

REPUBLIQUE TUNISIENNE

Ministère de la Santé

Institut Supérieur des Sciences Infirmières de Gabes



Carnet du stage de l'étudiant infirmier

Niveau d'études : 2^{ème} année

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2025-2026



N° d'inscription.....

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Adresse email.....

Table des matières

Introduction	4
Les stages.....	5
1. Durée et répartition des stages :.....	5
2. Objectifs du carnet des stages	5
3. Responsabilités et rôles au cours du stage :	5
4. L'évaluation et la validation des stages :	7
5. Règles générales à respecter pour toute application de techniques de soins.....	7
Connaissances théoriques (prérequis):.....	9
Objectifs de Stages hospitaliers	15
Stage hospitalier en pédiatrie	16
Stage hospitalier en chirurgie	18
Stage hospitalier en médecine	20
Auto-évaluation.....	23
Fiches techniques	31
Prélèvement du sang veineux.....	32
Gaz de sang artériel	34
Cathéter veineux périphérique	37
Pousse-seringue électrique	38
Réfection d'un pansement simple	39
Ablation des fils.....	41
Pose d'une sonde nasogastrique	42
Alimentation entérale.....	43
Soins d'hygiène d'une stomie et changement de poche.....	44
Pose de sonde urinaire	45
Aspiration bronchique	46
Mise en place d'un sac collecteur d'urines (en pédiatrie)	47
Annexes	49

Introduction

Le métier d'infirmière ou d'infirmier est pluridisciplinaire, et allie des compétences multiples tant sur le plan technique qu'interpersonnel. En effet, l'infirmière a pour première mission de soigner, ce qui requiert à la fois des connaissances médicales et des savoirs-être humains.

Dans le monde du travail, on classe généralement les compétences en deux catégories : les compétences techniques (les « hard skills ») et les compétences humaines ou interpersonnelles, à savoir les « soft skills ». Pour devenir infirmier ou infirmière, les compétences techniques sont évidemment très importantes et multiples. Ces compétences s'acquièrent par des formations et s'améliorent avec l'expérience et la pratique.

Les stages

1. Durée et répartition des stages :

28 semaines de stages du lundi au vendredi réparties comme suit :

Lieux de stage	Durée
Pédiatrie	4 semaines
Médecine - chirurgie : ✓ Médecine/carcino ✓ Hôpital militaire ✓ Gynéco/maternité ✓ Infectieux ✓ Pneumo ✓ Chirurgie femme ✓ Consultations externes	24 Semaines

2. Objectifs du carnet des stages

Destiné à vous, étudiants infirmiers, ce carnet de stage vise les objectifs suivants :

- ✓ Vous responsabiliser de la réalisation des objectifs de vos stages ;
- ✓ Vous servir de guide pour combler vos éventuelles lacunes et améliorer vos performances ;
- ✓ Permettre à vos tuteurs de suivre de près vos acquisitions et vos progrès ;
- ✓ Servir d'instrument objectif pour votre évaluation.

3. Responsabilités et rôles au cours du stage :

3.1 Vos responsabilités :

3.1.1 Comportement et discipline :

Votre présence aux stages est obligatoire, selon les programmes arrêtés ;

Toute absence non justifiée vous expose à des sanctions disciplinaires ;

Taux d'absence autorisée : 10% du volume horaire

Au cours de votre stage, vous devez porter, obligatoirement, la tenue réglementaire (une blouse blanche, un pantalon blanc, un calot, des sabots blanc anti-claquant et antidérapant) ;

L'identification (badge) à titre de stagiaire de l'ISSIG doit être portée en permanence ;

Les ongles doivent être gardés propres, courts, sans vernis et dépourvus des bijoux ;

Les cheveux longs doivent être relevés et ramassés, les barbes doivent être taillés

En tant que stagiaire, vous êtes soumis conjointement aux règlements intérieurs des services, lieux de stages, et à celui de l'ISSIG.

Votre comportement doit être exemplaire. Vous devez respecter les horaires du travail et la discipline instaurés dans les services lieux de stages :

- Se présenter en stage à l'heure demandée
- Prévoir son retard et aviser le tuteur concerné

Vous êtes tenu de respecter les règles d'éthique et de déontologie des soins et d'entretenir des relations positives avec l'équipe soignante, les malades et leurs familles et de les respecter

3.1.2 Vos responsabilités à l'égard de vos apprentissages :

Au cours de chaque stage, vous êtes appelés, sous la responsabilité de votre tuteur à :

- ✓ S'informer sur le lieu de stage
- ✓ Prendre connaissance des objectifs du stage
- ✓ Identifier les activités d'apprentissage que vous aurez à réaliser en fonction des objectifs du stage
- ✓ Partager vos expériences d'apprentissage et vos réflexions professionnelles avec vos collègues et vos tuteurs
- ✓ Profiter de toutes les opportunités d'apprentissage qui se présentent pour réaliser ou maîtriser les activités qui ont un rapport avec les objectifs du stage
- ✓ Participer activement à toutes les activités qui se déroulent dans le service, lieu de stage (activités de soins, discussions de groupes, ...)
- ✓ S'auto évaluer, demander et recevoir le feed-back de vos collègues et de vos tuteurs pendant et après la réalisation des activités d'apprentissage
- ✓ Signaler à vos tuteurs les objectifs non réalisables pour qu'ils puissent organiser à votre intention des activités palliatives de substitution
- ✓ Collaborer avec vos collègues, et les membres de l'équipe du service lieu de stage pour le bien des patients.

3.2 Rôles et responsabilités de tuteurs :

Au cours de chaque stage, vos tuteurs sont disposés à :

- ✓ Assurer l'accueil du stagiaire et le présenter au personnel du service ;
- ✓ Aider le stagiaire à l'élaboration des activités d'apprentissage ;
- ✓ Réaliser des démonstrations pratiques ;
- ✓ Planifier, animer et évaluer les discussions de groupes organisées au profit du groupe de stagiaires auquel vous appartenez ;
- ✓ Evaluer les progrès des stagiaires tout au long du stage et de communiquer les recommandations nécessaires pour l'amélioration ;

4. L'évaluation et la validation des stages :

L'évaluation de votre stage vise à explorer vos connaissances, vos habiletés et apprécier les comportements que vous avez acquis au cours du stage.

Pour valider le stage, deux conditions sont obligatoires :

- Avoir au moins 10/20 à l'évaluation du stage (grille en annexe).
- Ne pas dépasser le nombre d'absences autorisées (1 absence par période de stage).

Calcul de la note finale :

- Stage : 30 % de la note globale.
- Examen de stage : 70 % de la note globale.

5. Règles générales à respecter pour toute application de techniques de soins

5.1 Avant l'exécution du soin :

- ❖ Réaliser les actes de soins sous la supervision de l'équipe soignante
- ❖ Vérifier les documents de soins (dossier médical et prescriptions) et rester attentif aux urgences
- ❖ Vérifier l'identité du patient
- ❖ Informer le patient et prendre son consentement
- ❖ Préparer tout le matériel nécessaire en vérifiant le fonctionnement, les dates de péremption, l'étanchéité et l'intégrité
- ❖ Installer le patient en assurant la sécurité et le confort
- ❖ Respecter l'intimité des patients en veillant à protéger leurs pudeurs
- ❖ Assurer l'hygiène des mains

5.2 Pendant l'exécution du soin :

- ❖ Suivre les étapes de la technique de soins
- ❖ Appliquer la technique de soin avec efficacité, habileté, sécurité et économie de temps, matériel et de mouvement
- ❖ Adapter la technique de soins aux circonstances
- ❖ S'assurer du confort du patient
- ❖ Respecter l'asepsie rigoureuse
- ❖ Profiter de l'occasion pour établir ou poursuivre la relation d'aide

5.3 Après l'exécution du soin :

- ❖ Réinstaller le patient
- ❖ Assurer l'hygiène des mains
- ❖ Désinfecter et ranger le matériel utilisé
- ❖ Effectuer le tri des déchets
- ❖ Respecter le secret professionnel et la discrétion des informations
- ❖ Assurer la traçabilité

[illegible]

Connaissances théoriques (prérequis):

Pathologies digestives	<u>Objectifs :</u> ✓ Comprendre les principales pathologies digestives ✓ Connaître les principales approches thérapeutiques utilisées auprès de la personne malade et de son environnement ✓ Acquérir les connaissances en soins infirmiers indispensables pour la prise en charge globale de la personne atteinte d'une pathologie digestive  Les pathologies œsophagiennes : ➤ Le reflux gastro-œsophagien ➤ Les œsophagites peptiques, les œsophagites caustiques ➤ Le cancer de l'œsophage  Les pathologies gastriques : ➤ La maladie gastroduodénale ➤ Le cancer de l'estomac  Les maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin : ➤ La maladie de Crohn ➤ La Recto-Colite-Hémorragique (R.C.H.)  Les tumeurs du rectum et du cos ➤ Les polypes ➤ Les cancers colorectaux  Les affections du foie et de la vésicule biliaire ➤ La cirrhose du foie ➤ La lithiase biliaire simple ➤ La cholécystite ➤ L'angiocholite ➤ Le kyste hydatique du foie ➤ Le cancer du foie  Les pathologies du pancréas : ➤ La pancréatite œdémateuse ➤ La pancréatite chronique ➤ Le cancer du pancréas  Les urgences en gastro-entérologie : ➤ Les appendicites ➤ Les péritonites ➤ Les occlusions intestinales ➤ Les hernies ➤ Les hémorragies digestives  Les pathologies anales : ➤ Les hémorroïdes ➤ Les fissures anales ➤ Les fistules ano-rectales  Les interventions infirmières auprès d'un patient : ➤ Présentant un ulcère gastro-duodénal ➤ Opéré de gastrectomie ➤ Opéré d'une lithiase vésiculaire ➤ Présentant une cirrhose hépatique ➤ Présentant une occlusion intestinale ➤ Porteur d'une stomie provisoire ou définitive ➤ Atteint d'une hépatite virale
-------------------------------	---

Orthopédie	<u>Objectifs :</u> ✓ Comprendre les principales pathologies digestives ✓ Connaitre les principales approches thérapeutiques utilisées auprès de la personne malade et de son environnement ✓ Acquérir les connaissances en soins infirmiers indispensables pour la prise en charge globale de la personne atteinte d'une pathologie digestive  Généralités sur les traumatismes et les fractures : ➤ Types et conséquences des traumatismes des membres ➤ Complications immédiates et secondaires des traumatismes ➤ Déroulement de l'examen clinique du traumatisé ➤ Principes du traitement des traumatismes ➤ Rôle de l'infirmière à l'accueil et la surveillance du traumatisé  Les traumatismes les plus fréquents du membre supérieur : ➤ Les fractures de la clavicule ➤ Les luxations de l'épaule ➤ Les fractures du poignet ➤ Les fractures et entorses des doigts et de la main ➤ Rôle de l'infirmière à l'accueil et surveillance de l'évolution  Les traumatismes les plus fréquents du membre inférieur : ➤ Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur ➤ Les fractures ouvertes et fermées de la jambe ➤ Les entorses de la cheville ➤ Les traumatismes du bassin ➤ Rôle de l'infirmière à l'accueil et surveillance de l'évolution  Les plaies et infections les plus fréquentes : ➤ Les plaies du poignet et de la main ➤ Les panaris et phlegmon de la main ➤ L'ostéomyélite aiguë ➤ Rôle de l'infirmière à l'accueil et surveillance de l'évolution  Les traumatisés graves et du rachis ➤ Les entorses et fractures du rachis ➤ Les traumatismes thoraco-abdominaux ➤ Rôle de l'infirmière à l'accueil et conduite à tenir en urgence <u>Rôle de l'infirmier en présence d'un traumatisé :</u> 1. Apprécier à l'accueil et à l'examen clinique l'état général et loco-régional du traumatisé. 2. Reconnaître les complications immédiates les plus fréquentes des fractures et savoir la conduite à tenir. 3. Reconnaître au cours de l'évolution les complications secondaires les plus fréquentes et préciser la conduite à tenir et l'orientation. 4. Connaître les principes généraux du traitement des traumatisés et des fractures des membres et du rachis.
--------------------------	---

Neurologie	✚ Principaux symptômes en neurologie ✚ Affections neurologiques : ➤ Coma ➤ Pathologies vasculaires cérébrales : Accidents ischémiques, Hémorragie méningée et cérébrale ➤ Epilepsie ➤ Maladie de Parkinson et autres mouvements anormaux ➤ Sclérose en plaques ➤ Tumeurs et hypertension intracrânienne ➤ Traumatismes crâniens ➤ Traumatismes du rachis et de la moelle ➤ Pathologies dégénératives du rachis (hernie discale, arthrose) ➤ Les maladies neuromusculaires : polynévrites, myopathies, myasthénies et syndrome de Guillain Barré ✚ Soins infirmiers ➤ Interventions infirmières auprès d'un patient atteint d'un AVC ➤ Interventions infirmières auprès d'un patient qui fait des crises épileptiques ➤ Interventions infirmières auprès d'un malade ayant subi une craniotomie ➤ Interventions infirmières auprès d'un malade ayant un traumatisme de la moelle ➤ Interventions infirmières auprès d'un malade ayant une hernie discale
-------------------	---

Pneumologie	Objectifs : ✓ Comprendre les principales affections respiratoires ainsi que les perturbations pathologiques qu'elles entraînent ✓ Connaître les principales approches thérapeutiques utilisées auprès de la personne malade et de son environnement ✓ Acquérir les connaissances en soins infirmiers indispensables pour la prise en charge globale de la personne atteinte d'une affection respiratoire ✚ Les affections respiratoires ➤ Explorations en pneumologie + Sémiologie respiratoire ➤ Epidémiologie et principaux symptômes en pneumologie ➤ La pathologie pleurale : épanchements pleuraux ➤ La pathologie bronchique : pleurésie, emphysème pulmonaire, l'asthme, l'insuffisance respiratoire aigüe et chronique, dilatation des bronches ➤ Les pneumonies, tuberculose, abcès pulmonaire, les maladies professionnelles en pneumo ➤ La pathologie néoplasique tumeurs ; du larynx, médiastinale, cancer du poulmon ➤ Traumatisme et chirurgie thoracique, pneumothorax ✚ Soins infirmiers : Interventions infirmières auprès d'un malade ayant une affection broncho-pulmonaire : L'asthme -Tuberculose pulmonaire -Pneumopathies -Cancers pulmonaires
--------------------	--

Pédiatrie	✚ Dyspnée : ➤ Définition, étiologies, prise en charge infirmière et traitement ✚ Diarrhées aiguës : ➤ Définition, reconnaître les situations, étiologies (Causes entérales, causes parentérales), prise en charge infirmière et traitement : traitement curatif, traitement préventif (vaccination), éducation sanitaire ✚ Vomissements : ➤ Définition, étiologies (vomissements aigus sans fièvre et avec fièvre, vomissements chroniques), prise en charge infirmière et traitement ✚ Convulsions : ➤ Définition, reconnaître les convulsions, étiologies (Convulsions occasionnelles, Convulsions avec fièvre Méningites purulentes, Convulsion hyper pyrétique, Convulsions sans fièvre, Causes métaboliques (hypoglycémie, hyponatrémie, hypocalcémie), Causes hypertensives (GNA), Non occasionnelles (épilepsie)), Prise en charge infirmière et traitement ✚ Accidents domestiques : ➤ Définition, étiologies (Intoxication médicamenteuses, Intoxication aux produits ménagers, Intoxication aux produits Agricoles, Intoxication aux plantes), Prise en charge infirmière et prévention ✚ Hématurie : ➤ Définition, reconnaître une hématurie, étiologies (Néphrologique(GNA) , Urologique (lithiasse ,malformative)), prise en charge infirmière ✚ Pâleur : ➤ Définition, étiologies (Anémies aiguës, Congénitales (hémoglobinopathie : drépanocytose, thalassémie), Acquises (syndrome hémolytique urémique, hémorragie), Anémies chroniques, Acquises (anémies carencielles)), prise en charge infirmière et traitement. ✚ La douleur : ➤ Définition, Expression de la douleur, Echelle de la douleur, Etiologies : Causes médicales (digestives, extradiigestives), Causes chirurgicales (invagination intestinale chez le nourrisson, appendicite chez l'enfant)
------------------	---

Carcinologie	✚ Généralités en Oncologie : ➤ Epidémiologie, facteurs de risque, prévention. ➤ Principes thérapeutiques : ○ Traitement symptomatique, ○ Traitements médicaux spécifiques : chimiothérapie, radiothérapie et greffe de moelle. ✚ Soins infirmiers ➤ Préparation et administration des produits anti-mitotiques ➤ Interventions infirmières auprès d'un malade qui subit une chimiothérapie ➤ Interventions infirmières auprès d'un malade qui subit une radiothérapie ➤ Interventions infirmières face à la greffe de moelle ➤ Prise en charge de la douleur ➤ Soins palliatifs et accompagnement des personnes en fin de vie.
---------------------	---

Gynéco- obstétrique

✚ Les hémorragies du 1er trimestre :

➤ Définition (Insister sur le caractère URGENT de la situation), étiologies : (Grossesse extra utérine (urgence gynécologique) *Menace d'avortement d'une grossesse évolutive *Grossesse arrêtée *Grossesse molaire), signes cliniques associés, diagnostics et les interventions infirmières d'urgence adaptées à chaque situation.

✚ Les métrorragies du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse :

➤ Définition (Insister sur le caractère URGENT de la situation), étiologies : (Placenta prævia, Hématome rétroplacentaire, Rupture utérine), Caractéristiques et signes associés, Risques fœtaux- maternels. Diagnostics et interventions infirmières d'urgence, Examens complémentaires. Traitement, Interventions infirmières adaptées à chaque situation.

✚ L'hémorragie de la délivrance :

➤ Définition, situation d'extrême URGENCE, Facteurs de risques, Etiologies (pathologies de la délivrance (atonie utérine –rétention placentaire – inversion utérine)), Prévention, Interventions infirmières dans la prévention et dans le dépistage précoce de l'hémorragie de la délivrance.

✚ Les grossesses à haut risque :

➤ **Diabète et grossesse :** Définition, Epidémiologie, Physiopathologie du diabète gestationnel, Risques fœtaux maternels, Dépistage et diagnostic, Conseils diététiques, Surveillance fœtale et maternelle, Rôle de l'infirmier dans la prise en charge et la prévention des complications

➤ **L'hypertension artérielle chez la femme enceinte :** Définition, Diagnostic, Types d'HTA (Gravidique ; Prééclampsie ; Toxémie sévère), Facteurs de risques, Complications materno-foetaux de l'HTA, Complications fœtales, Rôle de l'infirmier dans la prise en charge et la prévention des complications

➤ **La rupture prématurée des membranes (RPM) :** définition, facteurs de risques, complications, Rôle de l'infirmier dans la prise en charge et la prévention des complications.

➤ **La menace d'accouchement prématuré :** définition, facteurs de risques, complications, Rôle de l'infirmier dans la prise en charge et la prévention des complications.

➤ **Prévention des complications de la grossesse :** Suivi des grossesses, Définir le programme national de périnatalité, Surveillance clinique et para-clinique, Objectifs et calendrier des visites prénatales, Participation de l'infirmier dans le programme national de périnatalité.

Endocrino	✚ Pathologie endocrinienne et métabolique : ➤ Hypophyse : insuffisance hypophysaire, hypersécrétion hypophysaire, adénomes hypophysaires ➤ Thyroïde : hyper et hypothyroïdies, goitre, nodules et cancers thyroïdiens ➤ Parathyroïdes : hyper et hypoparathyroïdie ➤ Surrénales : insuffisance surrénalienne, hypersécrétion surrénalienne, phéochromocytomes -Gonades : hypogonadismes ➤ Pancréas : le diabète : définition, classification, épidémiologie, clinique, complications et sa prise en charge ➤ Métabolisme : Dyslipidémies, obésité et syndrome métabolique ✚ Interventions infirmières dans la réalisation des différents dosages hormonaux statiques. ✚ Interventions infirmières dans la réalisation des tests dynamiques en endocrinologie : Test au synacthène, ✚ Les épreuves de freination à la dexaméthasone, Le test à l'hypoglycémie insulinique et l'hyperglycémie par voie orale, l'épreuve de restriction hydrique. ✚ Interventions infirmières dans la prise en charge d'un malade atteint d'une insuffisance surrénalienne ou thyroïdienne ou hypophysaire ✚ Interventions infirmières auprès d'un malade diabétique.
-------------------------	---

Objectifs de Stages hospitaliers

Stage hospitalier en pédiatrie

Objectifs	Réalisé	Nombre des fois	Non réalisé
Relation et communication • Accueillir l'enfant et sa famille en créant un climat rassurant. • Établir une relation de confiance et d'empathie avec l'enfant hospitalisé et ses parents. • Expliquer clairement à la mère ou à l'accompagnant les problèmes de santé identifiés (alimentation, croissances, hygiène de vie.) • Organiser et animer des activités ludiques adaptées aux enfants hospitalisés. Soins d'hygiène et de confort • Assurer la désinfection et l'entretien du matériel (berceau, incubateur, table chauffante). • Préparer un berceau occupé ou inoccupé selon les règles d'hygiène. • Réaliser les soins d'hygiène du nourrisson (toilette complète, visage, siège, cordon, bouche). • Habiller et déshabiller un nourrisson ou un enfant en respectant son confort et sa sécurité. • Nettoyer et stériliser les biberons et le matériel diététique. • Préparer et administrer un biberon reconstitué à un nourrisson. • Assurer les soins quotidiens d'un prématuré sous incubateur. Surveillance et évaluation clinique • Évaluer l'alimentation de l'enfant sain ou malade. • Détecter les difficultés alimentaires et en informer les parents. • Réaliser les mesures de surveillance (TA, température, pouls, FR, poids, taille, périmètres crânien et thoracique, IMC) et en interpréter les résultats. • Identifier un retard de croissance staturo-pondérale. • Rechercher les signes cliniques d'une infection grave chez le nourrisson (0–2 mois). • Rechercher les 5 signes généraux de gravité chez l'enfant de 2 mois à 5 ans. • Observer et identifier les signes respiratoires évocateurs (tirage, stridor, sifflement, battement des ailes du nez, geignement expiratoire). • Dépister un syndrome œdémateux. • Réaliser et interpréter un examen des urines par bandelette urinaire.			

Soins curatifs et techniques

- Préparer et administrer un traitement prescrit par voie orale, intramusculaire, sous-cutanée, intraveineuse ou intra-rectale.
- Réaliser au moins 5 prélèvements sanguins pour examens biologiques.
- Prélever un échantillon d'urines (petite fille/petit garçon) et de selles chez un nourrisson.
- Effectuer et interpréter une intradermo-réaction (IDR).
- Poser et surveiller une perfusion chez l'enfant.
- Poser une sonde de gavage, administrer l'alimentation et assurer la surveillance.
- Réaliser une aspiration rhino-pharyngée chez un nourrisson.
- Installer et surveiller un enfant sous oxygénothérapie (masque ou sonde nasale).
- Administrer un bronchodilatateur par inhalation.
- Préparer l'enfant et le matériel pour une ponction lombaire et assurer la surveillance après le geste.
- Mettre en place et surveiller une transfusion.

Éducation et prévention

Animer des activités éducatives sur :

- L'allaitement maternel, la diversification et le sevrage alimentaire,
- La prévention du rachitisme, des diarrhées, des infections respiratoires et des accidents domestiques,
- La vaccination,
- La prévention la régularité du traitement et les visites de contrôle,
- L'alimentation adaptée lors des maladies.
- Traitement des certaines infections locales à domicile.

Organisation, planification et supervision :

- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer **un plan de soins pour au moins 5 enfants** hospitalisés.
- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer un plan alimentaire adapté à l'âge et à la pathologie pour au moins 5 enfants.
- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des plans de soins pour les pathologies fréquentes en pédiatrie.
- Superviser une activité de soins réalisée par un autre étudiant ou un soignant

Stage hospitalier en chirurgie

Objectifs	Réalisé	Nombre des fois	Non réalisé
Relation et communication • Accueillir le patient et ses proches en créant un climat rassurant. • Expliquer clairement et simplement les soins pré- et post-opératoires, en adaptant son langage au niveau de compréhension. • Identifier et prendre en compte les émotions, inquiétudes ou besoins exprimés par le patient et/ou sa famille. • Préparer psychologiquement les malades pour différentes interventions chirurgicales Hygiène et confort : • Réaliser les soins d'hygiène (toilette complète ou partielle au lit ou au lavabo) en respectant les règles d'hygiène et de sécurité. • Installer le patient dans une position adaptée pour prévenir les escarres et favoriser son confort post-opératoire. • Participer à la rééducation motrice d'un malade • Préparer un lit d'opéré (10 fois) Surveillance et évaluation clinique : • Surveiller le malade en post-opératoire (10 fois) • Surveiller le malade sous appareil plâtré • Effectuer un contrôle pré transfusionnel Soins curatifs et technique : • Réceptionner et installer un opéré (10 fois) • Préparer les malades pour différentes interventions chirurgicales • Effectuer le premier lever de l'opéré (10 fois) • Poser et surveiller une immobilisation provisoire • Préparer et surveiller une traction • Réaliser la pose d'une transfusion sanguine et surveiller le malade • Assister à la mise en place d'une sonde vésicale : ○ Chez la femme ○ Chez l'homme • Assister au lavage de vessie			

• Réfection des pansements : ○ Compressif ○ Avec drain ○ Avec lame ○ Avec mèche ○ Absorbant ○ Avec fils ○ Avec agrafes ○ Avec aspiration de Redon ○ De cystostomie ○ De gastrostomie ○ D'une stomie digestive • Enlever les fils, les agrafes et les drains • Préparer le matériel et le malade pour pose d'appareil plâtré • Effectuer un prélèvement de pus pour examen de laboratoire • Effectuer un lavement évacuateur Education et prévention • Organiser des séances d'éducation thérapeutiques au profit de patients opérés pour : ✓ Gastrectomie ✓ Cholécystectomie ✓ Stomie digestive Organisation, planification et supervision • Réaliser un plan de soins et participer à son évaluation pour au moins 5 patients hospitalisés en chirurgie			
--	--	--	--

Stage hospitalier en médecine

Objectifs	Réalisé	Nombre des fois	Non réalisé
Relation et communication • Accueillir le patient et ses proches en créant un climat rassurant. • Expliquer clairement au patient ou sa famille les problèmes de santé identifiés • Participer en équipe aux activités d'apprentissage des étudiants infirmiers sur le terrain de stage Surveillance et évaluation clinique • Préparer le malade et le matériel et assurer la surveillance pendant et après les ponctions suivantes : ○ Biopsie du foie ○ Crête iliaque ○ Ascite ○ Ganglionnaire ○ Lombaire ○ Pleurale ○ Sternale • Préparer le malade pour les examens radiologiques, électriques et endoscopiques suivants et assurer la surveillance après : ○ Radiographie de l'abdomen sans préparation ○ U.I.V ○ Echographie – Echodoppler ○ Electro-cardiogramme (E.C.G) ○ Eléctro-encéphalogramme (E.E.G) ○ Bronchoscopie ○ Laparoscopie ○ Fibroscopie ○ Recto sigmoïdoscopie (colonoscopie) • Surveiller l'alimentation des malades et le respect des régimes indiqués • Assurer la surveillance des malades sous traitements : • Anticoagulants/antiagrégants plaquettaires • Anti-inflammatoires • Diurétiques • Corticoïdes • Digitaliques • Antihypertenseurs • ADO/ Insuline			

• Surveiller : TA, FC, FR, T°, diurèse, GAD (20 fois). Soins curatifs et techniques • Administrer une thérapeutique (entérale/parentérale) (20 fois). • Effectuer des prélèvements de sang pour les examens biologiques (10 fois) • Placer une perfusion (10 fois) • Effectuer le tubage gastrique • Effectuer les analyses urinaires à l'aide de bandelettes (10 fois) Éducation et prévention • Apprendre à un diabétique la technique d'injection d'insuline et l'autosurveillance(5 fois) • Eduquer un malade sur son régime (5 fois) : ○ Sans sel ○ Hépatique ○ Diabétique • Convaincre les malades pour le respect de la régularité du traitement et de la dose prescrite (5 fois) • Appliquer les moyens pour prévenir les infections liées aux soins. ++++++ Organisation, planification et supervision • Etablir un plan de soins, l'exécuter et l'évaluer pour au moins 10 malades en Médecine (médecine interne, pneumo, infectieux, carcino) Objectifs de stage en gynéco-obstétrique • Assurer la surveillance de la femme après l'accouchement • Assurer les premiers gestes de secours pour le nouveau-né • Préparer le matériel pour la réanimation • Assurer les soins d'une épisiotomie • Examiner et effectuer les soins des seins d'une accouchée • Dépister les signes cliniques évocateurs : ○ D'une phlébite ○ D'une infection puerpérale ○ D'une hémorragie de suites de couches ○ Des affections des seins en post-partum.			
--	--	--	--

• Pratiquer la toilette du nouveau-né • Pratiquer les soins du cordon ombilical • Apprendre à la mère à faire la toilette du nouveau-né, et à soigner le cordon ombilical • Recevoir et surveiller une femme présentant : ○ Une hémorragie obstétricale ○ Une crise d'éclampsie. • Assurer l'information d'une accouchée en matière de : ○ Espacement des naissances, ○ Allaitement maternel, ○ Hygiène individuelle et alimentaire, ○ Suivie en consultation post-natale. • Orienter l'accouchée vers la consultation post natale et de planification familiale • Effectuer un prélèvement vaginal • Apprendre à la femme comment établir une courbe ménothermique • Préparer la femme, le matériel et l'assister lors d'un curetage			
---	--	--	--

Auto-évaluation

Auto-évaluation par période

Ma période de stage

Pour l'ensemble des activités apprises

Points forts (Techniques maîtrisées, apprentissages : pathologie, médicament, examen explorateur)	Points à améliorer (Difficultés rencontrées)

Auto-évaluation par période

Ma période de stage

Pour l'ensemble des activités apprises

Points forts (Techniques maîtrisées, apprentissages : pathologie, médicament, examen explorateur)	Points à améliorer (Difficultés rencontrées)

Auto-évaluation par période

Ma période de stage

Pour l'ensemble des activités apprises

Points forts (Techniques maîtrisées, apprentissages : pathologie, médicament, examen explorateur)	Points à améliorer (Difficultés rencontrées)

Auto-évaluation par période

Ma période de stage

Pour l'ensemble des activités apprises

Points forts (Techniques maîtrisées, apprentissages : pathologie, médicament, examen explorateur)	Points à améliorer (Difficultés rencontrées)

Auto-évaluation par période

Ma période de stage

Pour l'ensemble des activités apprises

Points forts (Techniques maîtrisées, apprentissages : pathologie, médicament, examen explorateur)	Points à améliorer (Difficultés rencontrées)

Auto-évaluation par période

Ma période de stage

Pour l'ensemble des activités apprises

Points forts (Techniques maîtrisées, apprentissages : pathologie, médicament, examen explorateur)	Points à améliorer (Difficultés rencontrées)

Auto-évaluation par période

Ma période de stage

Pour l'ensemble des activités apprises

Points forts (Techniques maîtrisées, apprentissages : pathologie, médicament, examen explorateur)	Points à améliorer (Difficultés rencontrées)

Fiches techniques

Prélèvement du sang veineux

Objectif :

Soin à visée diagnostique ou thérapeutique, surveillance de l'évolution d'une maladie, surveillance de l'effet d'un traitement, ...

- + Analyse cytologique : numération formule sanguine, plaquettes, ...
- + Analyse chimique : ionogramme, étude de la coagulation, ...
- + Analyse sérologique : hépatite B ou C, HIV, ...
- + Analyse bactériologique : hémoculture, ...
- + Analyse immunologique...

Matériels :

- Plateau décontaminé, haricot à usage unique,
- Compresses stériles,
- Antiseptique (antiseptique non alcoolisé si taux d'alcoolémie à doser),
- Gants non stériles, protection de lit,
- Tubes de prélèvement adaptés à la prescription médicale,
- Corps de pompe à usage unique, aiguille fixe ou aiguille à ailettes adaptés au diamètre de la veine,
- Garrot décontaminé et de taille adaptée,
- Sparadrap,
- Solution hydro-alcoolique pour antiseptie rapide des mains,
- Bons de laboratoires conformes à la prescription,
- Container à objets piquants ou tranchants.

Déroulement du soin :

- Prévenir le patient la veille ou le plus tôt possible et lui expliquer le but de l'examen et le délai de retour des résultats.

- Vérifier, si l'examen le nécessite, que le patient est à jeun et/ou l'horaire de prélèvement.

- Réaliser un lavage antiseptique des mains.

- Préparer le matériel nécessaire sur le plateau de soins.

- Installer le patient confortablement, le bras à plat en appui vers le bas. Retirer ou remonter la manche et vérifier l'état de propreté cutanée.

- Si le patient est perfusé, a subi un curage ganglionnaire axillaire, est paralysé ou porteur d'une fistule artério-veineuse de dialyse : effectuer le prélèvement de sang au bras opposé.

- Disposer la protection de lit sous le bras.

- Réaliser une antiseptie rapide des mains.

- Ouvrir le sachet de compresses stériles.

- Adapter le système de prélèvement et le système de ponction puis mettre la paire de gants non stériles. **Choisir une veine par la vue et le toucher.**

- Repérer le point de ponction, positionner et serrer le garrot, 10 cm environ au-dessus. Faire pratiquer par le patient quelques contractions de la main, tapoter la veine ou masser le bras dans le sens de la circulation veineuse (poignet, pli du coude).

- Effectuer la préparation cutanée du patient avec des compresses imbibées d'antiseptique et toujours en partant du site de ponction vers l'extérieur (diamètre 5 cm) : faire un premier passage et jeter la compresse dans le haricot, puis repasser sur la même zone avec une deuxième compresse imbibée d'alcool.

- Immobiliser la veine et ponctionner à l'aiguille, biseau tourné vers le haut à environ 45° dans le sens du retour veineux. Ponctionner la veine.

- Adapter les tubes au fur et à mesure. Retourner les tubes plusieurs fois, à l'exception des tubes secs.

- Desserrer le garrot.

- Désadapter le dernier tube.

- Oter l'aiguille et la jeter dans un container spécifique. Le reste du matériel étant jeté dans le haricot.

- Comprimer le point de ponction avec une compresse sèche environ une minute, ne pas faire plier le bras.

- Placer une compresse sur le point de ponction et la fixer avec du sparadrap.

- Retirer la protection de lit.

- Retirer et jeter les gants non stériles.

- Réinstaller confortablement le patient et si besoin, lui servir une collation.

- Identifier les tubes dans la chambre du patient avec ses étiquettes et les acheminer au laboratoire dans les sachets prévus à cet effet accompagnés des demandes d'examens remplies et étiquetées

NB : il faut respecter la traçabilité de l'examen.

- Les tubes sont correctement remplis, non transvasés, ...

- Le matériel est rangé et les transmissions sont faites

Gaz de sang artériel

Objectif :

Prélèvement de 1 à 3 ml de sang artériel, recueilli en seringue héparinée par ponction de l'artère radiale après test d'Allen (annexe II)

Valeurs de référence : (annexe III)

- **pH** = 7.38 à 7.42
- **PaCO₂** = 35 à 45 mmHg
- **PaO₂** = 80 à 100 mmHg
- **HCO₃** = 22 à 28 mmol/L
- **Sa O₂** = 96-98 %
- **Excès de base** 0 +/- 2

Matériels :

- Gants non stériles
- Antiseptique (se référer au protocole local)
- Compresses
- Adhésif hypoallergénique
- Seringue spécifique pour gaz du sang, à défaut, seringue de 3mL rincée avec de l'héparine sodique 5000UI / mL ainsi qu'une aiguille 22G
- Réceptacle pour déchets contaminés coupants tranchants, piquants
- Sachet pour prélèvement si ce dernier doit être envoyé en laboratoire
- Glace, si le prélèvement n'est pas immédiatement placé en machine pour les mesures.

Déroulement de soins :

Préparation au geste

- Le matériel est préparé sur une surface propre. Il est facilement accessible.
- Le soignant s'installe confortablement (position assise et membre du patient à hauteur de bras si possible).
- Vérification de l'identité du patient et de la prescription
- Vérification des contre-indications (troubles de l'hémostase, athérome, tatouage ou lésion au point de ponction, allergies, test d'Allen négatif (annexe))
- Choix du site de ponction (radial, fémoral, huméral) (annexe IV)
- Utilisation d'un dispositif d'analgésie cutanée (Lidocaïne en patch ou crème)
- Noter les conditions de prélèvement (apport exogène d'oxygène, température)
- Le soin et son intérêt sont expliqués au patient

Artère radiale

- Réalisation du test d'Allen. S'il est positif le soin se poursuit. S'il est négatif, le reproduire sur l'autre bras. Dans le cas d'un double échec utiliser la voie fémorale
- Le poignet est placé en légère hyperextension en position stabilisée
- Chausser les gants non stériles
- Réalisation de l'antisepsie (respecter le temps de contact)
- Le pouls radial est palpé avec la pulpe d'un ou deux doigts à environ 3cm du poignet
- La seringue est tenue comme un stylo bille, le piston peut être tiré au repère 3ml
- L'aiguille est introduite biseau vers le haut dans l'axe de l'artère selon un angle de 30 à 45° avec la peau
- Progression jusqu'à l'obtention d'un reflux de sang rouge vif et saccadé
- Prélever 1,5 à 2ml de sang
- D'un même mouvement, retirer la seringue en respectant l'axe de l'aiguille et placer une compresse en appuyant fermement sur le point de ponction
- Chasser soigneusement toute bulle d'air résiduel de la seringue et la fermer hermétiquement
- La compression du point de ponction est maintenue pendant 5 minutes
- Un pansement compressif non circulaire est mis en place en relais pendant 15 minutes
- Le patient est informé de ne pas hésiter à signaler toute douleur survenant après le geste, ainsi que toute paresthésie

Artère fémorale

- La jambe est placée en légère abduction et en rotation externe (facilite l'exposition de la zone de la ponction)
- Réalisation d'une antisepsie large et soignée
- Le repérage s'effectue sur la ligne du tiers interne de la ligne du pli inguinal
- La seringue toujours tenue à la manière d'un stylo, est introduite perpendiculairement au plan de la peau environ 1cm en dessous des doigts jusqu'à obtention du reflux
- Lorsque la quantité suffisante de sang a été prélevée, retirer la seringue d'un geste vif et comprimer immédiatement le point de ponction pendant 5 minutes
- Chasser soigneusement toute bulle d'air résiduel de la seringue et la fermer hermétiquement
- Le reste de la procédure est identique à la ponction radiale

Artère humérale

- L'avant-bras est posé sur une surface plane et stable en supination (main vers le plafond)
- L'artère humérale est recherchée sur le bord interne du V bicipital

On peut s'aider de la palpation du tendon du biceps brachial pour glisser vers le bord interne du pli du coude et repérer les pulsations de l'artère humérale (Pour repérer plus facilement le tendon du biceps brachial, mobiliser ou faire mobiliser l'articulation du coude pendant la recherche du pouls huméral)

- Le prélèvement s'effectue de la même façon que pour l'artère fémorale (aiguille à 90° par rapport au plan cutané)
- Les suites sont identiques

Sur un cathéter de pression invasive

Un cathéter artériel possède l'avantage d'afficher une pression artérielle de façon continue et précise. Il est également d'un grand secours pour effectuer des prélèvements itératifs pour bilans sanguins et gazométriques.

- Se munir d'un bouchon stérile et d'une seringue de 10ml
- Chausser des gants (risque de contact avec un liquide biologique, même sans aiguille)
- Rincer le cathéter avec le dispositif de pression monté
- Adapter la seringue de 10ml sur le robinet le plus proche du point de ponction
- Protéger la manœuvre par une compresse stérile imbibée d'antiseptique
- Purger une quantité de 5 à 10ml de sang
- Mettre le robinet en position intermédiaire pour éviter le reflux de sang au retrait de la seringue de purge
- Adapter la seringue de gazométrie
- Prélever la quantité habituelle
- Conditionnement et envoi au laboratoire dans les mêmes conditions que le prélèvement classique
- Purger le robinet à l'aide de la ligne de pression
- Remplacer le bouchon stérile
- Purger la tubulure entre le robinet et le point de ponction
- S'assurer de la pertinence de la valeur de pression artérielle par rapport aux chiffres avant prélèvement

Cathéter veineux périphérique

Objectif :

La perfusion intraveineuse est une technique d'injection lente, prolongée et continue ou discontinue par voie veineuse.

Matériels :

Garrot ; cathéter ; seringue 5 cc sérum physiologique pour vérification ; produit hydro-alcoolique ; Protection ; gants à usage unique ; compresses stériles ; antiseptiques ; sparadrap ; plateau ; haricot ; container à aiguilles souillées

Déroulement du soin :

- Prévenir le patient
- Installer confortablement le patient
- Se frictionner les mains avec le produit hydro-alcoolique
- Mettre la protection
- Poser le garrot 10 cm environ au-dessus du point de ponction, repérer le trajet de la veine (respectez le capital veineux)
- Desserrer le garrot
- Se frictionner les mains avec le produit hydro-alcoolique
- Nettoyer et désinfecter largement le lieu de ponction
- Mettre les gants
- Serrer le garrot
- Maintenir la veine avec le pouce (de la main gauche) sous le point de ponction
- Piquer la veine sur 1 cm environ, vérifier le retour sanguin dans la partie transparente de la canule ; cathétériser la veine sur les 2/3 ou la totalité de sa longueur ; retirer le garrot ; retirer l'aiguille et simultanément comprimer légèrement la veine au-dessus du point de ponction et adapter immédiatement la seringue de vérification du bon positionnement du cathéter, fixer le cathéter à la peau
- Organiser l'environnement du patient
- Eliminer l'aiguille dans le container et ranger le matériel

Surveillance

NB : Surveillez : le bon écoulement du soluté et le débit ; le reflux sanguin à chaque nouvelle manipulation ; la fixation du cathéter ; le point de ponction (présence de rougeur ou d'extravasation)

Pousse-seringue électrique

Objectif :

La pousse-seringue électrique permet une injection régulière et continue de médicaments et/ou de solutés (en ml/h)

Matériels :

- Pousse-seringue - prolongateur - seringue de 50 ml - trocart
- solvant selon la prescription - médicament selon la prescription - compresses stériles
- antiseptique - protège-robinet - plateau - haricot - container - produit hydro-alcoolique

Déroulement du soin :

- Se frictionner les mains avec le produit hydro-alcoolique
- Prélever la quantité de produit prescrit
- Purger avec précaution de façon à ne perdre aucune goutte du produit
- Compléter alors avec le solvant jusqu'au volume désiré
- Adapter le prolongateur sur la seringue et purger
- Placer la seringue sur le pousse-seringue
- Adapter le prolongateur sur le robinet à 3 voies de la perfusion de base en s'aidant de compresses imbibées d'antiseptique
- Ouvrir le robinet avec les compresses et le protéger avec un protège robinet
- Régler la vitesse du pousse-seringue en ml/h

Points de vigilance

Vérifier la prescription et la compatibilité des produits.

Surveiller le point d'injection (douleur, rougeur, infiltration).

Surveiller le patient et le bon fonctionnement de l'appareil

Réfection d'un pansement simple

Objectif :

Protéger une plaie d'une possible contamination, absorber des exsudats sanglants, appliquer une thérapeutique, un antiseptique et éviter toute contamination lors de la réfection d'un pansement.

Matériel :

- chariot de soin ou plateau, nettoyé et désinfecté,
- haricot si besoin, 1 poubelle à ouverture non manuelle, protection de lit à usage unique imperméable si nécessaire,
- 1 contenant pour la décontamination du matériel (si nécessaire)
- 1 plateau avec des pinces stériles,
- si besoin 1 paire de ciseaux nettoyée et désinfectée, ou une lame de bistouri montée à usage unique stérile,
- gants stériles non talqués selon la technique choisie, et gants à usage unique, non talqués,
- compresses stériles,
- pansement(s) adhésif(s) stérile(s), et sparadrap si besoin,
- solution antiseptique
- eau stérile ou sérum physiologique à patient unique,
- solution hydro-alcoolique
- collecteur à objets piquants, tranchants, si nécessaire,
- produit nettoyant - décontaminant pour l'instrumentation médico-chirurgicale, si nécessaire.

Déroulement du soin :

- Être en tenue propre adaptée au secteur d'activité.
- Respecter les Précautions Standard tout au long du soin.
- Contrôler la prescription médicale sur le dossier de soins infirmiers.
- Informer le patient du geste qui va être réalisé.
- Fermer les fenêtres et les portes de la pièce où le pansement va être réalisé.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains
- Préparer le matériel sur le chariot de soins ou le plateau préalablement nettoyé, désinfecté.
- Installer le patient confortablement et en position adaptée en fonction du pansement à réaliser
- après la toilette et la réfection du lit, pour respecter sa sécurité et sa pudeur.
- Mettre une protection de lit si nécessaire.

- Réaliser une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique.
- Oter le pansement avec un gant non stérile à usage unique.
- Jeter le pansement et le gant dans le haricot.
- Observer la plaie

Il est impératif d'effectuer la réfection du pansement immédiatement

- Réaliser un traitement hygiénique des mains par friction.
- Ouvrir les emballages des paquets stériles sur le plan de travail du chariot de soins, ou le plateau, sans faute d'asepsie.
- Dévisser les bouchons des flacons des solutions et ouvrir les flacons.
- Enfiler le gant stérile ou se saisir des pinces stériles côté préhension.
- **Déterger** la plaie **du centre vers la périphérie** à l'aide de compresses imbibées d'antiseptique moussant.
- Changer de compresses autant de fois que nécessaire.
- **Rincer** la plaie au sérum physiologique ou à l'eau stérile.
- **Sécher** la plaie.
- **Appliquer** l'antiseptique dermique **du centre vers la périphérie**.
- Laisser sécher.
- Recouvrir la plaie suivant la prescription médicale.
- Réinstaller le patient.
- Evacuer les déchets.
- Immerger les pinces utilisées immédiatement dans le bac contenant la solution de nettoyant - décontaminant pour l'instrumentation médico-chirurgicale.
- Nettoyer et désinfecter puis ranger ce qui doit l'être, en particulier le chariot de soins
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Noter le soin sur le document approprié

Ablation des fils

Définition :

Ablation d'un moyen de suture (fils) posé sur une plaie chirurgicale afin de finaliser la cicatrisation et améliorer l'esthétique.

Matériels :

- Pince à disséquer - scalpel stérile -gants non stériles - protection
- compresses stériles - antiseptique - sparadrap - plateau - haricot -
sac à déchet

Déroulement du soin :

- Informer et expliquer le soin au malade
- Installer confortablement le malade et placer la protection
- Se frictionner les mains avec le produit hydro-alcoolique
- Enfiler les gants non stériles et enlever le pansement
- Se frictionner les mains avec le produit hydro-alcoolique
- Enfiler les gants stériles et nettoyer, rincer puis désinfecter la plaie (retire les croûtes)
- A l'aide de la pince saisir un brin en dégageant le nœud, couper le fil le plus près possible de la peau, sans faire passer une partie extérieure de fils sous la peau
- déposer les fils les uns après les autres sur une compresse ; ils doivent comporter trois brins
- Aseptiser la plaie et réaliser un pansement sec ou laisser à l'air libre

Points de vigilance

Vérifier la cicatrisation avant retrait.

Éviter de faire passer un fil souillé sous la peau.

Observer la plaie (rougeur, écoulement, déhiscence).

Pose d'une sonde nasogastrique

Définition :

Introduction d'une sonde dans l'estomac, par voie nasale, avec ou sans contrôle radiologique et/ou endoscopique dans un but thérapeutique et/ou nutritionnel.

Matériel :

Sonde naso-gastrique- sérum physiologique-compresse propre-lubrifiant-seringue de 60cc-verre d'eau-alèze de protection-stéthoscope-haricot-spadrap-haricot

Déroulement du soin :

- Réaliser un lavage simple des mains.
- Installer le patient conscient en position assise ou semi assise.
- Mettre une alèze sur le thorax.
- Enfiler les gants.
- Procéder à un soin de nez (mouchage ; instillation du sérum).
- Estimer la longueur de la sonde : extrémité du nez-bout du lobe de l'oreille-appendice xiphoïde et marquer la longueur.
- Soutenir la tête du patient en plaçant la main au niveau de la nuque.
- Introduire la sonde lubrifiée par une narine (tête du patient légèrement fléchi en avant).
- Demander au patient de déglutir tout en poussant la sonde jusqu'à la longueur prévue.
- Vérifier l'emplacement de la sonde ; en injectant de l'air tout en auscultant l'abdomen à la recherche de gargouillis ou aspirer avec la seringue (apparition du liquide gastrique est en faveur de la bonne position).
- Fixer la sonde.

Alimentation entérale

Définition :

La nutrition entérale consiste à nourrir les patients par sonde nasogastrique lorsque l'alimentation par la bouche n'est pas suffisante.

Matériel :

Liquide nutritif ; alèze ; stéthoscope ; compresses propres ; gants propres à usage unique.

Déroulement du soin :

- Réaliser un lavage simple des mains
 - Vérifier la date de péremption du mélange nutritif, agiter avant l'emploi.
 - Rincer la sonde afin d'entretenir sa perméabilité (toutes les 8 heures pour l'alimentation en Mode continu et après chaque instillation en mode intermittent).
 - Changer la tubulure d'alimentation entérale une fois/24h pour l'instillation du liquide nutritif en mode continu et à chaque pose de flacon en mode intermittent.
 - Respecter les précautions d'hygiène.
 - Expliquer le déroulement du soin au patient et obtenir sa participation.
 - Lui proposer des soins de bouche au minimum 3 fois/jr.
-

Soins d'hygiène d'une stomie et changement de poche

Définition

Une stomie est un abouchement chirurgical d'un organe digestif (intestin) ou urinaire à la peau de l'abdomen, permettant d'évacuer les matières fécales, le liquide digestif ou les urines. Elle peut être temporaire ou définitive et est réalisée pour des raisons médicales, comme une maladie du côlon ou une malformation congénitale. (Annexe V)

Matériels :

Compresse non stériles ; savon doux ; eau de robinet ; gants non stériles ; ciseaux ; sac à élimination des déchets ; cuvette ; poche de stomie.

Déroulement du soin :

- Faire un lavage simple des mains.
- Enfiler les gants non stériles.
- Décoller la poche doucement du haut vers le bas en maintenant la peau avec le doigt.
- Jeter la poche dans un sac à déchets.
- Nettoyer la stomie et son pourtour avec de l'eau du robinet et du savon doux.
- Rincer soigneusement à l'eau claire.
- Sécher la peau par tamponnement avec des compresses non stériles.
- Mesurer la stomie pour adapter l'orifice de la poche.
- Poser la nouvelle poche en position déclive ; en commençant par le bas ; sans faire de pli.

Pose de sonde urinaire

Définition :

La sonde urinaire permet la vidange de la vessie lorsqu'elle ne peut se faire naturellement. C'est un soin invasif à haut risque infectieux.

Matériels :

Kit de sondage : Eau stérile 10 ml + seringue 10 ml - Lubrifiant stérile - Gel anesthésiant

Gants stériles + gants non stériles - Champ stérile de table + champ troué -Compresses stériles + antiseptique - Sonde urinaire adaptée- Sac collecteur d'urine- Protection imperméable

Container à déchets - Produit hydro-alcoolique

Déroulement du soin :

Informez et installez confortablement le patient.

Mettre une protection imperméable.

Réaliser une toilette intime (savon + désinfection).

Réaliser un lavage simple des mains

Enfiler les gants stériles et disposer le matériel.

Relier la sonde au sac collecteur.

Lubrifier l'extrémité de la sonde.

Désinfecter le méat urétral.

Poser la sonde :

- Homme : maintenir la verge verticale, franchir doucement le sphincter et le col vésical → urine s'écoule.
- Femme : introduire la sonde doucement → urine s'écoule.

Gonfler le ballonnet (10 ml eau stérile). Tirer doucement pour vérifier le blocage.

Fixer la sonde :

- Homme : sur l'abdomen
- Femme : sur la cuisse interne

Fixer la poche collectrice en déclive.

Points de vigilance

Risque infectieux élevé → asepsie rigoureuse.

Vérifier absence de résistance lors de l'introduction.

Surveiller la diurèse, la couleur des urines, le confort du patient.

Aspiration bronchique

Définition :

Restaure la perméabilité des voies aériennes en aspirant les sécrétions bronchiques pour maintenir une ventilation efficace et prévenir les infections.

Matériels :

Sonde d'aspiration - Réceptacle + raccords + tuyaux - Flacon d'eau stérile (500 ml) pour rinçage

Désinfectant - Seringue 10 ml - Flacon de sérum physiologique (250 ml) - Silicone lubrifiante

Compresse stériles - Gants non stériles, masque - Sac à déchets - Produit hydro-alcoolique

Déroulement du soin :

Installer le patient demi-assis, expliquer le soin.

Réaliser un lavage simple des mains et enfiler les gants.

Préparer le réceptacle et le flacon de rinçage.

Lubrifier la sonde (silicone).

Introduire délicatement la sonde

Brancher la sonde à l'aspiration, tourner d' $\frac{1}{4}$ de tour.

Remonter lentement la sonde en aspirant.

Rincer la sonde.

Éliminer le matériel à usage unique, rincer le système.

Points de vigilance

Surveillance saturation O₂ et confort respiratoire.

Ne pas aspirer trop longtemps (risque d'hypoxie).

Asepsie rigoureuse (prévention infections respiratoires).

Mise en place d'un sac collecteur d'urines (en pédiatrie)

Objectif : poser un sac collecteur d'urines pour effectuer un recueil aseptique d'urines pour examen cytot bactériologique.

Matériels :

Chariot de soin, plateau et haricot désinfectées, sac poubelle

Pour toilette hygiénique : savon doux, serviette, gant de toilette

Pour toilette antiseptique : compresses stériles, antiseptique (dakine), gants stériles

Pour le recueil d'urines : sac collecteur stérile, flacon stérile, seringue, antiseptique (dakine), alèse de protection

Déroulement du soin :

Se laver les mains (lavage simple ou friction hydro-alcoolique).

Installer l'enfant sur le dos, sur une surface propre et enlever la couche

Réaliser une toilette hygiénique (eau, savon doux)

Se laver les mains (lavage simple + friction hydro-alcoolique).

Maintenir l'enfant allongé sur le dos et bien écarter les jambes (prévoir une aide)

Réaliser une toilette antiseptique avec de l'antiseptique et compresses stériles sans oublier de changer de compresse à chaque étape :

- Fille : de haut en bas : de la symphyse pubienne à l'anus (pubis, pli de l'aîne, grandes lèvres, petites lèvres, méat urinaire et anus)
- Garçon : décalotter si possible, mais ne pas forcer, nettoyer gland et méat urinaire

Sécher avec compresses stériles (en respectant les mêmes étapes que la toilette antiseptique et en utilisant une compresse à chaque passage)

Sortir le collecteur (poche) de son emballage et décoller l'adhésif, sans toucher l'intérieur

Coller la poche en commençant par le bas :

- Pour une fille, la partie évidée doit recouvrir toute la zone urogénitale : commencer par le bas (entre la vulve et l'anus), remonter latéralement et coller sur le pubis en dernier
- Pour un garçon : introduire la verge dans l'orifice de la poche en la tenant avec une compresse stérile

Après la pose, masser doucement la partie adhésive de la poche (pour éviter les fuites), renforcer avec du sparadrap et fermer la couche.

Surveiller régulièrement si l'enfant urine.

Si des urines sont recueillies : décoller délicatement la poche, désinfecter la partie inférieure de la poche et prélever les urines avec une seringue stérile.

Mettre les urines dans le flacon stérile, le refermer, l'identifier (nom et prénom) et l'apporter au laboratoire dès que possible (< 2H). Si délai, conserver le flacon au réfrigérateur (+4° pour une durée maximale de 24H)

Noter le soin

Ranger et désinfecter le matériel

Se laver les mains

NB : Si l'enfant n'urine pas dans 30 min, si la poche est souillée ou partiellement décollée, en poser une nouvelle.

Annexes

Annexe I (préparation d'un patient pour intervention chirurgicale)

La préparation du patient pour une intervention doit être adaptée et s'effectuer en fonction des protocoles et prescriptions médicales.

1. Préparation administrative :

La préparation administrative consiste à vérifier et regrouper tous les éléments nécessaires à l'intervention, dans le dossier médical du patient.

- **Dossier administratif :**

- Vérification de l'identité du patient : faire décliner l'identité complète du patient : nom d'usage, nom de naissance, prénom, date de naissance.
- Identification d'une personne de confiance ;
- Identification d'une personne à prévenir.

- **Consentement :** libre et éclairé du patient témoignant d'une information « bénéfices-risques » reçue.

- **Autorisation :** parentale ou tutélaire d'opérer si mineur ou incapable majeur.

- **Dossier médical :**

- Compte rendu médicaux ;
- Coordonnées du médecin traitant ;
- Observation médicale.

- **Dossier de soins infirmiers :**

- Traçabilité des thérapeutiques administrées ;
- Relevé des paramètres vitaux préopératoires :
 - Fonction cardiovasculaire : pression artérielle et fréquence cardiaque ;
 - Fonction respiratoire : fréquence respiratoire et saturation pulsée de l'hémoglobine en oxygène ;
 - Fonction neurologique : conscience et vigilance : score de Glasgow, douleur, fonctions cognitives, fonction musculaire, fonction motrice, fonction sensitive ;
 - Fonction rénale : diurèse ;
 - Glycémie capillaire ;
 - Température.

- **Dossier anesthésique :**

- Fiche de recueil de données en consultation initiale ;
- Fiche de compte rendu de visite préanesthésique ;
- Antécédent médicaux, chirurgicaux et anesthésiques ;
- Allergies ;
- Poids, taille, indice de masse corporelle ;
- Résultats des examens médicaux :
 - Electrocardiographie
 - Radiographie thoracique
- Résultats d'examens biologiques prescrits :
 - Numération formule sanguine ;
 - Ionogramme sanguin ;
 - Ionogramme urinaire ;
 - Hémostase – Coagulation ;
 - Gaz du sang ;
 - Bilan cardiaque, glycémique, hépatique, infectieux, pancréatique, rénal, thyroïdien ;
 - Sérologies.

- **Dossier transfusionnel :**

- Deux déterminations du groupe sanguin ;
- Recherche des agglutinines irrégulières (RAI) de moins de 72 heures ;
- Phénotype ;
- Prescription médicale de produits sanguins : mise en réserve.

2. Préparation psychologique :

- **Information du patient :**

- Organisation des soins préopératoires ;
- Organisation du transfert en salle d'intervention ;
- Organisation de la surveillance en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ;
- Organisation du transfert en suite de soins ;
- Organisation des soins post-opératoires.

- **Diminution de l'anxiété :**

- Ecoute active du patient ;
- Verbalisation des craintes ;
- Répondre aux questions ;
- Rassurer.

3. Préparation physique :

- **Jeûne :**

- Vérification du respect du jeûne pour minimiser le risque de pneumopathie d'inhalation :
- Pas d'aliments :
 - Au moins 6 heures avant pour des aliments légers ;
 - Au moins 8 heures pour des aliments gras.
- Pas de boissons :
 - Au moins 2 heures avant pour des liquides clairs ;
 - Au moins 4 heures avant pour du lait humain ;
 - Au moins 6 heures avant pour du lait maternisé ou non humain ;
- Pas de tabac : augmente l'activité bronchique et les sécrétions gastriques :
 - Au moins 6 à 8 semaines avant pour être pleinement efficace : disparition du risque de complications opératoires dues au tabac ;
 - Au moins 2 à 6 semaines avant pour diminuer le risque de complications opératoires ;
 - Au moins 12 à 45 heures avant pour améliorer l'oxygénation.

Jeûne opératoire		
Produit ingéré	Exemple	Temps minimum de jeûne
Liquides clairs	Eau, jus de fruit sans pulpe, café noir, thé clair	2 heures
Lait humain		4 heures
Lait maternisé		6 heures
Lait non humain		6 heures
Repas léger	Pain / biscottes, soupe, produits laitiers (yaourt...)	6 heures
Repas complets	Présence de matières grasses, viande...	Indéterminée > 8 heures
<i>Perioperative fasting in adults and children : guidelines from the European Society of anaesthesiology (2009)</i>		

- **Préparation cutanée**

- **Pilosités :**

- ✚ Ne pas pratiquer une dépilation en routine (rasage mécanique, tonte ou dépilation chimique) : permet de réduire le risque d'infection du site opératoire ;
 - ✚ Dépilation sur indication chirurgicale : tonte uniquement (ne pas recourir au rasage mécanique) ;
 - ✚ La dépilation doit toujours être réalisée dans le sens du poils pour éviter les folliculites ;
 - **Douche préopératoire :**
 - ✚ Douche complète avec une solution moussante : antiseptique ou non antiseptique :
 - ✓ Vigilance aux plis cutanés ;
 - ✓ Vigilance à l'ombilic ;
 - ✓ Vigilance aux pieds ;
 - ✚ Retrait du vernis avant toute intervention lorsque le doigt (main ou pied) est compris dans le champ opératoire ;
 - ✚ Retrait des bijoux, alliance, piercings, etc., avant toute intervention, quand ils présentent un risque pour l'intervention ;
 - ✚ Retrait des prothèses avant toute intervention, quand ils présentent un risque pour l'intervention ;
 - ✚ Shampoing :
 - ✓ Shampoing lors d'une chirurgie de la tête et du cou ;
 - ✓ Shampoing préopératoire quand le cuir chevelu est dans le champ opératoire ;
 - ✓ Shampoing avec une solution antiseptique ou non antiseptique ;
- **Confort général :**
 - Proposer au patient d'uriner si besoin ;
 - Proposer au patient d'aller à la selle si besoin.

4. Préparation médicale :

- **Prémédication**

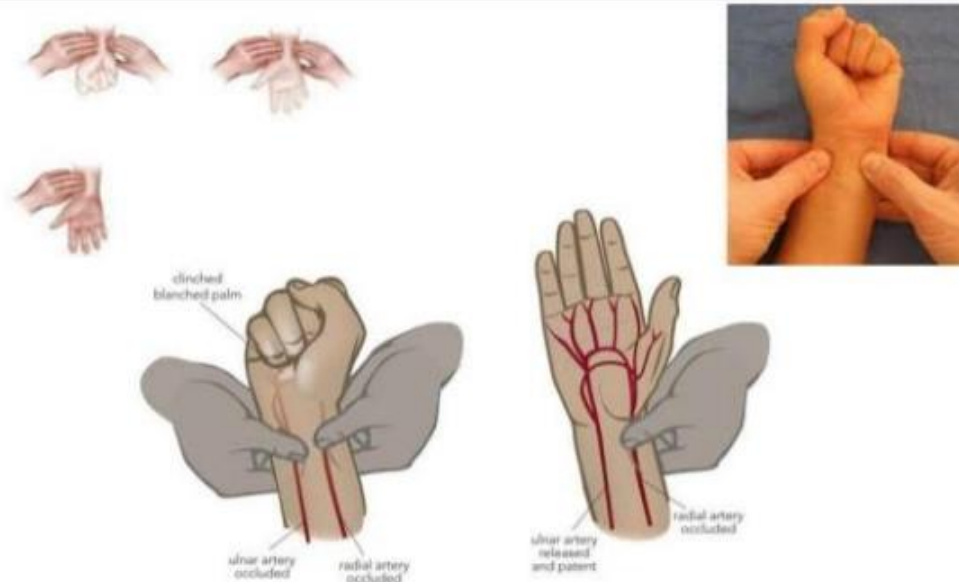
- Prémédication non systématique
 - Appliquer d'une prémédication prescrite :
 - ✚ Faire uriner le patient avant l'administration de la prémédication, pour éviter tout risque de chute ;
 - ✚ Informer le patient de ne pas se lever après l'administration de la prémédication ;
 - ✚ Surveiller les effets de la prémédication.

- **Prescription médicale**

- Appliquer la prescription médicale :
 - ✚ Cathéter veineux court ;
 - ✚ Thérapeutiques ;
 - ✚ Dispositifs spécifiques.

Annexe II (test d'Allen)

Le test d'Allen



Annexe III (les normes du gaz de sang artériel)

Examen	Artériel	Veineux
pH (Potentiel Hydrogène)	7,35- 7,45	7,32 – 7,42
PaO ₂ (Pression partielle exercée par l'O ₂)	80 – 100 mmHg	35 – 40 mmHg
PaCO ₂ (Pression partielle exercée par le CO ₂)	35 – 45 mmHg	42 – 48 mmHg
HCO ₃ ⁻ (Ions Bicarbonates)	22 – 28 mmol/L	24 – 30 mmol/L
SaO ₂ (Saturation en O ₂)	95 – 100 %	70 – 80 %

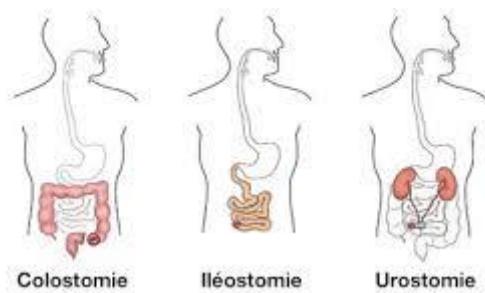
Annexe IV (les sites de prélèvement du gaz de sang)



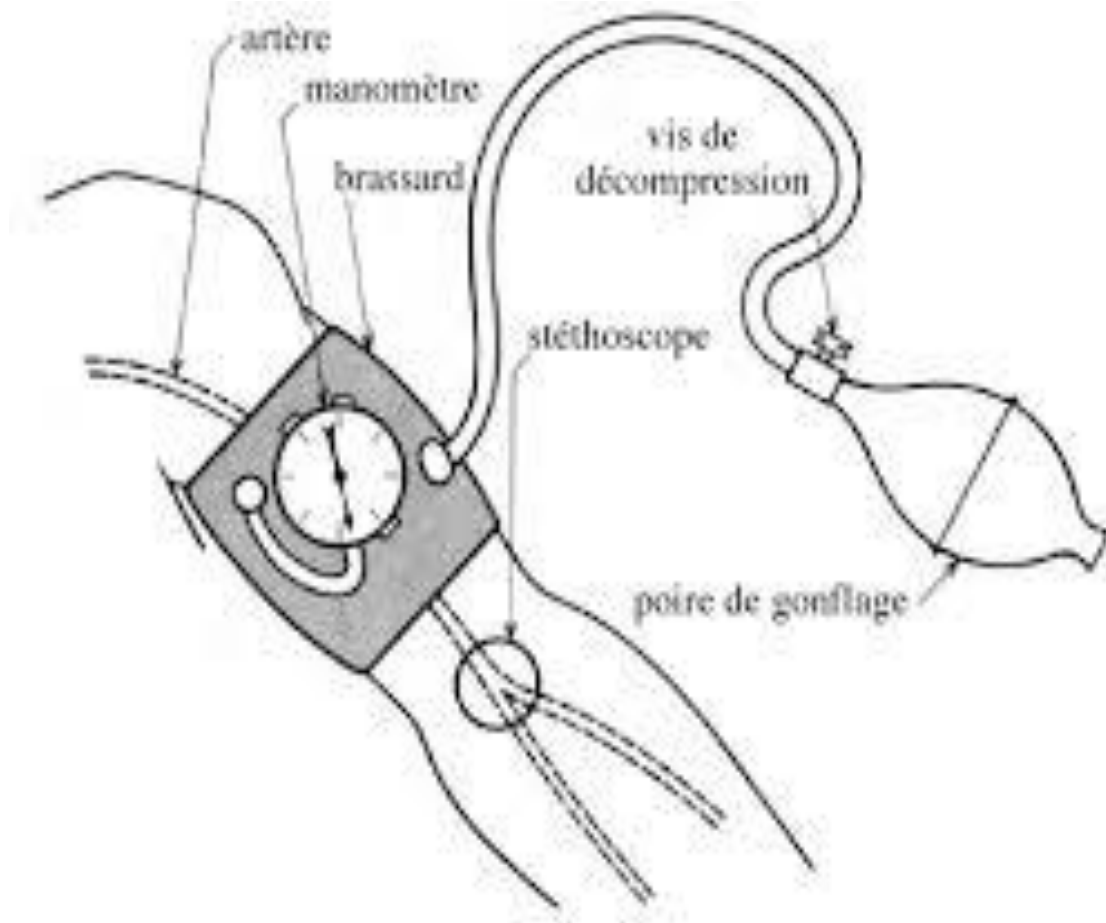
Annexe V (les stomies)



Les 3 types de stomies



Annexe VI (emplacement du brassard)



Annexe VII (Règles de bon usage des antiseptiques)



Antisepsie nettoyage de plaie

Les règles s'appliquant à l'usage des antiseptiques sont les mêmes qu'à l'hôpital :

Bon usage, gestion, procédures... chacun dans sa pratique doit connaître ces éléments...

- On privilégie les unidoses ou les petits conditionnements (1 dose = 1 soin = 1 patient).
- Eliminer les doses unitaires juste après leur utilisation ;
- L'utilisation des antiseptiques est adaptée au niveau de risque infectieux de l'acte de soin et les professionnels libéraux intervenant au domicile doivent suivre des protocoles clairs ;
- Ne jamais appliquer successivement deux antiseptiques de familles différentes ;
- Utiliser un antiseptique alcoolique pour les soins sur peau saine (injection, prélèvement, cathéter, champ opératoire...) ;
- Indiquer sur le flacon la date d'ouverture, respecter la durée de conservation après ouverture (un mois).

Principes généraux de gestion des antiseptiques :

Il est recommandé de limiter les références d'ATS disponibles afin d'harmoniser les pratiques et éviter les confusions d'emploi.

Règles de manipulation des flacons	- Réaliser une friction des mains avant toute manipulation - Vérifier la date de péremption indiquée par le laboratoire - Ne pas toucher l'ouverture du flacon ou le bouchon réducteur avec les doigts ou avec des objets souillés - Ne pas reconditionner, ni transvaser, ni compléter un flacon déjà ouvert - Après utilisation, reboucher les flacons multi-doses et nettoyer l'extérieur de ces flacons par essuyage humide avec un détergent désinfectant
Règles de stockage	- Conserver les flacons à l'abri de la lumière et loin des sources de chaleur - Respecter les règles de rotation des stocks (principe du « premier entré, premier sorti »)

Procédures d'antisepsie par niveau de risque

L'antiseptique doit être appliqué sur une peau ou une muqueuse propre. De plus, il est recommandé d'adapter la procédure d'utilisation des antiseptiques en fonction du niveau de risque lié à l'acte de soins.

Niveaux de risque infectieux	Procédures
Bas	Antisepsie en 1 temps : 1 application d'antiseptique
Intermédiaire	Antisepsie en 2 temps : 2 applications d'antiseptique
	Antisepsie en 4 temps :  Détersion  Rinçage  Séchage  1 application d'antiseptique
Haut	Antisepsie en 4 temps :  Détersion  Rinçage  Séchage  2 applications d'antiseptique

Pour les actes de soins les plus à risque, l'étape de déterision de la peau avec un savon a notamment pour objectif d'éliminer les matières organiques et favoriser ainsi l'action de l'antiseptique utilisé ultérieurement.