



Règle de soins infirmiers

ACTIVITÉ CLINIQUE : Dépistage de la dysphagie oropharyngée	RSI-011
Référence à une politique et procédure :	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>
Référence à un protocole	oui <input type="checkbox"/> non <input checked="" type="checkbox"/>

DÉFINITION

Le terme dysphagie désigne un trouble de la déglutition (action d'avaler) affectant les phases orale, pharyngée ou œsophagienne de la déglutition. Elle est la conséquence d'une ou de plusieurs pathologies sous-jacentes d'origine neurogène, oncologique, structurale, psychogène, chirurgicale, congénitale ou iatrogène.¹ La dénutrition protéinoénergétique, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les maladies neurodégénératives comme le Parkinson et la sclérose en plaques ainsi que la maladie d'Alzheimer prédisposent à la dysphagie. À cet égard, entre 30 % et 45 % des usagers ayant subi un AVC et près de 50 % des usagers atteints du Parkinson souffriraient de dysphagie.² La dysphagie affecterait aussi de 30 % à 50 % des aînés hospitalisés sur une unité de soins gériatriques³. Par ailleurs, la dysphagie oropharyngée est une complication fréquemment rencontrée en traumatologie, particulièrement chez les traumatisés crâniocérébraux (TCC) et les blessés médullaires cervicaux. De fait, chez les TCC modérés-sévères, l'incidence de dysphagie oropharyngée varie de 38 % à 65 %^{4,5}, tandis que chez les blessés médullaires cervicaux, elle atteint 54 %.⁶ Le problème de la dysphagie s'explique notamment chez ces usagers par un changement dans la physiologie de la déglutition ou encore par un trouble cognitif ou comportemental.^{7,8}

La dysphagie peut entraîner l'aspiration de matériel solide ou liquide dans les voies respiratoires, ce phénomène pouvant engendrer des complications graves comme la pneumonie d'aspiration.⁹ De plus, un taux de mortalité de 30 % est associé à la pneumonie d'aspiration^{9,10} suite à un événement neurologique¹¹ alors qu'il est jusqu'à 15 fois plus important chez les usagers ayant subi une chirurgie de la colonne par voie antérieure.¹²

En plus des conséquences que la dysphagie peut entraîner sur la fonction vitale respiratoire, elle peut aussi engendrer un délai dans le début de l'alimentation orale, contribuant à la malnutrition.^{3,13,14} Or, la malnutrition est aussi associée à des conséquences néfastes telles que l'augmentation du risque de plaies de pression et d'infection.^{15,16} Enfin, le non dépistage ou un dépistage inadéquat de la dysphagie peut porter atteinte à l'efficacité organisationnelle en augmentant le recours à des ressources spécialisées et les durées de séjour.¹⁵

CONTEXTE

La présente activité est en conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.¹⁷

L'infirmière doit :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Les infirmières et les candidates à l'exercice de la profession infirmière (C.E.P.I) de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) qui travaillent dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie (2C), des sciences neurologiques (5D) ou d'urgence et qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires. A cet égard, l'infirmière doit avoir suivi la formation et réussi le test d'évaluation des compétences sur le dépistage de la dysphagie oropharyngée.

CLIENTÈLES VISÉES

Les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie (2C), des sciences neurologiques (5D) ou d'urgence présentant les critères suivants :

- 75 ans et plus
- TCC léger, léger complexe, modéré ou sévère
- Lésion médullaire cervicale
- Atteinte neurologique (par exemple : AVC, tumeur cérébrale, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, etc.)
- Atteinte du larynx ou ayant été opéré pour une chirurgie de type oto-rhino-laryngologique
- Post-extubation, sauf lors d'une intubation pour une chirurgie élective
- Post-chirurgie cardiaque
- Signes de dysphagie

INTENTIONS THÉRAPEUTIQUES

BUT VISÉ PAR LA RÈGLE DE SOINS (RSI) EN PRÉSENCE :

La RSI vise à permettre le dépistage précoce de la dysphagie oropharyngée chez tous les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie, des sciences neurologiques et d'urgence répondant aux critères en lien avec les clientèles visées énumérées ci-dessus et aux conditions décrites ci-dessous. Elle vise également à diminuer le risque de pneumonie d'aspiration associé à la dysphagie oropharyngée et à optimiser l'état nutritionnel des usagers. Ceci, en réduisant les délais d'intervention liés au dépistage de la dysphagie tout en assurant que les besoins nutritionnels soient comblés.

CONDITIONS

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES :

Toute circonstance particulière qui ne permet pas l'application de la règle de soins :

- Usager intubé
- Usager trachéotomisé
- Usager ayant des antécédents connus de dysphagie (ou connu dysphagique)
- Usager NPO selon une ordonnance médicale en prévision d'une chirurgie, un test diagnostic, un examen diagnostic ou une condition médicale préexistante

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES :

- Usager avec traumatisme du massif facial inférieur. En présence de cette situation de santé, le dépistage de la dysphagie peut être effectué à l'exception de l'étape de l'évaluation de la déglutition à l'aide d'un biscuit.
- Alimentation entérale par une sonde introduite par stomie digestive (gastrostomie ou jéjunostomie). En présence de cette situation clinique, l'infirmière doit déterminer avec le médecin traitant, l'orthophoniste et la nutritionniste s'il est indiqué de procéder au dépistage de la dysphagie oropharyngée tel que décrit dans la présente RSI.
- Usager allergique aux aliments utilisés pour effectuer le dépistage de la dysphagie. En cas d'allergie* qui empêche l'utilisation des aliments proposés dans l'outil de dépistage, l'infirmière doit contacter la nutritionniste ou le service alimentaire pour connaître les alternatives.

* Allergènes des items contenus dans la trousse de dysphagie

- Compote de pommes sans sucre ajouté (Delipomme) :
 - Pommes
 - Fructose / Sorbitol
- Biscuits secs (Social Thé) :
 - Blé / Gluten
 - Huile végétale
 - Œufs
 - Produits laitiers
 - Soya
 - Fructose / Sorbitol

CONDITIONS DE RÉALISATION :

Clientèle AVC : La RSI s'applique optimalement dans les 4 h suivant l'arrivée de l'usager à l'urgence ou entre 2 h et 24 h après l'extubation, sauf si l'usager est porteur d'une trachéotomie ou présente des antécédents connus de dysphagie. Le premier dépistage doit se faire avant la première prise de liquide ou d'aliments. Si l'usager a été thrombolysé, se référer aux ordonnances médicales post-thrombolyse.

Ensemble de la clientèle (autre que AVC) : La RSI s'applique optimalement dans les 24 h après l'admission ou entre 2 h et 24 h après l'extubation, sauf si l'usager est porteur d'une trachéotomie ou présente des antécédents connus de dysphagie. Le premier dépistage doit se faire avant la première prise de liquide ou d'aliments.

Clientèle avec canule nasale à haut débit humidifié (Optiflow^{MC}) : Effectuer le dépistage de la dysphagie oropharyngée lorsque l'usager est sous Optiflow^{MC} et refaire le dépistage lorsque l'Optiflow^{MC} est cessé.

L'utilisateur peut être porteur d'un tube nasogastrique avec ou sans nutrition entérale en cours. De plus, le dépistage peut être effectué indépendamment de l'implication de la nutritionniste et de l'orthophoniste auprès de l'utilisateur. Il faut alors déterminer, en collaboration avec les professionnels impliqués, si une évaluation de la dysphagie a déjà été effectuée par ces professionnels et s'il est requis de procéder au dépistage de la dysphagie selon la présente RSI.

DIRECTIVES

AVANT LE DÉPISTAGE :

L'infirmière doit :

- S'assurer que l'utilisateur répond aux critères relatifs aux clientèles visées décrits dans la présente RSI et ne présente pas de contre-indication à la réalisation de cette procédure en consultant les notes d'évolution médicale et des autres professionnels lorsque requis.
- Avoir à sa disposition le matériel requis pour effectuer le dépistage de la dysphagie oropharyngée tel que décrit dans la présente RSI :
 - Document « Dépistage standardisé de la dysphagie »
 - Une cuillère à thé
 - Un verre d'eau (125 ml)
 - Une paille (facultatif selon le désir de l'utilisateur)
 - Une compote de fruits
 - Un biscuit sec (sauf lorsque l'utilisateur présente un traumatisme du massif facial inférieur)

DÉPISTAGE :

L'infirmière doit procéder au dépistage à l'aide du formulaire H-0132 (2015-12) « Dépistage standardisé de la dysphagie » (annexe A) :

- L'étape A du formulaire est reliée à l'évaluation des critères préalables au dépistage de la dysphagie. Ceux-ci permettent de déterminer si l'utilisateur est dans une condition physique et mentale adéquate pour procéder au dépistage.
- L'étape B du formulaire décrit la procédure de dépistage au moyen de différentes textures d'aliments et les mesures à prendre dans l'éventualité où l'utilisateur n'est pas en mesure de déglutir de façon appropriée lors de cinq tests précis.

Lorsqu'une ordonnance médicale limitant la mobilisation est émise, ou que la situation de santé impose une restriction de positionnement rendant impossible la mobilisation à 90°, se référer au médecin traitant ou en l'absence de celui-ci, le médecin de garde assigné. Celui-ci devra déterminer la consigne à suivre concernant l'utilisation du formulaire « Dépistage standardisé de la dysphagie » et le positionnement pour l'alimentation, s'il y a lieu.

Porter une attention particulière aux types de voix « mouillée » ou « rauque » ou « de faible intensité » ou « ne produit pas de son » et faire dire « aaah » où le formulaire l'indique.

En cas de doute, tout au long de l'utilisation du formulaire « Dépistage standardisé de la dysphagie », se référer à une infirmière formée pour un deuxième avis ou arrêter l'évaluation, aviser le médecin traitant ou en l'absence de celui-ci, le médecin de garde assigné, et référer à l'orthophoniste et à la nutritionniste.

SUIVI DU DÉPISTAGE :

L'infirmière doit :

- Refaire le dépistage standardisé de la dysphagie à toutes les 24 h lorsqu'un problème a été décelé lors de l'étape A ou B de l'outil de dépistage, si les conditions telles que décrites dans la présente RSI le permettent.
- Déterminer s'il est possible de reprendre l'alimentation et le type permis :
 - L'utilisateur doit demeurer NPO en présence d'un ou de plusieurs des signes suivants : aucune tentative d'avaler, fuite d'eau de la bouche, présence de toux, de suffocation, d'essoufflement, de voix enrouée/mouillée, ou si vous avez un doute quant à sa capacité à déglutir de façon appropriée.
 - L'utilisateur a droit uniquement à de l'eau claire (pas de jus, bouillon, soupe, café, thé) s'il présente un ou des signes suivants lorsqu'il avale de la compote de fruits ou des biscuits : fuite d'aliments de la bouche, présence de toux, de suffocation, d'essoufflement, de voix enrouée/mouillée après avoir avalé, ou si vous avez un doute quant à sa capacité à déglutir de façon appropriée.
 - L'utilisateur a droit à une diète appropriée à sa condition de santé s'il y a **absence** complète des signes suivants lorsqu'il avale de la compote de fruits ou des biscuits : fuite d'aliments de la bouche, présence de toux, de suffocation, d'essoufflement, de voix enrouée/mouillée après avoir avalé, ou si vous avez un doute quant à sa capacité à déglutir de façon appropriée.
 - Débuter l'eau claire ou une diète appropriée à la condition de santé de l'utilisateur selon le résultat du dépistage. Obtenir l'ordonnance médicale dans les 12 h suivant le début de la prise de l'eau claire ou de la diète appropriée à la condition de santé de l'utilisateur.
- S'assurer que l'utilisateur est assis à (90°) pour s'alimenter.
- Superviser le premier repas.
- Maintenir une surveillance attentive aux différents signes cliniques de dysphagie et d'aspiration lors de la poursuite de l'alimentation.
 - Les signes cliniques de la dysphagie oropharyngée sont^{18,19} :
 - Absence de déglutition spontanée
 - Aucune tentative d'avaler
 - Fuite d'eau de la bouche
 - Suffocation lors de la prise d'un liquide ou d'un solide
 - Essoufflement (en tout temps ou lors des repas)
 - Mauvaise gestion des sécrétions ou de la salive
 - Toux (en tout temps ou lors des repas)
 - Raclement de la gorge (en tout temps ou lors des repas)
 - Changement de qualité de la voix : mouillée ou rauque ou de faible intensité ou ne produit pas de son
 - Sensation de blocage, douleur ou inconfort dans le mécanisme oral périphérique ou les voies digestives hautes

- Les signes cliniques d'une pneumonie d'aspiration (principaux) sont²⁰ :
 - Image radiologique avec infiltration
 - Leucocytose (décompte des GB > 10 000)
 - Hypoxémie
 - Difficulté respiratoire avec crépitants audibles à l'auscultation
 - Crépitants à l'inspiration associés à l'expectoration de sécrétions
 - Essoufflement
 - Tachypnée (> 22 respirations/min)
 - Tachycardie
 - Élévation de la température corporelle > 37,8 - 38 degrés Celsius
- Aviser le médecin traitant, ou en l'absence de celui-ci le médecin de garde assigné, de tout changement dans l'état général de l'usager qui est en lien avec la déglutition ou l'alimentation, ou qui pourrait compromettre la déglutition et l'alimentation de l'usager.
- Aviser le médecin traitant, ou en l'absence de celui-ci le médecin de garde assigné, et la nutritionniste lorsque l'usager n'est pas en mesure de s'alimenter ou de s'hydrater de manière satisfaisante suite à la réussite du dépistage de la dysphagie.
- Maintenir l'alimentation entérale par tube gastrique au débit prescrit, indépendamment du résultat obtenu lors du dépistage, jusqu'à réévaluation des apports alimentaires par la nutritionniste. Une nutrition entérale via un tube nasogastrique ou une gastrostomie/jéjunostomie n'est pas une contre-indication à l'alimentation per os. Au contraire, elle permet de maintenir un état nutritionnel optimal lors d'une période critique à la récupération de l'usager.

DOCUMENTATION :

L'infirmière qui effectue le dépistage doit :

- Compléter le formulaire « Dépistage standardisé de la dysphagie ».
- Insérer le formulaire « Dépistage standardisé de la dysphagie » dûment complété dans la section « Signes vitaux et dosage » du dossier de l'usager.
- Documenter au dossier de l'usager, dans le formulaire de notes en soins infirmiers, le résultat de l'évaluation, les problèmes ou besoins prioritaires identifiés et les interventions planifiées.
- Incrire les constats de l'évaluation et les directives infirmières au plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Incrire les directives infirmières concernant la déglutition et l'alimentation de l'usager, selon les résultats du formulaire « Dépistage standardisé de la dysphagie », au plan de travail du préposé aux bénéficiaires.
- Documenter au dossier toutes les données et les interventions en lien avec la déglutition et l'alimentation de l'usager avant, pendant et après l'hydratation ou l'alimentation (état de conscience, respiration, saturation, positionnement, type et quantité d'hydratation et d'alimentation, ainsi que les résultats de l'observation de l'usager pendant et après l'hydratation et l'alimentation).

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- 1- Ordre des Audiologiste et des Orthophonistes d'Ontario (2007). Normes et lignes directrices de pratique sur l'intervention de l'orthophoniste en dysphagie.
- 2- Voyer, P. et al. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2^e édition. Édition du renouveau pédagogique : Québec, Canada
- 3- Clavé, P., Shaker, R. (2015). Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nature Reviews: Gastroenterology & Hepatology*, advance online publication 7 April 2015; doi:10.1038/nrgastro.2015.49.
- 4- Mackay, L. E., Morgan, A. S., Bernstein, B. A. (1999). Swallowing disorders in severe brain injury: risk factors affecting return to oral intake. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 80, 365-371.
- 5- Terré, R., Mearin, F. (2007). Prospective evaluation of oro-pharyngeal dysphagia after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21(13-14), 1411-1417.
- 6- Shin, J. C., Yoo, J. H., Lee, Y. S., Goo, H. R., Kim, D. H. (2011). Dysphagia in cervical spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49, 1008-1013.
- 7- Alashemi, H.H., (2010). Dysphagia in severe traumatic brain injury. *Neurosciences*, 15, 231-236.
- 8- Brown, C. V. R., Hejl, K., Mandaville, A.D., Chaney, P. E., Stevenson, G., Smith, C. (2012). Swallowing dysfunction after mechanical ventilation in trauma patients. *Journal of Critical Care*, 26, 108.e9-108.e13.
- 9- Shem, K., Castillo, K., Wong, S. L., Chang, J., Kolakowsky-Hayner, S. (2012). Dysphagia and Respiratory Care in Individuals with Tetraplegia: Incidence, Associated Factors, and Preventable Complications. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 18, 15-22.
- 10- Chaw, E., Shem, K., Castillo, K., Wong, S. L., Chang, J. (2012). Dysphagia and Associated Respiratory Considerations in Cervical Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 18, 291-299.
- 11- Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., Tonn, S. (2005). Stroke Practice Improvement Network Investigators. Formal Dysphagia Screening Protocols Prevent Pneumonia. *Stroke*, 36, 1972-1976.
- 12- Starmer, H. M., Riley, L. H., Hillel, A. T., Akst, L.M., Best, S.R., Gourin, C.G. (2014). Dysphagia, Short-Term Outcomes, and Cost of Care after Anterior Cervical DiscSurgery. *Dysphagia*, 29, 68-77.
- 13- Hammond, C.S. (2008). Cough and Aspiration of Food and Liquids Due to Oral Pharyngeal Dysphagia. *Lung*, 186, S35-S40.
- 14- Alhashemi, H.H. (2010). Dysphagia in severe traumatic brain injury. *Neurosciences*, 4, 231- 236.
- 15- Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., Pirlich, M. (2008). Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27, 5-15.
- 16- Guihan, M.L., Bombardier, C.H. (2012). Potentially modifiable risk factors among veterans with spinal cord injury hospitalized for severe pressure ulcers: a descriptive study. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 35, 240-250.
- 17- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2012). *Pratique infirmière. Champ d'exercices et activités réservées*. Site consulté le 20 janvier 2014, <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>.
- 18- Perry, L. (2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 463-473.
- 19- Côté, F., Bélisle, F., Blouin, N., Francoeur, L., Gaudreault, M., Jobin, M.-F., Kergoat, M.-J., McFarland, D. H., Masson, H., & Sanscartier, M. (1996). *La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte*. Canada: Edisem.
- 20- The Evidence-Based Review of Moderate to Severe Acquired Brain Injury (ABIEBR) (2011). Module 5. Mise à jour juillet 2013. <http://www.abiebr.com/>.

ADOPTION ET RÉVISION

RÉDIGÉE PAR :	<ul style="list-style-type: none"> - Mélanie Bérubé, IPA, M.Sc., Conseillère clinique en traumatologie et orthopédie - Marie-Pierre Valiquette, M.Sc., Infirmière clinicienne coordonnatrice du projet de transfert de connaissances sur le dépistage de la dysphagie en traumatologie
PERSONNE (S) OU INSTANCE (S) CONSULTÉE (S) :	<ul style="list-style-type: none"> - Marie-Ève Côté, B.Sc., Nutritionniste - Lisa Jane Callow, M.Sc., Nutritionniste - Anne-Marie Pausé, M.P.O., Orthophoniste - Ana Paula Delgado, M.P.O., Orthophoniste - Lorianne Lacerte, M.P.O., Orthophoniste - Dr Philippe Rico, Intensiviste, Interniste - Dr Francis Bernard, Intensiviste, Interniste - Dr Marc Giroux, Neurochirurgien, Chef du département de neurochirurgie - Dr Christophe Helbroeck, Anesthésiste - Jocelyne Lacroix, B.Sc., Conseillère en soins infirmiers - Stéphane Delisle, Ph.D, Inhalothérapeute - Isabelle Yelle, M.Sc., Directrice adjointe intérimaire au développement de la pratique en soins infirmiers - Comité d'implantation du dépistage de la dysphagie oropharyngée en traumatologie de l'HSCM

APPROUVÉE PAR :

ADÉLAÏDE DE MELO
Directrice des soins infirmiers

Adelaide Della

Signature

2015/12/23

Date

RSI-011	EN VIGUEUR LE : (15 / 07 / 06)	RÉVISÉE LE : (15 / 12 / 17)
----------------	--------------------------------	-----------------------------



Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Dépistage standardisé de la dysphagie

PROJET

Pour les usagers hospitalisés dans les unités de soins intensifs, de soins intensifs intermédiaires, de traumatologie, des sciences neurologiques et d'urgence. **Si l'usager est porteur d'une trachéotomie ou a des antécédents de dysphagie, il est contre-indiqué de procéder au dépistage. Dans ce contexte clinique, discutez avec le médecin traitant, l'orthophoniste et la nutritionniste pour la conduite à suivre.**

ÉTAPE A : ÉVALUATION DES CRITÈRES PRÉALABLES AU DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

Clientèle AVC : À compléter dans les 4 h après l'arrivée à l'urgence et avant la première prise de liquide ou d'aliments. Si usager thrombolysé, se référer aux ordonnances post-thrombolyse.

Clientèles telles que décrites dans la RSI-011 (excluant AVC) : À compléter dans les 24 h après l'admission ou entre 2 h et 24 h post-extubation et avant la première prise de liquide ou d'aliments.

Clientèle avec canule nasale à haut débit humidifié (Optiflow^{MC}) : À compléter lorsque l'usager est sous Optiflow^{MC} et à refaire lorsque l'Optiflow^{MC} est cessé.

1. L'usager est-il éveillé et alerte, ou capable de répondre à la parole ? Oui Non
2. L'usager est-il capable d'être en position assise à 90° en maintenant sa tête alignée ? Oui Non

Si vous avez répondu **NON** à **L'UNE** des questions ci-dessus :

NE POURSUIVEZ PAS L'ÉVALUATION DES CRITÈRES PRÉALABLES AU DÉPISTAGE**

**Réévaluez les critères 1 et 2 à toutes les 24 heures.

Si l'usager ne se qualifie pas pour le dépistage, discutez de l'hydratation et de la nutrition avec le médecin traitant **ET** la nutritionniste.

3. L'usager peut-il tousser à la demande ? Oui Non
4. L'usager peut-il avaler sa salive ? Oui Non
5. L'usager est-il capable de se lécher la lèvre supérieure ET inférieure ? Oui Non
6. L'usager est-il eupnéique sans venti-masque, avec une concentration d'O₂ et une SpO₂ stables ? Oui Non

Si vous avez répondu **OUI** aux questions 3 à 6 : **ÉVALUEZ LE CRITÈRE 7.**

Si vous avez répondu **NON** à **L'UNE** des questions 3 à 6 : **NE POURSUIVEZ PAS L'ÉVALUATION.**

AVISEZ LE MÉDECIN TRAITANT ET RÉFÉREZ À L'ORTHOPHONISTE ET À LA NUTRITIONNISTE.

7. L'usager a-t-il une voix « mouillée » ou « rauque » ou « de faible intensité » ou « ne produit pas de son » ?
(Parler avec l'usager ET demander de dire aaah pour l'analyse de la voix)

NON : PROCÉDEZ AU DÉPISTAGE

OUI ou DOUTE : ARRÊTEZ, AVISEZ LE MD TRAITANT ET RÉFÉREZ À L'ORTHOPHONISTE ET À LA NUTRITIONNISTE

Évaluation effectuée par : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

Orthophoniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Nutritionniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Médecin traitant avisé si problème : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

DÉPISTAGE STANDARDISÉ DE LA DYSPHAGIE

Nom : _____ Prénom : _____ # dossier : _____

ÉTAPE B : DÉPISTAGE DE LA DYSPHAGIE

USAGER ALERTE ET EN POSITION ASSISE À 90°

Lors de l'identification d'un problème vous empêchant de compléter le dépistage, cochez le carré correspondant à l'étape échouée. Avisez le médecin lors de l'identification d'un problème.

Donnez une première cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Aucune tentative d'avalé, ou fuite d'eau de la bouche, ou présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une deuxième cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une troisième cuillère à thé d'eau (5 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez un petit verre d'eau (125 ml) et faites dire aaah après avoir avalé	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Usager NPO Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		
Donnez une compote suivie d'un biscuit et faites dire aaah après avoir avalé chacune des textures	<input type="checkbox"/> Présence de toux, ou suffocation, ou essoufflement, ou voix enrouée / mouillée après avoir avalé, ou vous êtes incertain	Eau claire permise* Référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste
<input type="checkbox"/> Aucun problème		

Si AUCUN PROBLÈME : Débuter une diète appropriée à la condition de santé de l'usager. Obtenir l'ordonnance médicale pour la diète dans les 12 h suivant le dépistage. Assurez-vous que l'usager est assis à (90°) pour manger **ET** supervisez le premier repas (par l'infirmière). Pour toutes préoccupations, référez à l'orthophoniste et à la nutritionniste.

RÉPÉTEZ L'ÉVALUATION ET LE DÉPISTAGE S'IL Y A DÉTÉRIORATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL OU DE LA FONCTION DE LA DÉGLUTITION

Si aucune préoccupation, poursuivre l'alimentation et maintenir une surveillance attentive aux différents signes de dysphagie.

Dépistage effectué par : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

Problème identifié : Oui Non Incertain

Orthophoniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Nutritionniste si problème, req. faxée : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Médecin traitant avisé si problème : Oui Non Date (aaaa-mm-jj) : _____

Traduction libre et adaptation du Standardised Swallowing Screen, Perry, L. (2001). J Clin Nurs, 10, 463-473