



Guide *Illustré* de **Cheminement Infirmier**

5^e édition

Produit par :

Service de gestion des équipes volantes, développement de la relève et aspects déontologiques en soins infirmiers et d'assistance

Direction adjointe - Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

www.ciusssmcq.ca

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec

Québec 

En collaboration avec :

M^{me} Cindy Croteau, enseignante, Cégep de Shawinigan

M^{me} Josiane Gagnon, enseignante, Cégep de Shawinigan

M^{me} Nathalie Gagnon, enseignante, Cégep de Shawinigan

Source images : www.pixabay.com
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke : CESS

Dans le texte, le féminin inclut le masculin et est utilisé, sans discrimination, afin d'alléger le texte.

5^e édition : Avril 2025



Nom de l'apprenante : _____

Numéro employé : _____

Année	Secteurs d'activités		Coordinnées de mon gestionnaire	Coordinnées préceptorat
	Externat 1			
	Externat 2	<input type="checkbox"/> N/A		
	CEPI			

Codes téléphoniques d'urgence :

Les fonctions de GiCi?

GiCi (*Guide illustré de cheminement infirmier*) est un guide illustré de cheminement infirmier qui permet de :

- Connaître et comprendre les activités autorisées à l'externe en soins infirmiers selon le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et infirmiers*.
- Suivre le cheminement infirmier de l'apprenante.
- Favoriser le développement des compétences de l'apprenante par un accompagnement personnalisé.

« *Celui qui croit tout savoir ne sait pas qu'il ne sait pas tout* »

- Laurent Wallet

En cas de disparité entre le contenu présenté dans ce guide et les méthodes de soins informatisées (MSI), ces dernières ont priorité.

Activités permises et directives à l'externe en soins infirmiers	10 à 28
Je peux ou je ne peux pas...	29-32
Rôle des membres de l'équipe en lien avec l'externe en soins infirmiers	8
Administration sécuritaire des médicaments	
Analgésie contrôlée par le patient (ACP)	97
Anesthésie périodurale et rachidienne	98
Anticoagulants	88
BONS principes d'administration sécuritaire des médicaments	87
Calcul de débit et pompe volumétrique	93
Dispositif d'accès sous-cutané (papillon SC)	90
Injection SC et IM	89
Insulines	91
Médicaments dépresseurs du SNC	95
Surveillance clinique des usagers prenant des opiacés	96
Types de solutions IV	92
Admission et congé d'un usager	42
Alimentation et drainage par voie entérale	101
Asepsie de la peau	104
Attitudes professionnelles	
Pistes de réflexion pour mieux gérer mes difficultés	33
Prévention de la violence au travail	34
S'organiser pour y arriver	35
Bilan ingest/excreta	100
Cathétérisme urinaire – Soins et surveillances	102
Soins de stomie intestinale	103
Démarche clinique	
Acronymes – Collecte de données	44
Démarche infirmière	43
J'avise l'infirmière si	45
Paramètres vitaux attendus – clientèle pédiatrique	46
Chute	
Dépistage du risque de chute	84
Les chutes	85
Mesures alternatives et de contrôle	86
Documentation clinique	
Lexique anatomique	56
Liste des abréviations, symboles et désignations de doses autorisées et à proscrire	49-50
Quand et comment écrire une note?	48
Rapport interservice	47
Vocabulaire	51-55

Examen physique	
Abdomen	66
Bouche	65
Cardiaque	67
Examen de l'état mental	60-62
Neurologique/Glasgow/CAM	57-59
Neurovasculaire	63
Oreille	64
Pulmonaire	68
Gestion des matières résiduelles en milieu de soins	41
Oxygénotherapie	49
Personnes âgées	81
Approches gérontologiques/SCPD	83
Gestion du refus,	83
Profil A.I.N.E.E.S.	80
SCPD : stratégies d'interventions de base	82
Prélèvements et tests	
Analyse sanguines	105-107
Analyse urinaires et de selles	110
Contrôle du TCA lors d'une perfusion d'héparine	108
ECG	111
Interprétation - Gaz sanguin	109
Télémétrie	112
Prévention et contrôle des infections	
Équipement de protection individuel (EPI)	38
Hygiène des mains : 4 moments clés	37
Précautions additionnelles	40
Principes de désinfection du matériel	39
Produits sanguins et ses dérivés : ce que l'externe peut faire	113
Protocole postexposition	36
Que font mes collègues ?	9
Restriction liquidième	99
Soins de peau et de plaies	
Algorithmie – Déchirures cutanées	
Évaluation du risque de développer une plaie de pression (BRADEN)	79
Protocole de soins de peau	76
Soins de plaies	77
Soins et entretien des dispositifs d'accès veineux périphériques courts (DAVPC)	94
Soins mère-enfant	75
Alimentation de bébé	74
Soins du nouveau-né	73
Surveillances postnatales (post-partum)	114
Sources d'informations pour le personnel	
Tournées intentionnelles	36
Trachéostomie	70
Usager en fin de vie	72
Usager en postopératoire	71

Liste alphabétique des thèmes (section CEPI)

Activités cliniques à développer	122-124
Activités permises à la CEPI	117
Détermination du PTI	119
En route vers mon rôle de CEPI	115
Leadership infirmier	121
Méthode SBAR	120
Notes personnelles	131-134
Outil – Réflexion clinique	118
Réflexion sur ma pratique	125-130

Rôle des membres de l'équipe en lien avec l'externe en soins infirmiers

Infirmière tutrice	Infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires	Préceptorat
<ul style="list-style-type: none">Faciliter l'intégration au milieu clinique par son attitude et son accueil.Partager ses connaissances afin de favoriser leurs apprentissages.Agir en modèle de rôle professionnel et en collègue.Offrir une rétroaction régulière et efficace dans une perspective d'amélioration continue.Favoriser l'apprentissage de l'externe en l'aidant à faire des liens entre les notions théoriques et les activités cliniques. L'encourager à réfléchir et à se questionner en regard des situations cliniques rencontrées (la pensée derrière le geste).Compléter le carnet de l'externe (GiCi).Contribuer à l'appréciation des compétences de l'externe avec le gestionnaire concerné à la mi-probation et à la fin de la période de probation.Participer à l'évaluation du programme d'externat en soins infirmiers dans une perspective d'amélioration continue.	<ul style="list-style-type: none">Partager leurs connaissances afin de favoriser l'apprentissage des externes.Faciliter l'intégration au milieu clinique par leur attitude et leur accueil.Déléguer des techniques intéressantes à observer ou à exécuter par l'externe.	<ul style="list-style-type: none">Assurer une vigie sur le déroulement du programme d'externat.Effectuer une tournée périodique sur les unités de soins.Répondre aux demandes ponctuelles (courriel, téléphone, etc.).Être disponible selon les besoins et demandes des apprenantes.

Consultez les outils de soutien aux externes :

RSI-15-030 et *Programme d'externat en soins infirmiers (PRGC-15-005)*

Mic ▶ Mes outils ▶ Pratiques professionnelles ▶ Soins infirmiers et d'assistance ▶ Nouvelles embauches en soins infirmiers et d'assistance

Que font mes collègues?

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE Rôle clinique	PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES (PAB) Expert en soins d'assistance	ASSISTANT TECHNIQUE AUX SOINS DE SANTÉ (ATSS) Rôle d'assistance
<ul style="list-style-type: none">• Généralement présente sur l'unité 24/7.• Contribue à l'évaluation de l'état de santé de la personne et à la réalisation du plan de soins.• Prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux (entre autres, prendre les signes vitaux, préparer et d'administrer les médicaments, effectuer les divers traitements prescrits (pansements)).• Collabore aux soins d'hygiène et de confort.• Assure la surveillance des usagers.• Assure la continuité des soins.• Rédige des notes au dossier.	<ul style="list-style-type: none">• Généralement présente sur l'unité 24/7.• Donne des soins de base et d'assistance selon le plan de travail.• Assure une présence auprès des usagers.• Contribue au bien-être des usagers• Avisé l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire de toute problématique concernant le travail d'équipe, le rendement au travail, l'usager et même faire des suggestions qui pourraient être bénéfiques pour l'usager.• Ne fait aucun changement concernant l'usager sans en avoir d'abord discuté avec l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire.• Aucun accès au dossier de l'usager.	<ul style="list-style-type: none">• Respecter la liste des activités permises.• Respecter les conditions associées (formation, accompagnement, contexte)• Effectuer les activités selon les directives du personnel et inscrites au plan de travail.<ul style="list-style-type: none">• Préparation• Entretien• Entreposage d'inventaire• Alimentation• Soins d'hygiène• Habillement• Mobilisation• Accompagnement et surveillance• Communication• Autres tâches• Aucun accès au dossier de l'usager.



Activités permises et directives à l'externe en soins infirmiers

- **L'EXTERNE DOIT AVOIR SON CARNET EN SA POSSESSION EN TOUT TEMPS.**
- L'externe doit effectuer **SEULEMENT** les activités qui ont été vues et acquises pendant le parcours scolaire. Les activités non vues doivent être hachurées dans le carnet et ne pourront pas être effectuées durant la période d'externat.
- L'externe n'est pas autorisée à effectuer une activité qui ne figure pas dans ce présent carnet. Par contre, elle peut effectuer les activités autorisées aux soins d'assistance (ex. : alimentation, soins d'hygiène, mobilisation) afin d'aider les membres de l'équipe de soins.
- L'externe doit avoir accompli (en conformité) les activités à trois reprises (date et initiales de l'infirmière requises) avant d'agir de manière autonome (excepté pour les activités nécessitant une supervision continue).
- **L'externe ne peut pas être supervisée par une CEPI, une CEPIA ou une infirmière auxiliaire.**
- À moins d'exception mentionnée dans le texte, toute installation autorisée de matériel thérapeutique peut implicitement être retiré (exemple : cathéters intraveineux ou tube nasogastrique).
- **L'externe ne peut pas exercer d'activités professionnelles auprès d'un usager dont l'état de santé est dans une phase critique ou qui requiert des ajustements fréquents.**
- L'externe consigne ses interventions au dossier de l'usager en **apposant sa signature suivie de « externe inf. »**. Si sa signature ne peut être identifiée clairement, elle doit apposer, à la suite, son nom en lettres moulées. *****L'infirmière n'est aucunement tenue de contresigner les notes de l'externe.** Cependant, une validation du contenu de la note peut être faite par l'infirmière en jumelage pour assurer la conformité et dans un but d'apprentissage***

Initiales	Signature inf.	Initiales	Signature inf.	Initiales	Signature inf.

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
1. Appliquer les mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique suivantes :				
1.1 Irriguer un tube nasogastrique				
1.2 Irriguer un tube nasoduodénal				
1.3 Irriguer un tube de gastrostomie				
1.4 Irriguer un tube de jéjunostomie				
1.5 Entretenir un système de drainage vésical à demeure				<p>INTERDIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Irrigation vésicale continue ou intermittente
1.6 Effectuer les soins d'une trachéostomie				<p>INTERDIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Faire des soins de trachéostomie qui sont reliés à un respirateur

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
2. Effectuer les prélèvements suivants, selon une ordonnance :				
2.1 Sang				
Glycémie capillaire				Directive infirmière requise.
Ponction capillaire au talon				
2.2 Urine				
2.3 Selles				
2.4 Exsudat de plaie				
2.5 Sécrétions trachéales				
2.6 Sécrétions gastriques				
2.7 Sécrétions vaginales				
2.8 Sécrétions oro-naso-pharyngées				
N. B. Les prélèvements ci-haut mentionnés sont les seuls à être autorisés à l'externe en soins infirmiers. Lorsqu'un dépistage est à réaliser par d'autres voies (ex. : rectale), il doit être réalisé par un membre autorisé de l'équipe de soins.				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
3. Prodiguer des soins et des traitements liés aux plaies, aux altérations de la peau et des téguments selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier, dans les cas suivants :				
3.1 (a) Faire un pansement aseptique, incluant un pansement avec un drain				<p>INTERDIT :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Irriguer tout type de drain ❖ Drainage pleurage d'un cathéter percutané à demeure (Exemple PleurX) <p>Faire le pansement de néphrostomie requiert une directive infirmière</p>
3.1 (b) Vidanger un dispositif fermé d'une plaie (ex. : Jackson-Pratt, Hémovac)				
3.1 (c) Faire un pansement aseptique avec une mèche				
3.2 Appliquer les pansements pour la prévention et le traitement des lésions de pression (stades 1 et 2)				
3.3 Retirer les agrafes				<ul style="list-style-type: none"> • À la suite de l'évaluation de l'infirmière. <p>AUTORISÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les diachylos de rapprochement selon les directives de l'infirmière.
3.3 Retirer les points de suture				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
3. Prodiguer des soins et des traitements liés aux plaies, aux altérations de la peau et des téguments selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier, dans les cas suivants :				
3.4 Effectuer les soins de stomie intestinale (colostomie, iléostomie)				
3.5 Effectuer les soins au pourtour d'un tube de : <ul style="list-style-type: none"> • Gastrostomie • Jéjunostomie • Cystostomie • Néphrostomie 				<p>INTERDITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Effectuer les soins d'une urostomie ❖ Faire la vidange et remplacer l'appareil collecteur de la stomie urinaire

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
4. Exercer la surveillance des signes neurologiques, neurovasculaires et vitaux				
Signes neurologiques (<i>Glasgow, échelle de Bromage, échelle sédation, ENC</i>)				
Signes neurovasculaires				
Tension artérielle				
Pouls (fréquence, rythme et amplitude)				
Respiration (fréquence, rythme et amplitude)				
Température buccale				
Température rectale				
Température axillaire				
Saturométrie (SpO ₂)				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
5. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.				SEULEMENT les médicaments que l'externe en soins infirmiers peut administrer.
Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance				
6. Administrer, selon la voie indiquée, les médicaments ou autres substances suivantes, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance, et dans le cas des médicaments PRN (pour toutes les voies d'administration permises), lorsque l'état de l'usager a été <u>évalué</u> préalablement <u>par une infirmière</u>.				
6.1 De l'oxygène, par voie respiratoire				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
6. Administrer, selon la voie indiquée, les médicaments ou autres substances suivantes, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance, et dans le cas des médicaments PRN (pour toutes les voies d'administration permises), lorsque l'état de l'usager a été <u>évalué</u> préalablement par <u>une infirmière</u>. (suite)				
6.2 Médicament ou substance				
Voie orale				
Voie sublinguale				
Par tube nasogastrique et de gastrostomie si le tube est en place				<p>L'infirmière doit toujours vérifier la drogue ou la substance contrôlée par voie orale avant l'administration à l'usager.</p> <p>Évaluation préalable de l'état de l'usager par l'infirmière pour tout médicament PRN ou exigeant un ajustement de dosage selon le résultat de tests diagnostiques.</p>
Voie nasale				
Voie ophtalmique				
Voie otique				<p>INTERDITS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sérum. ❖ Médicament lié à un protocole de recherche. ❖ Substance liée aux tests d'allergie. ❖ Substance anesthésique sous-cutanée. ❖ Voie bucco-gingival(transmuqueux) ❖ Voie oro-pharyngé (ex: vaporisateur lidocaïne pharyngées) ❖ Voie vésicale

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
6. Administrer, selon la voie indiquée, les médicaments ou autres substances suivantes, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance et, dans le cas des médicaments PRN (pour toutes les voies d'administration), lorsque l'état de l'usager a été évalué préalablement par une infirmière. (suite)				
6.2 Médicament ou substance				
Voie topique/ transdermique				<p>L'infirmière doit toujours vérifier la drogue ou la substance contrôlée par <u>voie rectale, transdermique</u> avant l'administration à l'usager.</p> <p>Évaluation préalable de l'état de l'usager par l'infirmière pour tout médicament PRN ou exigeant un ajustement de dosage selon le résultat de tests diagnostiques.</p> <p>INTERDITS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sérum. ❖ Médicament lié à un protocole de recherche. ❖ Substance liée aux tests d'allergie. ❖ Substance anesthésique sous-cutanée. ❖ Voie bucco-gingival(transmuqueux) ❖ Voie oro-pharyngé(ex: vaporisateur lidocaïne pharyngées) ❖ Voie vésicale
Voie vaginale				
Voie rectale				
Voie respiratoire				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
6. Administrer, selon la voie indiquée, les médicaments ou autres substances suivantes, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance et, dans le cas des médicaments PRN (pour toutes les voies d'administration permises), lorsque l'état de l'usager a été évalué préalablement par une infirmière. (suite)				
Intradermique				
Sous-cutanée				
Dans un dispositif d'accès sous cutanée				<p>L'infirmière doit toujours vérifier la drogue ou la substance contrôlée par <u>voie intradermique, sous-cutanée et intramusculaire</u> avant l'administration à l'usager.</p> <p>Évaluation préalable de l'état de l'usager par l'infirmière pour tout médicament PRN ou exigeant un ajustement de dosage selon le résultat de tests diagnostiques.</p> <p>INTERDITS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sérum. ❖ Médicament lié à un protocole de recherche. ❖ Substance liée aux tests d'allergie. ❖ Substance anesthésique sous-cutanée. ❖ <u>Produits sanguins et dérivés (ex : Win-Rho).</u> ❖ <u>Voie bucco-gingival(transmuqueux)</u> ❖ <u>Voie oro-pharyngé (ex: vaporisateur lidocaïne pharyngées)</u> ❖ <u>Voie vésicale</u>
Intramusculaire				
7. Contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i> (RLRQ, chapitre S-2.2).				
Administrer un vaccin				Après l'évaluation de l'infirmière qui autorise la vaccination.

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
8. Effectuer les traitements médicaux suivants, selon une ordonnance :				
8.1 Tube nasogastrique (<i>incluant la clientèle pédiatrique</i>)	Installer			
	Retirer			
INTERDITS: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Installer ou retirer un tube nasoduodénal exemple : Keofeed. ❖ Repositionner ou réinstaller un tube nasogastrique ou nasoduodénal. 				
8.2 Faire un résidu gastrique				
8.3 Administre un gavage				
8.4 Effectuer l'aspiration des sécrétions nasopharyngées				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
8. Effectuer les traitements médicaux suivants, selon une ordonnance (suite) :				
8.5 Cathéter vésical (à demeure)	Installer			
8.6 Faire un cathétérisme vésical (intermittent)	Changer, enlever			INTERDITS : ❖ En post-op d'urologie. ❖ En post-op de gynécologie. ❖ Chez les transplantés rénaux.
8.7 Surveiller une irrigation vésicale				INTERDITS : ❖ Changer le sac d'irrigation ❖ Changer le débit d'irrigation
8.8 Donner un lavement évacuant				INTERDITS : ❖ Utilisation d'un tube rectal. ❖ Toucher et curage rectal. ❖ Par iléostomie
8.9 Effectuer un lavement par colostomie				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
8. Effectuer les traitements médicaux suivants, selon une ordonnance (suite) :				
8.10 Installer dispositif d'accès sous-cutanée pour injection sous-cutanée intermittente	Installer			
	Retire			
8.11 Installer cathéter intraveineux périphérique court de moins de 7,5 cm	Installe			<p>AUTORISÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'entretien du dispositif IV et des tubulures lorsqu'une solution sans additif est administrée. <p>Si solution avec additifs : la perfusion doit avoir été arrêtée auparavant par l'infirmière avant le retrait.</p>
	Retirer			
<p>INTERDIT: aucune manipulation des voies centrales (PICC line, jugulaire, Midline, Port-a-cath etc.) ne peuvent être faites par l'externe. Ceci inclut aussi l'entretien, le retrait, le changement de pansement etc.</p>				

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
8. Effectuer les traitements médicaux suivants, selon une ordonnance (suite) :				
8.12 Administre une solution intraveineuse <u>sans additif</u> à partir d'un cathéter intraveineux périphérique court de moins de 7,5 cm	Administrer			
	Vide d'air de tubulure			
	Manier la pompe volumétrique			
Dispositif d'accès veineux périphérique court intermittent	Installer (bouchon et tubulure)			
8.13 Irriger avec une solution isotonique, à partir d'un cathéter intraveineux périphérique court de moins de 7,5 cm à injection intermittente	Irriger			

Liste des activités	Exécutée en conformité			Conditions d'exécution
	1 Date/ initiales inf.	2 Date/ initiales inf.	3 Date/ initiales inf.	
AUTRES ACTIVITÉS				
Contribuer à la mesure de la hauteur utérine (involution utérine) en post-partum * <i>L'analyse du résultat de la mesure doit être fait par l'infirmière.*</i>				Après les premières 8 heures post-partum et selon les directives de l'infirmière.
Installer des mesures de contrôle physiques				Après l'évaluation de l'infirmière qui autorise l'application de la mesure de contrôle. ET INTERDIT : <ul style="list-style-type: none">❖ Pour usager ayant un potentiel de dangerosité ou ayant une condition instable.
Mesurer la bilirubine transcutanée (Bilicheck) (En pédiatrie et périnatalité)				❖ Condition: ordonnance médicale
La mesure de la saturométrie dans le dépistage de la cardiopathie congénitale grave chez le nouveau-né				L'analyse des données doit être fait par l'infirmière

Liste des activités	Acquis	En voie d'acquisition	Non réalisé	Commentaires
Contribuer à une évaluation ciblée				
Évaluation du malaise : PQRSTU				
Histoire de santé : AMPLE				
<p>Problème en lien avec le système neurologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délirium (reconnaître les signes suggérant un délirium) • Céphalée • Migraine • AVC • Autre : 				
<p>Problème en lien avec le système respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toux • Dyspnée • Pneumonie • Autre : 				
<p>Problème en lien avec le système urinaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infection urinaire • Incontinence urinaire • Rétention urinaire • Irrigation vésicale (observer) • Autre: 				

Liste des activités	Acquis	En voie d'acquisition	Non réalisé	Commentaires
Contribuer à une évaluation ciblée (suite)				
Problème en lien avec le système cardiovasculaire : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur thoracique • Oedème • Évaluation de la tension artérielle anormale • Hypotension orthostatique • Palpitations • Douleur ischémique (maladie vasculaire périphérique) • Orthopnée • Lipothymie/syncope • Autre : 				
Problème en lien avec le système digestif : <ul style="list-style-type: none"> • Constipation • Fécalome • Diarrhée • Douleur abdominale • Hémorroïdes • Autres : 				

Liste des activités	Acquis	En voie d'acquisition	Non réalisé	Commentaires
Contribuer à une évaluation ciblée (suite)				
Problème en lien avec le système musculosquelettique (locomoteur) : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur musculosquelettique • Douleur articulaire • Fracture • Chute • Autre : 				
Problème en lien avec le système tégumentaire : <ul style="list-style-type: none"> • Plaie traumatique • Déchirure cutanée • Lésion de pression stade 1 et 2 • Brûlure • Ulcère artériel membres inférieurs • Ulcère veineux membres inférieurs • Ulcère du pied diabétique • Hématome • Ecchymose • Autre : 				

Liste des activités	Acquis	En voie d'acquisition	Non réalisé	Commentaires
Contribuer à une évaluation ciblée (suite)				
<p>Symptômes en fin de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleurs modérées ou sévères • Dyspnée • Détresse respiratoire • Constipation • Râles • Nausées/vomissements • Anorexie (perte ou diminution de l'appétit en fin de vie) • Lésions de pression stade 1 et 2 • Délire ou confusion 				
Prévention des infections				
Appliquer les pratiques de base en prévention des infections				
Appliquer les précautions additionnelles				
Collaborer à la mise en place ou au retrait de précautions additionnelles				

Je peux ou je ne peux pas...

*Pour tout questionnement en lien avec les activités de l'externe, contacter l'équipe du préceptorat.

*L'externe doit toujours avoir les connaissances et les compétences pour effectuer les activités suivantes :

Activité	Permise	Interdite	Précisions
Effectuer la double vérification indépendante (DVI)		X	L'externe ne peut jamais être la vérificatrice. Seulement l'infirmière peut vérifié ce que l'externe prépare.
Effectuer le décompte des narcotiques		X	L'externe ne peut pas agir à titre de témoin de la destruction d'une drogue ou substance contrôlée.
Effectuer un électrocardiogramme (ECG)	X		À condition que l'externe ait été formée sur l'installation et le positionnement des électrodes. Il faut une directive infirmière ou ordonnance médicale. Aucune analyse du tracé n'est effectuée par l'externe.
Effectuer une échographie vésicale (bladder scan)	X		Aucune analyse de la mesure n'est effectuée par l'externe. Directive infirmière requise.
Accompagner un usager pour tout type de transport (ambulance, taxi, transporteur, etc.)		X	L'externe doit demeurer en tout temps sur l'unité qui lui a été attitrée.
Effectuer une surveillance constante (service privé)		X	Exceptionnellement , l'externe peut contribuer à la surveillance constante sous certaines conditions : <ul style="list-style-type: none">• Évaluation infirmière requise avant d'autoriser une surveillance constante par une externe.• Interdit pour usager ayant un potentiel de dangerosité ou ayant une condition instable.

Je peux ou je ne peux pas...

*Pour tout questionnement en lien avec les activités de l'externe, contacter l'équipe du préceptorat.

*L'externe doit toujours avoir les connaissances et les compétences pour effectuer les activités suivantes :

Activité	Permise	Interdite	Précisions
Contresigner (être le témoin) un consentement (opératoire, aux soins généraux, etc.)	X		
Compléter les formulaires cliniques : collecte de données, requête (ex. : examens, consultation)	X		Selon les directives de l'infirmière.
Déterminer ou ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI)		X	Cette activité est réservée à l'infirmière. En aucun temps, l'externe ne peut inscrire sur le PTI, et ce, même si l'infirmière la contresigne.
Initier une ordonnance collective ou un protocole		X	Cette activité est réservée à l'infirmière.
Prendre une ordonnance verbale ou téléphonique		X	
Relever les ordonnances médicales au dossier de l'usager et les transcrire sur la feuille d'administration de médicaments (FADM)	X		Seulement pour les activités permises à l'externe en soins infirmiers. L'ordonnance relevée et la retranscription sur la FADM doivent <u>toujours</u> être vérifiées par l'infirmière.
Mesurer le poids et la taille de l'usager	X		
Administrer une solution par ACP, bloc fémoral ou péridurale		X	Aucune programmation de la pompe n'est effectuée par l'externe.
Participer aux soins post-mortem	X		L'externe peut effectuer la double identification du corps lors d'un décès <u>avec l'infirmière</u> : suivre le protocole.

Je peux ou je ne peux pas...

*Pour tout questionnement en lien avec les activités de l'externe, contacter l'équipe du préceptorat.

*L'externe doit toujours avoir les connaissances et les compétences pour effectuer les activités suivantes :

Activité	Permise	Interdite	Précisions
Installer ou retirer une télémétrie et changer les batteries.	X		
Effectuer le transport des produits sanguins	X		
Changer le sac d'irrigation pour un lavage vésicale en continue.		X	Il est aussi interdit d'ajuster le débit du lavage vésicale. Cependant, l'externe peut vidanger la sonde urinaire.
Effectuer les soins et surveillances de pessaires		X	
Dispenser un enseignement structuré à l'usager (ex.:lors du congé, soins à effectuer, exercices respiratoires)	X		Selon les directives de l'infirmière.
Installer et entretenir un CPAP/BiPAP	X		L'externe ne peut pas gérer les paramètres de l'appareil.

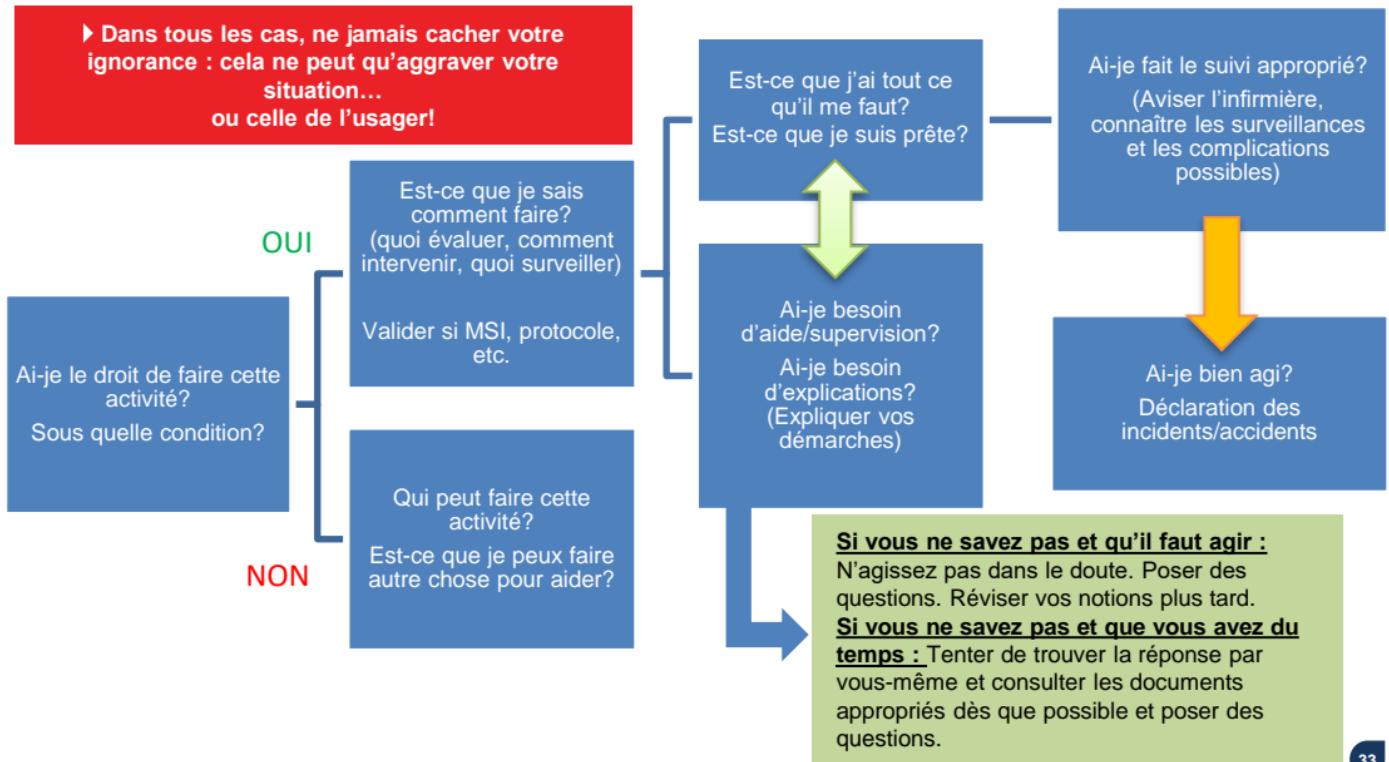
Je peux ou je ne peux pas...

*Pour tout questionnement en lien avec les activités de l'externe, contacter l'équipe du préceptorat.

*L'externe doit toujours avoir les connaissances et les compétences pour effectuer les activités suivantes :

Activité	Permise	Interdite	Précisions
Soins mère-enfant			
Écouter le cœur foetal	X		Conditions : Installation de l'appareillage par l'infirmière et l'analyse de la mesure est effectuée par l'infirmière.
Contribuer à l'évaluation post-partum (lochies, épisiotomie, pansement, césarienne, douleur)	X		Lochies = selon directive infirmière.
Effectuer les tests de dépistage auditif chez le nouveau-né		X	
Installer un usager pour un bain de siège	X		Après l'évaluation de l'infirmière qui autorise l'installation du bain de siège.
Contribuer aux activités entourant l'allaitement maternel	X		
Mesurer le périmètre crânien de l'usager	X		À condition que l'externe ait été formée sur la méthode de prise du périmètre crânien. Aucune analyse de la mesure n'est effectuée par l'externe.
Appliquer le programme québécois de dépistage néonatal sanguin et urinaire (PQDNSU)	X		

Diagramme décisionnel des premières fois



Pistes de réflexion pour mieux gérer mes difficultés

- **Déterminez la cause de votre difficulté**
 - Questionnez-vous pour savoir si quelque chose ne va pas dans votre vie.
 - Est-ce que le stress rend ma disponibilité plus difficile?
 - Est-ce que j'ai de la difficulté à gérer mon stress?
 - Être réceptive aux commentaires des autres.
- **Explorez comment vous vous sentez lors de votre quart de travail**
 - Qu'est-ce qui vous heurte?
 - Êtes-vous déçue de vous-même?
 - Avez-vous peur de déplaire? De ne pas performer? De ne pas être à la hauteur? De ne pas réussir?
 - Est-ce que vous vous accordez le droit à l'erreur? Êtes-vous trop exigeante envers vous-même?
- **Examinez ce que vous pouvez améliorer : soyez proactive, créative et autonome!**
 - Apprenez à avoir de la compassion envers vous.
 - Faites des demandes claires quant à vos attentes et vos besoins.
 - Faites davantage de relation d'aide.
 - Approfondissez vos connaissances.
 - Offrez votre aide.
 - Demandez à observer certaines interventions.
 - Demandez une rétroaction à vos collègues de travail.
 - Fouillez dans les différentes références (livres, dépliants, MSI, MIC ou autres).
- **Demandez-vous si vous êtes au bon endroit**
- **Parlez de vos difficultés avec une personne de confiance**



La feuille de route est

le meilleur outil pour planifier et organiser les soins et son temps...

Assurez-vous de la mettre à jour régulièrement durant votre quart de travail!



Prévention de la violence au travail

Les relations avec mes collègues, j'en prends soin!

- Je souris et je suis courtois.
- J'offre mon aide et ma collaboration et je respecte le rôle de chacun.
- Je traite les autres avec égards, sans alimenter les rumeurs ou les propos négatifs.
- Je demeure ouvert aux opinions des autres et je m'exprime avec un langage et un ton adéquat.
- Je reconnaiss l'expertise et les bons coups de mes collègues.

Un conflit à l'horizon? Se parler est la solution!

- J'en parle le plus tôt possible avec le collègue concerné, dans un endroit approprié.
- Je discute avec calme et respect, je communique au « je », sans blâme, ni jugement.
- J'écoute le point de vue de l'autre et ensemble nous tentons de trouver une solution satisfaisante.
- Si la situation demeure conflictuelle : se référer à son gestionnaire pour qu'il vous aide à résoudre votre différend.

Et s'il s'agit d'un usager...

- Je rappelle avec courtoisie la responsabilité de l'usager d'agir avec respect et d'avoir un comportement exempt de geste de violence (verbale, physique, psychologique) tel que stipulé dans le code d'éthique.

Lorsque des actes de violence ou de harcèlement sont vécus ou observés...

- Je dois en aviser mon gestionnaire afin d'évaluer les mesures à mettre en place pour gérer la situation ou déterminer des mesures de prévention.
► **Tout signalement est confidentiel.**

Code d'éthique : *MIC/Mon organisation/Éthique*

Politique et procédure concernant la promotion de la civilité et la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail : *MIC/Ma bibliothèque*

Tournées intentionnelles



Objectif : Anticiper les besoins ou préoccupations des usagers et y répondre

1. Avez-vous besoin de vous rendre à la toilette?
2. Avez-vous besoin de vous mobiliser?
3. Avez-vous de la douleur?
4. Avez-vous tout à portée de main?
5. Est-ce que je peux faire autre chose pour vous?
(Avez-vous une préoccupation particulière?)

Hygiène des mains (HDM) : 4 moments-clés

1. Avant de toucher à l'usager ou à son environnement	QUAND? <ul style="list-style-type: none">En entrant dans la chambre.Avant de toucher à l'usager et aux objets ou meubles dans l'environnement de l'usager.	Solution hydroalcoolique : <ul style="list-style-type: none">20-30 secondes <p>Dès que mains collantes ou visiblement souillées ⇒ HDM avec eau + savon</p> Eau + Savon : <ul style="list-style-type: none">40-60 secondesObligatoire si C. difficile et lorsque requis
	POURQUOI? <ul style="list-style-type: none">Pour protéger l'usager des germes présents sur les mains.	
2. Avant une intervention aseptique	QUAND? <ul style="list-style-type: none">Immédiatement avant une intervention aseptique.	<p>► Appliquer une crème hydratante sur les mains avant les pauses, les repas et à la fin du quart de travail.</p>
	POURQUOI? <ul style="list-style-type: none">Pour protéger l'usager contre les germes y compris ses propres germes pouvant envahir son organisme.	
3. Après un risque de contact avec les liquides biologiques	QUAND? <ul style="list-style-type: none">Immédiatement après toute exposition potentielle ou effective à un liquide biologique et après le retrait des gants.	
	POURQUOI? <ul style="list-style-type: none">Pour vous protéger et protéger l'environnement des germes de l'usager.	
4. Après un contact avec l'usager ou son environnement	QUAND? <ul style="list-style-type: none">Après avoir touché à l'usager et aux objets ou meubles dans l'environnement de l'usager.En sortant de la chambre.	
	POURQUOI? <ul style="list-style-type: none">Pour vous protéger et protéger l'environnement des germes de l'usager.	

Équipement de protection individuel (EPI)

MIC/ Mes outils/ Prévention et contrôle des infections	Masque (de procédure, à haut pouvoir filtrant (N95))	Blouse à manches longues (lavable et jetable)	Gants non stériles	Protection oculaire (lunettes et visière)
Pourquoi?	<ul style="list-style-type: none"> Protection des muqueuses du nez et de la bouche 	<ul style="list-style-type: none"> Protection de la peau et des vêtements du travailleur 	<ul style="list-style-type: none"> Protection contre les germes liés aux liquides biologiques Ne remplace pas l'hygiène des mains 	<ul style="list-style-type: none"> Protection des muqueuses des yeux
Quand?	<ul style="list-style-type: none"> Intervention ou activité de soins à risque de générer des éclaboussures ou projection de gouttelettes Si toux chez le travailleur N95 : Selon recommandations PCI 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention ou activité de soins à risque de générer des éclaboussures ou des souillures sur la peau ou les vêtements 	<ul style="list-style-type: none"> Lors d'exposition potentielle ou effective avec les liquides biologiques Utilisation d'instrument piquant et tranchant 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention ou activité de soins à risque de générer des éclaboussures ou projection de gouttelettes
Comment?	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène des mains avant et au retrait Recouvrir le nez et la bouche (modeler la pince nasale à la forme du nez) Changer selon les normes PCI en vigueur Éviter de toucher le masque lorsque porté Fit-test et Test d'étanchéité (N95) 	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène des mains avant et au retrait Attacher au cou et à la taille Attention : éviter de toucher l'extérieur de la blouse lors du retrait 	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène des mains avant et au retrait Doivent recouvrir les poignets de la blouse Changez entre chaque usager Attention de ne pas souiller l'environnement avec des gants contaminés <p>Non au port de gants universels</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène des mains avant et au retrait Désinfection au retrait avec lingette Conserver selon les normes PCI en vigueur <p>Ne se porte pas dans le cou, ni sur le dessus de la tête!</p>



Principes de désinfection du matériel

Objectif : Briser la chaîne de transmission des micro-organismes.

Rôle de l'externe : Procéder à la désinfection des équipements de soins selon les normes de la prévention et contrôle des infections en vigueur.

Je désinfecte avec quoi?	Je désinfecte quand?
<ul style="list-style-type: none">Valider avec l'infirmière pour connaître le produit à utiliser<ul style="list-style-type: none">Produit chloré : toujours pour <i>C. difficile</i> et gastro-entéritePeroxyde d'hydrogène : ne pas utiliser pour les glucomètres (ex. : Oxivir TB), car résultats biaisés	<p>Désinfection du matériel</p> <ul style="list-style-type: none">entre chaque usager, matériel partagé Désinfecter les parties de l'équipement touchées par le personnel, l'usager et l'environnement de l'usageren situation d'isolement Tout équipement qui sort d'une chambre d'isolement doit être désinfecté au complet.
<p>Lingettes</p> <p>Réservees à la désinfection des petits équipements de soins (qui tiennent dans une main)</p> 	<p>Bouteille</p> <p>Utilisée pour les équipements ou surfaces plus volumineux</p> 
<p>Je désinfecte comment?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mettre des gants propres2. Prendre une lingette suffisamment humectée de produit approprié et procéder à la désinfection de l'ensemble de la surface3. Attendre que le matériel humide soit complètement sec avant de l'utiliser à nouveau : respecter le temps de contact inscrit sur le contenant afin d'assurer l'efficacité du produit (ne pas essuyer avant la fin du temps de contact) <p>ERV : double désinfection recommandée Respecter le temps de contact entre chaque désinfection.</p>	

Précautions additionnelles

ATTENTION! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde

ISOLEMENT DE CONTACT

SARM-ERV

ATTENTION! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde

ISOLEMENT DE CONTACT RENFORCÉ

C. difficile

ATTENTION! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde

ISOLEMENT GOUTTELETTES - CONTACT

SAG/ Influenza

ATTENTION! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde

ISOLEMENT AÉRIEN - CONTACT

Tuberculose

ATTENTION! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde

ISOLEMENT PRÉVENTIF - NEUTROPÉNIQUE

Neutropénie

ATTENTION ! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde

ISOLEMENT
GOUTTELETTES - CONTACT RENFORCÉ

Gastro-entérite

ATTENTION! Lire avant d'entrer

Visiteurs :

Consultez le personnel au poste de garde
ISOLEMENT
GOUTTELETTES - CONTACT
AVEC PROTECTION OCULAIRE

CoViD-19 (selon
recommandation PCI)

ATTENTION! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde
ISOLEMENT AÉRIEN CONTACT
*** DE PROXIMITÉ ***

CoViD-19
(selon recommandations
PCI)

ATTENTION ! Lire avant d'entrer

Visiteurs :
Consultez le personnel au poste de garde
ISOLEMENT AÉRIEN CONTACT RENFORCÉ

CoViD-19 (selon
recommandation PCI)

Quoi faire devant ces affiches?

1. Bien lire les instructions
2. Suivre les étapes inscrites dans l'ordre sur l'affiche
3. Se référer à l'infirmière en cas de doute
4. Désinfecter le matériel de soins partagé
5. Effectuer l'hygiène des mains

Gestion des matières résiduelles en milieu de soins/Protocole post-exposition

Types de déchets	Exemples	Contenant
Généraux	<ul style="list-style-type: none">• Piqué bleu• Culotte d'incontinence ou couches• Électrodes ECG• Pansement sec non souillé ou très peu, plâtre• Tubulure et cathéter IV (si non souillé de sang) : jeter fiche perforante de la tubulure dans le contenant rigide biorisque• Seringue SANS AIGUILLE	POUBELLE RÉGULIÈRE 
Biomédicaux	<ul style="list-style-type: none">• Déchets de dialyse• Pansement souillé de liquide biologique (jeter dans un sac de plastique lors du soin puis jeter dans le sac biorisque par la suite)• Tubulure et cathéter IV (si souillé de sang) : jeter fiche perforante de la tubulure dans le contenant rigide biorisque• Drain de type Hémovac, Jackson-Pratt, thoracique, etc.• Sonde et sac urinaire (une fois vidangé) <p>AUCUN OBJET PIQUANT OU TRANCHANT NE DOIT SE RETROUVER DANS CE SAC</p>	SAC BIORISQUE 
Biomédicaux	<ul style="list-style-type: none">• Aiguille, papillon, couvercle bleu du contenant de prélèvement d'urine, fiche perforante des tubulures• Lame de bistouri• Lancette• Rasoir• Ampoule et vial en verre, vaccin de souche vivante• Seringue AVEC AIGUILLE	CONTENANT RIGIDE BIORISQUE 

S'APPLIQUE À TOUS LES PRODUITS PROPRES OU SOUILLÉS
AINSIX QU'AUX DISPOSITIFS PÉRIMÉS DANS LEUR EMBALLAGE ORIGINAL

Que faire en cas de piqûre accidentelle?

- Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon.
- Ne pas brosser ni utiliser de solution irritante.
- Rincer avec de l'eau.
- Aviser l'infirmière pour débuter le processus postexposition.



Admission et congé d'un usager

Admission	Congé
<ul style="list-style-type: none">Accueillir l'usager et aider les membres de l'équipe pour l'installation.	<ul style="list-style-type: none">En collaboration avec l'infirmière, vérifier l'ordonnance du congé par le médecin traitant ET le spécialiste, s'il y a lieu.
<ul style="list-style-type: none">Collaborer à l'évaluation de l'usager : Examen physique et/ou mental ciblé en fonction de la raison d'admission.	<ul style="list-style-type: none">Aviser l'usager du délai dans lequel il doit avoir quitté sa chambre (valider le besoin de transport).
<ul style="list-style-type: none">Effectuer un examen de la tête au pied : oxygène, sonde, soluté, drains, etc.Valider si présence de plaies ou de lésions.	<ul style="list-style-type: none">Collaborer à une dernière évaluation sommaire pour s'assurer qu'il n'y a pas de complications avant le départ : signes vitaux, examen physique ciblé, etc.
<ul style="list-style-type: none">Prendre les signes vitaux, signes neurologiques.	<ul style="list-style-type: none">Retirer les appareillages médicaux (ex. : dispositif d'accès veineux, sonde vésicale, etc.).
<ul style="list-style-type: none">Compléter les collectes de données : évaluation du risque de plaies de pression selon l'échelle de Braden et le dépistage du risque de chute.	<ul style="list-style-type: none">Effectuer l'enseignement de départ et remettre la documentation, s'il y a lieu.
<ul style="list-style-type: none">Communiquer les informations à l'infirmière.En collaboration avec l'infirmière, vérifier le contenu du dossier (ordonnance, consultation, etc.).	<ul style="list-style-type: none">Remettre à l'usager les prescriptions de départ, les cartes d'hôpital et d'assurance maladie, rendez-vous, médication personnelle, Niveau d'intervention médical (NIM), s'il y a lieu.
<ul style="list-style-type: none">Consigner les informations pertinentes au dossier, dont l'heure, la provenance et le moyen d'arrivée (ex. : fauteuil roulant, civière).	<ul style="list-style-type: none">Noter les informations pertinentes au dossier, dont l'heure de départ, la présence d'un accompagnateur, aide à la marche, etc.

Il peut exister quelques différences selon les milieux : CHSLD, centres hospitaliers, etc.

Démarche infirmière

Documentation clinique

C : Collecte des données

AMPLE, les signes (objectif), les symptômes (subjectif), PQRSTU, cinétique (trauma), SV, SN, CNV*, signes A.Î.N.É.E.S, données anthropométriques

Examen physique, condition mentale (6 repères-PERCEP), bilan nutritionnel

Examens complémentaires (O.C.) : glycémie capillaire, ECG, A+C urine, etc.

A : Analyser et interpréter les données

Tenir compte du diagnostic de l'usager et comparer l'état actuel avec l'antérieur

Est-ce normal ou anormal? Est-ce grave ou non? Est-ce urgent ou non?

Problème prioritaire, diagnostic infirmier, hypothèse diagnostique

P : Planifier les interventions

PSTI (objectif : réaliste, mesurable, temporel) \Leftrightarrow PTI (légal, personnalisé) \Leftrightarrow **Plan de travail**

Interventions : agir (priorité), améliorer (condition), surveiller (complications)

I : Exécuter le plan d'interventions

Appliquer les interventions et les directives sur le terrain (déléguer : PAB, assigner : infirmière auxiliaire)

E : Évaluer l'atteinte de l'objectif / refaire collecte des données

Atteint, partiellement atteint, non atteint (maintenir ou modifier ou suivre avec autre professionnel) –

Refaire la démarche

*CNV : Condition neurovasculaire

Création Nathalie Labrecque, B. Sc., M. Sc. Ph. Dc. Inf.

Acronymes – Collecte de données

P	Physiologique
E	État mental (discours, jugement, autocritique)
R	Relationnel
C	Cognitif (attention, concentration, mémoire, orientation)
E	Émotif, humeur, affect
P	Perceptuel (douleur, hallucination)

P	Provoqué, pallié
Q	Qualité, quantité, impact fonctionnel
R	Région, irradiation
S	Signes et symptômes associés (ne vise pas le malaise dominant)
T	Temps, constant ou intermittent (moment, durée, fréquence)
U	« Understanding » (signification pour l'usager)

A	Allergies, réactions
M	Médication, tabac, alcool, drogue
P	Antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux
L	« Last meal » (dernier repas), diète, symptômes gastro-intestinaux
E	Événements, environnement, stress

Avez-vous des idées suicidaires?	
C	Comment?
O	Où?
Q	Quand?
A	Accessibilité au moyen?
<i>Plus le plan est défini à courte échéance, plus l'urgence suicitaire est élevée.</i>	
Évaluer l'espérance, les antécédents, capacité à se contrôler, consommation, réseau social, capacité à prendre soin de soi, etc.	

J'avise l'infirmière si

	<ul style="list-style-type: none"> Neurologique : Anormalités état mental, CAM +, anormalités des signes neurologiques, signes d'AVC (Cincinnati, VITE), apparition soudaine d'un mal de tête intense T° : plus petit que 36°C ou plus grand que 38,1°C <ul style="list-style-type: none"> Fièvre gériatrique = 37,8°C OU élévation de 1,1°C de sa mesure usuelle durant la même période de la journée
	<ul style="list-style-type: none"> TA : TAs plus petit que 100 mmHg ou TAs plus grand que 140 mmHg ou TAd plus grand que 90 mmHg FC : plus petit que 60 battements/min ou plus grand que 100 battements/min HTO : Entre TA couchée et debout/assise : ↓ TAs de plus de 20 mmHg OU ↓ TAd de plus de 10 mmHg. Mesurer également la FC (anormal si ↑ de plus de 20 battements/min)
	<ul style="list-style-type: none"> SpO₂ : plus petit que 95 % ou plus petit que 92 % pour MPOC FR : plus petit que 12 respirations/min ou plus grand que 24 respirations/min Bruits respiratoires anormaux, tirage
	<ul style="list-style-type: none"> Bruits intestinaux : plus petit que 5 bruits/min ou plus grand que 30 bruits/min Selles : plus grand que 3 jours sans selle, diarrhées Diurèse : plus petit que 30 mL/h ou urines anormales Glycémie : plus petit que 4 mmol/L ou plus grand que 7 mmol/L
	<ul style="list-style-type: none"> Signes neurovasculaires (SNV) : Toutes anormalités Peau et téguments : toutes anormalités



Se questionner :

- Quelle est la norme de l'usager?
- Quelle est l'ampleur du changement?
- Quel est l'état de l'usager?

Lorsque vous avisez l'infirmière, ayez en main :
Diagnostic admission, allergies

- Notes
- FADM
- Niveau d'intervention médical (NIM)
- Résultats tests diagnostiques et analyses de laboratoires

Paramètres vitaux attendus – Clientèle pédiatrique

Âge	Fréquence cardiaque (Battements/minute)	Fréquence respiratoire (Respirations/minute)	Tension artérielle (mmHg)
Prématuré	110-170*	40-70	55-75 / 35-45**
0-3 mois	110-160*	35-55	65-85 / 45-55
3-6 mois	110-160	30-45	70-90 / 50-65
6-12 mois	90-160	22-38	80-100 / 55-65
1-3 ans	80-150	22-30	90-105 / 55-70
3-6 ans	70-120	20-24	95-110 / 60-75
6-12 ans	60-110	16-22	100-120 / 60-75
12 ans et plus	60-100	12-20	110-135 / 65-85

* La fréquence cardiaque peut **augmenter** en période de pleurs et **diminuer** en période de sommeil.

** Le brassard doit recouvrir le 2/3 du bras de l'enfant afin d'avoir une valeur juste.

Tableau basé sur Pediatric Advanced Life Support,2023



Rapport interservice



I	Identification	<ul style="list-style-type: none">• Nom de l'usager• Numéro de la chambre• Âge
D	Diagnostic	<ul style="list-style-type: none">• Traitements récents (chirurgie, examen)• Antécédents• Problèmes pertinents
É	Évaluation	<ul style="list-style-type: none">• Détérioration, nouveau symptôme ou problème• Soins administrés et résultats, médicaments PRN• Signes vitaux anormaux, bilan ingesta/excreta• Changement état cognitif• Résultats de laboratoire anormaux• Examens prévus
É	Évolution	<ul style="list-style-type: none">• Priorité ou recommandation pour prochain quart• Modifications ou ajout dans les plans de soins



Quand et comment écrire une note?

QUAND ÉCRIRE?	<p>La fréquence et le contenu sont avant tout déterminés par le jugement clinique du personnel infirmier. Il faut écrire une note à :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'admission de l'usager.• Dès qu'il y a un changement ayant un impact sur la santé de l'usager.• Lorsqu'une intervention est réalisée (feuilles spéciales pour médicaments, signes vitaux, glycémie capillaire, etc.).• Au transfert ou au départ de l'usager.• Au moment du décès.	
COMMENT ÉCRIRE?	<p>Pertinente : En lien avec le problème de santé (raison d'admission) de l'usager et les soins prodigues.</p> <p>Exacte : Aucune interprétation ni éléments superflus.</p> <p>Complète : Démontre suffisamment d'éléments pour avoir une idée claire de ce qui est arrivé.</p> <p>Organisée : Noter de façon continue et chronologique tous les événements, soins, traitements et autres interventions.</p> <p>Crédible :</p> <ul style="list-style-type: none">• Rédigée au fur et à mesure par le professionnel qui effectue l'observation et qui fait l'intervention.• Écrire au présent ou au passé, jamais au futur.• Éviter la répétition des inscriptions.• Ne jamais faire disparaître d'information sous quelque forme que ce soit.<ul style="list-style-type: none">✓ Correction d'une erreur : Raturer et mettre entre parenthèses l'information erronée (Les informations doivent rester lisibles : aucun liquide correcteur). Noter au-dessus la raison de la modification. Apposer les initiales et dater.• Laisser aucun espace libre et ne rien écrire en dehors du cadre de la feuille.• Éviter d'insérer des notes entre les lignes.• Écrire <u>à l'encre indélébile bleue</u>, éviter les gels ou les feutres (altère la qualité de la numérisation et se dilue avec l'eau). <p>Exempt de fautes d'orthographe et de syntaxe.</p>	<p>Sans oublier...</p> <p>Identification de chaque feuille (nom, prénom et numéro dossier de l'usager)</p> <p>Date complète (AAAA-MM-JJ)</p> <p>L'heure (HH : MM)</p> <p>Signature complète : prénom et nom ainsi que le titre ou son abréviation.</p> <p>➤ Pour chaque intervention effectuée (soins, relever une ordonnance, suivi, référence à un autre professionnel, changement au plan de soins, etc.).</p>

Liste des abréviations, symboles et désignations de doses autorisées et à proscrire

LE SENS	ABRÉVIATIONS ADEQUATES	NE PAS UTILISER
1 fois par jour	DE	OD (once daily) : peut être interprété comme « deil droit » ID : peut être interprété comme « TID »
2 fois par jour	BID	
3 fois par jour	TID	
4 fois par jour	QID	
Au coucher	HS	
À tous les « X » jours	q[2]	QOD (every day) : peut être interprété comme « QID »
Pour « X » doses	X 6 doses	X 6 d : peut être interprété comme X 6 jours
À toutes les « X » heures	qdH	
Au repas	AC	
Après le repas	PC	
L'après-midi	Préciser l'heure	PM : trop vague
Le soir	Préciser l'heure	Le soir : trop vague, peut signifier souper ou coucher
Au besoin	PRN	
Immédiatement (urgent)	STAT	
Avant	ans ou près	AV
Après	post	Ap
à	à	® : peut être interprété comme 2 ou 5
et	et	® : peut être interprété comme le chiffre 4
Par la bouche	PO	po[s] : peut être interprété comme « dans le[il] gauche »
Sous la langue	sub-lingual ou sub-ling.	SL : peut être interprété comme « SC : sous-lingual »
Intramusculaire	IM	
Intranasal	intra nasal	
Intraveineux	IV	IN : peut être interprété comme « IV » ou « IM »
Sous-cutané	SC	
Intracardiaque	IR	
Injection	Injection	IJ : peut être interprété comme « IV »
Administration oculaire	Dans l'œil droit, l'œil gauche, dans les 2 yeux	OD, OS, OU : peut être interprété comme « AD, AS, AU (administration oculaire) »
Administration auriculaire	Dans l'oreille droite, l'oreille gauche, dans les 2 oreilles	AD, AS, AU : peut être interprété comme « OD, OS, OU (administration oculaire) »

Les éléments encadrés par une double ligne sont ceux faisant partie de la « liste d'éléments à proscrire » de l'ISMP Canada.

Liste approuvée par le comité de pharmacologie (22 février 2016) et par le CECMDP (21 février 2017).

Liste des abréviations, symboles et désignations de doses autorisées et à proscrire

LE SENS	ABRÉVIATIONS ADÉQUATES	NE PAS UTILISER
Gramme	g	G : peut être interprété comme « grain »
Milligramme	mg	µg : peut être interprété comme « mg » résultant en une surdose de mille fois la dose prévue
Microgramme	mcg	1 : le 1 millimicro peut être interprété comme le chiffre 1
Litre	L	
Millilitre	mL	
DOSES		
Unité (internationale ou non)	Unité (au complet)	
« Inférieur à » ou « supérieur à » **	Écrire au complet « inférieur à » ou « supérieur à » **	< et > : Peut être pris pour « 7 » (sept) ou la lettre « L ». Confusion entre les 2 symboles. **
« Inférieur ou égal à » ou « supérieur ou égal à » **	Écrire au complet « inférieur ou égal à » ou « supérieur ou égal à » ou « plus petit ou égal à » ou « plus grand ou égal à »	\$ et # : Confusion entre les 2 symboles. **
À NE PAS FAIRE	FAÇON ADÉQUATE	Raison
Inscrire un zéro après la virgule (1,0 mg)	1 mg	Peut être interprété comme 10 fois la dose (10 mg)
Ne pas inscrire un zéro avant la virgule (,9 mg)	0,5 mg	Peut être interprété comme 10 fois la dose (5 mg)
Inscrire la dose et l'unité de façon continue (10mg)	Laisser un espace entre la dose et l'unité de mesure	La première lettre de l'unité de mesure peut être interprétée comme un chiffre et ainsi décupler la dose (ex. : 10mg peut être interprété comme 100 mg)
Inscrire un nombre de 10 000 et plus de façon continue (100000 unités)	Laisser un espace à chaque centaine à partir de 10 000 (100 000 unités)	Une mauvaise lecture peut décupler la dose (ex. : 10000 peut être interprété comme 10 000 ou 1 000)
Abréger le nom d'un médicament	Ne jamais abréger les noms de médicaments. Toujours inscrire le nom des médicaments au long	Les abréviations peuvent être mal interprétées, car il existe des abréviations semblables pour plusieurs médicaments et ils peuvent être confondus (un pour l'autre)
DIC	Écrire « cesser » devant le nom du médicament à cesser	Peut être mal interprété
Inscrire le nom du médicament et la dose de façon continue	Laisser un espace entre le nom du médicament et la dose	La dernière lettre du médicament peut être interprétée comme un chiffre et ainsi décupler la dose (ex. : Indéral 140 mg peut être interprété comme Indéral 1400 mg)

Les éléments encadrés par une double ligne sont ceux faisant partie de la « liste d'éléments à proscrire » de l'ISMP Canada.

**Ces abréviations seront tolérées sur les ordonnances manuscrites, mais ne doivent pas être utilisées lors d'élaboration de la documentation clinique.

Liste approuvée par le comité de pharmacologie (22 février 2016) et par le CECMDP (21 février 2017).

Un peu de vocabulaire

État mental et communication

Mémoire	Intacte, trouble de mémoire, mémoire sémantique, amnésie
État de conscience	Alerte, hyperalerte, léthargique, stuporeux, comateux
Attention	Attentif, inattentif
Comportement	Bonne humeur, maussade, apathique, méfiant, indifférent, optimiste, anxieux, agité
Langage	Aphasie, dysphasie, propos incohérents

Tête et cou

Bouche	Sèche, ulcère
Lèvres	Sèches, gercées, cyanosées, lésions herpétiques, fissurées, oedématiées
Langue	Humide, sèche, framboisée, crevassée, blanchâtre
Céphalée	Constante, pulsatile, soudaine, frontale, temporaire, occipitale,

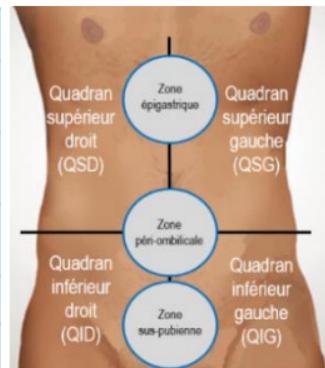
Un peu de vocabulaire (suite)

Signes vitaux et état respiratoire

Pouls	Régulier, irrégulier, filant, bondissant, imperceptible, tachycardie, bradycardie
Expectorations	Occasionnelles, à l'effort, claires, blanchâtres, brunâtres, de couleur rouille, mousseuses, jaunâtres, verdâtres, rosées, présence sang, noirâtres
Respiration	Superficielle, profonde, régulière, irrégulière, abdominale, thoracique, apnée (mesurer la durée), bruits audibles à l'inspiration/expiration/les deux, bradypnée (moins de 10/min), dyspnée, orthopnée, murmure vésiculaire, ronchi, crépitaux, sibilances (wheezing), Tirage : Il faut préciser la localisation (intercostale, sous-costale, sus-claviculaire, sus-sternale, sous-sternale).
Toux	Sèche, grasse, rauque, creuse, sifflante, productive, par quinte, continue, douloureuse, persistante
Voies respiratoires	Libres, dégagées, obstruées

Abdomen, système digestif et élimination

Abdomen	Symétrique, lisse, ascite, ballonné, ecchymose, rigide, souple, cicatrice, omblilic inversé ou protubérant
Selles	Glaireuses, noires, fécalome, mucoïdes, flatulences, incontinence fécale, diarrhée, formées
Urine	Claire, jaune paille, ambre, incontinence urinaire, rétention urinaire, nycturie, polyurie, pyurie, pollakiurie, hématurie, énurésie
Nausées	Persistantes, occasionnelles, matinales
Vomissements	Alimentaire, bilieux, en jet, avec présence de sang, visqueux, fécaloïde



Un peu de vocabulaire (suite)

État vasculaire, peau et téguments

Oedème	Léger, moyen, sévère, à godet
Peau	Teint pâle/jaunâtre/ictérique, cyanose, érythème, rosée, moite, diaphorèse, sueur, sèche, grasse, desquamée, sclérosée, éruption cutanée, prurit, irritation, rougeur, ulcération, transpiration excessive, intacte, hypopigmentation, hyperpigmentation
Lésion	Asymétrique, bords irréguliers, surélevée, plate, linéaire, groupées, spiralées, nodule, macule, papule, pustule, vésicule, croûte, squame, fissure, contusion, ecchymose, hématome, intertrigo
Plaie	Déchirure cutanée, plaie de pression, ulcère des membres inférieurs, contusion, éraflure, brûlure, coupure, lacération, ulcération, pétéchie, phlyctène, abrasion <u>Types d'excrément</u> : <u>Sanguin</u> (rouge à brun) <u>Sérosanguin</u> (rose pâle à rouge pâle) <u>Séro-purulent</u> (jaune beige à brunâtre) <u>Purulent</u> (Jaune, vert, beige, turquoise/bleuté) <u>Types de tissus</u> : <u>Granulation</u> (Rose pâle à rouge bœuf, luisant : tissu sain) <u>Hypergranulation</u> (Rose pâle à rouge bœuf, luisant : surcroissance des bougeons de granulation : taux humidité trop élevé) <u>Nécrotique sec</u> (Noir, brun ou grisâtre) <u>Dévitalisé</u> (Jaunâtre ou beige : présence de fibrine, du pus et des protéines) <u>Épithérial</u> (Rosé ou lavande violacé, blanchâtre ou transparent : nouveau tissu fragile) <u>Bordures</u> : <u>Attachées</u> (aucun espace entre les bords et le lit de la plaie) <u>Non attachées</u> (le tissu du lit de la plaie n'est pas attaché aux bordures de la plaie) <u>Roulées</u> (Tissu épithérial descend vers le creux de la plaie pour rejoindre le tissu humide qui s'y retrouve)
Ongles	Lisses, coloration uniforme, rosés, striés, cassants, jaunes, blancs, bombés, rongés, propres, sales, hippocrate digital, hémorragie linéaire
Cheveux	Alopécie, alopécie traumatique

Un peu de vocabulaire (suite)

Mouvement des membres et des articulations

Abduction	C'est un mouvement qui éloigne un membre de la ligne médiane du corps. Par exemple, le bras est en abduction lorsque nous l'éloignons du corps, en le levant latéralement par rapport à l'articulation de l'épaule.
Adduction	C'est un mouvement qui rapproche un membre du plan médian du corps. Lorsque nous ramenons le bras qui a été éloigné, nous faisons un mouvement d'adduction.
Extension	C'est un mouvement qui étend un membre en longueur. Lorsque la jambe est dépliée dans toute sa longueur, qu'elle est étendue, nous disons qu'elle est en extension.
Flexion	C'est un mouvement qui consiste à plier un membre tout en diminuant l'angle de l'articulation (coude, genou). Par exemple : le fléchissement de l'avant-bras sur le bras.
Pronation	Un mouvement de pronation est celui qui demande une rotation de l'avant-bras de l'extérieur vers l'intérieur, comme pour prendre quelque chose.
Supination	Un mouvement de supination est une rotation de l'avant-bras de l'intérieur vers l'extérieur. La main est ouverte, la paume vers le haut, comme pour supplier quelqu'un.

Un peu de vocabulaire (suite)

Positions diverses	
Décubitus dorsal	Lorsque l'usager est couché sur le dos, bien à plat, la tête et les épaules sur un petit oreiller, il est en position de décubitus dorsal (synonyme : position de supination ou position supinée).
Décubitus latéral	Dans la position de décubitus latéral, l'usager est allongé sur le côté, les deux bras en avant. La jambe de dessous repose légèrement fléchie et la jambe de dessus est en flexion prononcée à la cuisse et au genou.
Décubitus ventral	Dans cette position, l'usager repose sur son abdomen, les jambes en extension, et la tête tournée de côté.
Position de Fowler	Dans cette position, le tronc est à un angle de 45 à 60 degrés par rapport à l'horizontale. Les genoux peuvent être fléchis ou non. L'usager est en position Fowler haute quand l'angle de la tête de lit est supérieur à 60 degrés.
Position semi-Fowler	Cette position implique que la tête de l'usager est soulevée de 25 à 30 degrés et que les genoux sont légèrement fléchis. On l'appelle aussi position Fowler basse.
Position de Sims	On l'appelle également semi-latérale. L'usager est couché sur un côté, mais un avant-bras est placé derrière lui et le haut de l'autre bras est fléchi à l'épaule et au coude, devant lui. Les jambes sont également fléchies en avant. Le poids du corps porte sur l'ilion antérieur, sur l'humérus et la clavicule.
Position de Trendelenburg ou décubitus déclive	Cette position implique que le plan est incliné, que les membres inférieurs sont plus hauts que la tête afin de favoriser l'irrigation cérébrale.

Lexique anatomique

TÊTE Arcade sourcilière droite, gauche Joue droite, gauche Menton Narine droite, gauche Oreille droite, gauche : lobe, pavillon, tragus droit Région frontale, temporaire (droite ou gauche), pariétale, occipitale, rétro-orbitaire	COU Nuque Région cervicale antérieure Région latérale droite, gauche	BOUCHE Gencive inférieure, supérieure Langue, partie antérieure, postérieure, latérale droite, gauche Lèvre inférieure, supérieure Muqueuse buccale, côté droit, gauche Palais dur, mou Région sublinguale
THORAX Région sternale, sus-sternale, sous-sternale, intercostale, sous-costale, sus-claviculaire Thorax inférieur, supérieur, droit, gauche	POUMON Lobe inférieur, moyen, supérieur droit Lobe inférieur, supérieur gauche	DOS Entre les omoplates Omoplate droite, gauche Région lombaire
BRAS Aisselle (ou creux axillaire) Avant-bras droit, gauche, pli du coude, poignet Épaule droite, gauche; Tiers inférieur, moyen, supérieur	MAIN Dessus de la main, paume Doigt (préciser lequel ou lesquels) Espace interdigital Ongle	POULS Carotidien Apical (Apex) Brachial, radial Fémoral, poplité, tibial, pédieux
ABDOMEN Épigastre Flanc droit, gauche; fosse iliaque (ou région inguinale) droite, gauche Hypocondre droit, gauche Région ombilicale, sus-pubienne	BASSIN Hanche droite, gauche Pli inguinal droit, gauche	SIÈGE Fesse droite, gauche Pli interfessier Région coccygienne, périanale, périnéale
CUISSE Face antérieure, postérieure, latérale droite ou gauche Tiers inférieur, moyen, supérieur	GENOU Creux poplité Face antérieure, latérale interne ou externe	JAMBÉ/PIED Cheville droite, gauche Malléole externe, interne Face antérieure, tiers inférieur, moyen, supérieur Mollet droit, gauche Dessus du pied, plante Espace entre lesorteils Orteil (préciser lequel ou lesquels) Talon droit, gauche

Examen physique : fonction neurologique

- **État mental**
 - Apparence
 - Comportement, langage, état émotionnel
 - Organisation de la pensée, perceptions : pensée logique, cohérente, hallucination, illusion
 - Fonctions cognitives : attention/concentration (distraction, difficulté), mémoire (altérée, intacte), jugement (absent, altéré, préservé)
- **Orientation (espace, temps: orienté, hésitant, confus)**
- **Échelle de Glasgow**
- **Réaction des pupilles**
 - PERRLA = Pupilles Égales, Rondes, Réactives à la lumière et à l'Accommodation
 - Pupilles normales, en mydriase (dilatation), en myosis (contraction)

Dimension psychosociale

- Environnement physique et social
- Relations et réseau de soutien
- Facteurs de stress
- Facultés adaptatives
- Situation financière
- Culture et spiritualité
- Projet de vie et objectifs



Voir « Capsule clinique : L'examen clinique et la note au dossier » :

MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique

Comment réaliser l'examen du niveau de conscience (Glasgow) et de la fonction motrice

Niveau de conscience	Ouverture des yeux	<p>4 Spontanément : Ouvre les yeux sans stimulation. 3 Sur ordre verbal : Ouvre les yeux sur demande : « Ouvrez les yeux ». 2 À la douleur : Ouvre les yeux à la stimulation douloureuse seulement. 1 Pas de réponse : N'ouvre pas les yeux à aucune stimulation. F : Un usager capable de collaborer et d'exécuter des commandements simples, mais qui présente une incapacité à ouvrir les yeux lié à un œdème se verra attribué la cote 1 pour le pointage accompagnée du F justifiant cette cote.</p>	<p>Aviser infirmière si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow inférieur à 8 ou diminué par rapport à la valeur initiale - Asymétrie des pupilles, céphalée sévère
	Meilleure réponse verbale	<p>5 Orienté : L'usager démontre par ses propos qu'il se situe bien dans les 3 sphères soit dans le temps, l'espace et les personnes. 4 Confus : Les propos peuvent être cohérents, mais désorientés dans au moins une sphère soit le temps, l'espace ou les personnes. 3 Mots inappropriés : Des mots sans logique, sans aucun sens. 2 Sons incompréhensibles : Aucun mot compréhensible, reconnaissable, peut grogner, émettre des sons. 1 Pas de réponse : Aucune émission de son. T : Un usager trachéotomisé ou intubé ne peut émettre aucun son, la cote 1 doit donc lui être attribué pour le pointage accompagné du T justifiant cette cote.</p>	
	Meilleure réponse motrice	<p>6 Obéit aux commandements : Bouge les membres à la demande, serre la main, etc. même si la réponse est faible. Un usager hémiplégique avec mobilisation adéquate du côté sain se verra attribuer la cote 6. 5 Localise la douleur : À la stimulation douloureuse, repousse ou vise à repousser l'agent stimulant avec sa main, retrait au-delà de la ligne médiane du corps 4 Retrait à la douleur : À la stimulation douloureuse, mouvements légers ne dépassant pas la ligne médiane du corps, ne localise pas la douleur, flexion normale, non spastique. 3 Flexion à la douleur (décortication) : À la stimulation douloureuse, flexion spastique des membres supérieurs. 2 Extension à la douleur (décérébration) : À la stimulation douloureuse, extension spastique des membres supérieurs. 1 Pas de réponse : Aucune réponse même à une forte stimulation douloureuse.</p>	
Fonction motrice	<ul style="list-style-type: none"> • Observer les mouvements spontanés. • Évaluer la force (comparer la force et la stabilité) : <ul style="list-style-type: none"> • Préséhension des mains (serrer et desserrer) : le réflexe de préséhension palmaire (serrer) peut être présent même si la personne est inconsciente. • Pression des pieds : en posant les mains sur les plantes des pieds, demander à l'usager de pousser tout en appliquant une résistance contre le mouvement exercé. • Évaluer l'amplitude et la résistance : <ul style="list-style-type: none"> • Demande de lever et baisser les bras, les jambes. Appliquer une résistance contre le mouvement exercé. <p>Normale (aucune). Faible (force diminuée, mouvement légers, difficulté à vaincre la résistance ou la gravité). Absente (absence totale de mouvement). Mouvements spontanés (l'usager bouge de lui-même et non à la demande). Flexion spastique (Flexion des bras ou des jambes dans une position anormale). Extension (Extension des bras ou des jambes dans une position anormale).</p>		

Le CAM (Confusion Assessment Method)

Objectif : Déetecter et surveiller l'évolution du délirium à l'aide de 4 critères.

Rôle de l'externe :

- Procéder au dépistage aux fréquences établies par l'infirmière (consulter les proches pour un usager atteint de démence).
- Aviser immédiatement l'infirmière en cas de dépistage positif (urgence d'agir).
- Collaborer à la mise en place d'interventions de prévention et de prise en charge du délirium.

Pour considérer la possibilité de délirium (dépistage positif) = 1 + 2 + (3 ou 4)

OBLIGATOIRE	1. Apparition subite et fluctuation des symptômes	Y'a-t-il évidence de changement subit de l'état mental comparé à l'état habituel? Les comportements inhabituels fluctuent-ils, augmentent-ils ou diminuent-ils en sévérité?
	2. Trouble de l'attention	L'usager a-t-il de la difficulté à maintenir son attention ou à se rappeler de ce qu'on vient de lui dire?
OUI	3. Désorganisation de la pensée	Sa pensée est-elle désorganisée, ou incohérente? Ex. : conversation décousue, suite illogique d'idées, changement de sujets.
	4. Altération du niveau de conscience	Quel est son niveau d'éveil? (hyperalerte, agitation, alerte, somnolent, léthargique, stuporeux, comateux)

Interventions de prévention et de prise en charge du délirium :

- Satisfaire les besoins de base (faim/soif, fatigue, froid/chaud, besoins liés à l'élimination).
- Soulager douleur ou inconfort.
- Orienter l'usager temps/espace/personne et l'aider à retrouver ses repères (horloge, objets familiers, photo, présence des proches, etc.).
- S'assurer du port de lunettes, appareils auditifs et prothèses dentaires.
- Faire marcher l'usager.
- Respecter le sommeil (si possible).
- Contrôler les bruits environnants (baisser bruit des alarmes, parler moins fort au poste, etc.).

Examen de l'état mental

Apparence	Données objectives		
Apparence physique : (impression globale de la santé de l'usager)	<ul style="list-style-type: none"> • Poids proportionnel • Maigreux • Obésité <ul style="list-style-type: none"> • Parait l'âge chronologique vs plus jeune ou plus vieux • Tatouages • Cicatrices • Malformations • Signes distinctifs 		
Présentation générale : (Habillement, tenue, hygiène, maquillage, état des cheveux et des ongles)	<ul style="list-style-type: none"> • Propre • Négligée • Inappropriée <ul style="list-style-type: none"> • Meticulosité excessive • Maniére • Extravagante • Désordonnée 		
Expression faciale : (Indication sur l'état d'esprit de l'usager)	<ul style="list-style-type: none"> • Calme • Souriente • Perplexe <ul style="list-style-type: none"> • En alerte • Confuse <ul style="list-style-type: none"> • Figée • Tendue 		
Contact visuel : (Indication sur l'état d'esprit de l'usager)	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenu • Fuyant <ul style="list-style-type: none"> • Absent • Pauvre <ul style="list-style-type: none"> • Fixe • Menaçant 		
Attitude : (Position affective de l'usager lors d'une relation avec autrui)	<ul style="list-style-type: none"> • Coopérative • Hostile • Perplexe • Dramatique • Méfante • Familière <ul style="list-style-type: none"> • Séductrice • Irritable • Tonique • Apathie • Mutisme • Puérile <ul style="list-style-type: none"> • Fermée • Évasive • Arrogante • Théâtrale • Ambivalente • Désinhibée 		
Comportement moteur	Données subjectives et objectives		
Activité motrice :	<ul style="list-style-type: none"> • Normale • Agitation • Agressivité 		
Démarche :	<ul style="list-style-type: none"> • Normale • Rapide • Assurée 		
Mouvements :	<ul style="list-style-type: none"> • Souples • Acathézie • Akinésie • Brusques • Compulsifs • Maniérisme 		

Voir « Capsule d'information : Évaluation de la condition physique et mentale » :
 MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique

Examen de l'état mental (suite)

Langage (Moyen d'expression de la pensée et des émotions)	Données objectives
Qualité : (Ce qui comprend l'énonciation, l'articulation, l'intonation, le vocabulaire avec lesquels s'exprime l'usage)	<ul style="list-style-type: none"> Articulée Coprolalite Monotone <ul style="list-style-type: none"> Normale Pauvre Répétitive <ul style="list-style-type: none"> Stéréotypée Spontanée
Débit : (Donne les indications sur la fluidité de la pensée)	<ul style="list-style-type: none"> Régulier Rapide <ul style="list-style-type: none"> Lent Hésitant <ul style="list-style-type: none"> Voluble
Particularité : <ul style="list-style-type: none"> Humour : (Sentiment qui se manifeste le plus souvent au cours de l'entretien) Affet : (État d'esprit passagier qui varie habituellement selon le contenu émotionnel et le discours) 	<ul style="list-style-type: none"> Délai de réponse • Soliloque • Peu bourace • Ton élevé • Ton faible <ul style="list-style-type: none"> Anxiante • Enthousiaste • Euphorique • Euthymique • Exaltée <ul style="list-style-type: none"> Colérique • Irritable • Apathie • Mutisme <ul style="list-style-type: none"> Cyclique • Labile <ul style="list-style-type: none"> Déprimée • Triste
État émotionnel	Données subjectives et objectives
Cours/processus : (Se rapporte au cours de la pensée)	<ul style="list-style-type: none"> Concordant • Inapproprié Discordant • Labile Émoussé • Plat Expansif • Mobilisable • Non mobilisable <ul style="list-style-type: none"> • Restreint
Opération de la pensée	Données subjectives et objectives
Contenu : (Contenu exprimé)	<ul style="list-style-type: none"> Association par assombrance • Désorganisé Blocages logiques • Échotaille Brady/psychie • Fabulation Tachypsychie • Fuite des idées Circostancié • Incohérent Cohérent • Incohérence Coq à l'âne • Logorrhée Néologisme • Pauvreté du discours • Persévération • Relâchement des associations Tangential • Salade de mots <ul style="list-style-type: none"> Décoragement • Idées suicidaires Désespoir • Idées délirantes Dévalorisation • Idées surinvesties Sureté de soi • Méfiance Homicide • Obsessions • Pensée magique • Phobies • Préoccupations Ruminations • Compulsions <ul style="list-style-type: none"> Aucun • De grandeur De contrôle • De jalousie Diffusion de la pensée • Lecture de la pensée Érotomanie • Mystique

Voir « Capsule d'information : Évaluation de la condition physique et mentale » :
MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique

Examen de l'état mental (suite)

<p>Perceptions (Référence à la façon dont la personne décèle l'information perçue par les 5 sens)</p> <p>Hallucinations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune • Auditives • Cinesthésiques <p>Autres troubles perceptuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun • Dépersonnalisation • Déréalisation • Illusions • Lecture de la pensée <p>Fonction cognitive</p> <p>Autocritique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absente • Bonne • Partielle • Superficielle <p>Risque suicidaire</p> <p>• Idées passives de mort</p> <p>• Idées suicidaires (moyen, lieu, plan)</p> <p>• Intention de passage à l'acte</p> <p>• Désespoir</p> <p>• Pessimisme</p> <p>• Sentiment d'impuissance</p> <p>• Sentiment de pauvreté</p> <p>• Sentiment de ruine</p> <p>• Baisse de l'estime de soi</p> <p>• Incapacité à se projeter dans l'avenir</p> <p>• Sentiment d'indignité</p> <p>• Sentiment de culpabilité</p> <p>• Autodévalorisation</p> <p>Données subjectives et objectives</p>	<p>Données subjectives et objectives</p>
<p>Potentiel agressif</p> <p>Autoagressivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idées d'automutilation <p>Hétéroagressivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan • Moyen • Lieu • Temps • Intention de passage à l'acte • Victime ciblée 	

Examen physique : fonction neurovasculaire

Objectif :

Évaluer la condition vasculaire périphérique afin de prévenir les complications circulatoires et nerveuses.

Rôle de l'externe :

Effectuer l'examen neurovasculaire lors de traumatisme musculosquelettique (ex. : fracture), présence de plâtre ou de pansement compressif (ex. : post angioplastie), coupure profonde, ou insuffisance artérielle.

CCMS-PRO	MODECCC
<p>C : Coloration</p> <p>C : Chaleur</p> <p>M: Mobilité</p> <p>S : Sensibilité/paresthésie/douleur</p> <p>P : Pouls périphérique</p> <p>R : Remplissage capillaire (plus petit que 3 secondes)</p> <p>O : Œdème/Circonférence des membres</p>	<p>M : Mobilité</p> <p>O : Œdème/Circonférence des membres</p> <p>D : Douleur</p> <p>E : Engourdissement/paresthésie</p> <p>C : Chaleur</p> <p>C : Coloration</p> <p>C : Circulation = pouls périphérique/temps remplissage capillaire (plus petit que 3 secondes)</p>

Toujours évaluer le membre atteint et le comparer avec le côté sain

Évaluation du pouls : bien frappé, diminué ou absent. Il est possible d'utiliser un doppler.

À noter que 12 % des adultes en bonne santé ne présentent aucun pouls pédieux.

ALERTE CLINIQUE :

Une douleur disproportionnée ou non soulagée par médication chez un usager porteur d'un plâtre =
syndrome de compartiment.

Voir « Capsule clinique : L'examen clinique et la note au dossier » : *MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique*

Examen physique : Oreille

Contexte :

- Évaluation suite à l'expression d'un malaise, déceler toute anomalie.
- Avant de procéder à un lavage d'oreille.

Inspection	<ul style="list-style-type: none">• Pavillon de l'oreille (déformation, bosses, lésions cutanées)• Taille• Forme	<ul style="list-style-type: none">• Coloration• Position• Écoulement / corps étranger
Palpation	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilité (hélix, tragus, mastoïdes)	
Otoscopie	<p>CAE, tympan (perforation), osselets</p> <ul style="list-style-type: none">• E : érythème• M : Marteau (D : à 1 h, G : à 11 h)• I : Insufflation• L : cône lumineux (D : à 5 h, G : à 7 h)• Y (Yellow) : Écoulement	<p>Enclume Apophyse courte du marteau Manche du marteau Ombilic de la pointe du marteau Cône lumineux</p>

Voir « Capsule clinique : L'examen clinique et la note au dossier » :
MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et
d'assistance/Soutien clinique

Examen physique : Bouche

Objectifs :

- Assurer une bonne hygiène de la bouche (ex. : si TNG, NPO, soins palliatifs, etc.).
- Assurer une absence de douleur ou de maladie dentaire non traitée.
- Assurer une bonne capacité de manger sans douleur et avec plaisir.

Rôle de l'externe :

- Effectuer la collecte de données aux fréquences établies par l'infirmière.
- Contribue à la mise en place d'interventions permettant d'assurer la santé buccodentaire de l'usager.

Inspection	<ul style="list-style-type: none">LèvresDentsGencives (avec et sans prothèse dentaire)Langue	<ul style="list-style-type: none">Muqueuse buccalePalaisAmygdalesPharynx
------------	---	---

La présence de tâches blanchâtres sur les muqueuses de la joue, du palais ou de la langue pourrait être signe de présence de muguet. Aviser l'infirmière dans le cas échéant.

Palpation	<ul style="list-style-type: none">Muqueuse buccaleLangueDents	
-----------	---	---

Voir « Capsule clinique : L'examen clinique et la note au dossier » :
MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique

Examen physique : Abdomen

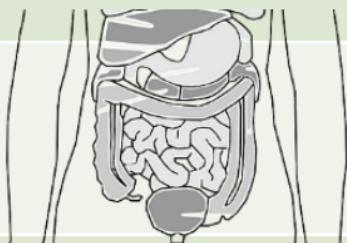
Objectif :

- Déetecter les problèmes digestifs et éliminatoires.

1. Inspection	<ul style="list-style-type: none">Évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attentionObserver (coloration, cicatrice) et déterminer la symétrie et la forme de l'abdomen
2. Auscultation	<p>Écouter aux 4 quadrants sur une minute :</p> <ul style="list-style-type: none">Bruits intestinaux normaux : 5-35 bruits/minuteBruits intestinaux hyperactifs : 36 bruits/minuteBruits intestinaux hypoactifs : 1-4 bruits/minuteBruits intestinaux absents : aucun bruit pendant 5 minutes<ul style="list-style-type: none">❖ (risque d'immobilité intestinale si aucun bruit pendant plus de 2 minutes)Borborygmes : bruits avant un repas
3. Percussion	<p>Tympanisme : prédominance en position dorsale, distension gazeuse</p> <p>Matité : vessie distendue, présence tissu adipeux/liquide/masse, hépatomégalie, splénomégalie.</p>
4. Palpation	<ul style="list-style-type: none">Superficielle (palpation à 1.5 à 2 cm circulaire, aux 4 quadrants)Profonde (palpation à 4 à 7.5 cm va-et-vient aux 4 quadrants). Porter attention au point de McBurney (entre la point iliaque et l'ombilic)
Autres tests	<p>Tests optionnels selon la situation :</p> <ul style="list-style-type: none">Signe du ressaut/Blumberg (presser 2 doigts et retirer rapidement aux 4 quadrants : positif douleur)Signe de Murphy (palpation du foie à l'expiration: positif si douleur à la décompression du foie)Ébranlement rénal (placer la main gauche au niveau du rein droit et donner un petit coup pour l'ébranler. Faire l'inverse pour le rein gauche : positif si douleur. NE PAS FAIRE CHEZ UN ANTICOAGULÉ)

Voir « Capsule clinique : L'examen clinique et la note au dossier » :

MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique



Examen physique : fonction cardiaque

Objectif

- Reconnaître les problèmes cardiaques et suivre leur évolution.

Inspection

- Évaluer l'état mental : l'état de conscience et l'attention
- Peau : Cyanose et coloration de la peau durant l'examen
- Pression veineuse : Mesure de la pression veineuse jugulaire (N plus petit ou égal à 4,5 cm)

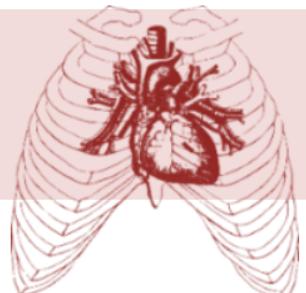
Palpation

- Retour capillaire (comprimer le lit de l'ongle durant 4 secondes (N plus si plus petit que 3 secondes)
- Membres inférieurs (MI) : température, moiteur, symétrie des MI. Circonférence et œdème des MI (profondeur en cm et temps de résorption en secondes)
- Pouls radial : Bondissant (3+); facilement palpable, normal (2+); faible, filant (1+); ou non palpable (0)

Auscultation

- Foyer mitral (5^e espace intercostal gauche, médioclaviculaire) :
 - Normal (B1 et B2) ou anormal (B3, B4, souffle)
- Foyer aortique (2^e espace intercostal droit) :
 - Normal (B1 et B2) ou anormal (souffle)

Voir « Capsule clinique : L'examen clinique et la note au dossier » :
MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique

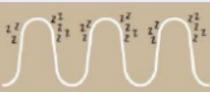


Examen physique : fonction pulmonaire

Objectifs :

- Reconnaissance des problèmes respiratoires
- Évaluation de base



Inspection	<ul style="list-style-type: none">• État mental : état de conscience, attention• Respiration : Fréquence, rythme, amplitude, type (abdominale, thoracique, paradoxale)• Retour capillaire et saturation• Mouvement thoracique (symétrique, asymétrique)• Noter si tirage, toux, expectorations, cyanose, coloration de la peau (pâleur, grisâtre, rosée) durant l'examen	
Auscultation	<ul style="list-style-type: none">• Bruits bronchiques : ronchi et sibilants• MV : Crépitants et sibilants• Bruits anormaux : absents, MV diminué, tout autre bruit inhabituel	
Palpation/percussion	<ul style="list-style-type: none">• Pour une évaluation plus complète. Exemple : expansion pulmonaire, emphysème sous-cutanée, tympanisme ou matité, frémissement vocal	
Crépitants	 <ul style="list-style-type: none">• Bruits doux, haute tonalité• Brefs et intermittents• Non modifiés par la toux ou changement de position• Surtout en fin d'inspiration	<ul style="list-style-type: none">• Pneumonie (perçu dans le lobe atteint)• Oedème aigu pulmonaire (perçu symétriquement)
Ronchi	 <ul style="list-style-type: none">• Bruits forts, basse tonalité• Modifiés par toux ou changement de position• À l'inspiration et à l'expiration	<ul style="list-style-type: none">• Bronchite• MPOC
Sibilants	 <ul style="list-style-type: none">• Bruits musicaux, haute tonalité• À l'inspiration et à l'expiration, mais débutent généralement à l'expiration	<ul style="list-style-type: none">• Asthme• Oedème• Sécrétions• Masse, tumeur, ou corps étranger

Voir « Capsule clinique : L'examen clinique et la note au dossier » : *MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Soutien clinique*

Oxygénothérapie

Dispositifs	Débit* (L/min)	Concentration* (%)
Lunettes nasales	0,5 à 6	24 à 44
Masque simple	5 à 12	40 à 70
Masque venturi ou Ventimasque	2 à 15	24 à 50
Masque avec réservoir <ul style="list-style-type: none">• Remplir le réservoir avant de mettre le masque à l'usager• Attention avec le dispositif avec 2 valves expiratoire : risque de réinspiration CO₂	10 à 15	60 à 100
Oxymasque	Échelle sur la tubulure du dispositif (1 à 15)	24 à 90

Avertissement

L'externe doit toujours aviser l'infirmière lorsqu'elle installe de l'oxygène ou en modifie le débit.

* Les débits et les concentrations sont à titre indicatif seulement.

Trachéostomie

Laryngectomie partielle : ablation d'une partie du larynx (stomie temporaire)

Laryngectomie totale : ablation complète du larynx incluant l'ablation des cordes vocales et une séparation des voies respiratoires du nez et de la bouche (stomie permanente)

Trachéostomie : assure une respiration directement par la trachée grâce à l'insertion d'une canule trachéale (permanente ou temporaire)

Toujours avoir au chevet :

- Mandrin
- Matériel pour succion
- NaCl 0,9 %

Particularités lors des soins

- Instillation : avec 3-5 mL de NaCl 0,9 % ou selon prescription (attention risque d'occlusion par un bouchon de mucus donc être prêt à l'aspiration)

► **Exercice de toux : s'assurer de la présence du réflexe de toux avant toute instillation**

- Suction de 100 à 150 mmHg (adulte). Aspiration (seulement si canule non fenestrée) (max 3 fois si cathéter de succion non contaminé)
- Nettoyage de la canule **si réutilisable** : de façon stérile, avec NS ou eau stérile: changer la solution nettoyage après chaque utilisation)
- Nettoyer peau péristomiale avec NaCl 0,9 %
- Changer le pansement et les cordons dès que souillés
- Remettre collier trachéal avec oxygène et dispositif humidifiant (le nettoyer si souillé)

Surveillances

Objectifs : Maintenir la perméabilité, prévenir les complications et intervenir rapidement le cas échéant

- État respiratoire (respiration, toux, coloration, expectoration)
- Sécrétions (quantité et qualité)
- Canule interne et externe (bon emplacement)
- Ballonnet (bien gonflé)
- Peau péristomiale
- Dispositif de stabilisation (cordon, ruban) en place
- Pansement
- Hygiène buccodentaire
- Oxygénotherapie en place
- État de conscience



Toujours aspirer dans l'ordre suivant :
Trachéo-bronchique, oro-pharyngé, buccal (pour éviter contamination)

⇒ Voir méthode d'utilisation des contenants à succion : *MIC/Mon espace/Développement des compétences/Formations en ligne/Contenant à succion de la compagnie SERRES*

Évaluation du symptôme à l'aide du PQRSTU

P : Provocé/Qu'il-Pallie	S : Signes et symptômes associés
Q : Qualité/Quantité	T : Temps
R : Région/irradiation	U : Understand/Signification

Tête

Niveau de sommeil (PASEROS) : S sommeil normal, éveillé facile

Niveau 1 : éveillé et alerte

Niveau 2 : parti(s) sommeil, s'éveille, mais s'endort durant la conversation ou s'éveille par stimulation physique

Niveau 3 : sommeil, s'éveille, mais s'endort difficilement ou du tout à la stimulation

Niveau 4 : endormi profondément, s'éveille difficilement ou du tout à la stimulation

Inspecter (coloration)

Orienter l'usager

Vérifier la perméabilité et le fonctionnement des drains ou du tube nasogastrique (TNG), s'il y a lieu

Cou

Inspecter les niveaux des jugulaires (distension) ou cardiaques et recherche de tirage

Inspecter les artères intraveineuses via le dispositif d'accès veineux central (DAVC), capteurs de télesatrométrie ou autres appareillages au besoin (PRN)

Inspecter, ausculter (cardiaque et pulmonaire) et recherche de tirage

Inspecter le paraventre et la plante, si applicable (rougeur, œdème, chaleur, hématome, douleur, écalacement, saute)

Vérifier la perméabilité du drain et le fonctionnement si applicable

Vérifier la perfusion intraveineuse via DAVSC (port-a-cath ou sous-clavière)

Vérifier les perturbations (vues palpées/peintes)

Vérifier le TRC (normale : inférieur à 2 secondes)

Vérifier la perméabilité et le fonctionnement du drain et le paraventre, si applicable

Vérifier les signes neurovasculaires

Vérifier les blocs sensitifs (dernières)

Signes vitaux

Journées postopératoires

Prise de signes vitaux (TA, pouls, respiration, SpO₂, douleur)

- À l'arrivée sur l'unité de soins
- q 30 min X 3 heures
- q 1 heure X 3 heures
- 4 heures pour les premières 24 h postopératoire ou selon ordonnance médicale ou le protocole postopératoire en vigueur
- 4 heures X 24 heures ou selon ordonnance médicale ou le protocole postopératoire en vigueur (ex : rach, périph)
- Signes vitaux complets 2 fois par jour (BD) ou selon ordonnance médicale ou jugement clinique
- de l'infirmière

Température

A l'arrivée sur l'unité de soins

q 30 min X 3 heures

q 1 heure X 3 heures

4 heures pour les premières 24 h postopératoire ou selon ordonnance médicale ou le protocole postopératoire en vigueur

(ex : rach, périph)

Signes vitaux complets 2 fois par jour (BD) ou selon ordonnance médicale ou jugement clinique

Signes vitaux

Abdomen

Inspecter, ausculter et palpation de l'abdomen

Inspecter le paraventre et la plante si applicable (rougeur, œdème, chaleur, hématome, douleur, écoulement, sutures ou suture(s), la stoma)

Vérifier la perméabilité et le fonctionnement du drain, si applicable

Appareils génito-urinaires/fistulaires

Quaisionner sur la dureté, ong de réaction (lire

Vérifier la perméabilité des drains (éphrosome) et des sondes si applicable

Vérifier les paries vaginales si applicable

Suivre la reprise de l'activité intestinale

Membres inférieurs

Inspecter et palper les membres inférieurs, toujours comparer les deux côtés (chaleur, coloration, sensibilité, motricité, présence de

pouls, etc.)

Vérifier le TRC (normalité : inférieur à 2 secondes)

Vérifier les signes neurovasculaires selon jugement clinique ou ordonnance médicale

Échelle de BROMAGE

Inspecter le paraventre et la plante si applicable (œdème, rougeur, chaleur, hématome, douleur, écoulement, sutures, asy atra)

Vérifier la perméabilité et le fonctionnement du drain, si applicable

S assurer de la présence des bas antithrombotiques ou bas de compression selon ordonnance

Déterminer les problèmes ou besoins prioritaires suite à l'évaluation infirmière

Rassurer toutes les personnes (infirmier d'admission, symptômes et résultats de l'évaluation) et tenir de dégager une impression clinique, les besoins et les problèmes prioritaires de l'usager.

Se référer à l'ordonnance préopératoire (OP) d'admission, si y a lieu.

Rééger ou ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI).

Quelles interventions infirmières puis-je faire de plus (avec mes ordonnances) ?

Par exemple, lever la tête du lit, meilleure gestion de la douleur, faire des exercices respiratoires, faire le lien avec la médication PRN (acétate).

Arrivée à la limite de ce que peut faire ?

Demandez de l'aide de l'ISU ou d'une collègue.

Appeler le médecin en utilisant la méthode Situation Background Assessment Recommandation (SBAR)

Usager en postopératoire

Usager en fin de vie



Objectifs :

- Reconnaître les signes cliniques de fin de vie pour prévenir et soulager les souffrances selon les besoins de l'usager
- Établir une communication honnête et ouverte auprès de l'usager et ses proches

MOMENT	MANIFESTATIONS		INTERVENTIONS
	Physiologiques	Psychosociales	
Quelques semaines avant la fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Désorientation • Confusion (apparition ou plus marquée) • Diminution de la tension artérielle • Augmentation du pouls • Dyspnée à l'effort minime • Fatigue • Somnolence • Diminution de l'appétit et de l'hydratation 	<ul style="list-style-type: none"> • Repli sur soi-même • Retrait • Anxiété • Agitation • Peur • Tristesse 	<p>Gestion de l'inconfort en fin de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les causes de l'inconfort. • Tenter des méthodes non pharmacologiques (ex. : musique, massage, mobilisation, etc.). • Prendre respiration sur 1 minute (rythme respiratoire visé = inférieur à 24/min). • Administre la médication selon l'ordonnance en présence de symptômes pour prévenir escalade des symptômes. • Aviser l'infirmière si l'usager n'atteint pas le niveau de confort souhaité, le symptôme n'est pas amélioré malgré les interventions/médication (opiacés : 3 entredoses consécutives inefficaces ou 4 entredoses et plus en 24 h. Autres molécules : 3 doses ou plus PRN par 24 h).
Quelques jours avant la fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à avaler • Fatigue importante avec somnolence plus marquée • Dyspnée au repos • Oligurie • Diminution marquée de l'alimentation et de l'hydratation 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence plus marquée de l'anxiété • Retrait • Agitation • Peur • Tristesse • Hallucinations 	<p>!</p> <p>Usager fiévreux ayant un timbre d'opiacé (ex. : fentanyl) L'augmentation de température peut faire accélérer l'absorption de la dose d'opiacé.</p> <p>*Myoclonies : Contractions involontaires rapides et brutales d'un muscle ou d'un groupe de muscles. Elles peuvent être un signe de surdose des opiacés.</p>
Quelques heures avant la fin de vie (certaines manifestations physiologiques peuvent apparaître à l'étape précédente)	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à avaler • Somnolence jusqu'à l'éthargie • Respiration altérée (râles, embarras bronchiques, dyspnée au repos) • Dérèglement de la température corporelle • Extrémités froides • Changement de coloration des extrémités 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des manifestations peuvent s'intensifier ou s'apaiser 	<p>Les râles terminaux sont fréquents en fin de vie et ce n'est pas une difficulté à respirer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les râles associés à la production accrue de mucus et les sécrétions stimulées par une inflammation locale (aspiration ou infection) se traitent habituellement avec des anticholinergiques (ex. : scopolamine, robinul). • Les râles causés par une surcharge ou par une insuffisance cardiaque se traitent plus souvent avec un diurétique (ex. : furosemide) : il s'agit de râles que l'on peut entendre à la porte de la chambre.

Surveillances postnatales (post-partum)

Surveillance chez la mère

- Perte sanguine durant l'accouchement (valeur normale ad 500 mL (ad 1000 mL pour césarienne))
- Signes vitaux
- Douleur (céphalée, lombalgie, plaies)
- Soluté
- État des seins et mamelons
- Fond utérin (ferme, centré et à la hauteur attendue)
- Site épidual (rachidienne pour césarienne)
- Plaie et pansement abdominal
- Diastasis des grands droits
- Lochies moins d'une serviette/h (quantité, caillots (moins de 4 cm et friables), couleur, odeur)
- Périnée (déchirures, épisiotomie, hémorroïdes, rougeur, œdème, écoulement, ecchymoses, rapprochement des lèvres de la plaie)
- Miction (1^{re} en moins de 6 h) ou débit urinaire par sonde vésicale si postcésarienne
- Élimination intestinale
- Vérification du bloc moteur (échelle de Bromage), signes neurovasculaires des membres inférieurs
- Appétit, alimentation
- État psychologique (signe d'attachement, dépression post-partum, sentiment d'échec, perte de contrôle, niveau de fatigue)

Enseignement

- Automédication
- Soins de la plaie (césarienne)
- Soins du périnée et hémorroïdes, exercices postnataux (ex. : Kegel)
- Saignement et lochies
- Interdiction de soulever des poids lourds (césarienne uniquement)
- Prévention et traitement de la constipation
- Peau à peau
- Soins du nouveau-né
- Sexualité et contraception
- Syndrome bébé secoué
- Baby blues et dépression post-partum
- Explication des soins d'urgence et sur la sécurité



Aviser l'infirmière si



- Fièvre
- Douleur abdominale intense
- Douleur, rougeur ou inflammation à une jambe
- Céphalées
- Signes d'hémorragie

- Difficulté respiratoire
- Infection ou déhiscence de la plaie
- Infection ou douleur aux seins ou aux mamelons
- Signes et symptômes de détresse psychologique

Soins du nouveau-né

Examen neurologique	<ul style="list-style-type: none">Caractéristiques comportementales (mouvements actifs, tonus musculaire)État de conscience (cycle éveil-sommeil)Réflexes (suction, points cardinaux, préhension, tonique du cou, Moro, marche automatique, Babinski, incursion latérale du tronc (Galant))
Examen physique	<ul style="list-style-type: none">Apparence (couleur selon origine raciale, symétrie, difformité, etc.)DouleurDe la tête aux piedsAdaptation des systèmes
Signes vitaux	<ul style="list-style-type: none">FC : 110-160/min, régulière. Écarts normaux : ↓ ad 80/min (dodos) ou ↑ ad 180/min (pleurs)FR : 35-55/min, peut être irrégulière avec possible périodes d'apnée (moins de 20 sec.)T° (limites normales) : 36,5°C – 37,5°CTA : 65-85/45-55 mmHg (pas mesurée d'emblée)
Caractéristiques de la tête et de la peau	<ul style="list-style-type: none">Bosse sérosanguineCéphalhématomeFontanelleModelageDesquamationÉrythème toxiqueLanugoMiliumNaevusTaches mongoliquesVernix caseosa
Mesures de base	<ul style="list-style-type: none">TaillePoids à la naissance (point de départ de la surveillance de perte pondérale, courbe de croissance)Périmètre crânien



Aviser l'infirmière si signe de :

Tachypnée transitoire, détresse respiratoire, infection, hypothermie, hypoglycémie (moins de 2,6 mmol/L), ictere, perte pondérale excessive (de 10 % ou plus)



Alimentation de bébé



Rôle : Informer les parents, les accompagner et les appuyer dans leurs choix.

À observer durant l'allaitement (5 BONS)	Nombre de boire	<ul style="list-style-type: none"> • 8 fois ou plus par jour
Bon moment (Signes d'éveil)	Nombre de couches mouillées	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 6 très mouillées par de l'urine claire ou jaune pâle • Présence de cristaux urinaires (foncés) possible lors des premières heures de vie
Bonne position (Confort, alignement)	Nombre de couches souillées	<ul style="list-style-type: none"> • Noires ou vert foncé (jour 1 et 2 de vie) • Brunes vertes ou jaune (jour 3 et 4 de vie) • Au moins 3 grosses selles molles et granuleuses jaunes (5 jours et plus de vie)
Bonne mise au sein (Ouvrir grand)	Après la tétée	<ul style="list-style-type: none"> • Seins de la mère souples • Bébé semble satisfait, calme
Bonne prise au sein (Bonne bouchée)	Poids du bébé	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids dans les 3 premiers jours après la naissance (env. 5-10 % du poids de naissance) • Prise de poids régulière à partir de la 4^e journée
Bonne succion (Bébé avale du lait)		Aviser l'infirmière si



Mère : Difficultés liées à l'allaitement (mythes et préjugés, capacité parentale, 5 BONS, mamelons plats/ombiliqués, éjection insuffisante, douleurs, gerçures, crevasses aux mamelons, engorgement mammaire, obstruction des canaux, candidose, mastite, abcès)



Bébé : Difficultés liées à l'alimentation (perte de poids, perturbation de l'élimination, comportement (pleurs, démontre toujours des signes de faim, irritable, amorphe, etc.), confusion sein-tétine)

Évaluation du risque de développer une plaie de pression (BRADEN)

Objectif :

- Dépistage précoce des usagers à risque de développer une plaie de pression (se référer à la règle de soins infirmiers en vigueur).

Rôle de l'externe :

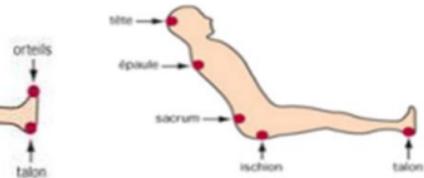
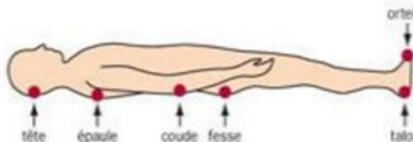
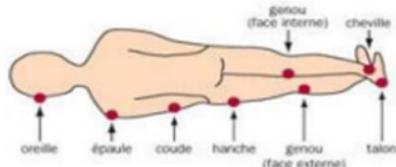
- Effectuer la collecte de données (formulaire) aux fréquences établies par l'infirmière. (Clientèle pédiatrique = Braden Q)
- Contribuer à la mise en place d'interventions préventives du développement des plaies de pression.

15-18 points	Risque faible	
13-14 points	Risque moyen	
10-12 points	Risque élevé	
Plus petit ou égal à 9 points	Risque très élevé	

Exemples d'interventions préventives :

- Optimiser les mobilisations (fréquence et rotation des positions).
- Réduire les points de pression (protéger les proéminences osseuses).
- Contrôler l'humidité (trouver la cause, culotte d'incontinence, routine mictionnelle, transpiration, changer la literie, soins de la peau).
- Alimentation (protéines) et hydratation.
- Éviter la friction et le cisaillement lors des positionnements et mobilisations.

- Les sites les plus fréquents des points de pression causant des plaies :



Images : Hôpital général Juif

Protocole de soins de peau



Initier par infirmière

1 produit = 1 usager (identifier le produit au nom de l'usager)

**Toujours appliquer le produit topique en couche mince,
sur une peau propre et sèche**

ÉTAPE 1 : NETTOYER DÉLICATEMENT LA PEAU		ÉTAPE 2 : MAINTENIR L'HYDRATATION DE LA PEAU	
	Gente Rain extra doux		Nettoyant AVEC RINÇAGE (corps et cheveux)
	SPROAM		Nettoyant SANS RINÇAGE (corps, cheveux, soins incontinence)
	Lotion Sween		Lotion hydratante quotidienne (pour tout le corps)
	Sween 24		Crème hydratante pour la peau sèche, squameuse ou qui démange
	Attrac-Tain (urée 10 %)		Crème ultrahydratante pour la peau extrêmement sèche et craquelée
ÉTAPE 3 : PRÉVENIR ET TRAITER LA DERMATITE D'INCONTINENCE			Barrière protectrice transparente pour irritation mineure à sévère due à l'incontinence. *Si forme une pâte au contact de l'incontinence = utilisation en trop grande quantité.
	Critic-Aid Clear		Nettoyant SANS rinçage tout-en-un, hydratant et protecteur pour les soins d'incontinence
	Baza Cleanse & Protect		Crème barrière protectrice à base d'Oxyde de zinc et de diméthicone pour traiter l'irritation persistante et sévère due à l'incontinence
	Baza Protect II		Textile Intendry
ÉTAPE 4 : GESTION DE L'HUMIDITÉ DANS LES PLUS CUTANÉS			Textile pour traiter humidité, friction, odeur, inflammation et bactéries dans les plis cutanés

Soins de plaie

Contexte : Se référer à la section 3 de la liste des activités permises aux externes en soins infirmiers.

Rôle de l'externe :

- Procéder à la collecte de données de la plaie à l'aide du formulaire, aux fréquences établies par l'infirmière (Réévaluer tous les paramètres minimalement 1 fois par semaine avec l'infirmière).
- Aviser l'infirmière si disparition/détérioration du problème cutané, apparition d'une rougeur/bris cutané ou nouvelle douleur.

PQRSTU de la plaie

- Type de plaie, emplacement, cause, etc.

Stades de plaie :

1 : Rougeur qui ne blanchit pas à la pression, peau intacte

2 : Perte peau partielle, phlyctène, peu profond

3 : Perte de peau complète, sinus, tunnel

4 : Perte tissulaire complète et profonde (os, muscles, tendons exposés)

X : indéterminé (recouverte de tissus non viable (escarre/nécrose))

LTP : lésion des tissus profonds (décoloration violacée ou marron ou phlyctène sanguine causée par friction et cisaillement

Nettoyer la plaie (toujours avant l'évaluation ou un prélèvement) :

- Du moins contaminé (plaie) au plus contaminé (peau environnante, drain)
- Changer de gaze à chaque mouvement
- Nettoyer plus large que le pansement

Irriger la plaie:

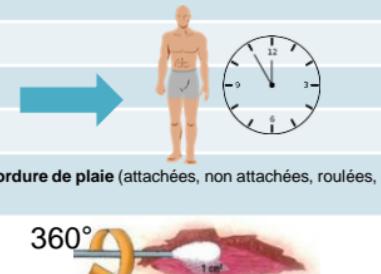
- Seringue de 30 mL avec cathéter 20G
- Interdit si sinus, espace sous-jacent, fistule, plaie sans fond, hémorragie *Attention aux tissus fragiles (douleur, granulation)
- S'assurer du retour de la solution de nettoyage

M	Mesurer la plaie : le + long X le + large (perpendiculaire) X le + profond
E	Exsudat : Type (sanguin, séreux, séro-sanguin, séro-purulent, purulent, gris, bleu, crèmeux, laiteux), consistance, quantité (%) , odeur
A	Apparence du lit de la plaie : Type de tissus (Granulation, Hypergranulation, Nécrotique sec, Dévitalisé (jaune, beige), Épithéial), Quantité (%) , texture (ferme ou mou), niveau d'humidité et niveau d'adhérence
S	Souffrance : PQRSTU de la douleur
U	« Undermining » (espace sous-jacent et sinus) : Profondeur et emplacement selon l'horloge (tête à 12 h et pieds à 6 h)
R	Réévaluation de tous les paramètres
E	État: peau environnante (intacte, oedématée, desquamée, inflammée, froide, pigmentée, macérée, irritée, crevassée), bordure de plaie (attachées, non attachées, roulées, diffuses, fibrosées, avec callosités/hyperkératose)

Voir « Cadre de référence en soins de plaies » : MIC/Mes outils/Pratiques professionnelles/Soins infirmiers et d'assistance/Stomothérapie

Culture de plaie :

- Toujours nettoyer la plaie avant de faire le prélèvement
- Ne pas prélever le pus ou l'exsudat (la bactéries est présente dans la plaie et non dans les exsudats), ni sur une croûte sèche ou du tissu dévitalisé



Sur 1 cm². Pression pour extraire exsudat du lit de la plaie durant 5 secondes

Algorithme - Déchirures cutanées

Rôle de l'externe :

- Contribuer à l'évaluation de la déchirure cutanée et intervenir selon les directives de l'infirmière

1	<p>Au moment de l'incident Aviser et suivre les directives de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none">Contrôler le saignement (pression/élévation du membre atteint)Nettoyer la plaieReplacer le lambeau de peau de façon stérile (si applicable)						
2	<table border="1"><thead><tr><th>Type 1 : Sans perte tissulaire</th><th>Type 2 : Perte tissulaire partielle</th><th>Type 3 : Perte tissulaire totale</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="124 436 596 513"><p>Déchirure linéaire ou présence d'un lambeau de peau pouvant être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie.</p></td><td data-bbox="603 436 1060 513"><p>Perte partielle du lambeau de peau ne pouvant pas être repositionné pour recouvrir totalement le lit de la plaie.</p></td><td data-bbox="1068 436 1390 513"><p>Perte totale du lambeau de peau qui expose l'intégralité du lit de la plaie.</p></td></tr></tbody></table> <p>Beeckman D. & Van Tiggelen H. (2018) International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP) Classification System – French version. Skin Integrity Research Group (SKINT), Ghent University. Available to download from www.skintghent.be</p>	Type 1 : Sans perte tissulaire	Type 2 : Perte tissulaire partielle	Type 3 : Perte tissulaire totale	<p>Déchirure linéaire ou présence d'un lambeau de peau pouvant être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie.</p> 	<p>Perte partielle du lambeau de peau ne pouvant pas être repositionné pour recouvrir totalement le lit de la plaie.</p> 	<p>Perte totale du lambeau de peau qui expose l'intégralité du lit de la plaie.</p> 
Type 1 : Sans perte tissulaire	Type 2 : Perte tissulaire partielle	Type 3 : Perte tissulaire totale					
<p>Déchirure linéaire ou présence d'un lambeau de peau pouvant être repositionné pour recouvrir le lit de la plaie.</p> 	<p>Perte partielle du lambeau de peau ne pouvant pas être repositionné pour recouvrir totalement le lit de la plaie.</p> 	<p>Perte totale du lambeau de peau qui expose l'intégralité du lit de la plaie.</p> 					
3	<p>Effectuer le pansement selon les directives de l'infirmière</p> <p>Toujours indiquer d'une flèche la direction vers laquelle le pansement doit être retiré (même sens que la lésion afin d'éviter tout traumatisme lors du retrait)</p>						
4	<p>Compléter le formulaire d'évaluation et de suivi de plaie en collaboration avec l'infirmière</p>						

Le profil A.I.N.É.E.S.

Objectif : Dresser le portrait du fonctionnement de l'usager âgé avant son épisode de soins, afin de cibler les facteurs de risque associés au déclin fonctionnel et d'en faire le suivi quotidien.

Rôle de l'externe :

- Compléter la collecte de données dans les 24 heures suivants l'admission pour les usagers de plus de 75 ans ou de 65 ans et plus avec profil gériatrique.
- Contribuer à la mise en place de mesures de prévention du déclin fonctionnel.

Autonomie	Mobilisation, alimentation, soins d'hygiène : Seul ou avec aide?
Intégrité de la peau	Peut-il y avoir une atteinte à la peau?
Nutrition et hydratation	Trouver la cause : Dysphagie? Malnutrition? Déshydratation? Habitudes alimentaires?
Élimination	Incontinent? Constipation? Favoriser l'horaire mictionnelle à la culotte d'incontinence
État cognitif et comportemental	Orienté dans les 3 sphères? CAM? Vision (lunettes)? Audition (appareils auditifs)? Anxiété? Besoins de bas comblés?
Sommeil	Habitudes de sommeil? Insomnie? Respecter le sommeil la nuit, éviter les siestes trop longues le jour.

Approche gérontologique

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

DÉFI ⇒ Trouver la cause des SCPD (exprime un besoin non comblé)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">CONTACT</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • Observer l'usager (Comportement, Qu'est-ce que son non verbal nous dit?). • <u>Contact visuel</u>. • Aborder la personne de face, lentement et calmement. S'assurer que l'usager nous ait vu avant de le toucher. Respecter la bulle. • Être à la même hauteur de l'usager à distance d'environ un bras. • <u>S'identifier</u>. Se nommer sans trop donner d'informations « Bonjour, je m'appelle Léa, je vais passer la journée avec vous! ». • S'assurer d'avoir l'accord de l'usager (verbal ou non verbal) avant d'effectuer un soin. </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">ATTITUDE</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • Adopter une attitude qui inspire confiance. Sourire, calme, douceur, bienveillance. • Même si vous êtes débordé, ne le montrez pas, ne le dites pas. </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">COMMUNICATION</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un ton de voix doux et rassurant. Ne pas hausser la voix si la personne ne répond pas. • <u>Se servir de phrases courtes, simples et concrètes</u>. • Parler lentement et prononcer clairement. Employer des gestes, des mimiques et des démonstrations pour mieux se faire comprendre. • <u>Donner une consigne à la fois et attendre la réaction de la personne</u>. • Annoncer ses intentions. • Toucher la personne (préconiser les bras et les jambes) doucement et de façon rassurante. • Éviter de recourir à des termes infantilisants. • Créer un lien affectif avec la personne en lui parlant d'un sujet présentant pour elle un intérêt, distraire, encourager à participer à des activités. • Éviter les mots qui peuvent provoquer une réaction négative (ex. : « Non », « bain », etc.). • Éviter de raisonner la personne. Respecter le rythme de la personne (revenir plus tard si refus). Tenter de reproduire des éléments de sa routine. • <u>Remercier la personne de sa collaboration</u>. </td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">SURVEILLANCE/SUIVI</td><td> <ul style="list-style-type: none"> • Changement brutal de l'état mental, de l'autonomie et du comportement. • Souffrance et détresse psychologique. • Dangereux pour la personne ou pour autrui. </td></tr> </table>	CONTACT	<ul style="list-style-type: none"> • Observer l'usager (Comportement, Qu'est-ce que son non verbal nous dit?). • <u>Contact visuel</u>. • Aborder la personne de face, lentement et calmement. S'assurer que l'usager nous ait vu avant de le toucher. Respecter la bulle. • Être à la même hauteur de l'usager à distance d'environ un bras. • <u>S'identifier</u>. Se nommer sans trop donner d'informations « Bonjour, je m'appelle Léa, je vais passer la journée avec vous! ». • S'assurer d'avoir l'accord de l'usager (verbal ou non verbal) avant d'effectuer un soin. 	ATTITUDE	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une attitude qui inspire confiance. Sourire, calme, douceur, bienveillance. • Même si vous êtes débordé, ne le montrez pas, ne le dites pas. 	COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un ton de voix doux et rassurant. Ne pas hausser la voix si la personne ne répond pas. • <u>Se servir de phrases courtes, simples et concrètes</u>. • Parler lentement et prononcer clairement. Employer des gestes, des mimiques et des démonstrations pour mieux se faire comprendre. • <u>Donner une consigne à la fois et attendre la réaction de la personne</u>. • Annoncer ses intentions. • Toucher la personne (préconiser les bras et les jambes) doucement et de façon rassurante. • Éviter de recourir à des termes infantilisants. • Créer un lien affectif avec la personne en lui parlant d'un sujet présentant pour elle un intérêt, distraire, encourager à participer à des activités. • Éviter les mots qui peuvent provoquer une réaction négative (ex. : « Non », « bain », etc.). • Éviter de raisonner la personne. Respecter le rythme de la personne (revenir plus tard si refus). Tenter de reproduire des éléments de sa routine. • <u>Remercier la personne de sa collaboration</u>. 	SURVEILLANCE/SUIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Changement brutal de l'état mental, de l'autonomie et du comportement. • Souffrance et détresse psychologique. • Dangereux pour la personne ou pour autrui.
CONTACT	<ul style="list-style-type: none"> • Observer l'usager (Comportement, Qu'est-ce que son non verbal nous dit?). • <u>Contact visuel</u>. • Aborder la personne de face, lentement et calmement. S'assurer que l'usager nous ait vu avant de le toucher. Respecter la bulle. • Être à la même hauteur de l'usager à distance d'environ un bras. • <u>S'identifier</u>. Se nommer sans trop donner d'informations « Bonjour, je m'appelle Léa, je vais passer la journée avec vous! ». • S'assurer d'avoir l'accord de l'usager (verbal ou non verbal) avant d'effectuer un soin. 								
ATTITUDE	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une attitude qui inspire confiance. Sourire, calme, douceur, bienveillance. • Même si vous êtes débordé, ne le montrez pas, ne le dites pas. 								
COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un ton de voix doux et rassurant. Ne pas hausser la voix si la personne ne répond pas. • <u>Se servir de phrases courtes, simples et concrètes</u>. • Parler lentement et prononcer clairement. Employer des gestes, des mimiques et des démonstrations pour mieux se faire comprendre. • <u>Donner une consigne à la fois et attendre la réaction de la personne</u>. • Annoncer ses intentions. • Toucher la personne (préconiser les bras et les jambes) doucement et de façon rassurante. • Éviter de recourir à des termes infantilisants. • Créer un lien affectif avec la personne en lui parlant d'un sujet présentant pour elle un intérêt, distraire, encourager à participer à des activités. • Éviter les mots qui peuvent provoquer une réaction négative (ex. : « Non », « bain », etc.). • Éviter de raisonner la personne. Respecter le rythme de la personne (revenir plus tard si refus). Tenter de reproduire des éléments de sa routine. • <u>Remercier la personne de sa collaboration</u>. 								
SURVEILLANCE/SUIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Changement brutal de l'état mental, de l'autonomie et du comportement. • Souffrance et détresse psychologique. • Dangereux pour la personne ou pour autrui. 								

Aviser l'infirmière

SCPD : Stratégies d'intervention de base

Si idées délirantes	Validation	<ul style="list-style-type: none">• Reconnaître les émotions que ressent la personne et lui permettre de les exprimer.• Entrer dans la réalité de la personne.• Ne pas corriger la personne, mais ne pas alimenter son délire.• À utiliser si les capacités langagières de la personne sont fonctionnelles.
Si pensées persistantes	Diversion	<ul style="list-style-type: none">• Détourner l'attention d'une personne d'une situation qui provoque chez elle un malaise ou de l'anxiété.• Attirer l'attention de la personne sur un élément positif relié à son histoire personnelle (réminiscence).• Recourir à la conversation ou à des actions concrètes (regarder une photo, montrer un bibelot, plier des vêtements, faire la vaisselle, etc.).
Si surstimulation ou sous-stimulation	Adaptation de l'environnement	<ul style="list-style-type: none">• Réduire le niveau de stimuli dans l'environnement immédiat de la personne :<ul style="list-style-type: none">➢ Fermer le téléviseur, diriger la personne vers une pièce moins encombrée ou moins bruyante, etc.• Augmenter le niveau de stimuli dans l'environnement immédiat de la personne :<ul style="list-style-type: none">➢ Ajouter un fond sonore, augmenter l'éclairage, etc.
Si comportement de résistance	Examen de la personnalité pré-morbide et histoire biographique	<ul style="list-style-type: none">• Modifier la façon de donner le soin.• Adapter la façon de communiquer à la personnalité pré-morbide de la personne (ex. : si personne autoritaire: solliciter sa permission avant d'agir).

L'usager manifeste son refus (résistance verbale ou physique)

83

La gestion du refus

1. Changer la présentation de la demande (autre vocabulaire, formulation plus simple, ajout d'un indice visuel).

2. Faire une pause dans l'activité pendant 30 secondes, puis recommencer l'intervention (méthode discontinue).

3. Changer de soignant : un collègue peut tenter une approche et réussir.

4. Discuter avec l'infirmière (équipe inter au besoin) et évaluer la nécessité de l'intervention \Rightarrow Remettre l'intervention à plus tard si peut attendre.

5. Le soin est absolument essentiel et le fait de ne pas procéder à l'intervention est associé à des risques ou des impacts importants pour la santé ou la sécurité de l'usager.

- Étape 1 : Prendre une pause d'au moins 20-45 minutes avant de retenir l'intervention.
- Étape 2 : Choisir l'intervention la moins contraignante et la plus respectueuse du consentement exprimé.

Intervention efficace :

Communiquer votre
truc (ajouter au plan
de travail?)

*Passez à l'intervention
suivante si l'usager
montre toujours des
signes d'anxiété et de
résistance*

Dépistage du risque de CHUTE

Voir RPP-15-003 Prévention des chutes

Objectif : Dépistage précoce des usagers à risque de chute et mise en place des interventions préventives.
(Se référer à la règle de pratique professionnelle en vigueur)

Clientèle cible :

En centre hospitalier : tous les usagers de 65 ans et plus OU ayant chuté au cours de la dernière année OU ayant une difficulté à se mobiliser. (À compléter <24h après l'admission.)

- En CHSLD, UCDG, URFI : tous les usagers admis. (À compléter <72h après l'admission.)

Rôle de l'externe :

- Contribuer à remplir l'outil de repérage des facteurs de risque de chute.
- Appliquer les interventions universelles en tout temps auprès des usagers.
- Signaler à l'infirmière les situations cliniques, comportementales ou environnementales qui ↑ le risque de chute.

En tout temps, je m'assure que : (interventions universelles)	Mes actions pour la clientèle à risque de chute
<ul style="list-style-type: none">• Les corridors et les espaces communs sont désencombrés.• Les planchers sont secs.• Les freins sont appliqués sur les lits, les civières et au fauteuil lors des transferts.• L'éclairage est adéquat.• La hauteur du lit est ajustée à l'usager.• La cloche d'appel et les objets personnels sont à la portée de la main.• L'usager porte des souliers stables et antidérapants.	<ul style="list-style-type: none">• J'oriente régulièrement l'usager dans le temps, l'espace et la personne.• Je m'assure que l'aide technique est à proximité.• Je planifie une routine d'élimination.• J'enseigne le lever en trois étapes (réduire risque d'hypotension orthostatique).• Je surveille les déplacements à la suite de l'administration de médicament (sédatif, analgésique opioïde, neuroleptique ou psychotrope).• J'identifie visuellement l'usager à risque.

Les CHUTES

Voir RPP-15-004 Suivi auprès d'un usager ayant chuté

Objectif : Adopter une pratique sécuritaire, selon son champ d'exercice et contribuer à l'évaluation et la prise de décision suite à la chute d'un usager. (Se référer à la règle de pratique professionnelle en vigueur)

Rôle de l'externe :

- Aviser l'infirmière lors de la chute d'un usager.
- Collaborer à la surveillance des paramètres cliniques.
- Prodiger les soins en conformité avec le PTI et le plan de travail.
- Aviser l'infirmière lors d'anomalies dans les paramètres surveillés, s'il y a lieu.
- Appliquer les politiques et les procédures de la gestion des risques pour la déclaration et la divulgation.
- Consigner au dossier les observations et les interventions réalisées.

L'externe n'est pas autorisée à faire l'évaluation sommaire et initiale d'un usager ayant chuté.

Que faire en cas de chute?

CHUTE <ul style="list-style-type: none">• Avec impact crânienOU• Avec présomption d'impact crânienOU• Sans impact crânien	<p>Aviser l'infirmière rapidement (demander de l'aide).</p> <p>Assurer la sécurité de l'environnement.</p> <p>Aucun déplacement de l'usager (attendre directive de l'infirmière).</p> <p>Approche rassurante envers l'usager.</p> <p>Amorcer la contribution à l'évaluation (tête au pied, SV/SN, histoire de la chute, etc.). Remplir le formulaire <i>Grille d'évaluation initiale et du suivi postchute</i>.</p> <p>Suivre les directives de l'infirmière.</p>
--	---

Lorsqu'il y a absence de témoin à la chute et que l'usager ne peut pas confirmer l'absence d'impact crânien ou s'il prétend une altération de son état mental \Rightarrow appliquer les surveillances *chute avec impact ou présomption d'impact crânien*.

Mesures alternatives et de contrôle

Objectif :

Assurer l'utilisation minimale et exceptionnelle des mesures de contrôle, et ce, en accord avec les balises légales, les normes professionnelles et les orientations ministérielles.

Rôle de l'externe :

- Collaborer à l'évaluation et à la collecte de données (Qui? Quoi? Quand? Où? Comment? Combien? Pourquoi?)
- Participer à la recherche, à l'essai et à la réévaluation des mesures alternatives avec l'équipe interdisciplinaire.
- Administrer la contention chimique selon les directives de l'infirmière et l'ordonnance médicale.
- Appliquer la mesure alternative ou la mesure de contrôle selon les directives de l'infirmière.
- Assurer la surveillance de la mesure appliquée et la consigne sur la grille.
- Consigner au dossier les observations et les interventions faites.
- Aviser l'infirmière de toute situation particulière.



Mesures alternatives

Stratégie d'intervention visant à prévenir ou réduire les causes d'un comportement perturbateur ou risque de chute et éviter les mesures de contrôle

- Satisfaire les besoins de base
- Veilleuse la nuit
- Lit à profil bas
- Approche adaptée
- Horaire mictionnel
- Diversion

- Camoufler un équipement médical
- Coussin sonore, moniteur à cordelette
- Présence de la famille
- Chanter pendant un soin, etc.

► Être créatif pour adopter une approche personnalisée.

Mesures de contrôle

Objectif thérapeutique d'empêcher ou de limiter la capacité d'action d'une personne

- Contention physique
- Contention chimique (médication)
- Isolation

- Utiliser en dernier recours (tout a été tenté et danger grave et imminent demeure pour l'usager ou autrui)
- Mesure la moins contraignante

Fréquence de surveillance des mesures de contrôle

Situation non planifiée (urgence)

- Signes vitaux (pouls et respiration) : q 15 minutes x 1 h, puis selon infirmière (minimale q8h)
- Autres éléments de surveillance (voir formulaire) : q 15 minutes x 1 h, puis selon infirmière (minimale q1h). q 15 minutes si usager agité agressif ou confus

Situation planifiée

- Signes vitaux (pouls et respiration) : à l'installation de la mesure, puis selon modalités du secteur ou de l'ordonnance
- Autres éléments de surveillance (voir formulaire) : q 15 minutes x 1 h, puis selon infirmière (minimale q1h). q 15 minutes si usager agité agressif ou confus

BONS principes d'administration sécuritaire des médicaments

Évaluation clinique	Principe 1	Évaluation de la condition clinique de l'usager Effets thérapeutiques et secondaires
	Principe 2	Vérification de l'ordonnance L'originale la plus récente et complète
	Principe 3	Vérification de la FADM avec l'étiquette de la pharmacie
	Principe 4	Connaissance du médicament Indications, complications, risques
	Principe 5	Surveillance clinique
Intervention clinique	Principe 6	Enseignement, partenariat et consentement
	Principe 7	Respect de l'ordonnance
	Principe 8	Préparation et administration Bon : produit, usager, dosage, moment, voie d'administration Allergie? Date de péremption. Préparer pour un seul usager à la fois. Administrer ce que vous préparez. Identification sans équivoque de l'usager. S'assurer de la prise de la médication en votre présence.
		 <p>HR : Médicaments à haut risque ↳ insuline, anticoagulants injectables, narcotiques injectables, antinéoplasiques Nécessite <u>toujours</u> une Double vérification indépendante (DVI)</p>
Continuité des soins	Principe 9	Communication Communication aux usagers, aux professionnels et intervenants concernés.
	Principe 10	Documentation Enregistrer l'administration du médicament sur la FADM immédiatement après la prise du médicament et documenter vos interventions ainsi que toute particularité.

Anticoagulants

	ANTICOAGULANT TRADITIONNEL	ANTICOAGULANT ORAL DIRECT	INJECTABLES		
	ANTICOAGULANT TRADITIONNEL <ul style="list-style-type: none"> Nicoumalone (Sintrom) Warfarine (Coumadin) 	ANTICOAGULANT ORAL DIRECT <ul style="list-style-type: none"> Apixadan (Eliquis) Dabigatran (Pradaxa) Rivaroxaban (Xarelto) 	INJECTABLES <ul style="list-style-type: none"> Héparine Daltéparine (Fragmin) Enoxaparine (Lovenox) 		
Indication	<ul style="list-style-type: none"> Relais de l'héparine pour prévention des maladies thromboemboliques Traitements à long terme Prophylaxie Infarctus myocarde, AVC, TEP, FA 	<ul style="list-style-type: none"> Traitements préventifs de la FA non valvulaire, TEP, embolie pulmonaire, arthroplastie hanche et genou 	Traitements et prophylaxie de troubles thrombo-emboliques multiples		
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> Saignements et hémorragies (ex. : méléna, hématurie, épistaxis, ecchymose, ↓ Hb, point de ponction) 				
Particularités	<ul style="list-style-type: none"> Pic d'action: 72-96 heures Inversement l'action du médicament dure plusieurs jours après son arrêt Prendre le soir car dose peut être modifiée ou supprimée en fonction du INR fait le matin. 	Pradaxa 1-3 heures (pic d'action)	Eliquis 3-4 heures (pic d'action)	Xarelto 2-4 heures (pic d'action)	Peut être administré en concomitance avec le coumadin, le temps que le coumadin soit thérapeutique
Laboratoires à surveiller (marqueurs)	<ul style="list-style-type: none"> INR : 1,5-2 X valeur du témoin HB/HT/Plaquettes 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun marqueur standard existant ***Donc l'omission d'une dose entraîne une diminution rapide de l'effet anticoagulant 			<ul style="list-style-type: none"> Hb/HT/Plaquettes TCA
Antidote	<ul style="list-style-type: none"> Vitamine K (inverse l'action en 12-24 heures) 	Pradaxa • Idarucizumab (Praxbind IV)	Eliquis/Xarelto <ul style="list-style-type: none"> Aucun antidote disponible Plasma frais ou complexe prothrombine si surdosage 		<ul style="list-style-type: none"> Sulfate de protamine

Injection SC et IM

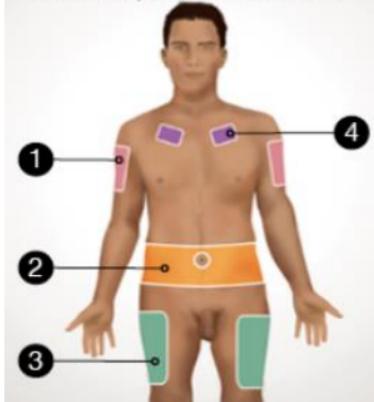
Injections	Type de seringue, calibre et longueur de l'aiguille	Quantité injectable maximale	Site et angle d'injection		
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Insuline • 1 mL • 3 mL 	<p>25-26-27 G</p> <p>12 mm à 16 mm (½ po à 5/8 po)</p>	1 mL à 1,5 mL	<p>90° avec aiguille ½ po</p> <p>45° avec aiguille de 5/8 po</p>	<p>Anticoagulant (toujours à 90°)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen (1^{er} choix) à 5 cm de l'ombilic • Face antérieure des cuisses <p>Insuline (toujours à 90°)</p> <p>Dépend parfois du type d'insuline</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen à 5 cm de l'ombilic • Face antéro-externe des bras • Face antéro-externe des cuisses • Région fessière supérieure • Maximum 50 unités par site <p>Autre médicament</p> <ul style="list-style-type: none"> • Face antéro-externe des bras • Face antéro-externe des cuisses • Abdomen à 5 cm de l'ombilic
IM IM en Z (mx irritant, décolorant ou cytotoxique)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 mL • 3 mL • 5 mL 	<p>Liquide visqueux (épais) 20 G</p> <p>Liquide laiteux (brouillé) 20-21 G</p> <p>Liquide aqueux (clair/eau) 20-21-22 G</p> <p>2,5 cm à 3,7 cm (1po à 1 ½ po)</p>	<p>ENFANT : Deltoidé : 1 mL Ventroglutéal : 1 mL (3 à 14 ans: 2 mL) Vaste externe : 1 mL</p> <p>ADULTE : Deltoidé : 2 mL Ventroglutéal : 3 mL (à partir de 15 ans). Si muscle bien développé : 5 mL Vaste externe : 3 mL</p>	90°	<p>Signes et symptômes d'anaphylaxie</p> <p>Généralement 2 systèmes affectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cutané • Respiratoire • Gastro-intestinal • Cardiovasculaire

VACCIN : vacciner dans les 2 heures suivant l'évaluation de l'infirmière, aiguille 25 G, respecter la chaîne froid (entre 2°C et 8°C), surveillance 15 min postvaccination (si allergie, saignement si usager anticoagulé, etc.) : se référer au PIQ.

L'aiguille filtrante doit être utilisée pour **prélever** tout médicament provenant d'une ampoule en verre, et ce, peu importe la voie d'administration. ***Elle ne doit pas être utilisée pour l'administration de la médication.***

Dispositif d'accès sous-cutané (papillon SC)

© CESS-MSI, 2020 – Tous droits réservés



1. Bras
 2. Abdomen (5 cm ou plus du nombril)
 3. Cuisses (antérolatérale)
 4. Zones sous-claviculaires du thorax
(éviter région mammaire)
- *Les sites peuvent différer selon le contexte clinique.

Installation :

L'angle d'insertion est variable selon le dispositif d'accès sous-cutané utilisé. Il n'est pas nécessaire de diriger le biseau de l'aiguille vers le cœur.

Matériel utilisé	Quantité du vide d'air avec le médicament prescrit	Moment du vide d'air
Connecteur sans aiguille (bouchon MicroClave ^{MD}) *Utiliser en combinaison avec un dispositif au besoin	Faire le vide d'air et quantifier le nombre de mL requis.	Avant l'installation du DASC
Rallonge *Utiliser en combinaison avec un dispositif au besoin		
Dispositif à ailettes avec aiguille en acier inoxydable		
Dispositif d'accès veineux périphérique court	Utiliser la quantité de la 1 ^{re} dose + 0,1 mL	Après l'installation du DASC
Dispositif Saf-T-Intima ^{MD} *Aide-mémoire disponible dans la méthode de soins informatisée (MSI)	Utiliser la quantité de la 1 ^{re} dose + 0,25 mL	

- Vide d'air et injection: **Un seul médicament par dispositif d'injection** (toujours la même molécule et la même concentration)
- Toujours inscrire dans les notes au dossier la quantité de médicament utilisée pour effectuer le vide d'air. Si médicament est une drogue contrôlée, la quantité doit être inscrite comme « jetée » dans le registre
- S'assurer de connaître l'angle d'installation pour chaque dispositif.

Insulines

Type d'insuline	Aspect	Délais d'action	
Action très rapide (0 - 15 minutes avant le repas) Humalog ou Admelog (lispro) Novorapid (aspart)	Clair	 Début : 10 à 14 minutes Pic : 1 à 2 heures Durée : 3 à 5 heures	
Action rapide (15 à 30 minutes avant le repas) Humulin R NovoLIN ge Toronto	Clair	 Début : 30 minutes Pic : 2 à 3 heures Durée : 6,5 heures	
Action intermédiaire Humulin N Novolin ge NPH	Trouble	 Début : 1 à 3 heures Pic : 5 à 8 heures Durée : ad 18 heures	
Action prolongée Levemir (détémir) Lantus (glargin U-100) Basaglar (glargin biosimilaire)	Clair	 Début : 90 minutes Pic : Aucun Durée : ad 24 heures	
 Je mets en application la double vérification indépendante (DVI) avant d'administrer l'insuline	Mélange d'insuline : Trouble (air) - Clair (air) - Clair (prélever) - Trouble (prélever) ► Aucun mélange pour les insulines à action prolongée.		
La glycémie est le reflet de l'insuline qui a été donnée précédemment.		<i>Vitesse d'absorption selon la région de l'injection</i> ***S'assurer de la rotation des sites d'injection	
Hypoglycémie	Hyperglycémie	Région d'injection	Vitesse d'absorption
Tremblement, étourdissement Sueurs froides, Fringale subite Vision floue, maux de tête Fatigue, faiblesse	Faim, soif, bouche sèche Besoin fréquent d'uriner Fatigue Vision embrouillée	Abdomen	Rapide
		Bras	Moyennement rapide
		Cuisses	Lente

Types de solutions IV

TYPE DE SOLUTION		Utilisé dans quel contexte	Appellation autorisée	Appellation à proscrire
  isotonique	Isotonique : <ul style="list-style-type: none"> Même osmolalité que le plasma sanguin Augmente le volume de liquide vasculaire sans que la solution traverse les compartiments intracellulaires 	<ul style="list-style-type: none"> Compenser les pertes de Na⁺ et Cl⁻ Hypotension Hypovolémie 	<ul style="list-style-type: none"> NaCl 0,9 % Sérum physiologique Chlorure de sodium 0,9 % 	<ul style="list-style-type: none"> Normal salin S
			<ul style="list-style-type: none"> Dextrose 5 % (D5%) Glucose 5 % dans l'eau 	<ul style="list-style-type: none"> DW5% D5%E
			<ul style="list-style-type: none"> Lactate Ringer (LR) (Semblable au plasma (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Cl⁻)) 	Ø
  hypotonique	Hypotonique : <ul style="list-style-type: none"> A une osmolalité inférieure à celle du plasma sanguin. Fait passer la solution IV des vaisseaux sanguins vers l'intérieur des cellules entraînant une augmentation de leur volume 	<ul style="list-style-type: none"> Déshydratation Acidose diabétique 	<ul style="list-style-type: none"> NaCl 0,45 % Chlorure de sodium 0,45 % 	<ul style="list-style-type: none"> NaCl ½ force ½ Salin ½ NS
  hypertonique	Hypertonique : <ul style="list-style-type: none"> A une osmolalité supérieure à celle du plasma sanguin Entraîne une sortie des électrolytes et d'eau de la cellule vers les vaisseaux sanguins dans les compartiments extracellulaires 	<ul style="list-style-type: none"> Hypoglycémie Oedème Oedème intracrânien 	<ul style="list-style-type: none"> NaCl 0,9 % + D5% Dextrose 5 % et chlorure de sodium à 0,9 % 	<ul style="list-style-type: none"> Mixte 0,9 Mixte Mixte pleine force
			<ul style="list-style-type: none"> NaCl 0,45 % + D5% Dextrose 5 % et chlorure de sodium à 0,45 % 	<ul style="list-style-type: none"> Mixte 0,45 Mixte ½ Mixte ½ force
			<ul style="list-style-type: none"> D10% Dextrose 10 % 	<ul style="list-style-type: none"> DW10% D10%E

Alerte clinique :

- NACL 0,9 % est la seule solution pouvant être employée avec les produits sanguins. Exception pour les immunoglobulines : compatibles avec D5% seulement.
- D5% : attention aux usagers diabétiques.
- Solution hypertonique (NaCl 0,9 % + D5% ou NaCl 0,45 % + D5%) : administrer avec prudence car peut conduire à une surcharge liquidienne et conduire à la détérioration cardiaque et respiratoire d'un usager.

J'ai obligatoirement besoin d'une pompe volumétrique si :

MÉDICAMENTS OU SOLUTION

- Agents antinéoplasiques (sauf vésicants en voie périphérique)
- Alimentation parentérale totale
- Immunoglobulines IV (IgIV)
- Médicament à niveau de risque élevé ou solution avec additif nécessitant un débit précis (ex. héparine, nitro, etc.)
- Soluté en TVO ou GVO (10 mL / h)

USAGER

- de 14 ans et moins
- à risque de surcharge liquidiennne (insuffisance rénale, cardiaque, restriction liquidiennne stricte)
- porteur d'un dispositif d'accès veineux central (DAVC) (Picc line)
- porteur d'un dispositif à accès veineux sous-cutané (Port-a-cath)
- porteur d'un dispositif d'accès intrarachidien (DAI)

Ces critères ne viennent en aucun cas substituer le jugement clinique du personnel infirmier

Calcul de débit pour administration d'une perfusion par gravité

Débit (gouttes/minute)	=	Quantité à administrer (mL) X Calibre du perfuseur (gouttes/mL)
		Durée de la perfusion (min)

Soins et entretien des dispositifs d'accès veineux périphériques courts (DAVPC)

Fréquence de changement du matériel de perfusion		
Tubulure	Perfusion continue	q96h
	Perfusion intermittente	q24h
Sac à soluté	Perfusion continue sans additif préparée par le fabricant	q96h
	Perfusion intermittente sans additif préparée par le fabricant	q24h
Cathéter	De moins de 7,5 cm	q96h + PRN
Connecteur sans aiguille et rallonge	Avec dispositif d'accès veineux périphérique court (DAVPC)	q96h
	Changer chaque fois qu'ils sont retirés, souillés ou endommagés.	

Irrigation d'un dispositif d'accès veineux périphérique court

Avec quoi?	<p>NaCl 0,9 % sans additif</p> <p>Volume :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Néonat (Âgé de 30 jours et moins) : 0,5 mL (dans une seringue de calibre 10 mL) • Adulte et pédiatrie (Âgé de 31 jours et plus) : 3 mL (dans une seringue de calibre 10 mL)
Comment?	<p>Par turbulence (1 mL rapide – arrêt – 1 mL rapide – arrêt, etc.)</p>





Médicaments dépresseurs du SNC



Classes	Noms génériques
Opiacés	morphine, HYDROmorphine, fentaNYL
Benzodiazépines	LORazépam, ALPRAZolam, clonazéPAM, OXAZÉPAM, MIDAZOLAM
Barbituriques	PHÉNObarbital, PRIMIDONE, MÉTHOHEXITAL
Antipsychotiques	OLANZapine, HALOPÉRIDOL, cloZAPine, QUÉTiapine, rispériDONE, ARIPiprazole
Antidépresseurs	AMITRIPTYLINE, CITALOPRAM, SERTRALINE, VENLAFAXINE, PARoxétine
Antiémétiques	dimenhyDRINATE, MÉTOCLOPRAMIDE, PROCHLORPÉRAZINE
Antihistaminiques	diphenhydrAMINE, hydrOXYzine
Anticonvulsivants	ACIDE VALPROÏQUE, carBAMazépine, GABAPENTINE, PHÉNYTOÏNE

Surveillance clinique des usagers prenant des opiacés

Objectif :

Prévenir l'apparition de complications liées à la prise d'opiacés (dépression du système nerveux central (SNC), dépression respiratoire). (Se référer à la règle de soins infirmiers en vigueur)

Rôle de l'externe :

- Effectuer les surveillances aux fréquences établies par l'infirmière et l'aviser de toute anormalité.

Schématisation de la progression de la dépression du (SNC)	Paramètres à surveiller		
	Intensité de la douleur	0 à 10 (utiliser la même échelle)	
Atteinte de l'état de conscience	Degré de sédation (échelle de Pasero)	Acceptable	S : Sommeil normal, éveil facile 1 : Éveillé et alerte 2 : Parfois somnolent, éveil facile
		Inacceptable	3 : Somnolent, s'éveille, mais s'endort durant la conversation 4 : Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation
Atteinte de l'état respiratoire	État respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> Fréquence • Rythme • Amplitude • Ronflements Saturation pulsatile en oxygène 	
Atteinte grave de l'état respiratoire	Voie d'administration des opiacés	Pic d'action	Durée d'action
Signes tardifs observables : saturation ↓	SC ou IM	30 à 90 min	4 h
Signes tardifs observables: pouls et TA altérés	PO courte action ou IR	60 à 90 min	4 h
	PO longue action (12 h)	4 à 5 heures	12 h
	PO longue action (24 h)	10 heures	24 h
Arrêt cardiaque imminent			

AAlgésie contrôlée par le patient (ACP)

ACP : Administration d'un médicament IV généralement utilisé dans le cadre du traitement de la douleur postopératoire, qui permet à l'usager de contrôler lui-même la quantité d'analgésique lui étant injectée au moyen d'une pompe à perfusion.

**Ne pas administrer aucun autre narcotique ou médicament dépresseur du SNC (toutes voies d'administration),
sauf sur ordonnance de l'anesthésiologue**

Ordre de priorité des ordonnances : 1. Anesthésiologue 2. Chirurgien 3. Médecin

Effectuer les surveillances selon le protocole :

- Signes vitaux
- Niveau de sédation
- Intensité de la douleur
(tenir compte des doses demandées et reçues)
- Compréhension de l'usager
(utilisation adéquate de l'ACP)

**L'externe ne fait aucune programmation
de la pompe ACP.**

Surveiller les effets secondaires :

- Nausée, vomissement
- Prurit

**** Aviser infirmière ****

Surveiller les signes de complications possibles :

- Dépression respiratoire
 - RR plus petit que 8/min OU
 - Niveau de sédation plus grand ou égal à 3
- Arrêt respiratoire

**** Aviser infirmière ****

Après l'arrêt de l'ACP (valider auprès de l'infirmière) :

- Vérifier si un soluté doit demeurer en place suite à l'arrêt de l'ACP.
- Respecter un délai d'une heure avant d'administrer un autre analgésique ou selon le protocole.



Anesthésie péridurale et rachidienne



Péridurale (ou Épidurale) :

- Cathéter introduit entre les os de la colonne vertébrale jusque dans l'espace épидurale.
- Anesthésique perfusé provoque une insensibilité et/ou immobilité dans le territoire visé.

Rachidienne :

- Injection de médicament entre les os de la colonne lombaire directement dans le liquide céphalo-rachidien.
- Perte de sensation et de motricité du bas de l'abdomen, du périnée et des membres inférieurs pour une durée maximale de 150 minutes. L'effet antidouleur diminuera entre 6 et 24 heures suivant la procédure.

Surveiller les effets secondaires :

- Céphalée
- Douleur lombaire
- Hypotension
- Rétention urinaire
- Risque de chute
- Infection au point d'entrée du cathéter

Aviser l'infirmière

Surveiller les signes de complications possibles :

Céphalée rachidienne

- Céphalée prolongée, martelante, qui augmente en position assise ou debout et qui diminue en position couché

Dépression respiratoire

- RR plus petit que 8/min

Signes de toxicité à l'anesthésie

- Goût métallique, audition de bourdonnement, vision embrouillée, étourdissement, dysphasie

Effets d'un surdosage aux opioïdes

- Hypoventilation, ronflement, sommeil profond, apnée, arrêt respiratoire, arrêt cardiaque

Aviser l'infirmière

S'assurer de conserver un accès veineux 24 h post retrait du cathéter

Précautions pour le 1^{er} lever

- Tout 1^{er} lever doit s'effectuer à la suite de l'évaluation d'une infirmière.
- Évaluer la mobilité, la force et la sensibilité des 2 membres inférieurs avant le 1^{er} lever.
- Tout 1^{er} lever post accouchement, post césarienne ou post chirurgie doit s'effectuer à 2 intervenants. (*Il faut au minimum un intervenant qui soit infirmière, infirmière auxiliaire, CEPI ou CEPIA*)



Restriction liquidienne



Quantité de liquide dans les cabarets et au chevet

- Avec une limite liquidienne à 1200 mL/jour, il y aura 600 mL (plus ou moins 75 mL) de liquides dans les cabarets par défaut.
Donc, l'usager a droit à 3 verres d'eau/jour au chevet.
- Avec une limite liquidienne à 1500 mL/jour, il y aura 900 mL (plus ou moins 75 mL) de liquides dans les cabarets par défaut.
Donc, l'usager a droit à 3 verres d'eau/jour au chevet.
-
- Avec une limite liquidienne à 1800 mL/jour, il y aura 900 mL (plus ou moins 75 mL) de liquides dans les cabarets par défaut.
Donc, l'usager a droit à 1 pichet bleu au chevet.
- Avec une limite liquidienne à 2000 mL/jour, il y aura 900 mL (plus ou moins 75 mL) de liquides dans les cabarets par défaut.
Donc, l'usager a droit à 1 pichet bleu + 1 verre d'eau au chevet.
- Avec une limite liquidienne et des liquides épaissis (nectar, miel ou pouding), il y aura la totalité de la limite liquidienne (1200 mL ou 1500 mL ou 1800 mL ou 2000 mL) de comptabilisée dans les cabarets.
- Suite au choix des liquides personnalisés avec l'usager, la technicienne en diététique avisera les soins infirmiers advenant le cas où l'usager n'atteint pas la quantité de liquide désirée dans les cabarets afin de permettre à l'infirmière d'inscrire à son plan de soins la quantité exacte de verre d'eau à donner par jour.

Lors d'une restriction hydrique, penser à déduire les quantités provenant des perfusions IV.

Ex. : Antibio IV TID (100 mL x 3) = 300 mL à soustraire de la limite liquidienne permise (moins de verre d'eau permis).

Bilan Ingesta/Excreta

Indications :

- Vérifier l'équilibre entre les apports et les pertes de liquides chez un usager.
 - Clientèles à risque : troubles cardiaques, troubles rénaux, troubles cérébraux, troubles respiratoires (ex. : MPOC).
 - Usager dans un état critique (administration de grandes quantités de liquide).
- Surveillance des effets thérapeutiques ou effets secondaires d'une médication (ex. : diurétique, transfusion).
- Retour salle d'opération et soins en néonatalogie.

INGESTA	EXCRETA	
<ul style="list-style-type: none">• Liquide par voie orale• Liquide par voie IV• Liquide par voie gastro-entérique <p>► <i>Les glaçons correspondant à la 1/2 du volume.</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Urine• Diarrhée• Liquide d'une aspiration gastrique• Ecoulement drain, stomie	<ul style="list-style-type: none">• Écoulement plaie chirurgicale• Vomissements• Transpiration excessive
<p>Bilan positif (ingesta plus grand que excréta) :</p> <ul style="list-style-type: none">• accumulation des liquides intracorporels <p>Ex. : OMI, troubles rénaux, décompensation cardiaque, réhydratation, remplissage (= perte de sang)</p>	<p>Bilan négatif (ingesta plus petit que excréta) :</p> <ul style="list-style-type: none">• perte des liquides extracorporels <p>Ex. : déshydratation, prise de diurétique, drainage non compensé</p>	
<p>Surveillance clinique de l'hypervolémie :</p> <ul style="list-style-type: none">➢ Surveiller la prise de poids (gain supérieur à 0,9 kg/jour ou 2,3 kg en 1 semaine)➢ OEdème périphérique (OMI, godet)➢ Évaluation respiratoire (dyspnée, orthopnée, tachypnée, bruits respiratoires adventices, toux, intolérance à l'effort, oxymétrie)➢ Analyses sanguines : électrolytes, examens fonction rénale➢ Bilan ingesta/excréta➢ Distension veineuse jugulaire	<p>Surveillance clinique de l'hypovolémie :</p> <ul style="list-style-type: none">➢ Vérifier turgescence de la peau et sécheresse des muqueuses➢ Noter quantité et densité de l'urine➢ Vérifier valeurs des électrolytes➢ Vérifier état de conscience➢ Suivi des signes vitaux (signes hypovolémie : tachycardie et hypotension)	

Alimentation et drainage par voie entérale

TUBE D'ALIMENTATION

Objectifs : Assurer un apport nutritionnel suffisant lorsque l'usager présente une incapacité à s'alimenter par la bouche (à la suite d'une chirurgie, cancer, désordre métabolique, etc.).

- Toujours s'assurer de :**
- Maintenir la tête de lit 30 à 45 degrés en tout temps (et maintenir ainsi jusqu'à 30-60 minutes après la fin du gavage).
 - Vérifier l'emplacement du tube : 1) Lors de l'installation (mesure initiale à inscrire au dossier).
2) Avant chaque administration (comparer à la mesure initiale et aviser l'infirmière si modification).

Alerte clinique : Si présence ou observation d'une problématique respiratoire (ex. : toux, dyspnée) lors de l'administration du gavage ou l'irrigation du tube, cesser l'administration immédiatement et aviser l'infirmière.



Administration des médicaments :

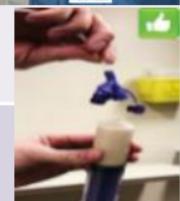
- Administrer un médicament à la fois. Cela prévient les incompatibilités physiques ou chimiques, l'obstruction du tube et l'altération de l'effet thérapeutique
- S'assurer que les médicaments peuvent être écrasés (voir avec pharmacie si autre forme possible ex. : liquide).
- Si succion en place : arrêter la succion 30 minutes après l'administration des médicaments et reprendre par la suite.

Irrigation : Eau stérile (15 à 30 mL ou selon ordonnance individuelle)

Moment de l'irrigation :

- Chaque 4 heures ou selon ordonnance individuelle.
- Lors de l'administration des médicaments : avant, entre chaque médicament et après.

*Tube nasogastrique à 2 lumières avec prise d'air (type SALEM): injecter 10 à 20 mL **d'air après l'irrigation**



Fréquence de changement du matériel :

- Tube d'alimentation (q 4-6 semaines)/Tube drainage (q 7 jours)
- Solution nutritionnelle (système fermé : q48h, système ouvert (stérile : q8h, non stérile q4h)
- Rallonge de gastrostomie : q 2 mois
- Connecteur en Y: q 2 mois

Matériel lors d'irrigation, de résidu et d'administration des médicaments:

- Seringue de 30 mL avec embout conique pour tube de drainage
- seringue ENFIT (mauve) pour tube d'alimentation

► Jeter après chaque utilisation

Surveillances :

- Hygiène buccale 3 fois par jour et selon confort de l'usager.
- Soin du nez (surveiller plaie de pression, état des narines).
- Surveillance ingesta excrêta.
- Ballonnement, absence de péristaltisme, diarrhée, vomissement, constipation, douleur abdominale, présence de sang dans le liquide drainé.
- Déplacement du tube d'alimentation entérale.
- Occlusion du tube d'alimentation entérale.

Aviser
l'infirmière

Cathéters urinaires - Soins et surveillances

Consulter les MSI concernant la technique d'installation

- Vérifier perméabilité du système de drainage (urine s'écoule bien).
- S'assurer que dispositif de fixation est bien en place.
- Vérifier la qualité (couleur, dépôt, odeur, etc.) et la quantité d'urine.
- Vérifier la présence de douleur ou inconfort.



Fréquence de changement du matériel

• Cathéter 100 % silicone (port long terme)	Changer aux 3 mois	Changer si : infection, obstruction, débranchement accidentel du système (bris d'asepsie) ou bris du système	
• Cathéter Latex enduit d'hydrogel • Cathéter Latex rouge (coudé) • Cathéter Latex enduit de silicone	Changer aux 4 à 6 semaines maximum		
Sac de drainage	Changer si : infection, obstruction, débranchement accidentel du système (bris d'asepsie) ou bris du système		
Dispositif de fixation	Aux 7 jours Immédiatement si décollé, humide ou souillé		

Prévention des infections urinaires

- Favoriser l'hydratation : Boire minimalement 1 500 mL/jour, idéalement 30 mL/kg afin d'éviter les incrustations dans le cathéter sauf si **restriction liquidienne ou autre condition clinique**.
- S'assurer d'une hygiène quotidienne des organes génitaux.
- Nettoyer (eau et savon), tous les jours, le cathéter sur une longueur d'environ 10 cm et assécher avec une serviette propre.
- Privilégier la douche au bain.
- Éviter l'alternance entre un sac de drainage de jour (sac à cuisse) et un sac de nuit.
- Maintenir le sac collecteur d'urine au-dessous du niveau de la vessie et s'assurer qu'il ne touche pas au sol
- Vidanger le sac collecteur d'urine lorsqu'il est rempli à la moitié ou au deux tiers (environ toutes les trois à six heures).

Soins de stomie intestinale

Colostomie : Ouverture créée chirurgicalement dans une portion du côlon : Sigmoïdienne ou descendante (quadrant inférieur gauche), transverse (quadrant supérieur droit ou gauche), ascendante (quadrant inférieur droit) Stomie fonctionnelle en post-op : colostomie = 4 à 5 jours

Iléostomie : Ouverture chirurgicale située au niveau de la dernière portion du petit intestin (iléon) (quadrant inférieur droit et plus rarement à gauche) Stomie fonctionnelle en post-op : iléostomie = 24 - 72 h

Paramètres d'évaluation d'une stomie		Élimination
Bouche de la stomie : 	Forme : ronde, ovale, irrégulière. Protubérance : protubérante (surélevée), à égalité de la peau, rétractée (disparition de la stomie sous la peau ou dans un pli cutané), prolapsus (10 cm ou plus au-dessus de la peau). Dimension : circonférence de la stomie (ou la longueur) X largeur en mm ou cm. Le gabarit de mesure peut aussi être utilisé. Vascularisation (coloration de la muqueuse en %) : rouge-humide, noire (nécrose). Aspect : Rouge vif, luisante, humide, insensible au toucher, saigne facilement au toucher.	Aspect des selles Liquides, semi-liquides, pâteuses, semi-pâteuses, solides. Coloration des selles Brunes, noires, jaunâtres, verdâtres. Quantité Si liquides ou semi-liquides, indiquer la quantité en mL. Sinon indiquer la fraction du sac collecteur contenant des selles. Gaz intestinaux Indiquer si présence ou absence. Vidange Fréquence de vidange du sac par jour (nombre de fois) : Vidanger lorsque le sac est rempli au 1/3 ou ½.
Tige de soutien/ Endoprothèse urétérale	Indiquer si présence ou non.	
Peau périostomiale	Préciser l'emplacement selon l'horloge. Intacte, érythémateuse, ulcérée/bris de l'épiderme, plis cutanés/creux de l'abdomen, présence d'une hernie.	
Jonction muco-cutanée	Préciser l'emplacement selon l'horloge. Intacte, présence de suture (les points prennent 4 à 6 semaines pour se résorber), déhiscence, plis cutanés (creux).	
Aviser l'infirmière si :		
<ul style="list-style-type: none"> Fuite. Blessure/lésion de la stomie ou de la peau périostomiale. Problématique d'adhérence de l'appareillage. 		
		Procédure de Stanley
<ol style="list-style-type: none"> Appliquer la poudre. Retirer l'excédent de poudre. Appliquer le protecteur cutané. Laisser sécher. Répéter 2 à 3 fois. 		
Type d'appareillage utilisé (compagnie, grandeur, une ou deux pièces)		
Accessoires à stomie utilisés (ex. : ceinture)		

Asepsie de la peau

Objectifs :

- Limiter le nombre de microorganismes sur la peau (on ne peut pas stériliser la peau).
- Réduire le risque d'infection.

Alcool 70 %	<ul style="list-style-type: none">• Matériel• Injection• Ponction veineuse► À éviter sur les muqueuses <p>Hémoculture - Faire 2 désinfections de la peau :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Alcool 70 %2. Chlorhexidine 2 % avec alcool 70 % <p>Bouchon : Alcool 70 %</p>	<p>TRUCS</p> <ul style="list-style-type: none">• Minimiser le risque d'irritation cutanée• Obtenir une réduction bactérienne optimale <p>Toujours :</p> <ul style="list-style-type: none">• Respecter le temps d'application/friction (30 secondes) :• Alcool 70 % : Mouvement de va-et-vient• Chlorhexidine : Mouvement de va-et-vient• Laisser sécher complètement (pour respect du temps de contact)
Chlorhexidine	<ul style="list-style-type: none">• Ponction veineuse• Lors d'activités effractives (ex.: insertion d'un cathéter IV laissés en place et changement de pansement) qui nécessite d'avoir une action antimicrobienne persistante (effet rémanent sous le pansement)	<ul style="list-style-type: none">• Attention aux allergies à la chlorhexidine (envisager avec l'infirmière d'autres produits : proviodine, alcool 70 %, iodé, etc.)• La chlorhexidine n'est pas recommandée chez les enfants de moins de 2 mois

Tampon chlorhexidine aqueuse (sans alcool)



Tampon chlorhexidine 0,5 % avec alcool (usager âgé de 30 jours et moins)



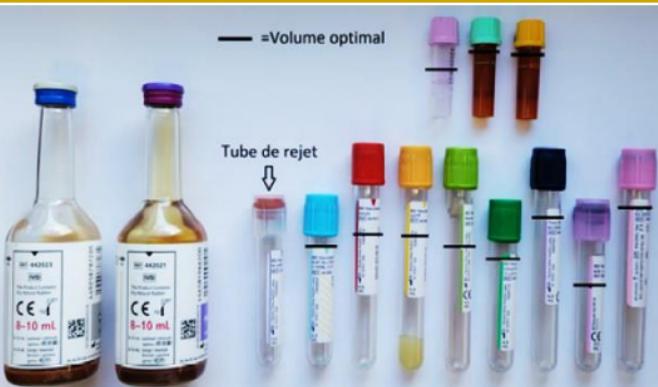
Tampon chlorhexidine 2 % avec alcool



Tampon alcool 70 %



Prélèvements sanguins - Ordre des tubes et particularités



RAPPEL

- Tous les tubes non mentionnés ci-haut (voir image) doivent être prélevés à la fin.
- Un **tube de rejet** doit être prélevé dans les situations suivantes :
 - Lorsqu'une unité de prélèvement à ailettes (papillon) est utilisée pour la ponction veineuse et que le premier tube prélevé est destiné à la coagulation.
 - Lorsque le premier tube prélevé est destiné à une analyse TCA d'un usager traité à l'héparine non fractionnée ou pour toute autre analyse spécialisée de coagulation.
 - Pour tout prélèvement difficile.
- Remplissage des tubes de sang conforme.
- Mélanger les tubes délicatement par inversion, immédiatement après le prélèvement (8 à 10 inversions).
- Il est strictement interdit de transvider un tube dans un autre.
- Identification obligatoire des spécimens (nom/prénom usager, numéro de dossier, date/heure du prélèvement, initiales du préleur).
- Respecter le délai d'acheminement au laboratoire.

Aucune ponction :

- Dans un membre porteur d'une fistule artéio-veineuse (risque d'occlusion de la fistule)
- Dans un membre avec un cathéter d'hémodialyse ou cathéter veineux central
- Dans une cicatrice, hématome, brûlure, œdème, site de perfusion infiltré ou veine endommagée
- Dans un membre paralysé ou fracturé ou opéré
- Si soupçon ou confirmation de phlébite
- Si présence de greffon
- Si lymphoœdème ou résection ganglionnaire

Sources d'hémolyse :

- Inversion brusque des tubes
- Prélèvement difficile
- Garrot laissé en place plus d'une minute
- Présence d'alcool sur le site de ponction
- Prélèvement via un cathéter
- Ouverture et fermeture de la main de façon répétée

Légende étiquettes – Stabilisation à respecter :

- [] : mettre sur glace
- () : mettre à l'abri de la lumière
- / : tenir debout



Ce que les analyses sanguines révèlent...

Albumine	<ul style="list-style-type: none">Protéine la plus abondante dans le sang, fabriquée par le foie. Le dosage permet de connaître les capacités de synthèse du foie. Pré-albumine : indicateur de déficit nutritionnel.
AST (aspartate amino transférase)	<ul style="list-style-type: none">Dépister maladies hépatiques ou osseuses/souvent augmenté dans les obstructions des voies biliaires.
ALT (alanine amino transférase)	<ul style="list-style-type: none">Explorer les fonctions hépatiques. Meilleur test pour détecter une hépatite.
Amylase/Lipase	<ul style="list-style-type: none">Diagnostiquer une maladie du pancréas. Lors d'une pancréatite aigüe augmentation de la lipase est plus précoce et intense que l'amylase.
Bilirubine	<ul style="list-style-type: none">Dépister affections hépatiques (ictères, hépatites, cirrhose).
Clairance de la créatinine	<ul style="list-style-type: none">Une baisse indique une insuffisance rénale. Plus elle est importante, plus l'insuffisance rénale est évoluée
Formule sanguine complète (FSC) (leucocytes, hémoglobine, hématocrite, plaquettes, VGM, CGMH, érythrocytes, IDVE)	<ul style="list-style-type: none">Pour évaluer état de santé généralRechercher divers troubles tels que anémie, infections, état nutritionnel

Ce que les analyses sanguines révèlent... (suite)

GGT (gamma-glutamyl-transpeptidase)	<ul style="list-style-type: none">Recherche maladie du foie ou abus alcool.
Glucose	<ul style="list-style-type: none">Pour dépister et diagnostiquer ou surveiller une hyperglycémie, une hypoglycémie, un diabète ou pré-diabète.
INR (International Normalised Ratio)	<ul style="list-style-type: none">La prothrombine est une protéine produite par le foie. Utile pour vérifier l'efficacité d'une anticoagulothérapie (warfarine). Un allongement peut traduire une insuffisance hépatique.Valeurs cibles différentes si usager anticoagulé. Si plus petit que 2 = risque de thrombus. Si plus grand que 3 = risque d'hémorragie.
Ions/Électrolytes	<ul style="list-style-type: none">Rechercher déséquilibre électrolytiques ou déséquilibre acido-basique.
Myoglobine	<ul style="list-style-type: none">Participe à l'oxygénation. Utile pour surveiller l'efficacité d'un traitement thrombolytique.
Phosphatase alcaline	<ul style="list-style-type: none">Enzyme présente dans le foie, les os mais surtout dans les voies biliaires. Augmente lors d'obstruction des voies biliaires. Marqueur tumoral cancer sein ou prostate avec métastase osseuse.
TCA (temps de céphaline)	<ul style="list-style-type: none">Permet de vérifier le bon fonctionnement de la coagulation. Permet de contrôler l'héparinothérapie (voir Contrôle du TCA lors d'une perfusion d'héparine).
Troponine	<ul style="list-style-type: none">Quasi-exclusivement dans le muscle cardiaque. S'élève environ 4-6 après début douleur, maximum 12 h et normal après 10 jours.
Urée/Créatinine	<ul style="list-style-type: none">Pour surveiller fonctionnement des reins et suivre le traitement d'une pathologie rénale.

Contrôle du TCA lors d'une perfusion d'héparine

L'objectif de l'anticoagulothérapie est de diminuer la coagulabilité du sang à un niveau suffisamment bas pour prévenir les thromboses sans entraîner de saignements spontanés.

Comment déterminer le moment du prochain TCA :

- **Lorsque le protocole est initié :**
 - Le TCA est effectué 6 heures après le début de l'héparine IV.
 - **Exemple :** Lorsque l'héparinothérapie IV est initiée à 8 h, le TCA sera effectué à 14 h.
- **Lors d'une modification du débit de la perfusion d'héparine IV (↑ ou ↓ du débit par infirmière) :**
 - Le prochain TCA sera effectué 6 heures après la modification du débit de la perfusion (vérifier effet ajustement dosage).
 - **Exemple :** J'augmente le dosage de la perfusion à 8 h, je fais le prochain TCA à 14 h.
- **Lors d'un arrêt momentané de la perfusion :**
 - Le prochain TCA sera effectué 6 heures après tout changement de débit de la perfusion.
 - **Exemple :** J'arrête la perfusion à 8 h pour la repartir à 9 h, je fais le prochain TCA à 15 h (et non à 14 h).

AVERTISSEMENT

L'externe ne peut pas ajuster le débit de l'héparine IV.

Interprétation - Gaz sanguin

ÉCARTS NORMAUX			pH	PCO ₂	HC O ₃ ⁻
pH	PCO ₂	HCO ₃ ⁻			
ACIDOSE MÉTABOLIQUE					
7,35 - 7,45	35 - 45	22 - 26			
Non compensée			↓	N	↓
Partiellement compensée			↓	↓	↓
Complètement compensée			N	↓	↓
ACIDOSE RESPIRATOIRE					
Non compensée			↓	↑	N
Partiellement compensée			↓	↑	↑
Complètement compensée			N	↑	↑
ALCALOSE MÉTABOLIQUE					
Non compensée			↑	N	↑
Partiellement compensée			↑	↑	↑
Complètement compensée			N	↑	↑
ALCALOSE RESPIRATOIRE					
Non compensée			↑	↓	N
Partiellement compensée			↑	↓	↓
Complètement compensée			N	↓	↓
MIXTE					
Acidose mixte			↓	↑	↓
Alcalose mixte			↑	↓	↑

Ce que les analyses URINAIRES révèlent...

Culture et sensibilité (DCA)	Test permettant de déceler la présence de bactéries et de les identifier.
Analyse d'urine (SMU)	Test de dépistage de routine permettant d'évaluer la fonction rénale, le métabolisme, les problèmes de santé systémiques et l'alimentation.
Analyse d'urine à l'aide de bandelette	Test qualitatif rapide permettant d'identifier la présence de plusieurs éléments dans l'urine.



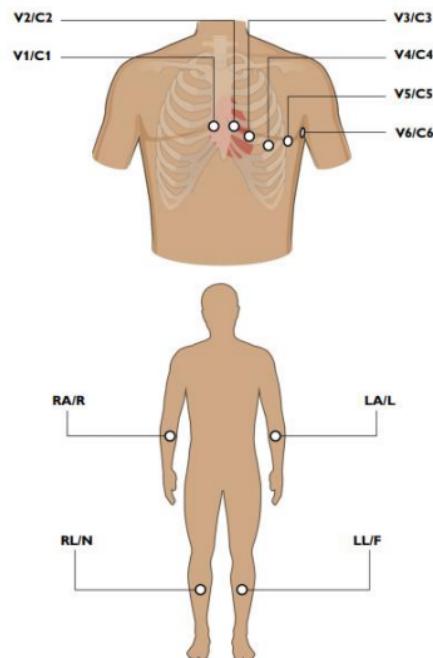
Lors d'un prélèvement d'urine en lien avec la présence de signes et symptômes d'infection urinaire, le cathéter urinaire doit être changé avant de faire le prélèvement.

Ce que les analyses de SELLES révèlent...

Culture bactérienne/virale de selle	Déetecter les agents pathogènes dans le tube digestif (chez la clientèle présentant des diarrhées persistantes ou sanglantes, des douleurs abdominales, de la fièvre).
Parasites fécaux	Découvrir les parasites ou les vers responsables d'une infection intestinale, ou leurs œufs, c'est-à-dire le stade larvaire de leur développement (chez la clientèle ayant des diarrhées persistantes n'ayant pas réagit à un traitement antimicrobien) ou revenant de voyage).
Recherche de sang occulte dans les selles (Gaïac, méthode immunochimique (RSoSi))	Déceler les saignements gastro-intestinaux pouvant être attribuables à certains médicaments et à de nombreux processus pathologiques.
Calprotectine fécale	Permet, devant des symptômes digestifs non spécifiques, de distinguer une pathologie fonctionnelle d'une pathologie organique de type Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI); ou distinguer de manière fiable une MICI active d'une MICI en rémission.

ECG - Installation des électrodes (12 dérivations)

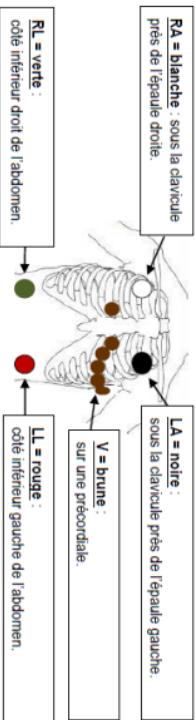
V1	4 ^e espace intercostal à droite du sternum
V2	4 ^e espace intercostal à gauche du sternum
V3	Mi-distance entre les emplacements V2 et V4
V4	5 ^e espace intercostal, ligne médiane claviculaire gauche
V5	5 ^e espace intercostal, ligne axillaire antérieure gauche
V6	5 ^e espace intercostal, ligne médiane axillaire gauche
LA*	Face interne du bras gauche, entre le poignet et le coude
RA*	Face interne du bras droit, entre le poignet et le coude
LL*	Face interne du mollet gauche, entre le genou et la cheville
RL*	Face interne du mollet droit, entre le genou et la cheville



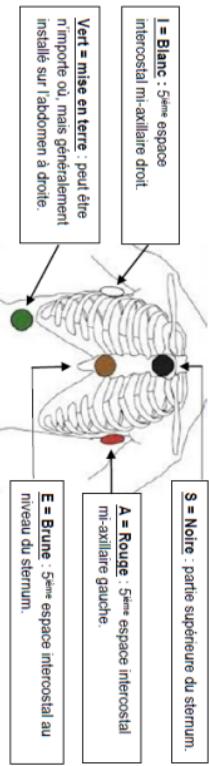
*Les électrodes en périphérie doivent être installées le plus en distal possible et être symétriques au côté opposé

Télémétrie - Installation des électrodes

Positionnement des électrodes en mode STANDARD



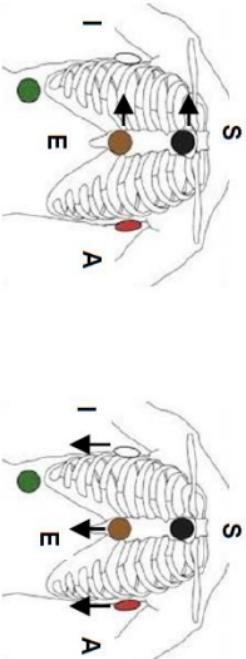
Positionnement des électrodes en mode EASI



Si les électrodes doivent être déplacées (pansement, rougeur, etc.) :

- **Noir** et **Brune** doivent être déplacées ensemble (toujours alignées verticalement).
- **Rouge**, **Blanc** et **Brune** doivent être déplacées ensemble (toujours alignées horizontalement).

Le déplacement des électrodes ne doit pas dépasser 2,5 cm de la position initiale.





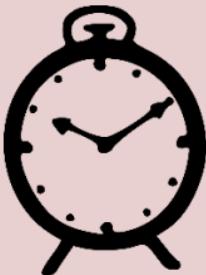
Produits sanguins et ses dérivés : ce que l'externe peut faire



Avant d'aller chercher le produit :

- ✓ S'assurer d'avoir un accès veineux perméable (Calibre #20 et moins, #22 accepté)
- ✓ Prendre les signes vitaux complets (TA, pouls, respiration, T°, saturation)
 - * Aviser l'infirmière des résultats*
- ✓ S'assurer, avec l'infirmière, que l'usager accepte la transfusion

Collecte du produit sanguin à la banque de sang :



- ✓ S'assurer d'avoir en main les informations suivantes (coupon de cueillette ou formulaire) :
 - Nom, prénom et numéro d'identification unique du receveur (adressographe)
 - Le type de produit sanguin demandé ainsi que la quantité
 - Le nom complet du prescripteur
 - Le service destinataire
- ✓ Vérifier conjointement avec la technologiste médicale de la banque de sang les infos suivantes sur le document d'identification, le bordereau d'émission, l'étiquette de réservation et le produit sanguin:
 - Nom, prénom et numéro d'identification unique du receveur
 - Nom du produit sanguin
- ✓ Signer le bordereau avec la date et l'heure

Acheminer **sans délai** le produit à l'infirmière responsable (délai à respecter pour l'administration)

Pendant l'administration du produit, j'avise l'infirmière si :

- ⚠ Modifications des signes vitaux
- Usager présente frissons, céphalée, démangeaisons, éruptions cutanées, dyspnée

AVERTISSEMENT

L'externe n'est pas autorisée à effectuer les vérifications prétransfusionnelles, initier la transfusion, effectuer les surveillances durant les premières 15 minutes.

Sources d'informations pour le personnel



Mon intranet CIUSSS MCQ



Vous avez une problématique avec vos accès? Effectuer une requête Octopus ou contacter le support informatique : 819 697-3001



Référence pour les méthodes de soins informatisées (MSI).
Tenir compte des personnalisations du CIUSSS MCQ.



Bulletin hebdomadaire pour tous le personnel du CIUSSS MCQ
L'encadré : *info soins « panser + » pour le personnels en soins infirmiers*

Mon espace

Mon espace/Développement des compétences/Formations en ligne/Glucomètre Accu-Chek Inform II sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) :

- Pour effectuer votre certification annuelle d'utilisateur du glucomètre

Mes outils

Mes outils/pratiques professionnelles/soins infirmiers et d'assistances :

- Capsules d'information-pratiques exemplaires
- Vidéos
- Soutien clinique

Ma bibliothèque

- Pour consulter les politiques, procédures, documents d'encadrement
- Accès au *Rx Vigilance* (guide des médicaments)

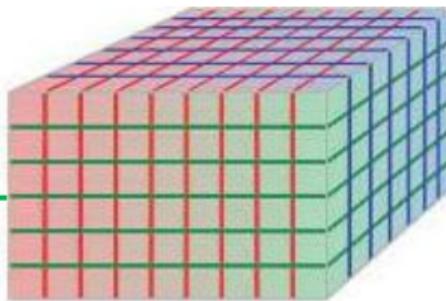
Programme d'aide aux employés

- MIC/ Mon Espace/ Programme d'aide aux employés (vous pouvez avoir accès de la maison sur le site du CIUSSSMCQ)
- Téléphone 1 855 612-2998 (sans frais); code QR sur leur site internet.

En route vers mon rôle de CEPI

Composantes fonctionnelles

- Scientifique
- Relationnel
- Éthique et déontologique
- Juridique
- Organisationnel
- Opérationnel



Composantes contextuelles

- Situations cliniques



Composantes professionnelles

- Évaluations cliniques
- Interventions cliniques
- Continuité des soins

CANDIDATES À L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE (CEPI)

Ce tableau met les activités réservées des infirmières en parallèle avec le champ d'exercice de la CEPI, afin de mettre en lumière les différences spécifiques entre les deux titres d'emploi.

ACTIVITÉS RÉSERVÉES DES INFIRMIÈRES	CHAMP D'EXERCICE DE LA CEPI
Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.	Permis dans tous les milieux, à l'exception des activités exercées en santé communautaire pour la CEPI titulaire d'un diplôme d'études collégiales, (niveau autorisé pour la CEPI titulaire d'un diplôme de niveau universitaire).
Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.	Permis chez toutes les clientèles, à l'exception des activités exercées auprès d'un client dont l'état de santé est dans une phase critique ou qui requiert des ajustements fréquents pour la CEPI titulaire d'un diplôme d'études collégiales. (activités autorisées pour la CEPI titulaire d'un diplôme de niveau universitaire).
Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, intérieur une ordonnance collective.	Permis chez toutes les clientèles, à l'exception des activités exercées auprès d'un client dont l'état de santé est dans une phase critique ou qui requiert des ajustements fréquents pour la CEPI titulaire d'un diplôme d'études collégiales. (activités autorisées pour la CEPI titulaire d'un diplôme de niveau universitaire).
Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique.	Peut contribuer, mais ne peut faire l'action d'initier.
Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.	Acte permis
Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.	Acte permis
Déterminer le plan de traitement relatif aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent.	Ne peut déterminer le plan de traitement. La CEPI peut toutefois évaluer la plaie et effectuer tous les types de pansements selon l'ordonnance ou la directive infirmière.
Appliquer des techniques invasives.	Acte permis
Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.	Ne peut exercer des activités auprès d'une parturiente.
Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.	Acte permis
Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.	Acte permis
Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique.	Peut contribuer, mais ne peut faire l'action d'initier. Elle peut également prendre part aux cliniques de vaccination massive dans les P.O.D (Point of distribution).
Mélangier des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.	Acte permis
Décider de l'utilisation des mesures de contention.	Peut contribuer, mais ne peut faire l'action d'initier.
Décider de l'utilisation des mesures d'isolation dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services sociaux et les services sociaux pour les autodéfenses crîs.	Peut contribuer, mais ne peut faire l'action d'initier.
Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental.	Acte interdit
Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.	Acte interdit (autorisé pour la CEPI titulaire d'un diplôme de niveau universitaire).
La CEPI ne peut ajuster le PTI pour tous les actes qui lui sont interdits.	
Important	
<ul style="list-style-type: none"> La CEPI doit exercer sous la supervision d'une infirmière qui se trouve dans l'unité de soins concernée (en cours et en longue durée) en vue d'une intervention rapide auprès de l'usager ou afin d'assurer une réponse rapide à une demande provenant de la CEPI. En santé communautaire, la CEPI exerce sous la supervision d'une infirmière. Pour certains secteurs, une entente locale est nécessaire pour permettre l'application des diverses modalités. La CEPI ne peut assumer la responsabilité de l'unité. La CEPI peut prendre des ordonnances verbales ou téléphoniques si la situation clinique respecte les limites de son champ d'exercice. La CEPI ne peut effectuer de transfert d'usager par ambulance ou taxi (escorte). 	

Outil – Réflexion clinique



PRIORITÉ DE SOINS

- Après avoir fait tes plans de travail et avoir pris connaissance des rapports, questionne-toi sur quel usager tu iras voir en priorité. Pourquoi?

JUGEMENT CLINIQUE

- Parmi tes usagers, cibles-en un à risque de complication. Réfléchis sur cette complication, les manifestations cliniques, suivis nécessaires, évaluations cliniques, etc.

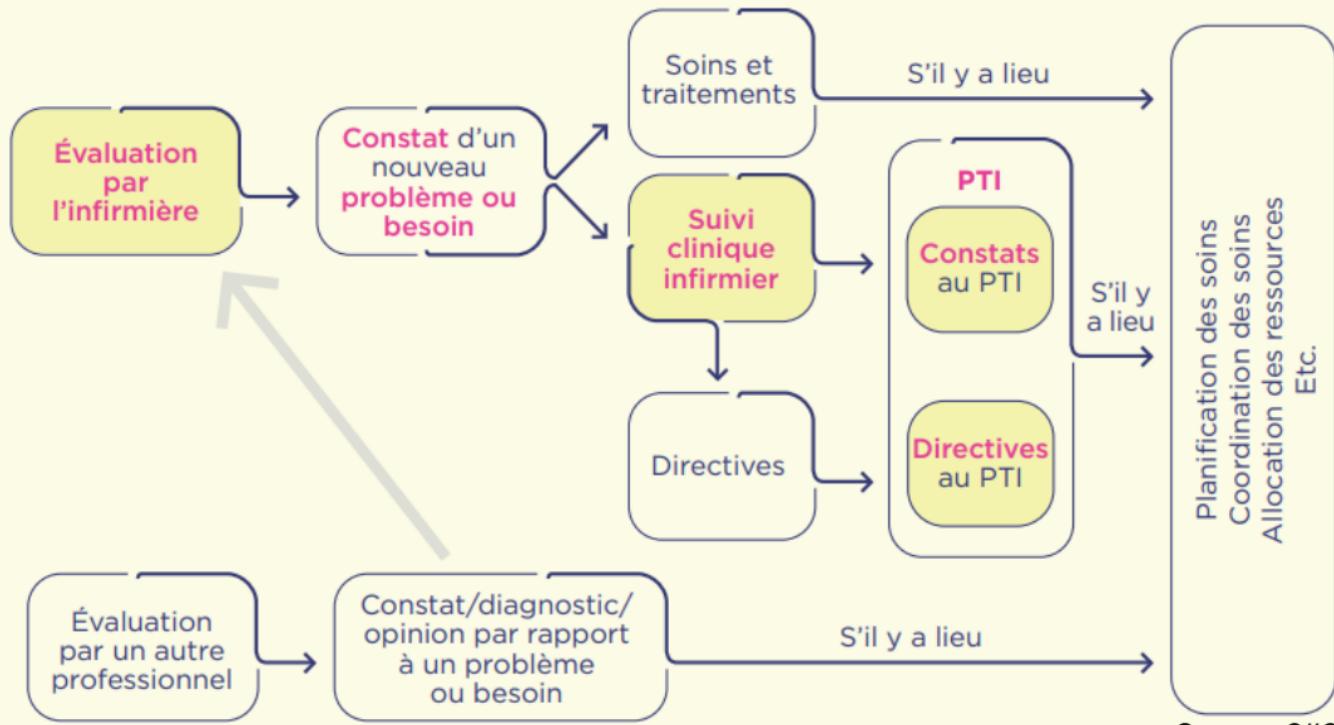
DÉLÉGATION DES TÂCHES

- Quelles tâches as-tu déléguées?
(Inf. aux., PAB)
- Pour quelle raison tu as dû déléguer?

DÉCISIONS CLINIQUES

- Quelles décisions cliniques as-tu prises?
- Quel a été ton raisonnement pour arriver à prendre cette décision?

Détermination du PTI



Source : OIIQ

- Lorsque vous avisez le médecin, ayez en main :**
 - FADM (changement de médication récemment?)
 - Dossier actuel
 - Dossier antérieur
 - Niveau d'intervention médicale (NIM)
 - Plan thérapeutique infirmier (PTI)
 - Plan de soins infirmiers

Le personnel infirmier communique selon la méthode SBAR

SITUATION (Identification)	<ul style="list-style-type: none"> S'identifier en tant que professionnel (nom et titre). Double identification de l'usager (demander nom, prénom, date de naissance, vérifier numéro de dossier) Description précise du problème nécessitant l'appel.
BACKGROUND (Diagnostic, antécédents, problème pertinent)	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic médical (raison d'admission). Histoire de santé (acronyme A M P L E): <ul style="list-style-type: none"> A : Allergie; M : Médication; P : Passé, antécédents chirurgicaux ou médicaux; L : Dernier repas (<i>last meal</i>); E : Évènement, environnement. Consulter les notes évolutives infirmières et médicales, les examens de laboratoires pertinents et récents.
ASSESSMENT (Évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> Examen clinique du malaise dominant : <ul style="list-style-type: none"> Sur le P Q R S T U: P : Provoqué Pallié; Q : Qualité Quantité Impact fonctionnel; R : Région et irradiation; S : Signes et symptômes associés; T : Temps, intermittence; U : Understand (perception de l'usager); Prise des signes vitaux complets : Tension artérielle (TA), pouls (FRA), respiration (FRA), SpO₂, température. <ul style="list-style-type: none"> Comparer les signes vitaux avec les derniers effectués. Procéder à l'évaluation clinique pertinente : <ul style="list-style-type: none"> Inspection, auscultation, percussion, palpation; État de conscience, cognitif, mental respiratoire circulatoire abdominal; Téguments, plaies; Signes neurologiques, neurovasculaires; Diurèse; Glycémie capillaire.
RECOMMANDATION (Action)	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité des interventions instaurées, pharmacologiques et non pharmacologiques. Observance thérapeutique. Documentation et suivi clinique (voir verso) : <ul style="list-style-type: none"> Ordonnance médicale; Notes évolutives de l'infirmière; Ajuster PTI PRN; Effectuer un suivi lors du rapport interservices.

*FRA : Fréquence, rythme, amplitude

Leadership infirmier

Qu'est-ce que c'est?

- Être engagé dans son milieu de travail.
- Faire preuve d'initiative et d'autonomie.
- Prendre position dans les débats, être capable de faire valoir son point de vue.
- Influencer positivement.
- Travailler avec les différentes instances.
- Être une personne-ressource : être informé au moyen de la formation continue et transmettre ses connaissances aux autres.
- Viser l'intégration et la participation de chacun, être capable de mobiliser les gens.
- Viser l'amélioration continue de la qualité des soins.

Comment développer son leadership infirmier?

- Créer des alliances (avec son gestionnaire, réseautage, etc.).
- S'impliquer :
 - Comité de la relève infirmière et infirmière auxiliaire (CRI-IA) du CIUSSS MCQ.
 - Conseil des infirmières et infirmiers (CII) du CIUSSS MCQ.
 - Conseil d'administration.
 - Être délégué pour le congrès de l'OIIQ.
 - Ordres régionaux (Comité jeunesse, etc.).
- « Prendre sa place! » dans les milieux où il y a présence de pouvoir et d'influence.



Activités cliniques à développer (CEPI)

Activités professionnelles	Stage	Besoin CEPI	Commentaires
Thérapie IV			
Administrer un médicament IV par mini-perfuseur, voie B ou en secondaire, bolus			
Administrer un médicament IV incompatible			
Administrer un produit sanguin (vérifications, surveillance, etc.)			
Protocoles d'anesthésie			
ACP			
Péridurale			
Rachidienne			
Autres			

Activités cliniques à développer (CEPI) - suite

Activités professionnelles	Stage	Besoin CEPI	Commentaires
DAVC/DAVPL			
Irrigation			
Réfection du pansement			
Changement de bouchon			
Prélèvement sanguin			
Retrait			
Alimentation parentérale			
Protocole			
Appareillage/Tubulure			
DAVSC			
Ouverture/Irrigation			
Prélèvements sanguins			
Fermeture			

Activités cliniques à développer (CEPI) - suite

Activités professionnelles	Stage	Besoin CEPI	Commentaires
Tâches clinico-administratives			
PTI			
Révision de dossier			
Relever une ordonnance pharmaceutique/médicale			
Ordonnance téléphonique ou verbale			
Appel au médecin (SBAR)			
Faire un départ/décès			
Faire une admission			
Faire un transfert			
Appliquer une ordonnance collective			

Réflexion sur ma pratique

Interprétation des situations cliniques	Fin externalat		CEPI	
	En voie de maîtrise	À travailler	En voie de maîtrise	À travailler
Évaluation physique et mentale de la clientèle <ul style="list-style-type: none">• Suis-je capable de faire une collecte de données complète?• Est-ce que je suis capable de cibler l'examen clinique prioritaire en lien avec la situation clinique?• Est-ce que j'intègre l'examen clinique dans ma pratique?• Suis-je capable d'interpréter les résultats de l'examen?				
Liens entre les éléments d'une situation clinique <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que mes actions sont soutenues par des liens scientifiques?• Est-ce que je suis capable d'anticiper les complications possibles?• Suis-je capable de reconnaître les signes de détérioration?				
Prise de décision face aux situations de soins observées <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que mes décisions s'appuient sur l'ensemble des éléments de la situation?				

Réflexion sur ma pratique (suite)

Interprétation des situations cliniques	Fin externalat		CEPI	
	En voie de maîtrise	À travailler	En voie de maîtrise	À travailler
Planification d'un plan d'action répondant aux besoins de la clientèle <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que mes interventions respectent les orientations du PTI?• Suis-je capable de planifier les soins en évitant d'omettre certaines tâches?				
Priorités de soins <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que je suis capable de cibler les besoins prioritaires chez mes usagers?• Est-ce que je suis capable de déléguer lors d'imprévus?• Suis-je capable d'établir une priorité parmi mes usagers attitrés?				

Réflexion sur ma pratique (suite)

Méthodes de soins et protocoles	Fin externat		CEPI	
	En voie de maîtrise	À travailler	En voie de maîtrise	À travailler
Administration sécuritaire des médicaments <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que je maîtrise les connaissances sur les médicaments que j'administre ainsi que le suivi clinique associé?• Est-ce que je valide les prescriptions au dossier lorsque nécessaire?• Est-ce que je fais les vérifications pré-administration en tout temps?				
Techniques de soins <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que je respecte ces critères lors de mes techniques : sécurité, dextérité, efficacité et humanité?• Est-ce que j'utilise les références disponibles lorsque je ne connais pas une technique?				
Protocoles de soins <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que je maîtrise les protocoles?• Est-ce que je sais quand et comment les appliquer?• Est-ce que je prends l'initiative d'initier certains protocoles?				

Réflexion sur ma pratique (suite)

Évaluation clinique, suivi clinique et continuité des soins	Fin externat		CEPI	
	En voie de maîtrise	À travailler	En voie de maîtrise	À travailler
Examens cliniques <ul style="list-style-type: none">• Suis-je capable d'effectuer l'examen clinique de façon complète?• Est-ce que je documente au dossier mes examens cliniques?				
Évaluation initiale ou de suivi <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que j'effectue l'évaluation de la clientèle au moment opportun?• Est-ce que mes évaluations sont complètes?				
Notes d'évolution <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que mes notes au dossier sont complètes, pertinentes, concises, chronologiques et sans jugement?• Est-ce que je suis capable de déterminer les constats prioritaires au PTI et les directives pertinentes?				
Suivi clinique <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que je suis capable de réévaluer le client au bon moment?• Est-ce que je sais quand c'est pertinent d'aviser le médecin?• Est-ce que je connais l'équipe multidisciplinaire et quand référer la clientèle?				

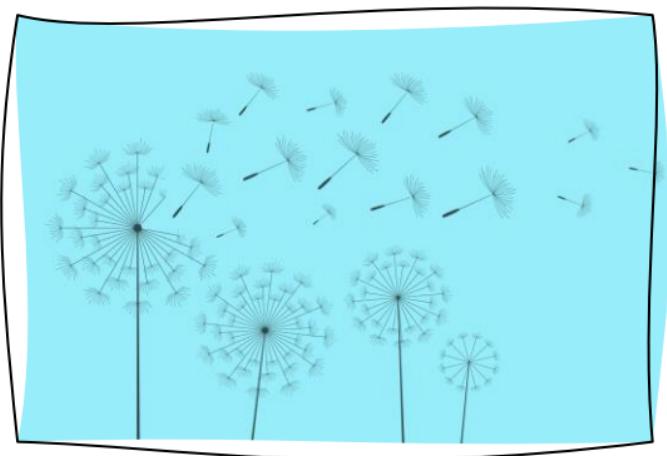
Réflexion sur ma pratique (suite)

Communication et intégration au milieu de travail	Fin externalat		CEPI	
	En voie de maîtrise	À travailler	En voie de maîtrise	À travailler
Analyse et adaptation <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que je suis capable de m'adapter aux comportements et réactions de la clientèle? Suis-je capable de m'adapter au contexte de soins? 				
Techniques de communication <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que je suis capable d'établir une relation aidante avec la clientèle et ses proches? Est-ce que j'établis des relations de collaboration avec les divers intervenants? 				
Tâches et activités réservées <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que je connais bien mon rôle et celui de mes collègues (Inf. aux./PAB)? Est-ce que je travaille efficacement en équipe? Suis-je capable de déléguer certaines tâches? 				
Situations de travail <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que je suis capable de m'adapter aux différentes situations de travail? Est-ce que je sais comment gérer des conflits? 				

Réflexion sur ma pratique (suite)

Attitudes et comportements conformes à la profession	Fin externat		CEPI	
	En voie de maîtrise	À travailler	En voie de maîtrise	À travailler
Leadership <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que je prends des initiatives?• Est-ce que je fais preuve de leadership positif?				
Autocritique <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que je démontre une ouverture aux critiques constructives?• Est-ce que j'effectue des changements à la suite à ces critiques?				
Attitudes professionnelles <ul style="list-style-type: none">• Est-ce que j'ai un esprit de collaboration dans mes relations de travail?• Est-ce que je démontre une assiduité et une ponctualité?• Est-ce que je respecte la déontologie et la confidentialité?• Est-ce que je démontre un engagement professionnel?• Est-ce que je respecte le code d'éthique de l'établissement?				

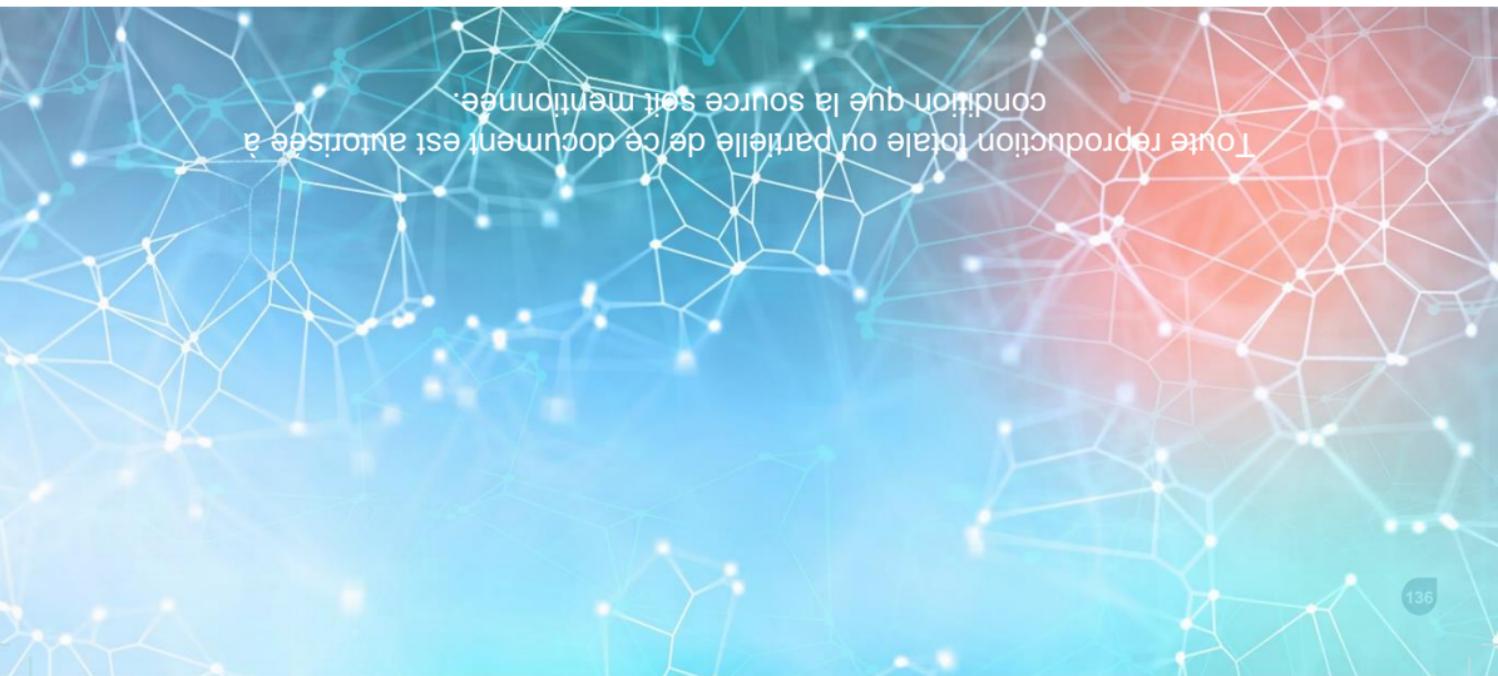
Mon souhait pour mon EXTERNAT



Notes personnelles

Notes personnelles

Notes personnelles



Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à
condition que la source soit mentionnée