

I. Pilote de l'étude

DR WALTER, Médecine Chef de Service, MED III, Clinique Sainte Elisabeth.

II. Thème de l'évaluation

Évaluation de la prise en charge des exacerbations de la Bronchopathie Chronique Obstructive (BPCO) chez les patients hospitalisés à la clinique Ste Elisabeth pendant l'année 2005.

Les pathologies touchant l'arbre broncho-pulmonaire sont celles que l'on rencontre le plus chez la personne âgée. Chez l'adulte, elles prennent une place de plus en plus importante.

Parmi ces pathologies broncho-pulmonaires, la BPCO tient une place de choix, puisque contrairement à nombre de pathologies, sa fréquence, au sein de la population, ne fait que croître d'année en année.

Ainsi la BPCO tient actuellement une place importante dans les motifs d'hospitalisation à la clinique, place renforcée par la présence de notre pneumologue, Dr BASSEGODA, qui participe également au recrutement des patients, quel qu'en soit l'âge.

La prise de conscience de l'ampleur du problème de santé publique (actuel et à venir) ainsi que la démonstration de nouvelles données thérapeutiques ont poussé la communauté médicale française et internationale à édicter une série de recommandations pour formaliser une stratégie globale de prise en charge de ces pathologies.

De même, le Ministère de la Santé et des solidarités a édicté un programme d'actions en faveur de la BPCO qui concerne la période 2005-2006

Une Analyse de nos pratiques à ce sujet nous a semblé justifiée.

III. Textes de référence

- Il s'agit pour l'OMS et le National Institute of Health du Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) et en France des Recommandations pour la prise en charge des BPCO faites par la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).
- La Revue des Maladies Respiratoires, organe officiel de la Société de Pneumologie de Langue Française (juin 2006)
- Nous y ajouterons les conseils de Dr.BASSEGODA, fruits de son expérience.

IV. Equipe projet

- Conseil :


-DR BASSEGODA, Pneumologue.

- Participants :

- Melle ALBAZAR Khadîdja	IDE médecine 3
- Mme DODIN Audrey	IDE Médecine 4
- Mme HOLSENBURGER Marie José	AS plateau technique
- Mme KOP Maryse	Secrétaire médicale
- Melle MULLER Sarah	AS médecine 3
- M. WAGNER Jean-Marc	IDE SSR-USLD

- Personne Ressource :

- RABAUD Lucien, kinésithérapeute.

 <p>CLINIQUE SAINTE ELISABETH - THIONVILLE</p>	<p>EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES</p> <p>TITRE DU REFERENTIEL</p>	<p>EPP</p> <p>Type de PEC N°</p> <p>Date :</p> <p>Page 2/4</p>
--	---	--

V. Objectifs

- Nous avons voulu évaluer la prise en charge des épisodes d'exacerbation traités à la clinique pendant l'année 2005.
- Cette étude doit permettre d'améliorer notre intervention, et définir un protocole applicable aux différents services de la clinique.
- Ce protocole intégrera les modalités de prescription d'une éventuelle antibiothérapie.
- Nous compléterons ce travail par des conseils de prise en charge à domicile, susceptibles de ralentir l'évolution de la maladie, de réduire les complications et les réhospitalisations dues à cette affection, et ce, en relation avec le médecin traitant et le spécialiste.
- ► **Nous intégrons ainsi le cadre du programme d'actions en faveur de la BPCO du Ministère de la Santé et des solidarités**

VI. Protocole d'évaluation (méthodologie)

- Audit rétrospectif réalisé sur l'année 2005
- Population Évaluée: 28 patients par tirage au sort des dossiers concernés recueillis sur les critères du PMSI (diagnostic principal)
- Mise en place d'une grille de recueil des données basée sur les recommandations des consensus (SPLF et GOLD), ainsi que sur l'avis de DR. BASSEGODA, en choisissant essentiellement les items répondant aux grades A de recommandation scientifique.


VII. Résultats

Points positifs

- - 3 items ont des résultats satisfaisants à 75 % ou plus.
- - 2 items entre 50 et 75 %

Points négatifs

- - 6 items en dessous de 50 %, ce sont :
 - - 3 des critères sous recherchés correspondent à l'anamnèse du patient et à la recherche de facteurs de risque (fréquence respiratoire, IMC et exposition professionnelle)
 - - 2 critères correspondent à l'évaluation fonctionnelle du patient, soit dans la connaissance des ses antécédents (facteurs externes à la clinique pour celui-ci), soit internes à la clinique dans l'évaluation fonctionnelle avant sa sortie.
 - - 1 critère correspond à la prise en charge thérapeutique du patient par kinésithérapie respiratoire.

 <p>CLINIQUE SAINTE ELISABETH - THIONVILLE</p>	<p>EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES</p> <p>TITRE DU REFERENTIEL</p>	<p>EPP</p> <p>Type de PEC N°</p> <p>Date :</p> <p>Page 3/4</p>
--	---	--

Axes d'amélioration avec calendrier de mise en œuvre

Intégration dans le dossier médical :

- ▶ de la fréquence respiratoire qui sera ajoutée aux paramètres de surveillance d'entrée habituels: Ta, Fc, T°, SaO2
- ▶ de nouveaux items sur la fiche 2 du dossier médical :
 - IMC, poids et taille du patient,
 - Antécédents professionnels du patient
- ▶ Achat par la clinique d'un appareil d'exploration fonctionnelle respiratoire de type pléthysmographe.
- ▶ Intégrer dans la démarche thérapeutique médicale le rôle de la kinésithérapie respiratoire de drainage.
- ▶ aide psychothérapeutique pour l'arrêt du tabac par la psychologue prochainement embauchée à la clinique.

→ MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE DE PRISE EN CHARGE DES BPCO DECOMPENSEES OU SURINFECTEES A LA CLINIQUE AVEC PROTOCOLE « ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BPCO ».

Ainsi, l'expérience que nous avons, à la clinique, de la prise en charge des BPCO, grâce à l'intervention de Dr. BASSEGODA, a pu être complétée par le travail que nous venons de réaliser.

VII. Modalités de communication des résultats

Il sera présenté au groupe de travail qui a participé à son bon déroulement, puis à l'ensemble des personnels concernés par cette pathologie.

IX. Indicateurs de suivi

Une réévaluation annuelle sera effectuée selon les mêmes modalités (protocole complémentaire de prise en charge des bpco décompensées ou surinfectées a la clinique et protocole antibiotherapique), en prenant en compte les évolutions médicales et para médicales survenues dans l'intervalle et feront l'objet d'une adaptation protocolaire.

X. Date prévisionnelle de la prochaine évaluation

La prochaine évaluation aura lieu en janvier 2007 et intégrera les 6 items inférieurs à 50%



Interprétation des résultats

- 1) Que pensez-vous de vos résultats ?
- 2) Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?
- 3) Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?
- 4) Quelles mesures d'amélioration de votre pratique pourraient être mises en place ?

Évaluation de la prise en charge des exacerbations de BPCO chez les patients hospitalisés à la clinique Ste Elisabeth pendant l'année 2005

*TRAVAIL EFFECTUE DANS LE CADRE DE LA
CERTIFICATION V2
ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES*

CONTEXTE

- ▶ **Les pathologies touchant l'arbre broncho-pulmonaire sont celles que l'on rencontre le plus chez la personne âgée. Chez l'adulte, elles prennent une place de plus en plus importante.**
- ▶ **Parmi ces pathologies broncho-pulmonaires, la BPCO tient une place de choix, puisque contrairement à nombre de pathologies, sa fréquence, au sein de la population, ne fait que croître d'années en années.**
- ▶ **ainsi la BPCO tient actuellement une place importante dans les motifs d'hospitalisation à la clinique, place renforcée par la présence de notre pneumologue, Dr BASSEGODA, qui participe également au recrutement des patients, quel qu'en soit l'âge.**

FREQUENCE ET PREVALENCE :

- ▶ **3,5 millions de personnes en France, dont 100 000 sont atteintes de formes sévères nécessitant une oxygénothérapie à domicile.**
- ▶ **De 16 000 décès en 1999, nous passerons à 34 000 en 2020.**
- ▶ **La BPCO, en terme de mortalité passera du 6e rang en 1990 au 3e en 2020 et, en terme de handicap, du 12e au 5e rang.**

FREQUENCE ET PREVALENCE :

- ▶ **En terme de morbidité, l'impact humain est considérable, par an, on dénombre :**
 - **40 000 nouveaux malades atteints de BPCO sont admis en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique**
 - **800 000 journées d'hospitalisation pour des complications aiguës liées à la BPCO, les exacerbations (surinfections pulmonaires, insuffisance respiratoire aiguë)**

FREQUENCE ET PREVALENCE :

- ▶ **Le poids médico-économique est majeur en France :**
 - **3,5 milliards d'euros par an de dépenses de santé, dont plus de la moitié pour les hospitalisations non programmées en raison de complications aiguës**
 - **6000 euros en moyenne de dépenses de santé par an et par malade**
 - **10 000 euros pour un malade sous oxygénothérapie à domicile 1ère cause d'arrêt de travail pour maladie respiratoire**

CONSEQUENCES

La prise de conscience de l'ampleur du problème de santé publique (actuel et à venir) ainsi que la démonstration de nouvelles données thérapeutiques ont poussé la communauté médicale française et internationale à édicter une série de recommandations pour formaliser une stratégie globale de prise en charge de ces pathologies.

De même, le Ministère de la Santé et des solidarités a édicté un programme d'actions en faveur de la BPCO qui concerne la période 2005-2006

TEXTES DE REFERENCE

- ▶ Il s'agit pour l'OMS et le National Institute of Health du Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) et en France des Recommandations pour la prise en charge des BPCO faites par la Société de Pneumologie de Langue Française(SPLF).
- ▶ La Revue des Maladies Respiratoires, organe officiel de la Société de Pneumologie de Langue Française
(2006)
- ▶ Nous y ajouterons les conseils de Dr.BASSEGODA, fruits de son expérience.

DEFINITION

- ▶ La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) se définit comme une maladie chronique caractérisée par une limitation progressive, peu ou pas réversible, des débits aériens, avant tout expiratoires.
- ▶ Sauf précision contraire, la terminologie de la BPCO admet implicitement l'origine tabagique de la maladie. Toutefois, le contrôle de l'environnement professionnel, de la pollution atmosphérique doit être recherché.
- ▶ Le diagnostic doit être évoqué devant l'association de facteurs de risques (tabac++) et la notion d'une toux chronique productive. La clé du diagnostic est représentée par la spirométrie avec mesure du VEMS. Une obstruction bronchique irréversible est affirmée devant un $VEMS < 80\%$ après inhalation de bronchodilatateurs. Ce sont également les mesures de l'obstruction et de la distension qui vont définir la sévérité de la maladie (4 stades).

complications

▶ Les complications sont nombreuses, sévères, économiquement lourdes:

- Insuffisance respiratoire chronique avec/sans O²thérapie
- Exacerbations → Hospitalisations
- Impacts cardiaques:troubles du rythme, insuffisance cardiaque
- Troubles cognitifs, troubles de l'humeur
- Dénutrition avec ses conséquences multiples: anémie, baisse de l'immunité,sarcopénie, chutes...
- Dépendance
- Décès prématuré

Toutes ces données ont concouru au choix de la BPCO comme thème d'évaluation des pratiques professionnelles.

- ▶ Nous avons voulu évaluer la prise en charge des épisodes d'exacerbation traités à la clinique pendant l'année 2005.
- ▶ Cette étude doit permettre d'améliorer notre intervention, et définir un protocole applicable aux différents services de la clinique.
- ▶ Ce protocole intégrera les modalités de prescription d'une éventuelle antibiothérapie.
- ▶ Nous compléterons ce travail par des conseils de prise en charge à domicile, susceptibles de ralentir l'évolution de la maladie, de réduire les complications et les réhospitalisations dues à cette affection, et ce, en relation avec le médecin traitant et le spécialiste.
- ▶ **▶ Nous sommes ainsi dans le cadre du programme d'actions en faveur de la BPCO du Ministère de la Santé et des solidarités**

Soutiens institutionnels

M. LSTIBUREK, directeur de la clinique

Mme ZANETTI Catherine, qualitiicienne

Groupe de travail :

- **Chef de Projet :**

-DR WALTER, Médecine Chef de Service, MED III, Clinique Sainte Elisabeth.

- **Conseil :**

-DR BASSEGODA, Pneumologue.

- **Participants :**

- Mme DODIN Audrey	IDE Médecine 4
- Mme HOLSENBURGER Marie José	AS plateau technique
- Mme KOP Maryse	Secrétaire médicale
- Melle MULLER Sarah	AS médecine 3
- M. WAGNER Jean-Marc	IDE SSR-USLD

- **Personne Ressource :**

- RABAUD Lucien	Kinésithérapeute
-----------------	------------------

METHODE UTILISEE: L'AUDIT CLINIQUE

- Audit rétrospectif réalisé sur l'année 2005
- Population Évaluée: 28 patients par tirage au sort des dossiers concernés recueillis sur les critères du PMSI (diagnostic principal)

Mise en place d'une grille de recueil des données basée sur les recommandations des consensus (SPLF et GOLD), ainsi que sur l'avis de DR. BASSEGODA, en choisissant essentiellement les items répondant aux grades A de recommandation scientifique.

**« LES EXACERBATIONS DE BPCO
Audit du dossier du patient »**

Date :

Service : ;

N° dossier patient :

CRITERES VALIDES

N°	Critères	Oui	Non	NA	Commentaires
1	L'interrogatoire du patient permet de retrouver les facteurs de risques suivants:				
	1 Fréquence respiratoire				
	2 IMC				
	3 Tabac				
	4 Polluants professionnels				
2	Des gaz du sang (GDS) sont réalisés.				
3	Il existe une surveillance de saturation.				
4	Les valeurs fonctionnelles :E.F.R. : -antérieures sont connues. -en cours d'hospitalisation sont connues.				
5	Une radiographie pulmonaire est prescrite et réalisée.				
6	La kinésithérapie de désencombrement est prescrite et pratiquée.				
7	Il existe des critères de début d'une antibiothérapie : purulence et dyspnée ou/et expectoration majorée.				

RESULTATS

▶ Résultats :

- ▶ - 3 items ont des résultats satisfaisants à 75 % ou plus.
- ▶ - 2 items entre 50 et 75 %
- ▶ - 6 items en dessous de 50 %

- 3 des critères sous recherchés correspondent à l'anamnèse du patient et à la recherche de facteurs de risque (C1-1:fréquence respiratoire, C1-2 :IMC et C1-4: exposition professionnelle)

- 2 critères(C4-1,C4-2) correspondent à l'évaluation fonctionnelle du patient, soit dans la connaissance des ses antécédents (facteurs externes à la clinique pour celui-ci), soit internes à la clinique dans l'évaluation fonctionnelle avant sa sortie.

- 1 critère correspond à la prise en charge thérapeutique du patient par kinésithérapie respiratoire(C6).

Solutions proposées :

Intégration dans le dossier médical :

- ▶ de la fréquence respiratoire qui sera ajoutée aux paramètres de surveillance d'entrée habituels: Ta, Fc, T°, SaO2
- ▶ de nouveaux items sur la fiche 2 du dossier médical :
 - IMC, poids et taille du patient,
 - Antécédents professionnels du patient
- ▶ Achat par la clinique d'un appareil d'exploration fonctionnelle respiratoire de type pléthysmographe.
- ▶ Intégrer dans la démarche thérapeutique médicale le rôle de la kinésithérapie respiratoire de drainage.
- ▶ aide psychothérapique pour l'arrêt du tabac par la psychologue prochainement embauchée à la clinique.

PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE DE PRISE EN CHARGE DES BPCO DECOMPENSEES OU SURINFECTEES A LA CLINIQUE

I – L'examen standard sera complété par la recherche particulière :

- de la fréquence respiratoire
- d'un tabagisme
- de polluants professionnels

II – Les examens complémentaires spécifiques :

- la radiographie pulmonaire
- les gaz du sang (GDS) s'ils ne sont pas disponibles
- les endoscopies selon l'avis du pneumologue

III – La biologie sera standard

IV – La surveillance portera

- sur la saturation en oxygène de l'hémoglobine
- sur le pratique d'une EFR en fin de séjour ou programmée après hospitalisation

V – Traitements spécifiques

- O₂thérapie (lunettes, masque ou VNI), afin d'obtenir une SaO₂ > 92%
- corticothérapie: 1 à 2mg/kg/jour, en IVD au départ avec relais par la voie orale (avec contrôle des glycémies capillaires pendant 48h ou plus si suspicion de troubles de la glycémie), avec relais par voie inhalée.
- aérosols BRICANYL- ATROVENT 4x/jour (durée: 15mn), puis spray.
- kinésithérapie de désencombrement (1x/jour)

VI –Évaluation des critères de début d'une antibiothérapie : purulence et dyspnée ou/et expectoration

ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BPCO.

- ▶ AU STADE 0, l'antibiothérapie n'est, en règle générale, pas justifiée.
- ▶ BPCO stades 1, 2, 3 en exacerbation:

I. Absence de purulence franche de l'expectoration + aggravation de la dyspnée et/ou augmentation de volume (triade d'Anthoniesen)

- ▶ Surveillance et traitement symptomatique, pas de traitement antibiotique.
- ▶ Si aggravation ou apparition d'une purulence franche de l'expectoration: antibiothérapie
 - Télithromycine
 - Pristinamycine
 - Amoxicilline
 - Doxycycline
 - Macrolide

ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BPCO.

II. Présence d'une purulence franche de l'expectoration + aggravation de la dyspnée et/ou augmentation de volume

▶ Présence de facteur(s) de risques

- VEMS < 30% en état stable
- Hypoxémie de repos (<60 mmHg [8Kpa])
- Exacerbations fréquentes (≥ 4)
- Corticothérapie systémique au long cours
- Comobidité(s)
- Antécédents de pneumonie

▶ Antibiothérapie:

- Amoxicilline – Acide clavulanique
- FQ (lévoflaxacine, moxifloxacine)
- C3G (cefpodoxime proxétil, cefotiam hémétil ???)
- C2G (céfuroxime axétil)

▶ Si échec (Persistance ou aggravation d'une purulence franche des crachats associée ou non à la fièvre après 4 jours de traitement)

- ECBC (recherche de Pseudomonas)
- Radiographie thoracique

ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BPCO.

▶ Absence de facteur(s) de risques

▶ Antibiothérapie

- Télithromycine
- Pristinamycine
- Amoxicilline
- Doxycycline
- Macrolide

Le dossier de sortie comprendra:

- La lettre de sortie.
- L'ordonnance provisoire (comme toute ordonnance de sortie) si le patient ne peut voir le médecin traitant le jour même.
- Un double de l'ordonnance à conserver par le patient ou l'infirmière à domicile, pour le suivi du traitement global et spécifique.
- Une prise en charge d'une éventuelle oxygénothérapie à domicile, organisée par Dr. BASSEGODA avec mise en place du matériel avant retour du patient à domicile et prescription des modalités de prise de l'oxygène.
- La prescription d'une aérosolothérapie, si nécessaire, avec ordonnance des produits et location ou achat d'un appareil à aérosol (Dr. BASSEGODA).
- La prescription d'une kinésithérapie de drainage bronchique est souvent nécessaire
- Des recommandations concernant:
 - L'arrêt du tabac avec suivi psychothérapique au service et adresse du centre anti tabac le plus proche du domicile et la mise à l'écart des facteurs d'irritation bronchique.
 - Les vaccinations antigrippale et pneumococcique.
 - Les conseils hygiéno-dietétiques:

conclusion

- ▶ **L'expérience que nous avons, à la clinique, de la prise en charge des BPCO, grâce à l'intervention de Dr. BASSEGODA, a pu être complétée par le travail que nous venons de réaliser.**
- ▶ **Il sera présenté au groupe de travail qui a participé à son bon déroulement, puis à l'ensemble des personnels concernés par cette pathologie.**
- ▶ **Le protocole élaboré sera appliqué aux différents services de la clinique.**
- ▶ **Une réévaluation annuelle sera effectuée selon les mêmes modalités, en prenant en compte les évolutions médicales et para médicales survenues dans l'intervalle et feront l'objet d'une adaptation protocolaire.**
- ▶ **La prochaine évaluation aura lieu en Janvier 2007 et concernera les 6 items inférieurs à 50%**

PROJETS

- ▶ **Intégration de la clinique dans un réseau de rééducation respiratoire (réseau de rééducation lorrain)**
- ▶ **Évaluation de l'intérêt de l'achat d'un analyseur en GDS**

MERCI DE VOTRE ATTENTION

**PROTOCOLE COMPLEMENTAIRE DE PRISE
EN CHARGE DES BPCO DECOMPENSEES OU
SURINFECTEES A LA CLINIQUE****Objet**

Prise en charge des décompensations ou surinfections de BPCO (Bronchopathie Chronique Obstructives) chez les patients hospitalisés à la clinique.

Diffusion

- Docteur BASSEGODA, Pneumologue
- Médecins
- Responsables infirmières
- IDE

Documents de référence

- Il s'agit pour l'OMS et le National Institute of Health du Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) et en France des Recommandations pour la prise en charge des BPCO faites par la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).
- La Revue des Maladies Respiratoires, organe officiel de la Société de Pneumologie de Langue Française
(juin 2006)
- Nous y ajouterons les conseils de Docteur BASSEGODA, fruits de son expérience.

	Nom	Fonction	Date	Signature
REDACTION	Dr WALTER Gérard	Médecin chef de service	21/11/2006	
VALIDATION	Dr WALTER Gérard	Médecin chef de service	29/11/2006	
APPROBATION	LSTIBUREK Patrick	Directeur	29/11/2006	

**I – L'examen standard est complété par la recherche particulière :**

- de la fréquence respiratoire
- de l'IMC
- d'un tabagisme
- de polluants professionnels

II – Les examens complémentaires spécifiques :

- la radiographie pulmonaire
- les gaz du sang (GDS) s'ils ne sont pas disponibles
- les endoscopies selon l'avis du pneumologue

III – La biologie est standard**IV – La surveillance portera**

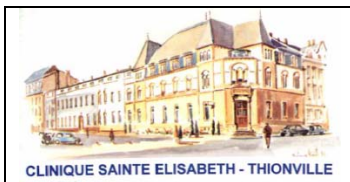
- sur la saturation en oxygène de l'hémoglobine (*tous les combien de temps*)
- sur le pratique d'une EFR en fin de séjour ou programmée après hospitalisation

V – Traitements spécifiques

- oxygénothérapie en lunettes ou au masque, afin d'obtenir une $SaHbO_2 > 90\%$
- corticothérapie
- aérosols BRICANYL ATROVENT 4x/jour
- kinésithérapie de désencombrement

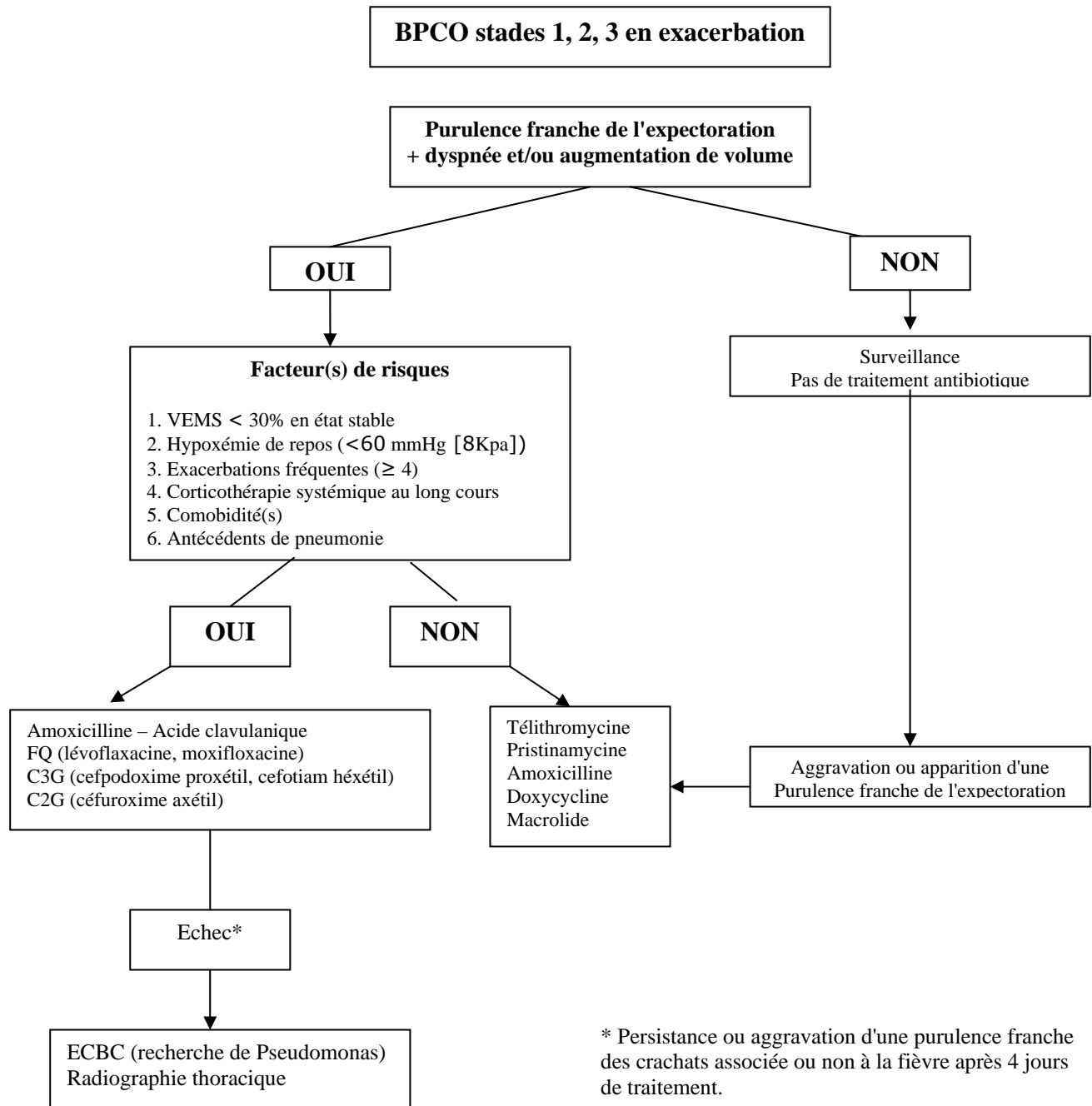
VI – Il existe des critères de début d'une antibiothérapie : présence d'une purulence franche de l'expectoration + aggravation de la dyspnée et/ou augmentation de volume

	Nom	Fonction	Date	Signature
REDACTION	Dr WALTER Gérard	Médecin chef de service	21/11/2006	
VALIDATION	Dr WALTER Gérard	Médecin chef de service	29/11/2006	
APPROBATION	LSTIBUREK Patrick	Directeur	29/11/2006	



ANTIBIOTHERAPIE DANS LES EXACERBATIONS DE BPCO

AU STADE 0, L'ANTIBIOTHERAPIE N'EST, EN REGLE GENERALE, PAS JUSTIFIEE.



* Persistance ou aggravation d'une purulence franche des crachats associée ou non à la fièvre après 4 jours de traitement.

	Nom	Fonction	Date	Signature
REDACTION	Dr WALTER Gérard	Médecin chef de service	21/11/2006	
VALIDATION	Dr WALTER Gérard	Médecin chef de service	29/11/2006	
APPROBATION	LSTIBUREK Patrick	Directeur	29/11/2006	

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES :
LES EXACERBATIONS DE BPCO
 Audit du dossier du patient

Date :

Service : ;

N° dossier patient :

CRITERES VALIDES

N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	L'interrogatoire du patient permet de retrouver les facteurs de risques suivants:				
	1 Fréquence respiratoire				
	2 IMC				
	3 Tabac				
4	Polluants professionnels				
2	Des gaz du sang (GDS) sont réalisés.				
3	Il existe une surveillance de saturation.				
4	Les valeurs fonctionnelles : E.F.R. : - antérieures sont connues. - en cours d'hospitalisation sont connues.				
5	Une radiographie pulmonaire est prescrite et réalisée.				
6	La kinésithérapie de désencombrement est prescrite et pratiquée.				
7	Il existe des critères de début d'une antibiothérapie : purulence et dyspnée ou/et expectoration majorée.				