

**MOTIFS D'HOSPITALISATION PAR L'EQUIPE
MOBILE DE NUIT ET DIAGNOSTIC FINAL
RETENU**

Me MARTIN épouse GUYOT Amandine
DU IDE REFERENTE EN EHPAD ET EN SSIAD

Dr MIRSAMADZADEH épouse MOCH Sara
DIU MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

ANNEE 2014-2015

Directrices de mémoire : Dr OLIVER Marie-Louise et Madame VIRATELLE Françoise

TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION	Page 2
II.CONTEXTE	Page 2
III. METHODE	Page 4
IV. RESULTATS	Page 4
V. ANALYSE DES RESULTATS	Page 9
VI. DISCUSSION	Page 10
VII. CONCLUSION	Page 12
BIBLIOGRAPHIE	Page 13
ABREVIATIONS	Page 14
ANNEXES	Page 15

Remerciements :

Nous tenons à remercier pour leurs aides précieuses au cours de ce travail de recherche :

Me BUISSON Sylvie et Me POUGET Anne Claude pour leurs soutiens au cours de ce mémoire.

Me VIRATELLE Françoise et Dr OLIVER Marie Louise pour avoir accepté de nous accompagner dans cette démarche.

Me RICHER Elise et Me HULLOT Patricia pour leurs patiences et leurs expertises.

Dr CHANCIAUX Christine pour nous avoir recommandé le sujet de ce mémoire.

Me PETIT Sylvie.

I. INTRODUCTION

Travaillant au sein d'un établissement d'hébergement de personnes âgées et dépendantes (EHPAD) bénéficiant d'une équipe infirmière mobile de nuit depuis Janvier 2013 grâce à une expérimentation mise en place par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France, nous souhaitons écrire un mémoire sur ce dispositif.

Cette expérimentation faisant l'objet de plusieurs études en cours. C'est avec l'aide du Docteur Christine Chansiaux, praticien hospitalier gériatre et référent médical de l'expérimentation, que nous avons choisi ce sujet.

Notre mémoire a pour objectif le recueil des causes d'hospitalisation la nuit des résidents de trois EHPAD bénéficiant de la même équipe infirmière mobile, et le diagnostic final retenu à leur sortie d'hospitalisation afin d'évaluer la pertinence des hospitalisations la nuit et l'adéquation avec le motif d'envoi.

II. CONTEXTE

Seuls 14% des EHPAD en France disposent de personnel infirmier la nuit (1). Dans les autres établissements, les aides soignants assurent la permanence soignante de nuit. Il ressort des études que l'hospitalisation en urgence des personnes âgées dépendantes constitue un facteur de mauvais pronostic (2). La présence d'un personnel infirmier la nuit au sein des EHPAD serait un des facteurs permettant la diminution du nombre d'hospitalisation des résidents (3).

Afin de diminuer les hospitalisations en urgence des résidents en EHPAD et de favoriser les retours d'hospitalisation, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France soutient et finance des postes infirmiers de nuit mobiles depuis Novembre 2012. Ces équipes infirmières mobiles formées sont mutualisées et interviennent au sein de plusieurs EHPAD la nuit de 21h à 7h, à raison d'un personnel infirmier par nuit.

Cette expérimentation a pour but d'améliorer la continuité des soins en permettant de prodiguer des soins infirmiers la nuit, et réduire ainsi le nombre d'hospitalisations évitables.

Nous avons choisi dans ce mémoire de nous intéresser à trois EHPAD que nous nommerons A, B et C afin d'assurer l'anonymat relatif aux informations de santé.

Le dispositif infirmier de nuit implique dans cette étude, trois EHPAD, proches géographiquement dans un rayon de 15km, et représentant une capacité totale de 404 lits répartis de la façon suivante :

- 240 lits à l'EHPAD A adossé à un centre hospitalier (PMP : 337 GMP : 738)
- 72 lits à l'EHPAD B (PMP : 207 GMP : 741)
- 92 lits à l'EHPAD C (PMP: 279 GMP : 840)

Ce dispositif fonctionne comme une astreinte nocturne. Chaque nuit, un infirmier intervient dans chacun des trois EHPAD pour des soins programmés éventuels, et sur appel des aides-soignants.

Le rôle de l'infirmier mobile de nuit tel que définit dans le cahier des charges de l'ARS Ile de France (annexe 1) est :

- D'améliorer l'orientation des patients aux horaires nocturnes en contribuant à mieux déceler les situations à risques, favoriser le recours au SAMU Centre 15 le cas échéant et identifier les admissions en urgence évitables, dans le cadre de procédures préétablies et en partenariat avec les SAMU Centre 15.
- D'améliorer la prise en charge des retours d'hospitalisation
- D'améliorer la continuité des soins en EHPAD, en sécurisant les équipes
- D'améliorer la formation des personnels de nuit en EHPAD.

Les médecins du SAMU Centre 15 sont associés à cette expérimentation et constituent l'interlocuteur privilégié du personnel infirmier de nuit.

Les infirmiers inclus dans cette expérimentation ont bénéficié au préalable d'une formation théorique et pratique axée notamment sur les soins palliatifs, les troubles du comportement, la gestion de la douleur, les urgences, les sorties d'hospitalisation, les transmissions entre équipe, et la formation du personnel de nuit (annexe 1).

Nous proposons dans ce mémoire de faire une étude qualitative comparant les motifs d'hospitalisations des résidents la nuit par l'infirmière de l'équipe mobile, et le diagnostic médical retenu à la sortie d'hospitalisation au cours des années 2013 et 2014 au sein de ces trois EHPAD.

III.METHODE

La méthode utilisée est celle de l'étude rétrospective du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2014.

Le recueil des données s'est effectué à partir :

- des cahiers de transmission infirmiers mentionnant le motif d'hospitalisation,
- des comptes rendus d'hospitalisation ayant fait l'objet d'une stricte anonymisation (annexe 2),
- d'entretiens menés avec les infirmiers de l'équipe mobile de nuit au sujet des motifs d'hospitalisation.

IV. RESULTATS

Le nombre d'hospitalisation total pour tous les établissements sur les deux années 2013 et 2014 s'élève à 24, 10 en 2013 et 14 en 2014.

Le tableau (1) reprend la répartition des hospitalisations selon les établissements.

Tableau 1.

Nombre d'hospitalisations	2013	2014
EHPAD A	1	1
EHPAD B	2	6
EHPAD C	7	7

Les motifs d'hospitalisation, ainsi que la durée du séjour, le décès au décours de l'hospitalisation et le diagnostic final ont été reportés dans le tableau 2.

Dans le tableau (2), la notion de corrélation entre le motif d'envoi et le diagnostic final apparait de la façon suivante :

- cotation 1, s'il existe une corrélation entre le motif d'envoi et le diagnostic final
- cotation 0, en l'absence de corrélation entre le motif d'envoi et le diagnostic final.

Tableau 2.

Durée du séjour hospitalier (jour)	Décès durant hospitalisation	Motif d'hospitalisation	Diagnostic de sortie	Corrélation entre le motif d'hospitalisation et le diagnostic
10	non	Fièvre et douleur membre inférieur	Thrombose Veineuse Profonde	1
1	oui	Dyspnée	Pneumopathie	1
5	non	Douleurs thoraciques	Anxiété	0
0	non	Chute	Plaie cuir chevelu	1
12	non	Dyspnée	Pneumopathie	1
0	non	Chute	Fracture humérus	1
1	non	Douleurs thoraciques	Anxiété	0
12	non	Chute	Fracture fémur	1
7	oui	Dyspnée	Œdème Aigu Poumon	1
10	non	Dyspnée	Œdème Aigu Poumon	1
0	non	Chute	Plaie cuir chevelu	1
1	oui	Epistaxis	Thrombopénie (leucémie)	1
7	non	Dyspnée	Pneumopathie	1
10	non	Dyspnée	Œdème Aigu Poumon	1
8	non	Dyspnée	Pneumopathie	1
12	non	Malaise hyper-glycémique	Décompensation diabète	1
3	non	Douleurs thoraciques	ACFA	1
3	non	Chute / AVK (anti-vitamine K)	Surveillance	1
11	oui	Chute / AVK	Surdosage AVK	1
5	oui	Hématémèse	Hémorragie digestive	1
6	non	Sub-occlusion	Volvulus	1
10	non	Dyspnée	Décompensation BPCO	1
11	oui	Chute	fracture col fémoral	1
0	non	Dyspnée	fracture côte	1

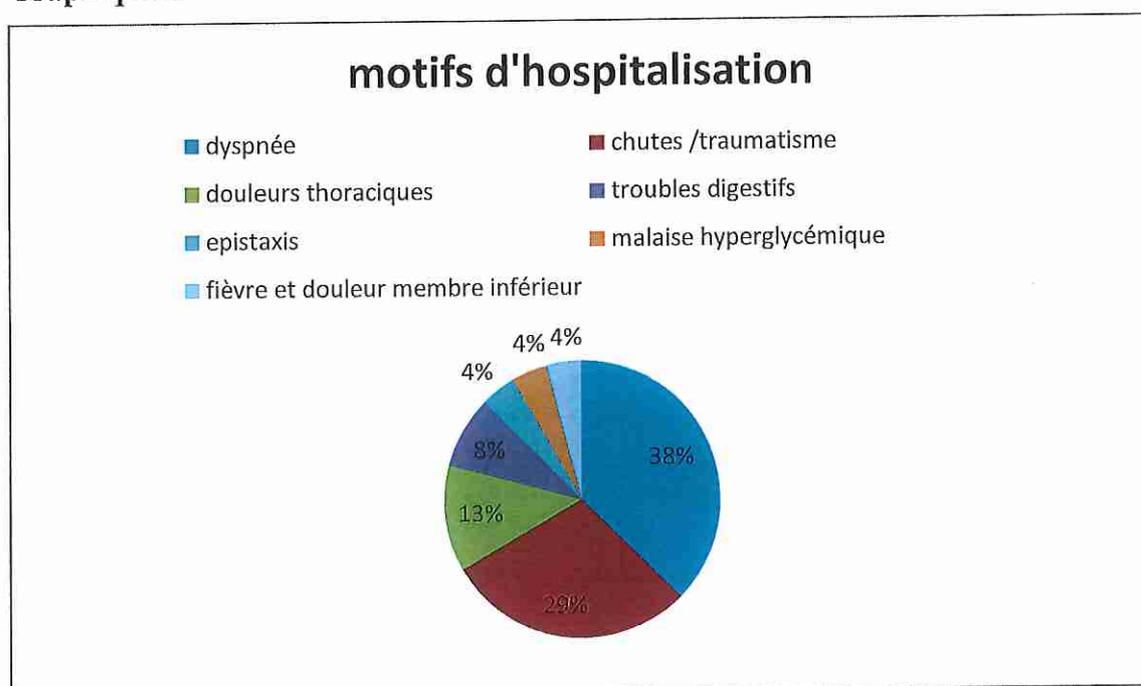
Les motifs d'appel ont été classés dans le tableau (3).

Tableau 3.

MOTIFS D'HOSPITALISATION	NOMBRE
Dyspnée	9
Chute et/ou traumatisme	7
Douleurs thoraciques	3
Symptômes digestifs (hématomèse, occlusion)	2
Epistaxis	1
Fièvre et douleur du membre inférieur	1
Malaise (hyperglycémie)	1

Les dyspnées et les chutes traumatiques représentent 67% des motifs d'hospitalisations comme reporté dans le graphique (1).

Graphique 1.



En reprenant chacun des groupes de motifs d'hospitalisation et en analysant les diagnostics retenus lors de l'hospitalisation, on obtient les tableaux suivants (tableaux 4, 5, 6, 7).

Tableau 4.

	DIAGNOSTIC	NOMBRE
TROUBLES RESPIRATOIRES (total =9)	Cedème Aigu Pulmonaire	4
	Pneumopathie	3
	Décompensation bronchite chronique	1
	Fracture costale (H12 post chute)	1

Tableau 5.

	DIAGNOSTIC	NOMBRE
CHUTES et TRAUMATISMES (total = 7)	Fracture os longs	3 (1 humérus/2 fémur)
	Plaie à suturer	2
	Contusion post traumatisme cérébral	1
	Hématome secondaire surdosage AVK	1

Tableau 6.

	DIAGNOSTIC	NOMBRE
DOULEURS THORACIQUES	Anxiété	2
	ACFA	1

Les autres motifs d'hospitalisation sont repris dans le tableau (7).

Tableau 7.

Motif d'hospitalisation	DIAGNOSTIC	NOMBRE
Epistaxis	Thrombopénie (Acutisation leucémie)	1
Malaise	Décompensation acido-cétosique	1
Fièvre et douleur membre inférieur	Thrombose veineuse profonde	1

V. ANALYSE DES RESULTATS

Il ressort de cette étude que les motifs d'hospitalisation la nuit par l'équipe infirmière mobile sont tous pertinents, et qu'il existe une corrélation entre le motif d'hospitalisation et le diagnostic de sortie dans 91,7 % des cas.

Deux situations d'hospitalisation pour douleurs thoraciques ont abouti au diagnostic d'anxiété. Elles concernent le même résident, et sont survenues à 24 heures d'intervalle. Elles sont liées à l'existence d'antécédents cardio-vasculaires pour ce résident. Malgré la réalisation d'explorations médicales en journée (examen clinique et électrocardiogramme), la persistance des symptômes a nécessité l'hospitalisation pour explorations complémentaires en accord avec le médecin régulateur du centre 15.

Les deux principales causes d'hospitalisation la nuit sont respectivement les dyspnées et les chutes, représentant ensemble les 2/3 des motifs d'hospitalisation.

La durée moyenne de séjour est de 6 jours avec une médiane calculée à 6,5 jours et un écart – type de 4,5 jours.

Le taux de décès durant l'hospitalisation était de 25%.

Aucun des résidents hospitalisés n'était dans une situation de fin de vie (pathologie cancéreuse stade terminale). Les décès sont consécutifs à une pathologie aigüe.

On note une hétérogénéité du nombre d'hospitalisation entre les établissements avec une seule hospitalisation par an la nuit au sein de l'EHPAD A adossé à un centre hospitalier. Ce résultat est en partie lié à la présence d'un médecin salarié à temps plein au sein de cet établissement la journée, ainsi qu'à la possibilité pour l'infirmier de l'équipe mobile la nuit de faire intervenir sur place en cas de besoin le médecin urgentiste de garde.

VI. DISCUSSION

Bien que démontrant la qualité du travail d'analyse de l'infirmier mobile de nuit, et la corrélation existant entre le motif d'hospitalisation et le diagnostic de sortie, cette étude ne permet pas d'apprécier à son juste niveau la plus value que constitue la présence d'un personnel infirmier de nuit.

Les interventions de l'infirmier de nuit ayant permis d'éviter une hospitalisation de nuit n'apparaissent pas dans cette étude.

En plus du recueil des comptes rendus d'hospitalisation, nous avons effectué des entretiens avec les membres de l'équipe infirmière mobile, ainsi que le suivi d'un infirmier au cours d'une nuit de travail.

Il apparait que leur présence permet d'assurer les premiers gestes d'urgence comme prévu par les protocoles d'urgences. A titre d'exemple, ces situations ont été rencontrées par les infirmiers de l'équipe mobile et résolues sans hospitalisation :

- en cas de dyspnée : prise de constantes, oxygénothérapie, aspirations éventuelles
- en cas de rétention aigüe d'urine : mise en place d'une sonde urinaire
- en cas de malaise chez un patient diabétique: prise de constantes, réalisation d'une glycémie capillaire, d'une bandelette urinaire et administration d'insuline rapide selon protocole.

Il serait intéressant afin de compléter cette étude de réaliser une enquête prospective à l'aide d'un questionnaire (annexe 3) qui serait rempli chaque nuit par l'infirmier de l'équipe mobile mentionnant le nombre d'intervention, le nombre de situations cliniques ayant nécessité des soins ambulatoires permettant le maintien en EHPAD (résident qui aurait été hospitalisé en l'absence d'infirmier), et le nombre d'hospitalisation.

La présence de l'équipe infirmière mobile de nuit permet en théorie de débiter après passage du médecin de garde (SOS médecin sur le secteur) et sur sa prescription, un éventuel traitement en urgence (antibiothérapie, perfusion sous cutanée, antalgie, etc.). On note que cette compétence de l'infirmier mobile de nuit n'a pas été utilisée de Janvier 2013 à

Décembre 2014. Les situations cliniques ont été soit prises en charges au sein de l'EHPAD grâce aux protocoles existants, soit ont nécessité le transfert en milieu hospitalier.

Le développement de cette compétence pourrait constituer une solution intermédiaire.

Les autres avantages liés à cette expérimentation apparaissent également au cours des entretiens que nous avons mené avec les infirmiers de l'équipe mobile :

- formation et sécurisation des aides soignants la nuit,
- continuité des soins notamment pour les résidents en fin de vie,
- renforcement de la dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre les établissements d'un même territoire qui ne se connaissaient pas ou peu avant,
- amélioration de la communication avec le médecin régulateur du SAMU Centre 15, et des relations avec les médecins urgentistes de l'hôpital du secteur par une meilleure connaissance du métier de chacun.

VII. CONCLUSION

Les hospitalisations effectuées la nuit par les infirmières de l'équipe mobile au sein des trois EHPAD de cette étude au cours de ces deux années apparaissent comme justifiées. Les motifs d'hospitalisation sont pertinents et en adéquation avec le diagnostic de sortie.

Cependant, afin de compléter cette étude et de mieux apprécier le travail effectué par les infirmières de l'équipe mobile, il serait intéressant d'évaluer toutes les situations cliniques aiguës où l'intervention de l'équipe mobile a permis de résoudre la situation en évitant une hospitalisation. Ce travail pourrait se faire sous la forme d'une enquête prospective ayant pour objectif le recueil du motif de l'intervention, et le nombre de situation où l'intervention de l'infirmier de nuit a permis le maintien en EHPAD.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Fin de vie des personnes âgées. Rapport 2013. Observatoire National de Fin de Vie.
- (2) Salvi F, Morichi V, Grilli A, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med.* 2007; 2(4):292-301.
- (3) Xing J, Mukamel D, Temkin-Greener H, et al. Hospitalizations of nursing home residents in the last year of life: Nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations. *J Am Geriatr Soc.* 2013 Nov; 61(11): 1900-1908.

ABREVIATIONS

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire

ARS : Agence régionale de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

PMP : Pathos Moyen Pondéré

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

ANNEXES

-Annexe 1 : Cahier des charges V3 de l'expérimentation de renforcement de la présence d'IDE de nuit en EHPAD.

-Annexe 2 : Comptes-rendus d'hospitalisation des résidents hospitalisés la nuit par l'équipe IDE mobile de nuit entre Janvier 2013 et Décembre 2014.

- Annexe 3 : Questionnaire

Cahier des charges V3 de l'expérimentation de renforcement de la présence d'IDE de nuit en EHPAD

Il a été proposé de mener une expérimentation liée à la présence infirmière de nuit en EHPAD destinée à diminuer les hospitalisations en urgence des résidents et à favoriser les retours d'hospitalisation, au moyen d'une allocation de crédits non reconductibles versée à compter de 2011 pour une durée de trois ans, à hauteur de 550 000 €. Cette expérimentation sera menée dans chacun des départements franciliens 77, 78, 91, 92, 93, 94 et 95 (le 75 bénéficiant déjà d'une expérimentation de type différent).

Pour se faire, l'expérimentation s'appuie sur la création d'un poste d'infirmier « mobile » de nuit (soit 3 ETP pour assurer la présence 7/7 jours sur trois ans). Ces infirmiers salariés par un EHPAD « tête de pont », seront amenés à intervenir dans trois EHPAD identifiés dans chaque département. Ces EHPAD disposeront également de crédits permettant d'alimenter des postes de formation, frais de déplacement et autres dépenses ponctuelles, nécessaires à la bonne marche de l'expérimentation et finançables par les crédits Assurance Maladie.

Ainsi nous avons procédé à l'identification de trois EHPAD par territoire (échelle départementale), dont un sera destinataire unique des crédits de l'expérimentation. Sur chaque département, ces trois établissements sont géographiquement proches et disposent chacun d'un GMP approximatif à 700, d'un PMP à 200 et représentent globalement une capacité de trois cents places d'hébergement. (liste en annexe)

L'expérimentation s'appuiera sur le dispositif du 15 en cas d'urgence et fait actuellement l'objet d'un arbitrage au sein de l'ARS Ile-de-France. En effet, le recours aux médecins du 15 qui auront été associés à l'expérimentation, permettra une meilleure orientation des personnes âgées. Nous demanderons également aux gériatres de la filière de donner la possibilité aux 21 EHPAD expérimentateurs de disposer de places en hospitalisations de jour, ou de programmer des hospitalisations quand elles s'avèreront nécessaires.

Cette expérimentation a pour objectifs de :

- Améliorer l'orientation des patients aux horaires nocturnes en contribuant à mieux déceler les situations à risques, favoriser le recours au SAMU Centre 15 le cas échéant et identifier les admissions en urgence évitables, dans le cadre de procédures préétablies et en partenariat avec les SAMU Centre 15
- Améliorer la prise en charge des retours d'hospitalisation
- Améliorer la continuité des soins en EHPAD, en sécurisant les équipes
- Améliorer la formation des personnels de nuit en EHPAD

QUI :

Identification de 3 EHPAD par territoire (échelle départementale), avec un EHPAD « tête de pont » destinataire unique des CNR (550 000€).

Sur le département, ils sont géographiquement proches Les 3 EHPAD disposent chacun d'un GMP d'environ 700 et d'un PMP à 200 et représentent capacité totale d'environ 300 places d'hébergement.

CALENDRIER PREVISIONNEL :

Cette expérimentation sera effective à partir de novembre 2012 et se poursuivra sur 3 ans (jusqu'en novembre 2015).

Les grandes phases d'élaboration de l'expérimentation :

- Février 2012 : réunion d'un groupe de travail et élaboration du cahier des charges V1
- Mai 2012 : remontée des données sur CA 2011 pour la mise en place d'indicateurs de suivi
- Juin à novembre 2012 : recrutement des IDE
- Automne 2012 à mi-novembre : formation spécifique des IDE
 - 4 semaines de formation pratique auprès des SSR gériatriques, services d'urgences des filières (selon date d'embauche)
 - 1 semaine de formation théorique (du 22 au 26 octobre)
- **Lancement de l'expérimentation envisagé le 1^{er} novembre 2012.**

MISE EN ŒUVRE :

- **Pré requis :**

- **Protocoles d'urgence** : recenser l'existant et l'homogénéiser en un seul et même protocole sur les 21 établissements de l'expérimentation. Public visé : les IDE et les AS. Deux temps de travail sur les protocoles et leur validation seront proposés (en juin 2012) auprès des médecins coordonnateurs et les gériatres des filières (+ médecins des délégations territoriales, médecins généralistes) et auprès des IDEC.

- **Optimisation et simplification des DLU** (Dossier de Liaison d'Urgence)

- **Base 0** : remontée des données sur CA 2011 pour la mise en place d'indicateurs de suivi répartis en un volet « résidents » et un volet « personnel ».

- ✓ Nombre de lits par IDE à mettre en lien avec les taux d'hospitalisation
- ✓ Entrées/sorties définitives (nombre de décès dans l'EHPAD et en dehors)
- ✓ Sérier par hospitalisations de jour, de nuit, de week-end et jours fériés
 - Programmées
 - En urgence : nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisation consécutive au passage aux urgences
- ✓ Nombre de chutes : en sériant jour/nuit
- ✓ Nombre de malades Alzheimer et psychotiques recensés
- ✓ Nombre de résidents identifiés « en fin de vie » pris en charge
- ✓ ETP Personnel de nuit
- ✓ Nombre d'arrêt de travail sur l'année et nombre total de journées d'absence par catégories de professionnels



15 mai 2012

Travail avec l'assurance maladie à partir de ces données à partir de mai.

- **Puis suivi trimestriel par les DT**

- ✓ Nombre d'appels à l'IDE d'astreinte
- ✓ Nombre d'appels au 15
- ✓ Nombre de journées d'arrêt du personnel (par catégories de professionnels)
- ✓ Nombre de chutes : en sériant jour/nuit
- ✓ Nombre de résidents identifiés « en fin de vie » pris en charge
- ✓ Sérier par hospitalisations de jour, de nuit, de week-end et jours fériés
 - Programmées
 - En urgence : nombre de passages aux urgences, nombre d'hospitalisation consécutive au passage aux urgences

⇒ A partir du 15 septembre 2012

- **Conventionnement entre EHPAD et établissements de santé** pour l'accueil des IDE en formation.

- **Conventionnement entre le 15 et les EHPAD**

- **Formation des IDE de nuit**

Formation de 5 semaines avant le début de l'expérimentation. Une partie théorique et une partie pratique (au sein des 3 EHPAD, du SSR gériatriques de secteur, des urgences).
Thèmes abordés : soins palliatifs, troubles du comportement, gestion de la douleur, les urgences, les sorties d'hospitalisation, les transmissions entre équipes (logiciels particuliers), la formation du personnel de nuit...

• **Suivi de l'expérimentation :**

- **Enquête qualitative sur l'évolution de la prise en charge sur les EHPAD expérimentateurs auprès des personnels de nuit, IDEC et médecins coordonnateurs** réalisée tous les ans (lancement en décembre 2012).
- **Remontée trimestrielle des indicateurs de suivi**
- **Rencontres avec les IDE** (trimestrielle la première année, puis semestrielle en 2014 et 2015) pour un temps d'échange des pratiques, de retour d'expérience, de soutien, et d'amélioration des outils si besoin (DLU Protocole)

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Patiente âgée de 86ans, admise dans le service à la suite d'une chute mécanique ayant entraîné traumatisme de la hanche gauche quelques jours avant l'hospitalisation.

ANTECEDENTS :

- Alzheimer
- HTA
- Diabète

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Bilan radiologique : fracture Garden I hanche gauche.

Décision de traitement orthopédique : lit/fauteuil. Pas d'appui.

EVOLUTION DANS LE SERVICE :

Bilan radiologique de contrôle à J8 : n'a pas montré de complications, ni déplacement secondaire.

Décision de poursuite du traitement orthopédique.

Malheureusement madame a présenté un syndrome de glissement ce week end.

Elle est décédée ce jour mardi

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Fibrillation auriculaire.

Il s'agit d'un premier accès d'AC/FA chez une personne de 85 ans, accès spontanément résolutif.

Bon état général

Marche avec un déambulateur à la maison de retraite de Samoïs

A l'examen clinique, souffle du rétrécissement aortique 4/6ème. Aucun signe d'insuffisance cardiaque. Par ailleurs, hématome spontané de la cuisse gauche à la face interne depuis 15 jours environ.

Du point de vue biologique, la créatininémie est normale, le ionogramme sanguin montre une hypokaliémie à 3.4, troponine 18, bilan hépatique normal, TSH 2.43.

ECBU : une infection urinaire à E.Coli, un traitement par PIPRAM a été mis en place. A l'antibiogramme, le germe est résistant à l'acide nalidixique par contre sensible aux FURADOINES donc nécessité de changer le traitement et de contrôler l'ECBU

ECG : le rythme est sinusal.

Un traitement par CORDARONE 200 1 cp à midi est mis en place. Le reste du traitement :

KARDEGIC 75 mg	1 sachet, Midi
CRESTOR 5 mg	1 comprimé, Matin
CORVASAL 2 mg	1 comprimé, Matin, Midi, Soir
AMLODIPINE 5 mg ARROW	1 gélule, Matin

La patiente quitte notre service. Une échographie cardiaque est prévue en externe le 28/4/2014

COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Patient âgé de 84 ans, hospitalisé pour hématurie.

ANTECEDENTS :

- H.T.A.
- Diabète
- Arythmie cardiaque
- Infarctus du myocarde
- B.P.C.O.
- et plus récemment, en septembre 2013 : une fracture du col du fémur avec mise en place d'une prothèse intermédiaire en octobre 2013

* Vit depuis peu et décès de sa femme en octobre 2013.

* Depuis cette époque : syndrome de glissement.

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

A l'examen : saturation à 100 % sous 3 l ; 37,4°.

Très essoufflé avec cyanose du nez et des lèvres.

L'auscultation pulmonaire montre une diminution du murmure vésiculaire aux bases.

** Du point de vue cardiologique :*

Le pronostic est engagé ; le NT Pro-BNP est supérieur à 9 000.

Il y a une hyponatrémie.

* A l'E.C.G. : bloc de branche droit ; PR long.

.../...

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

** Du point de vue biologique :*

La créatinine est à 113.

La troponine est à 37.

BNP : 9 400

CRP : 148

Hémoglobine : 11,6

Plaquettes : 207 000.

Compte tenu de l'hématurie, l'ASPEGIC a été arrêté.

Une échographie pratiquée montre l'existence d'un doute sur la présence d'un syndrome de masse de 23 mm dans le sinus rénal droit et une légère dilatation des cavités rénales droites.

EVOLUTION DANS LE SERVICE :

Après discussion avec la famille et compte tenu de l'état du patient, il a été décidé de ne pas mener plus loin les investigations.

TRAITEMENT DE SORTIE :

Le patient quitte le service pour retourner aux Brullys avec un traitement par :

- AMIODARONE 200 : 1 le matin
- ATENOLOL 50 : 1 le matin
- INEXIUM 20.

Transfusion : Conformément à l'Article R710-2-1 du code de la santé publique
Transfusion : OUI NON

CODES :

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Il s'agit d'une femme âgée de 92 ans hospitalisée pour une pneumopathie infectieuse avec participation cardiaque gauche.

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

L'auscultation de la patiente retrouve un encombrement bronchique avec une toux grâce et expectoration

L'évolution sera favorable sous AUGMENTIN et aérosol de broncho-dilatateur.

La patiente est en surdosage d'AVK avec un INR à 5.77, elle est sous COUMADINE, AVK qui a la demi vie la plus longue et compte tenu de son insuffisance rénale, ce traitement me semble inapproprié et à rediscuter.

.../...

Certes, la patiente a fait de la fibrillation paroxystique, mais sous CORDARONE, elle est en rythme sinusal régulier et à son âge et compte tenu de l'insuffisance rénale le traitement anti coagulant me paraît excessif.

Nous n'avons pas repris la COUMADINE car au jour de sa sortie, elle est toujours en surdosage, avec un INR à 4.79.

Hospitalisation le :

Pour : dyspnée sur pneumopathie d'inhalation ? → 23

<u>Traitement</u>	<u>Antécédents personnels</u>
aspegic 100 1/j fortimel 1/j speciafoldine 1/j Vit en maison de retraite	alzheimer multiple pneumopathies (troubles déglutition ?) surdité

Histoire de la maladie :

envoyé pour dyspnée
a été hospitalisé récemment à Hôpital
sortie depuis 24 h
Contexte d'alzheimer évoluée, grabataire.

pour traitement d'une pneumopathie

Examen clinique :

patiente consciente non orientée
patiente agitée +/-
bonne hémodynamique : TA : 140/92, tachycarde 95/min
FR : 25, sat 100% sous 5 litres
tirage sus sternal, respiration abdominale
toux grasse
cyanose des extrémités
pas de sueur
sibilants, ronchi, pas de crépitations
Bdc réguliers
pas de TJ, pas de RHJ
pas OMI, mollet souple
abdomen souple

En conclusion : dyspnée sur pneumopathie nosocomiale ou d'inhalation...> transfert médecine.

Evolution favorable sous AUGMENTIN IV + oxygénothérapie et aérosols
reprise de l'alimentation et mise au fauteuil

soins d'escarre sacré avec protocole Hydroclean tous les jours

retour a sa maison de retraite le

Cher Confrère,

J'ai le regret de vous faire part du décès de
survenu le 8 septembre. La patiente avait été hospitalisée en urgence le 7 en
raison d'une épistaxis. Il s'agissait d'une complication hémorragique d'un
processus leucémique, acutisation d'une myélodysplasie avec thrombopénie
profonde à 230.

L'évolution a malheureusement été rapidement défavorable au cours d'un choc
hémorragique.

Bien confraternellement.

⇒ 1 jour

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Patiente âgée de 90ans, admise dans le service à la suite d'une chute ayant entraîné un traumatisme de la hanche droite

ANTECEDENTS :

- HTA
- DMLA
- AVC hémorragique
- Hématome cérébral en 2011
- PTH gauche.
- Phlébite.

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

*Douleurs et impotence fonctionnelle de la hanche droite.
Raccourcissement et rotation externe.*

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Radio : fracture transcervicale Garden IV.

LI

Arthroplastie de type intermédiaire BHS sans ciment de Aston.

Le consentement du patient a été recueilli et l'appréciation du "bénéfice-risques" a bien été prise en compte.

Sous anesthésie loco-régionale par rachi-anesthésie.

Décubitus latéral gauche.

Isolation du membre inférieur droit et de la hanche droite.

EVOLUTION DANS LE SERVICE :

Bilan radiologique de contrôle correct.

La kiné a débuté par la mise au fauteuil. Marche libre à l'aide du kiné.

Pansement propre.

PRESCRIPTION DE SORTIE :

Sortie pour sa maison de retraite le

Traitement personnel +

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Mutation depuis le service des Urgences pour bilan de chute.

ANTÉCÉDENTS :

- ACFA sur AVK
- Trouble de la conduction (Bbd, HBAG),
- HTA,
- Choc septique dur prostatite aigue à Entérocoque,
- Tassements vertébraux étages D11 L1,
- Angiocholite,
- Polypes vésicaux,
- Syndrome de masse rénal bilatéral (suivi HEGP).

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Notion de chute à la maison de retraite vraisemblablement de type mécanique.
Le patient a été retrouvé au sol dans sa chambre.
Sous AVK admis pour surveillance.

EXAMEN CLINIQUE :

Conscient.
Douleur de la hanche gauche.
Pas de déficit moteur, pas de signe neurologique de localisation.
Ecchymose au niveau du front.
OMI ++
Pas de dyspnée.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Radiographie de hanche : absence de fracture, image d'opacité linéaire base droite.
TDM cérébral sans IV : absence de lésion intracérébrale hémorragique d'allure récente visible.
de collection péri-cérébrale.

EVOLUTION :

Discuter la nécessité de maintenir l'AVK à 92 ans pour une ACFA ancienne?
Voir avis cardio ?
Echographie cardiaque prévue le 17/11/2014.

CONCLUSION :

Chute mécanique de sa hauteur.

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Volvulus sigmoïdien et occlusion intestinale aigue.
Hypokaliémie.

ANTÉCÉDENTS :

- HTA,
- hypercholestérolémie,
- dépression,
- polyarthrite,
- ulcère bulbaire,
- RAC serré,
- cardiopathie ischémique avec pose de stent.
- scoliose dorso-lombaire.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Ce patient nous a été adressé par le service des urgences où un syndrome sub-occlusif a été mis en évidence par l'ASP.

EXAMEN CLINIQUE À L'ENTRÉE :

Conscience et vigilance normales.

Sur le plan abdominal : ventre météorique avec arrêt des matières et des gaz (avant exsufflation). Pas de signe péritonéal. Pas de défense péritonéale.

Sur le plan cardiovasculaire : BDC arythmiques avec souffle systolique bien prononcé au niveau aortique.
TA : 13/6. Pouls périphériques bien perçus.

Sur le plan neurologique : pas de signe de focalisation, pas de déficit sensitivo-moteur.
Absence d'œdème des membres inférieurs.

BIOLOGIE :

Hypokaliémie persistante qui a été corrigée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

ASP : occlusion colique avec dilatation du colon.

Scanner abdominal : volvulus sigmoïdien.

Coloscopie : exsufflation efficace avec reprise du transit immédiat.

Echographie cardiaque : RAC très serré.

EVOLUTION DANS LE SERVICE :

Favorable.

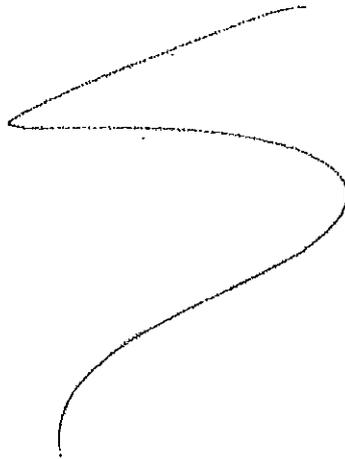
CONCLUSION :

Volvulus sigmoïdien dévolvulé par l'intermédiaire d'une coloscopie.
En cas de récurrence, il faudrait envisager une intervention chirurgicale.

4 Radiographie de contrôle
dans 5 J.O.D.

- secondaire à 3 fractures
de côte 4^e - 5^e côtes
+ épanchement pleural.

ARD



MOTIF D'HOSPITALISATION :

Fièvre et douleurs au niveau MI droit

ANTECEDENTS :

Diabète insulino traité
HTA
Cardiopathie hypertensive
Insuffisance mitrale
Hypercholestérolémie
Embolie pulmonaire ?
Ulcère de jambe

► Elle vit au Brullys depuis la dernière hospitalisation de décembre 2012. Lors de cette hospitalisation, une insulinothérapie a été mise en place compte tenu d'une insuffisance cardiaque.

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

Tension artérielle à 14/8 pour une fréquence cardiaque 75, apyrétique, il existe une augmentation du MI droit, inflammatoire mais sans ulcère, un hématome de l'ongle du gros orteil gauche.

Echo doppler veineux : montre une thrombose soléaire droite et tibiale postérieure.

Du point de vue biologique : CRP 200, 13100 GB, D-dimère à 4.15, hypercalcémie à 2.62, hémoglobine A1c à 6.8%, créatinine normale, NT Pro BNP >22600
Infection urinaire à pseudomonas aeruginosa

Echographie abdomino pelvienne : pas d'imagerie évolutive.

Evolution : anticoagulation par HEP et relais par AVK. Mise en place de bas de contention - reprise après quelques jours d'une kinésithérapie de la marche.

Elle quitte notre service avec pour traitement :

SINTROM 4 mg	0,5 comprimé, Soir
PERINDOPRIL 2 mg ARROW	2 mg, Matin
OFLOXACINE 200 mg ARROW	1 comprimé, Matin
LEVEMIR 100 u/mL	6 UI, à 8h
LASILIX 40 mg	1 comprimé, Matin
BISOPROLOL 10 mg ARROW	1,25 mg, Midi

Plus une ordonnance pour faire pratiquer un contrôle de la coagulation

Au total : phlébite soléaire et tibiale postérieure droite

Cher Confrère,

Votre patient, Monsieur J
service pour hémorragie digestive.

a été hospitalisé du

Je ne reviens pas sur ses antécédents d'hypertension artérielle, d'artériopathie chronique des membres inférieurs, d'ischémie du membre inférieur gauche, de démence post AVC, de cardiopathie ischémique, de troubles du rythme pour lesquels il porte un pacemaker.

Il s'agissait d'un patient grabataire, institutionnalisé.

Il a été admis pour hémorragie digestive à type d'hématémèse.

A l'admission, le taux d'hémoglobine était à 10g/l.

Il existait une hyperleucocytose à 12 000 leucocytes/mm³.

Une fibroscopie a été réalisée qui a montré une hernie hiatale avec ulcérations du collet et oesophagite. Un traitement IPP a été donné. Il n'a pas été nécessaire de transfuser le malade, le taux d'hémoglobine restant stable (9 à 10g/L).

Une échographie abdominale, demandée afin d'explorer une cholestase biologique antérieure, réalisée le 06.12.2013, a mis en évidence de multiples lésions nodulaires hépatiques d'allure métastatique.

Son état s'est dégradé et est apparu une hyperleucocytose que nous avons mis sur le compte d'une très probable

pneumopathie d'inhalation. Un traitement antibiothérapeutique IV a été débuté. Malheureusement, son état a continué de se dégrader et a abouti à son décès le 08 décembre 2014.

En regrettant cette issue défavorable, bien confraternellement.

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Il s'agit d'un homme âgé de 86 ans hospitalisé pour douleurs thoraciques suspectes d'origine coronarienne compte tenu de ses antécédents.

Aux urgences de l'HP de Fontainebleau, il est transféré en USIC à l'hôpital du Sud Francilien où il a été gardé en simple surveillance et nous est réadressé.

Ce patient a eu en avril 2013 une coronarographie montrant une sténose serrée de l'IVA moyenne, qui a été dilatée avec implantation d'un stent nu. La fonction systolique globale du VG était normale à 60%. Il s'agissait d'une lésion mono tronculaire.

Par ailleurs, le patient est suivi à l'HP Henri Mondor par le [REDACTED] urologue pour une sténose du tiers moyen de l'urètre gauche. Une urétéroscopie avait été envisagée, cependant les anesthésistes de l'HP Henri Mondor avait refusé le patient en raison de ses antécédents cardiologiques.

► Dans le service, le patient présente des bruits du coeur normaux réguliers sans signe d'insuffisance cardiaque.
L'ECG montre un rythme sinusal avec un bloc incomplet gauche.

Myoglobine µg/l	µg/l	23,072,0		
Troponine Ic (AQI) ng/ml	ng/ml	0,000-0,040		
Troponine T cardiaque µg/L	µg/L	0,0-13,0	19,0 (++)	16,0 (++)
BNP immunofluorescence µg/l	µg/l	0-100		
CRP us (turbidimétrie) mg/l	mg/l	0,0-5,0		
Procalcitonine (VIDAS) ng/ml	ng/ml	0,00-0,05		

Les plaintes du patient sont assez variables dans le temps.
Il se plaint ensuite de douleurs de tout l'hémi corps gauche.

En fait tout au long de son séjour on constate qu'il existe des troubles mnésiques et surtout une réticence à retourner dans sa maison de retraite dans laquelle me semble il ne se plaît que très moyennement.

L'échographie cardiaque effectuée dans le service montre une bonne cinétique segmentaire et globale du VG qui est hypertrophié. Il n'y a pas de valvulopathie significative, pas d'HTA pulmonaire. La FEVG est à 60%.

Au total : nous n'avons pas retrouvé d'argument pour une origine cardiaque à cette douleur thoracique très atypique.

Le patient quitte le service avec pour traitement :

TRIA TEC 5 mg	2 comprimés, Midi
TRANXENE 10 mg	1 gélule, Matin, Midi, Soir
PRADAXA 110 mg	1 gélule, Matin, Soir
MIANSERINE 30 mg EG	2 comprimés, Soir
MATRIFEN 50 µg/h	1 dispositif transdermique, 1 jour sur 3
KARDEGIC 75 mg	1 sachet, Midi
INEXIUM 20 mg	1 comprimé, Soir
IKOREL 10 mg	2 comprimés, Matin, Soir
DUPHALAC 10 g	2 sachet, Matin, Soir
DISCOTRINE 5 mg/24 h	1 dispositif transdermique x 1/24h, à 8h
AVODART 0,5 mg	1 capsule, Soir
ACEBUTOLOL 200 mg EG	1 comprimé, Matin, Soir

MOTIF D'ENTREE

ANTECEDENTS PERSONNELS

Médicaux / Chirurgicaux:

- :
- CHIR : colostomie sur cancer et occlusion 2008
-
- - coronopathie
- - Gammopathie monoclonale
- - Hypotension orthostatique
- - Dénutrition
- - Sd de glissement
-

ALLERGIES:

- aucune

TRAITEMENT HABITUEL :

- Versatis patch

HISTOIRE DE LA MALADIE

chute de sa hauteur ce jour d'allure mécanique sans malaise

EXAMEN CLINIQUE D'ENTRÉE

Cst orienté dénutri

CV: BDC réguliers pouls + et sym pas de DT

PP:eupnéique MV + et sym pas de bruits surajoutés

AP: Cicatriciel souple indolore

Neuro: PC ok RPM + et sym Pas de signes de localisation

Plaie du cuir chevelu de 5 cm de long ayant nécessité 4 points de suture 4/0 après parage de la plaie

Pansement gras

EN CONCLUSION

TC sans PC

Plaie superficielle du cuir chevelu

TRAITEMENT DE SORTIE

ORIENTATION:

Transfusion de produits sanguins Oui Non NSP

Motif : TRAUMA D EPAULE -

Antécédents et FDR :

- Hyperexcitabilité auriculaire et ventriculaire
- Maladie d'Alzheimer
- HTA
- BPCO
- Embolie pulmonaire et phlébites
- Cancer du sein en 1996
- Insuffisance coronaire, stent, ETT normal en 2009
- Bioprothèse aortique sur rac serré en 2000
- Hyperuricémie
- DNID
- Fracture du bassin en 2007

VAT : Sans information

Date estimée VAT :

Allergies :

IODE

Traitement en cours :

- Plavix 75 mg 1/jr
- Budénoïde 1-0-1
- Terbutaline 1-1-1-1
- Ipratopium 1-1-1-1
- Temesta 1 mg 0-0-0-1
- Perindopril 2 mg 1-0-1
- Lasilix 40 mg 1-1-0
- Inexium 20 mg 0-0-1
- Haldol 10mg
- Paracetamol
- cordarone 1cp/jr

Examen clinique :

patiente consciente, non orientée

examen neuro:

pas de céphalées

désorientée dans le temps et l'espace (alzheimer)

pas de déficit moteur retrouvé

pas de déficit sensitif retrouvé

examen cardio-vasc: BDC irréguliers, souffle systolique aortique

examen pulm: pas de dyspnée

pas de toux, MV bilatéral, symétrique

examen abdo-uro:

abdomen souple dépressible, indolore

Conduite à tenir :

Examens complémentaires :

radio épaule droite et hanche droite, bassin

épaule droite : fracture du col huméral droite déplacée et du tiers externe de la clavicule droite

hanche et bassin : normaux

bilan préop prélevé

radio thorax

Hypothèse diagnostique :

Conclusion :

fracture col humérus droit déplacé et du 1/3 externe de la clavicule secondaire à une chute mécanique

Avis chir ortho : fractures anciennes pas d'indication chirurgicale, traitement orthopédique par dujarrier et
consult ortho dans un mois
retour maison de retraite

Ma chère consœur,

Monsieur a été hospitalisé le dans le service pour chute sous AVK (INR à 7) avec hématome important de l'épaule gauche sans lésion osseuse traumatique.

Parmi les antécédents personnels de Monsieur retrouve :

- FA ;
- Insuffisance cardiaque ;
- Insuffisance rénale chronique sévère ;
- DNID ;
- HTA ;
- Chutes à répétitions ;
- PTG gauche ;
- Chir MS gauche ;
- Appendicectomie ;
- Cure d'éventration ;
- Patient vivant en institution.

A l'examen clinique : bonnes constantes hémodynamiques, apyrétique. Hématome de l'épaule et du bras gauche, pas de plaie ni de déformation, pas de point osseux électivement douloureux. Hématomes diffus par ailleurs. Patient asthénique, encombrement trachéobronchique.

BDC réguliers, pas de souffle ni bruits surajoutés, pouls périphériques perçus, pas de douleur thoracique, OMI, TJ avec RHJ, sous crépitants aux bases, râles bronchiques bilatéraux.

Abdomen souple indolore et dépressible, pas de masse ni HSMG palpés, BHA+

Sur le plan neurologique : conscient, pas de déficit sensitivo-moteur, pas de syndrome méningé, paires crâniennes normales, ROT présents, RCP en flexion. Patient non douloureux.

Hématome de l'épaule en voie de régression.

Le reste de l'examen est sans particularité.

Sur le plan biologique :

- surdosage en AVK avec INR à 7.

L'évolution dans le service a comporté :

- un arrêt des AVK de façon transitoire ;
- prévoir en ambulatoire un avis cardiologique si indication obligatoire vu le risque important de chutes à répétitions puisque nous n'avons pas pu obtenir de RDV en cardiologie sur l'Hôpital ((congés estivaux) ;
- Kinésithérapie respiratoire et de mobilisation.

Malheureusement est décédé le 07/08/2014.

AU TOTAL

Surdosage en AVK et hématome de l'épaule
Troubles hémorragiques dus à des anticoagulants circulants D683
Surveillance et conseils diététiques Z713
Maladie rénale chronique, sans précision N189
Diabète sucré non insulino-dépendant non insulino-traité ou sans précision, sans complication E1198
Chutes à répétition, non classées ailleurs R296
Contusion de l'épaule et du bras S400
Anémie posthémorragique aiguë D62
Séance de transfusion de produit sanguin labile Z5130

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Dyspnée.

ANTECEDENTS MEDICAUX :

Diabète insulino-réquerant.

ACFA.

ALLERGIE :

Penicilline.

DONNEES VITALES :

Pouls : 147 /min

TA : 141 / 89

FR : 40

T° : 39,4 °C

Saturation sous 15l O2 en MHC : 85 %

HGT : 3,64 g/dl

EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE :

Examen neurologique :

GSW=15

Patient orienté, cohérent.

Examen cardio-vasculaire :

Pas d'œdème membre inférieur.

Auscultation : ronchi diffus + crépitants diffus + frein expiratoire.

FR = 40/min, SaO2 = 98% (VNI sous FiO2=100%).

Examen pulmonaire :

Dyspnée : BTA + tirage sus-claviculaire.

Examen abdominal :

Abdomen souple et indolore.

Bruits du coeur perçus.

Pas de douleur évidente.

Electrocardiogramme :

Radiographie pulmonaire :

Passage à l'UHTCD pour réhydratation et mise sous antibiotique.

EVOLUTION DANS LE SERVICE :

Bilan montre un syndrome infectieux majeur. BNP à 343.

Avis Réa

Pas d'indication à réanimation compte tenu de l'état de base.

Après entretien avec la famille, (femme + petite-fille), le patient aurait exprimé le souhait de ne pas avoir de réanimation. Donc PAS DE REANIMATION.

TRAITEMENT DE SORTIE :

CONCLUSION :

Pneumopathie gauche à la RP.

Apyretique ce matin.

Reprise de l'alimentation

Accord de la famille pour un retour à la maison de retraite avec une perfusion sous cutanée et Rocephine en S/C 1 g par jour.

DATE:

EHPAD

A B C

NOMBRE D'INTERVENTION:

NOMBRE DE CAS OU DES SOINS AMBULATOIRES ONT PERMIS DE GERER LE MAINTIEN
EN EHPAD (PATIENT QUI AURAIT ETE HOSPITALISE EN ABSENCE D'IDE):

MOTIF:

NOMBRE D'HOSPITALISATION:

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100