BHRe**.

## Volet Médical

Le patient a-t-il rencontré les complications suivantes  Oui  Non  
durant le séjour ? \*

- Décompensation d'une comorbidité
- Maladies contagieuses
- Problème infectieux nécessitant des précautions particulières et dépistages (ex: BMR-BHRe)
- Précautions complémentaires requises

### Comorbidités ayant un impact sur la prise en charge

Le patient présente-t-il une ou plusieurs des  Oui  Non  
comorbidités listées ci-dessous ? \*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies à risque de choc anaphylactique            | <input type="checkbox"/> Risque suicidaire   |
| <input type="checkbox"/> Risque de détresse respiratoire                      | <input type="checkbox"/> Maladie psychique nécessitant une adaptation de la prise en charge  |
| <input type="checkbox"/> Ventilation invasive                                 | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou syndrome épileptique non équilibré                     |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par hémodialyse         | <input type="checkbox"/> Trouble de la communication   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par dialyse péritonéale | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs nécessitant une adaptation de la prise en charge |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de transfusions régulières                 | <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale nécessitant des locaux adaptés      |
| <input type="checkbox"/> Conduites addictives                                 | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale   |
| <input type="checkbox"/> Obésité morbide                                      | <input type="checkbox"/> Fractures pathologiques   |
| <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (cécité, surdité...)             | <input type="checkbox"/> Plaies, escarres ou troubles trophiques ou plaies cancéreuses       |



Les *Comorbidités modifiant la prise en charge et pouvant influencer l'orientation* sont renommées **Comorbidités ayant un impact sur la prise en charge**, et la question « **Le patient présente-t-il une ou plusieurs des comorbidités listées ci – dessous ?** » est ajoutée.



Les listes de **comorbidités** sont supprimées et remplacées par la liste suivante :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies à risque de choc anaphylactique            | <input type="checkbox"/> Risque suicidaire   |
| <input type="checkbox"/> Risque de détresse respiratoire                      | <input type="checkbox"/> Maladie psychique nécessitant une adaptation de la prise en charge  |
| <input type="checkbox"/> Ventilation Invasive                                 | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou syndrome épileptique non équilibré                     |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par hémodialyse         | <input type="checkbox"/> Trouble de la communication   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par dialyse péritonéale | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs nécessitant une adaptation de la prise en charge |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de transfusions régulières                 | <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale nécessitant des locaux adaptés      |
| <input type="checkbox"/> Conduites addictives                                 | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale   |
| <input type="checkbox"/> Obésité morbide                                      | <input type="checkbox"/> Fractures pathologiques   |
| <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (cécité, surdité...)             | <input type="checkbox"/> Plaies, escarres ou troubles trophiques ou plaies cancéreuses       |

## Volet Médical

### Complications survenues durant le séjour, problèmes infectieux, BMR/BHRe

Le patient a-t-il rencontré les complications suivantes  Oui  Non  
durant le séjour ? \*

- Décompensation d'une comorbidité
- Maladies contagieuses
- Problème infectieux nécessitant des précautions particulières et dépistages (ex: BMR-BHRe)
- Précautions complémentaires requises

### Comorbidités ayant un impact sur la prise en charge

Le patient présente-t-il une ou plusieurs des  Oui  Non  
comorbidités listées ci-dessous ? \*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies à risque de choc anaphylactique            | <input type="checkbox"/> Risque suicidaire   |
| <input type="checkbox"/> Risque de détresse respiratoire                      | <input type="checkbox"/> Maladie psychique nécessitant une adaptation de la prise en charge  |
| <input type="checkbox"/> Ventilation invasive                                 | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou syndrome épileptique non équilibré                     |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par hémodialyse         | <input type="checkbox"/> Trouble de la communication   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par dialyse péritonéale | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs nécessitant une adaptation de la prise en charge |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de transfusions régulières                 | <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale nécessitant des locaux adaptés      |
| <input type="checkbox"/> Conduites addictives                                 | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale   |
| <input type="checkbox"/> Obésité morbide                                      | <input type="checkbox"/> Fractures pathologiques   |
| <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (cécité, surdité...)             | <input type="checkbox"/> Plaies, escarres ou troubles trophiques ou plaies cancéreuses       |

### Ressources requises et soins



L'encart *Ressources requises et soins* est supprimé

## Volet Médical

### - Histoire de la maladie

Histoire de la maladie / Résumé d'hospitalisation (Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

Antécédents (Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

### - Complications survenues durant le séjour, problèmes infectieux, BMR/BHRe

Le patient a-t-il rencontré les complications suivantes durant le séjour ? \*

- Oui  Non
- Décompensation d'une comorbidité
  - Maladies contagieuses
  - Problème infectieux nécessitant des précautions particulières et dépistages (ex: BMR-BHRe)
  - Précautions complémentaires requises

### - Comorbidités ayant un impact sur la prise en charge

Le patient présente-t-il une ou plusieurs des comorbidités listées ci-dessous ? \*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies à risque de choc anaphylactique            | <input type="checkbox"/> Risque suicidaire   |
| <input type="checkbox"/> Risque de détresse respiratoire                      | <input type="checkbox"/> Maladie psychique nécessitant une adaptation de la prise en charge  |
| <input type="checkbox"/> Ventilation invasive                                 | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou syndrome épileptique non équilibré                     |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par hémodialyse         | <input type="checkbox"/> Trouble de la communication   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par dialyse péritonéale | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs nécessitant une adaptation de la prise en charge |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de transfusions régulières                 | <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale nécessitant des locaux adaptés      |
| <input type="checkbox"/> Conduites addictives                                 | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale   |
| <input type="checkbox"/> Obésité morbide                                      | <input type="checkbox"/> Fractures pathologiques   |
| <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (cécité, surdité...)             | <input type="checkbox"/> Plaies, escarres ou troubles trophiques ou plaies cancéreuses       |

### - Statut vaccinal

COVID  Vacciné  Non vacciné

Grippe  Vacciné  Non vacciné



Le **Statut vaccinal** est déplacé après le chapitre **Comorbidités**.

## Volet Médical

### Comorbidités ayant un impact sur la prise en charge

Le patient présente-t-il une ou plusieurs des comorbidités listées ci-dessous ? \*  Oui  Non

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies à risque de choc anaphylactique            | <input type="checkbox"/> Risque suicidaire   |
| <input type="checkbox"/> Risque de détresse respiratoire                      | <input type="checkbox"/> Maladie psychique nécessitant une adaptation de la prise en charge  |
| <input type="checkbox"/> Ventilation invasive                                 | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou syndrome épileptique non équilibré                     |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par hémodialyse         | <input type="checkbox"/> Trouble de la communication   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale suppléée par dialyse péritonéale | <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs nécessitant une adaptation de la prise en charge |
| <input type="checkbox"/> Nécessité de transfusions régulières                 | <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale nécessitant des locaux adaptés      |
| <input type="checkbox"/> Conduites addictives                                 | <input type="checkbox"/> Nutrition parentérale   |
| <input type="checkbox"/> Obésité morbide                                      | <input type="checkbox"/> Fractures pathologiques   |
| <input type="checkbox"/> Troubles sensoriels (cécité, surdité...)             | <input type="checkbox"/> Plaies, escarres ou troubles trophiques ou plaies cancéreuses       |

### Statut vaccinal

COVID  Vacciné  Non vacciné

Grippe  Vacciné  Non vacciné

### Traitement

Traitement médicamenteux (Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

- Modes d'administration :
- Pousse seringue
  - Voie veineuse périphérique
  - Voie veineuse centrale
  - Site implantable
  - Accès péri-médullaire

### Pièces jointes

Ajouter

Ce dossier ne contient aucune pièce jointe.



Le tableau des **Traitements** est remplacé par une zone de texte libre.

Il est possible d'ajouter une pièce jointe directement depuis le volet médical (prescription de sortie, CRO, LDL...) en cliquant sur le bouton « Ajouter » du nouvel encart **Pièces Jointes**

## Volet Médical

### Statut vaccinal

COVID  Vacciné  Non vacciné

Grippe  Vacciné  Non vacciné

### Traitement

Traitement médicamenteux (Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

Modes d'administration :  Pousse seringue

Voie veineuse périphérique

Voie veineuse centrale

Site implantable

Accès péri-médullaire

### Pièces jointes

Ajouter

Ce dossier ne contient aucune pièce jointe.

### Pronostic et projet de soins ultérieur

Projet de soins médical (Max. 1000 caractères)

(0 caractère(s) sur 1000 disponibles)

Objectifs de soins palliatifs  Oui  Non



Dans l'encart **Pronostic et projet de soins ultérieur**, les items suivants sont supprimés :

- *Evaluation globale réalisée*
- *Incidence de la situation professionnelle sur la prise en charge*
- *L'affection actuelle compromet-elle l'exercice de la profession ?*
- *Réinsertion professionnelle à prévoir ?*



## Volet Soins et Projet

### - Indépendance

Ventilation \*  RAS  Apporter une précision

Aérosol

Oxygène

Trachéotomie

Trachéotomie nécessitant plus de trois aspirations par jour

Aspiration trachéo-bronchique

Ventilation non invasive hors SAS

Appareillage des apnées du sommeil



Dans l'encart **Indépendance**, chapitre **Ventilation** :

- L'item **Trachéotomie nécessitant plus de 3 aspirations par jour** est ajouté
- L'item *Ventilation invasive* est supprimé, puisqu'il est dorénavant proposé dans les **Comorbidités** du Volet Médical



## Volet Soins et Projet

### Indépendance

Ventilation \*  RAS  Apporter une précision

Etat Cutané \*  RAS  Apporter une précision

Plaies et pansements post chirurgicaux dont brûlures

Escarres

Traitement des plaies par pression négative (VAC)

Soins des plaies et pansement complexe ou longue durée (supérieure à 1h)

Appareillage \*  RAS  Apporter une précision

Capacités fonctionnelles \*  Aucune aide  Apporter une précision

Alimentation \*  Aucune aide  Apporter une précision

Communication \*  RAS  Apporter une précision

Troubles de la conscience, de l'humeur, cognitifs, comportementaux \*  RAS  Apporter une précision

Informations complémentaires (Max. 1000 caractères)



Dans l'encart **Indépendance**, chapitre **Etat Cutané** :

- L'item **Traitement des plaies par pression négative (VAC)** est ajouté
- L'item **Soins des plaies et pansement complexe ou longue durée (> 1h)** est ajouté

## Volet Soins et Projet

### Indépendance

Ventilation \*  RAS  Apporter une précision

Etat Cutané \*  RAS  Apporter une précision

Appareillage \*  RAS  Apporter une précision

Capacités fonctionnelles \*  Aucune aide  Apporter une précision

Déplacement \*  Aucune aide  Apporter une précision

Seul(e)  Aide partielle  Aide complète

Lit strict

Pas d'appui

Cannes

Déambulateur

Fauteuil manuel ou électrique

Chariot plat



Dans l'encart **Indépendance**, chapitre **Déplacement** :

- L'item **Fauteuil roulant** est renommé **Fauteuil manuel ou électrique**

### Séjour ou prise en charge

Chambre 1 lit  Médicalement nécessaire  Demandé par le patient  Aucune exigence



Dans l'encart **Séjour ou prise en charge**, la case *Date de prise en charge à domicile à réévaluer* est supprimée

## Volet Administratif et Social

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires pour valider le volet, ceux indiqués en rouge \* sont également obligatoires à chaque enregistrement du volet.

+ Identité

+ Niveau de confiance

- Contexte de la demande

Type de demande



Anticipée avant hospitalisation

Sans hospitalisation préalable

Date d'hospitalisation \*

Date d'intervention

Retour à domicile, ou maintien dans le lieu de vie actuel en attendant la prise en charge



L'encart *Prise en charge des soins ou du séjour, aides financières* est scindé en deux. La 1<sup>ère</sup> partie est renommée en **Contexte de la demande**.




Elle contient les items :

- **Type de demande,**
- **Date d'hospitalisation,**
- **Date d'intervention**
- et la case à cocher **Retour à domicile, ou maintien dans le lieu de vie actuel en attendant la prise en charge**

Cette 1<sup>ère</sup> partie **Contexte de la demande** est repositionnée en tête du volet **Administratif et Social**, après **Identité** et **Niveau de confiance**.

## Volet Administratif et Social

### - Contexte de la demande

- Type de demande  En cours d'hospitalisation   
 Anticipée avant hospitalisation   
 Sans hospitalisation préalable 

Date d'hospitalisation \*  

Date d'intervention  

Retour à domicile, ou maintien dans le lieu de vie actuel en attendant la prise en charge

### - Coordonnées

Adresse actuelle  


Code postal - Ville \*

Pays \*  


Téléphone



Téléphone portable

Email

 Indiquer l'adresse des soins si différente du domicile

### - Contacts

Personne ressource / à prévenir  Renseigner

Personne de confiance   Renseigner

Médecin traitant  \*  Pas de médecin traitant




Les encarts **Coordonnées** et **Contacts** sont repositionnés juste après le **Contexte de la demande**. Il sont suivis des encarts **Situation actuelle** et **Logement**.

## Volet Administratif et Social

### + Logement

#### - Prise en charge du séjour

N° de sécurité sociale  

Aucune prise en charge financière du séjour et des soins

Caisse d'affiliation sécurité sociale

Mutuelle ou assurance complémentaire  Oui  Non

Autres modes de financement  (Max. 500 caractères)

Bénéficiaire de la CSS   Oui  Non

Bénéficiaire d'une Aide Médicale d'Etat (AME)  Oui  Non

Séjour en rapport avec  Actes exonérants

ALD

AT ou maladie professionnelle

Autre

Autres aides financières  (Max. 500 caractères)



La 2<sup>ème</sup> partie de *Prise en charge des soins ou du séjour, aides financières* est renommée **Prise en charge du séjour** et est positionnée après l'encart **Logement**.

Le champ *Bénéficiaire de la CMU* est renommé en **Bénéficiaire de la CSS**