PLAISIR
Manuel de référence - CH

EROS
Montréal

1.1 Un système d'information tridimensionnel

1.2 Un système répondant aux besoins d'information des preneurs de décisions à tous les niveaux

1.3 Un système d'information standardisé mais centré sur les besoins du résidant individuel

1.3.1 Liste des standards en Suisse

1.4 Méthode

1.5 Gestion de la base de données PLAISIR

1.6 Assurance de la qualité des données

Un système d'information tridimensionnel

Le système PLAISIR est un système d'information clinico-administratif sur les résidants dans les établissements médico-sociaux.

Le système recueille deux types de données regardant le résidant :

- son profil bio-psycho-social;
- son profil de services requis en soins infirmiers et d'assistance.

Accessoirement, on recueille aussi quelques données socio-démographiques sur le résidant ainsi que son profil de ressources **utilisées** en réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) et en médecine. *

Les données recueillies sont entrées dans l'ordinateur et celui-ci, à partir du profil des services infirmiers et d'assistance requis par le résidant d'une part, et d'une pondération de chacune des actions de soins en terme du temps requis pour l'exécuter d'autre part, calcule le profil de ressources infirmières et d'assistance requises par le résidant.

Le système permet donc une représentation tridimensionnelle du résidant :

- bio-psycho-sociale, en terme de maladies, déficiences, incapacités et handicaps;
- en terme de services requis pour répondre aux besoins bio-psycho-sociaux;
- en terme de ressources requises (mesurées en temps) pour donner les services requis.

Ces trois dimensions correspondent au modèle de Donabedian.

---

* La détermination routinière des ressources **requises** en médecine et en réadaptation à partir du profil des services médicaux et de réadaptation requis par le résidant coûterait trop cher. Aussi se limite-t-on à recueillir son profil de ressources **utilisées**.

Un système répondant aux besoins d'information des preneurs de décisions à tous les niveaux

Le système permet de qualifier et de quantifier la lourdeur des résidants dépendants demeurant pour des durées plus ou moins longues (pour bon nombre d'entre eux, jusqu'à la fin de leurs jours) en institution. *

Cette information est utile aux preneurs de décisions de tous les niveaux :

- **à l'infirmière-chef d'unité** de soins pour surveiller la qualité des soins donnés dans son unité et pour gérer son personnel en fonction des besoins de ses résidants.
- **à la direction des soins infirmiers** et la direction générale des établissements pour surveiller la qualité des soins dans leur établissement, allouer les ressources aux différentes unités de soins en fonction de la lourdeur de leurs résidants, et contrôler les admissions dans leurs différentes unités de soins pour atteindre par exemple des objectifs d'équilibre entre l'offre et la demande de soins, ou d'homogénéité (hétérogénéité) des résidants des différentes unités de soins.
- dans un système de soins où les admissions en EMS sont coordonnées, **au bureau de coordination** pour décider dans quel établissement sera admis quel résidant.
- **aux payeurs** pour allouer équitablement les ressources en fonction des besoins des résidants.
- **aux planificateurs et programmeurs** pour organiser maintenant et pour demain les ressources destinées aux personnes dépendantes en fonction des besoins de la population.

---

* À noter cependant qu'il existe une variante du système PLAISIR applicable aux hôpitaux de soins de courte durée; y compris les unités de soins intensifs (réanimation).

1.3 Un système d'information standardisé mais centré sur les besoins du résidant individuel

Un système d'information standardisé mais centré sur les besoins du résidant individuel

Le système PLAISIR part du principe de base qu'à tous les niveaux, la prise de décision doit être orientée par les besoins de chacun des résidants plutôt que par les ressources globalement disponibles.

Il opérationnalise ce principe de base en faisant le focus sur les services **requis** par le résidant plutôt que sur les services qui lui sont donnés.

On appelle services requis les soins infirmiers et d'assistance[1] (professionnels et non professionnels) requis par le résidant pour combler ses besoins d'aide. Les besoins d'aide du résidant sont évalués par le (les) professionnel(s) en fonction :

- de la perception de ses propres besoins d'aide que le résidant (et sa famille) communique au(x) professionnel(s);
- du profil bio-psycho-social du résidant et de l'histoire de ce profil.

Les professionnels forgent à partir de là leur perception des besoins d'aide du résidant. Sur cette base, ils déterminent les services requis par le résidant. Cette détermination est influencée par leur philosophie des soins qui se traduit en un certain nombre de règles, normes, standards professionnels qui spécifient de façon plus ou moins précise selon le cas, la façon de répondre aux différents besoins d'aide.

Les soins donnés ne correspondent pas toujours aux soins requis tels que nous venons de les définir, et ce en raison du manque de ressources, ou d'une mauvaise évaluation des besoins d'aide du résidant, ou encore des règlements de l'établissement. Ainsi, le personnel infirmier peut n'aider le résidant à marcher qu'une seule fois par jour (soins donnés) alors que les standards de qualité exigeraient (soins requis) qu'il reçoive de l'aide pour la marche trois (3) fois par jour afin d'activer sa circulation et d'éviter l'atrophie musculaire de ses membres inférieurs. Au niveau du FRAN, on indiquera donc l'action de soins, "***marcher avec aide***" à 10h. - 15h. - 20h. "***tous les jours***", plutôt que "***marcher avec aide***" à 15h. "***tous les jours***".

Comme on l'a dit plus haut, la philosophie des soins de même que les normes et standards professionnels qui en dérivent, influencent la détermination de ce qui est requis. Et cette philosophie, normes et standards varient d'un établissement à l'autre. Il en résulte que si on n'encadre pas la détermination de ce qui est requis par des règles, le requis d'un même client (en terme de services et conséquemment en terme de ressources) varierait d'un établissement à l'autre. Ceci pose un problème important d'équité si les résultats des évaluations PLAISIR sont utilisés pour répartir une enveloppe globale entre différents programmes ou établissements, en fonction des ressources requises par leurs résidants.

Ainsi, il est donc nécessaire de définir des standards de soins auxquels doivent adhérer tous les établissements **pour le propos des évaluations PLAISIR**.

Ces standards sont proposés pour guider les infirmières qui évaluent les soins infirmiers et d'assistance requis par le résidant. Leur caractère n'est pas prescriptif mais seulement indicatif d'une moyenne dont l'infirmière peut dévier pourvu qu'elle **justifie** cette déviation en se fondant sur la particularité des besoins du résidant qu'elle évalue. Ainsi donc, chaque fois que l'infirmière évaluatrice utilisera pour une action de soins une fréquence ou une intensité différente de la fréquence ou intensité standard de cette action, elle devra en expliquer le pourquoi dans le FRAN papier ou l'eFRAN.

On notera enfin que si l'adhésion de tous aux mêmes standards est une condition nécessaire pour assurer l'équité dans l'allocation des ressources, il n'en reste pas moins vrai que chaque établissement pourra au moment de disposer de ces ressources pour dispenser des soins aux résidants, se donner ses propres standards qui seront éventuellement différents des standards généraux. Il est cependant certain que ces standards propres seront contraints par les ressources allouées à l'établissement sur la base des standards généraux. C'est le prix à payer pour atteindre l'équité dans l'allocation des ressources.

À remarquer aussi, qu'à l'occasion de l'application du système PLAISIR en Suisse, en Belgique et en Allemagne des comités d'infirmières de ces trois pays ont défini des standards de soins qui correspondent à leurs pratiques respectives et qui sont différents entre eux et différents des standards québécois. Enfin, il est important de préciser que l'utilisation de standards de soins communs à tous les établissements d'un pays ou d'une région ne s'impose que dans le cas d'une application **collective** du système PLAISIR. Un établissement qui implanterait le système seulement pour ses besoins interne d'information pourrait fort bien utiliser ses propres standards de soins. Mais même dans un tel cas, une certaine uniformisation est nécessaire; en effet, si l'on veut pouvoir comparer entre elles les unités de soins de l'établissement, il faut ici aussi que toutes adhèrent aux mêmes standards de soins. Donc, même dans un tel cas, on ne peut faire l'économie d'une explicitation et formalisation des standards de soins de l'établissement à moins de faire son deuil des comparaisons entre unités de soins.

On trouvera à l'item **"Liste des standards"** ceux retenus pour l'application du système PLAISIR en Suisse.

---

[1] Soins effectués par les aides.

1.3.1 Liste des standards en Suisse

Liste des standards

Standards	Particularités du résidant
HUMIDIFICATEUR	
Deux (2) fois par 24 heures.	Le résidant requiert un humidificateur 24/24 heures.
SOINS DE TRACHÉOTOMIE (peau, canule, pansement, cordon)	
Une (1) fois par 24 heures.	Le résidant a une trachéotomie.
HYDRATATION	
Minimum deux (2) fois par jour.	Aucune particularité.
INCONTINENCE FÉCALE	
Une (1) fois par service de travail (non à chaque tournée).	Uniquement pour le résidant qui souille continuellement les culottes jetables, les serviettes ou les piqués.
CONDOM	
Une (1) fois par jour.	Le résidant a un condom 24 heures par jour.
SOINS DE SONDE VÉSICALE	
Deux (2) fois par jour.	Aucune particularité.
SOINS D'HYGIÈNE	
Toilette partielle: six (6) jours par semaine.	Aucune particularité.
Toilette complète: un (1) jour par semaine.	Aucune particularité.
Toilette complète: trois (3) jours par semaine.	Le résidant est jeune et en psychiatrie.
Toilette complète: tous les jours.	Le résidant est alité.

SHAMPOING/RINÇAGE

Une (1) fois par semaine.	Aucune particularité.

MANUCURE

Une (1) fois par semaine.	Aucune particularité.

PÉDICURIE

Une (1) fois par semaine.	Aucune particularité.

RASAGE DE LA BARBE

Tous les jours.	Le résidant est de sexe masculin et ne présente aucun problème cutané.

BROSSAGE DE DENTS

Deux (2) fois par jour.	Aucune particularité.

MARCHER AVEC AIDE

Trois (3) fois par jour.	Le résidant est susceptible d'atrophie musculaire des membres inférieurs.

FRICTIONS MASSAGE ET INSTALLATIONS

Huit (8) fois par jour.	Le résidant est alité.

EXERCICES MUSCULAIRES PASSIFS ET/OU ACTIFS

Une (1) fois par jour.	Le résidant est mobile et est susceptible d'atrophie musculaire et/ou de problèmes circulatoires.
Deux (2) fois par jour.	Le résidant est alité ou ne circule pas.

EXERCICES MUSCULAIRES STRUCTURÉS

Deux (2) fois par jour.	Le résidant présente un problème physique et bénéficierait d'un programme de réadaptation.

ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES

Trois (3) fois par semaine.	Aucune particularité.

ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES

Deux (2) fois par semaine.	Le résidant présente un problème pour lequel il bénéficierait d'activités thérapeutiques individuelles ou de groupe.

SORTIE SOCIO-THÉRAPEUTIQUE

Une (1) fois par semaine.	Le résidant présente un problème pour lequel il bénéficierait d'une sortie socio-thérapeutique.

OBSERVATION

Minimum une (1) fois par nuit.	Le résidant ne requiert aucun soin de nuit.

Méthode

L'outil de base du système PLAISIR est le **formulaire FRAN**. Ce formulaire existe sous forme papier et sous forme électronique. La forme électronique qui émule la forme papier s'appelle eFRAN. Le formulaire permet de recueillir des données très détaillées sur le résidant: son profil bio-psycho-social et certains services qu'il reçoit et son profil de services infirmiers et d'assistance requis durant les 7 derniers jours.

Le formulaire FRAN est rempli par une infirmière-évaluatrice. Il n'est pas nécessaire que celle-ci connaisse le résidant. Pour remplir le FRAN, l'infirmière-évaluatrice se réfère :

- au dossier du résidant (notes d'observation correspondant aux 7 jours d'évaluation);
- à son plan de soins (si les données sont à jour);
- au(x) cahier(s) de traitement(s) ou d'analyse(s);
- au(x) cahier(s) de technique(s) de l'établissement;
- aux standards de soins du système PLAISIR;
- à toute autre source de référence.

Elle interrogera aussi les membres du personnel infirmier en charge du résidant, le résidant, et si le besoin s'en fait sentir, les autres professionnels. Selon la complexité des cas, une évaluatrice peut évaluer de 5 à 8 résidants **par jour**.

Les formulaires remplis sont envoyés au centre de traitement par la poste (forme papier) ou par internet (forme électronique). Là, les données des FRANs sont soumises à un prétraitement informatique pour détecter, d'entrée, les données manquantes, les réponses impossibles et les réponses incohérentes ou improbables. L'ordinateur produit alors un extrant qui est une version compacte mais exhaustive du contenu du FRAN, accompagnée de messages signalant les données qui méritent une attention particulière. Cette version compacte du FRAN est appelée IMPFRAN.

Les IMPFRANs sont alors soumis à une infirmière-relectrice qui est une spécialiste de la vérification des FRANs. Celle-ci relit l'IMPFRAN pour détecter les données manquantes, les erreurs patentes, les données douteuses. Suite à cette relecture, l'infirmière-relectrice contacte par téléphone l'établissement où se trouve le résidant concerné et interroge le(s) soignant(s) ou l'évaluatrice pour en arriver à compléter et corriger l'IMPFRAN du résidant. Selon la complexité des cas, une infirmière-relectrice peut traiter de 2 à 6 IMPFRANs **par heure**.

La relecture terminée, les corrections et modifications sont apportées au FRAN original et celui-ci est maintenant prêt pour traitement en vue de la production des différents extrants du système PLAISIR.

Gestion de la base de données PLAISIR

Nous nous situerons maintenant du point de vue d'un établissement qui utilise régulièrement le système PLAISIR pour l'évaluation de sa population de résidants et nous expliquerons comment cet établissement met à jour sa banque de données PLAISIR.

Quand un établissement commence à utiliser le système PLAISIR, il procède à l'évaluation PLAISIR de **tous** ses résidants. Cette évaluation doit être réalisée dans la plus courte période de temps possible pour obtenir un portrait des résidants de l'établissement **à un moment précis dans le temps**. Cependant, le nombre des infirmières-évaluatrices est limité et comme une évaluatrice ne peut évaluer que de 5 à 8 résidants par jour, il est évidemment impossible d'évaluer tous les résidants d'un établissement le même jour. Aussi, la période d'évaluation dans un établissement pourra aller de quelques jours à quelques semaines. Ceci ne pose pas réellement de problèmes, l'état des résidants des établissements utilisant PLAISIR étant relativement stable, on pourra quand même considérer qu'on dispose, au bout du processus, d'une image ponctuelle des besoins des résidants de l'établissement. On datera (par exemple, dans les extrants du système PLAISIR) cette observation **du mois et de l'année** pendant lesquels la majorité sinon toutes les évaluations ont été réalisées: par exemple : 08 - 2010. Le même principe s'applique lors de la mise à jour de la base de données.

Une fois constituée la première image de sa clientèle, l'établissement met à jour celle-ci à la fréquence qui lui convient le mieux. Différentes considérations peuvent entrer en ligne de compte dans la détermination de cette fréquence, essentiellement des considérations de coûts et bénéfices. Cela coûte plus cher de mettre à jour la banque de données plus souvent mais par contre, l'établissement qui fait une utilisation intensive des données PLAISIR au niveau clinique ou administratif voudra disposer en tout temps d'une image à jour de ses résidants. Il n'y a donc pas de règle générale quant à la fréquence de mise à jour.

Lors d'une mise à jour, on ne réévalue pas tous les résidants, mais seulement ceux dont l'***"état"*** a changé ou qui ont été admis depuis la dernière mise à jour de la base de données. On en profite aussi pour enlever de la base de données les dossiers des résidants qui sont partis (transferts, décès).

En Suisse, dans les quatre cantons romands, le mode d'opération général est d'évaluer le résidant une première fois entre la 3e et la 8e semaine de son entrée dans l'établissement, et ensuite de le réévaluer à chaque changement de son état, "à la hausse" comme "à la baisse". Cette façon de faire est connue sous le nom d'"évaluation continue". S'y ajoute une procédure de mise à jour continue de la banque au gré des départs et des décès.

La constitution de la base de données initiale et ses mises à jour subséquentes sont encadrées par des règles strictes qui visent à garantir la confidentialité et l'intégrité des données du système d'information.

1.6 Assurance de la qualité des données

Assurance de la qualité des données

De nombreuses dispositions ont été prises pour assurer la qualité des données recueillies par le système PLAISIR.

À la clé du processus d'évaluation, on trouve bien entendu l'infirmière-évaluatrice. Celle-ci appartient en général à l'établissement concerné et à priori, elle n'a jamais fait d'évaluation sous un format et selon une procédure similaires à ceux du système PLAISIR. Elle doit donc être formée à la réalisation des évaluations PLAISIR. Sa formation est réalisée en deux étapes. La première étape consiste en une **formation de groupe** (maximum d'une douzaine de personnes) qui dure trois jours. Cette formation consiste essentiellement en l'étude du FRAN, rubrique par rubrique. Ce processus s'appuie sur le manuel de référence du système. Cette formation théorique est suivie d'un exercice pratique à l'occasion de laquelle les *"étudiantes"* évaluent avec le FRAN, un résidant fictif.

La seconde étape du processus consiste en une **formation individuelle sur le terrain** qui dure deux jours. Cette formation est réalisée de la manière suivante.

À la suite de la formation en groupe *"en classe"* de 3 jours, l'*"étudiante"*-évaluatrice retourne dans son établissement et procède à 8 évaluations PLAISIR. Une formatrice se rend alors la rencontrer dans l'établissement. La formatrice tire au hasard 3 résidants parmi les 8 évalués par l'étudiante et les réévalue indépendamment de celle-ci. Ensuite, elle rencontre l'étudiante et confronte ses évaluations avec celles de l'étudiante. Finalement, elle *"relit"* avec l'étudiante les évaluations restantes. Ce processus dure une journée. Il est alors demandé à l'étudiante de procéder à 8 nouvelles évaluations. Lorsque celles-ci sont terminées, la formatrice retourne dans l'établissement et refait le même processus.

Le **processus de relecture** (desk-review) des évaluations permet quant à lui, entre autres choses, d'identifier les évaluatrices *"problèmes"* auxquelles on offre ce qu'on appelle des *"suivis de formation"*, soit en groupe, soit individuellement. Le format de ces suivis est variable. Il dépend des problèmes détectés. Sont aussi prévues des *"sessions de rafraîchissement"* qui s'adressent aux évaluatrices formées mais qui n'ont pas réalisé d'évaluation durant une longue période (un an et plus).

Le nombre des évaluatrices formées est intentionnellement limité. Quand on a commencé à utiliser le système en 1984, on s'était fixé comme objectif de former au plus une évaluatrice par 100 lits, et ce pour s'assurer que chaque évaluatrice réalise annuellement un nombre d'évaluations suffisant pour ne pas perdre la main. À l'expérience, on constate qu'on a formé en moyenne une évaluatrice par approximativement cinquante lits et on a pu vérifier en pratique que ce nombre était, dans le cas de la plupart des évaluatrices, suffisant pour garantir une bonne qualité des données. La formation de ce nombre d'évaluatrices plus grand que prévu s'explique par la petite taille de bon nombre d'établissements et par le fait que dans certains établissements la direction voulait que chaque infirmière-chef d'unité de soins, soit responsable des évaluations dans son unité.

Un des éléments clé du processus d'assurance de la qualité des données est bien entendu la relecture (desk-review) de toutes les évaluations et leur éventuelle *"correction"* à la suite d'un contact téléphonique avec l'évaluatrice/les soignants du résidant concerné. Le caractère dual des évaluations PLAISIR est aussi d'une grande importance dans le processus de relecture; en effet, le FRAN permet de recueillir deux portraits du même résidant: son profil bio-psycho-social et son profil de services infirmiers et d'assistance requis. Une relectrice expérimentée détecte rapidement la présence d'incohérence entre ces deux portraits ce qui lui permet de préciser les questions qu'elle posera lors de son contact téléphonique avec l'évaluatrice ou les soignantes. Il est aussi important de noter que lors de la relecture de l'IMPFRAN d'un résidant qui avait déjà été évalué avec le système PLAISIR dans le passé, l'infirmière relectrice confronte toujours son IMPFRAN courant avec son dernier IMPFRAN. Cette confrontation est aussi précieuse pour détecter des incohérences. À remarquer

enfin que l'expérience est importante dans un tel système de vérification des données. Certaines relectrices ont relu depuis 1984, plusieurs dizaines de milliers d'IMPFRANs, ce qui les aide considérablement dans leur tâche.

Le processus de relecture-correction est aussi un processus de formation continue des évaluatrices puisqu'à l'occasion de leurs contacts téléphoniques avec les relectrices, elles sont informées de leurs erreurs et omissions. Par ailleurs, ce sont les mêmes infirmières qui sont en charge de la relecture et de la formation des évaluatrices. Elles ont donc une bonne connaissance des rubriques du FRAN qui posent le plus de problèmes aux évaluatrices et peuvent donc y consacrer plus d'attention lors des sessions de formation. Enfin, ce sont aussi ces mêmes infirmières relectrices qui pilotent le processus de révision/mise à jour du système PLAISIR (formulaire et manuel de référence). Ayant une bonne connaissance des problèmes rencontrés dans l'utilisation du système, elles sont donc en mesure de proposer des solutions pertinentes pour y remédier.

Au processus (microscopique) de relecture des IMPFRANs, s'ajoute la relecture (macroscopique) des extrants du système PLAISIR. Cette dernière étape permet éventuellement de détecter des biais systématiques qui seraient passés inaperçus au niveau de la relecture des évaluations individuelles. Dans ce processus de relecture des extrants, on compare aussi toujours les extrants courants d'un programme ou établissement avec ses derniers extrants.

Autres éléments importants dans l'assurance de la qualité des données, les standards de soins dont il a été question à la section **"Un système d'information standardisé mais centré sur les besoins du résidant individuel"** et qui sont une condition nécessaire pour l'homogénéité des évaluations et le manuel de référence qui donne une définition précise et détaillée de chacune des rubriques du FRAN. Chaque évaluatrice a ce manuel constamment à sa disposition dans le eFRAN ou sous format papier.

Enfin, dans les très rares cas où il apparaît à la relecture que toutes ces mesures s'avèrent insuffisantes pour assurer la validité des données, reste la procédure exceptionnelle de la vérification des évaluations sur le terrain par des infirmières extérieures à l'établissement, en général des infirmières-formatrices-relectrices qui sont en charge du système PLAISIR.

Voir aussi 1.3 Un système d'information standardisé mais centré sur les besoins du résidant individuel

Liste des sections du profil bio-psycho-social

A. Détails sur l'évaluation
B. Thérapie de réadaptation
C. Soins infirmiers de réadaptation reçus
D. Traitements particuliers reçus
E. Visites médicales
F. Diagnostics - problèmes
G. Mobilité physique
H. Facteur(s) déterminant la diminution ou la perte de mobilité
I. Diminution ou perte de la capacité d'usage d'un (des) membres(s)
J. Compensation(s)
K. Indépendance pour les AVQ
L. Vécu occupationnel
M. Utilisation des moyens physiques et chimiques de protection
N. Contacts avec l'extérieur
O. Intégration sociale
P. Fonctions psychologiques et sensorielles
Q. Problèmes psychologiques
R. Orientation
S. Réadaptation psychiatrique

Règles générales de classement pour les dimensions

G MOBILITÉ PHYSIQUE
K INDÉPENDANCE POUR LES A.V.Q.
L VÉCU OCCUPATIONNEL
O INTÉGRATION SOCIALE
R ORIENTATION

1. On classera la personne en regard de ses capacités personnelles augmentées d'aide(s) mécanique(s) et/ou d'appareil(s) spécial(aux) réellement utilisé(s) (exemple: canne, lunette, cadre de marche, fauteuil roulant, ...) et, dans le cas particulier de l'orientation, augmentées de l'usage effectif de médicament(s).

2. On classera la personne selon son degré réel de mobilité physique, d'indépendance pour les A.V.Q., d'intégration sociale et d'orientation, de même selon son vécu occupationnel actuel **et non en fonction du potentiel qu'on voudrait bien lui attribuer**.

3. Une réduction occasionnelle, au moment de la collecte de données, de la mobilité physique et/ou de l'intégration sociale, et/ou une dépendance occasionnelle pour les A.V.Q. et/ou pour l'orientation de même qu'une expérience occasionnelle moins favorable au niveau du vécu occupationnel de la personne ne devraient pas empêcher le classement de cette dernière dans une catégorie moins désavantageuse correspondant à son état habituel (i.e. catégorie ayant un code moins élevé).

4. Les cinq dimensions (mobilité, A.V.Q., occupation, intégration, orientation) s'appliquent à tous les individus et les catégories décrivant chacune des dimensions sont mutuellement exclusives. Ceci implique qu'une catégorie et une seule doit être retenue pour chacune des dimensions pour tous les résidants. Devant un doute dans le classement de la personne entre deux catégories d'une dimension, on retiendra la catégorie la moins favorable (i.e. ayant le code le plus élevé).

Copyright EROS 1993 - 2011

Description

Évaluateur

- Il s'agit de la personne qui procède à l'évaluation PLAISIR du résidant. Il suffit de cliquer sur "évaluateur" ou d'utiliser la flèche pour voir la liste des évaluateurs et sélectionner votre nom. Les évaluateurs aptes à procéder aux évaluations sont identifiés à la section "configuration de l'établissement" du logiciel.

Date de l'évaluation

- La date correspond à celle du jour où **l'évaluation est commencée**, elle demeure la même, même si l'évaluation est terminée 2 jours plus tard. Les 7 jours d'observation correspondent toujours aux sept jours précédant la date de l'évaluation. Par exemple, si la date de l'évaluation est le 8 juillet, les 7 jours d'observation seront du 1er au 7 juillet inclusivement. Ces journées d'observation sont indiquées en vert à droite.

- Il n'est pas possible de modifier la date de l'évaluation pour revenir à une date antérieure à celle du jour où l'évaluation est commencée.

Observation faite pour

- L'observation doit normalement couvrir une période de 7 jours. S'il existe des résidants qui s'absentent de l'établissement, **de façon régulière**, une ou deux journées par semaine (ex.: congé de fin de semaine), pour ceux-ci, l'observation portera seulement sur leurs journées de présence habituelle durant la semaine. Dans un tel cas, il est donc demandé d'inscrire le nombre de jours (par exemple 5) sur lesquels portera l'observation. Pour toutes les évaluations portant sur un nombre de jours inférieur à 7, il faudra en indiquer la raison, le jour et l'heure habituels de départ et le jour et l'heure de retour. En ce qui a trait aux résidants qui, durant la période d'observation, auront dû s'absenter **exceptionnellement**, on évaluera la quantité de soins qu'ils nécessitent pour la (les) journée(s) d'absence en fonction de la moyenne des soins généralement requis cette (ces) journée(s)-là. Dans un tel cas, l'observation portera donc sur 7 jours.

B. Thérapie de réadaptation

Description

On entend par thérapie de réadaptation les services **reçus** de physiothérapie, d'ergothérapie et/ou d'orthophonie. Ces services sont donnés dans le but de maintenir ou d'augmenter les capacités ou les fonctions physiques, psychologiques ou sociales.

Indications

Cochez "non" si le résidant **n'a pas reçu** de services de réadaptation pendant la semaine d'observation ou n'en reçoit pas de façon régulière.

Cochez "oui" si le résidant **a reçu** dans la semaine d'observation ou reçoit régulièrement des services de réadaptation. Ensuite, spécifiez le nombre de minutes reçues par semaine de chaque thérapie et le nombre de jours par semaine où les thérapies ont été reçues.

Si la fréquence d'un service est moindre qu'une fois par semaine, par exemple une fois par deux semaines, on inscrira dans la case "nombre de minutes/semaine", le nombre de minutes reçues aux quinze jours **divisé par 2**, et on sélectionnera "Régulier aux 2 semaines" dans la case "nombre de jours/semaine" et ce, **que le résidant ait reçu ou non le service durant la dernière semaine**. On utilisera le même principe pour des services reçus au mois (minutes et jours à diviser par 4).

C. Soins infirmiers de réadaptation reçus

Description

Par soins infirmiers de réadaptation, on entend toute intervention effectuée par le personnel infirmier dans le but **d'augmenter l'indépendance** du résidant pour une ou plusieurs des activités de la vie quotidienne. Il peut s'agir aussi d'interventions effectuées par le personnel infirmier dans le but de **maintenir l'autonomie** du résidant. Par exemple, le résidant présentant des déficits cognitifs qui éprouve des difficultés à accomplir certaines AVQ; l'orienter, l'encourager, le superviser mais lui **laisser faire** l'activité sont des interventions infirmières de réadaptation qui permettent le maintien de l'indépendance.

Les catégories d'activités pour lesquelles un entraînement peut être reçu par le résidant sont les suivantes:

- l'alimentation;
- l'élimination (utilisation des toilettes, vase de lit, urinal, rééducation vésicale);
- les soins d'hygiène et l'habillement;
- les déplacements (marche, utilisation autonome d'un fauteuil roulant) et la mobilisation au lit;
- les transferts.

Indications

Cochez "non" si le résidant n'a pas reçu de soins infirmiers de réadaptation.

Cochez "oui" si le résidant a **reçu** dans la période d'évaluation, des soins infirmiers de réadaptation et indiquez , vis-à-vis la (les) catégorie(s) d'activités concernée(s), le nombre de jours par semaine où des actions infirmières de réadaptation ont été entreprises.

Exemples

Exemples d'activités infirmières de réadaptation:

- aider, superviser une personne dans l'apprentissage de l'utilisation d'ustensiles adaptés;
- encourager, superviser une personne avec des déficits cognitifs à s'alimenter seule. Lui suggérer d'utiliser les ustensiles, l'orienter dans les étapes à suivre mais la laisser manger seule;
- amener un résidant incontinent aux toilettes à des heures régulières et/ou offrir le vase de lit ou l'urinal afin de le rendre continent;
- aider, superviser un résidant dans l'apprentissage d'instruments adaptés visant à augmenter son autonomie pour les soins d'hygiène (gant de toilette et brosse à dents adaptés par exemple);
- orienter, superviser le résidant présentant des déficits cognitifs à chaque étape de l'habillement. Lui laisser choisir ses vêtements, lui permettre de s'habiller seul;
- apprendre à un résidant à se déplacer avec un fauteuil roulant (motorisé ou non). Le superviser et corriger sa technique au besoin;
- apprendre à un résidant à se mobiliser dans son lit en utilisant, par exemple, les ridelles de lit ou un trapèze;
- apprendre à un résidant à faire ses transferts du lit au fauteuil, du fauteuil au lit, du fauteuil aux toilettes. Le superviser et corriger sa technique.

D. Traitements particuliers reçus

Définitions

Ci-dessous la définition de chacun des traitements particuliers.

Chimiothérapie

- inclut toute forme de traitement (incluant les médicaments) donnée par toutes les voies d'accès possibles, dans l'établissement ou à l'extérieur.

Radiothérapie

- inclut tous les types de radiothérapie donnés à l'intérieur ou à l'extérieur.

Inhalothérapie (physiothérapie respiratoire)

- inclut toutes les thérapies respiratoires données par l'inhalothérapeute (physiothérapeute) telles: exercices physio-respiratoires, aérosol, autres.

Dialyse

- inclut la dialyse péritonéale, l'hémodialyse, l'hémofiltration; que le traitement soit fait dans l'établissement ou à l'extérieur.

Transfusion

- inclut les transfusions de sang ou de dérivés du sang.

Alimentation parentérale

- inclut l'administration d'une solution hypertonique de glucose, d'acides aminés, d'électrolytes et d'eau dans un gros vaisseau du corps (ex.: sous-clavière).

Ulcère de stase (variqueux)

- lésion ouverte, habituellement au niveau des membres inférieurs, causée par une insuffisance veineuse chronique ou une insuffisance vasculaire périphérique.

Ulcère de pression (escarre)

- nécrose des tissus, au niveau d'une proéminence osseuse, causée par la friction ou la pression. On parle aussi de plaie de lit, d'ulcère de décubitus.
- 1° et 2° degré: rougeur, abrasion ou phlyctène.

Ulcère de pression (escarre)

- nécrose des tissus, au niveau d'une proéminence osseuse, causée par la friction ou la pression. On parle aussi de plaie de lit, d'ulcère de décubitus.
- 3° et 4° degré: destruction de la peau et des tissus mous sous-jacents.
- Atteinte des muscles, des tendons et des os au niveau 4.

Soins pédieux

- inclut le traitement des durillon, verrue plantaire, callosité, ongle incarné et fissure entre les orteils. Le traitement peut être effectué par les soins infirmiers ou par un spécialiste ne faisant pas partie des soins infirmiers, par exemple le pédicure.

Indications

Cochez "non" si le résidant n'a pas reçu de traitements particuliers.

Cochez "oui" si le résidant a reçu **dans les sept jours d'évaluation** ou s'il reçoit **régulier au moins une fois aux quinze jours** l'un des traitements particuliers de la liste.

Par la suite, cochez si le traitement est reçu dans l'établissement (INT) ou dans un autre établissement (EXT) que celui où il est hébergé.

Pour les traitements **d'ulcère de stase** et les **escarres** indiquez seulement si le traitement a été reçu.

Pour les **soins pédieux**, cochez "S.I." si le traitement est effectué par les soins infirmiers de l'établissement et "Péd." si le traitement est effectué par une personne extérieure à l'établissement (pédicure, infirmière spécialiste des soins de pieds, podologue, etc.). S'il arrivait que le résidant soit vu **dans la semaine** ou **régulier aux quinze jours** par le spécialiste et que l'infirmière doit compléter le traitement (pansement ou autre) dans la semaine, les deux professionnels peuvent être cochés. Le problème doit obligatoirement être identifié.

E. Visites médicales

Description

Il s'agit ici de visites médicales (médecin, spécialiste tel le psychiatre) **reçues habituellement** par le résidant par semaine, mois ou année.

Indications

Cochez "aucune visite médicale" si le résidant ne reçoit pas de visites régulières.

Sinon, inscrivez la fréquence habituelle des visites soit par semaine, par mois ou par année. Si le résidant est vu par le médecin et par le psychiatre, précisez les fréquences habituelles de chacun.

Description

Les diagnostics et problèmes dont il est question ici sont des diagnostics et problèmes **actifs**, soit qu'ils correspondent à des **maladies ou problèmes chroniques** qui affectent de façon permanente le résidant, soit qu'ils correspondent à des **maladies ou problèmes aigus** présents dans les sept jours d'évaluation, soit qu'ils correspondent à des **maladies/problèmes passés** mais dont les **séquelles affectent présentement** le résidant.

Indications

Recherchez ou sélectionnez dans la liste les diagnostics et problèmes qui s'appliquent au résidant. Le nombre de diagnostics et problèmes qui peut être identifié pour un résidant est limité à 25. Indiquez leur **ordre d'importance** (le 1° étant le diagnostic ou problème le plus important) soit en les sélectionnant d'emblée par ordre d'importance ou en les classant une fois la sélection terminée.

Description

La mobilité physique se définit comme la capacité de l'individu de se déplacer efficacement dans son environnement. Pour mesurer cette capacité, on tient compte de l'usage autonome de compensations de type mécanique (prothèse, orthèse, canne, cadre de marche, fauteuil roulant, etc.) **mais non de l'aide apportée par autrui**. Le principal critère retenu pour mesurer la mobilité du résidant est son **aire de déplacement**, c'est-à-dire la "distance" à laquelle il peut s'éloigner d'un point de référence, en l'occurrence son lit (une fois levé) ou son fauteuil. L'aire de déplacement d'une personne peut varier avec son âge et son sexe. Dans le cas des personnes vivant en établissement, on considérera donc comme aire normale de déplacement, l'aire de déplacement habituelle des personnes du même groupe d'âge-sexe. Dans l'échelle qui suit, les trois premières catégories correspondent à une aire de déplacement normale alors que les catégories suivantes correspondent à une aire de déplacement allant se rétrécissant progressivement.

Indications

Cochez la catégorie que vous aurez retenue comme étant celle décrivant le mieux la mobilité physique du résidant évalué. Les catégories étant **mutuellement exclusives**, vous devez en **retenir une et une seule**.

Définitions

Pleine mobilité

Cette catégorie regroupe les personnes qui ont une aire de déplacement normale à l'exclusion des personnes des catégories "Mobilité restreinte occasionnellement" et "Mobilité déficiente (lenteur)".

Mobilité restreinte occasionnellement

Cette catégorie concerne les personnes présentant des **incapacités intermittentes** (cours fluctuant de la maladie, par exemple, dans le cas d'arthrite rhumatoïde ou d'ostéoarthrose, personnes bronchitiques limitées dans leur mobilité en raison de contraintes climatiques temporaires, personnes souffrant d'asthme sévère, ...). **En dehors de ces périodes d'incapacité temporaire, ces personnes ont une aire de déplacement normale**.

Mobilité déficiente (lenteur)

Cette catégorie inclut les personnes dont l'aire de déplacement est normale, sinon qu'elles sont plus lentes dans leurs déplacements en raison, par exemple, de mauvaise vision, d'insécurité, ou en milieu urbain, en raison de difficultés à utiliser les transports publics, **difficultés que la personne parvient néanmoins à surmonter sans l'aide d'autrui dans toutes les circonstances.**

Mobilité réduite

Cette catégorie regroupe les personnes dont la mobilité est réduite en raison, par exemple, de problèmes visuels, d'insécurité, de fragilité, de débilité, de déficiences cardiaques et/ou respiratoires; ou dans une société urbanisée, en raison de leur incapacité de faire usage des transports publics dans toutes les circonstances. Ces personnes peuvent donc se déplacer sans l'aide d'autrui à l'extérieur du voisinage de leur établissement mais **elles ne peuvent aller partout "sans l'aide d'autrui"**. Leur aire de déplacement est donc plus restreinte que l'aire normale.

Mobilité restreinte au voisinage de l'établissement

Cette catégorie regroupe les personnes dont les déplacements indépendants sont **ordinairement** limités au **voisinage de leur établissement**. Les personnes se **déplaçant seules** uniquement **sur le terrain** de l'établissement ou **dans les rues avoisinantes** font partie de cette catégorie.

Mobilité restreinte à l'établissement

Cette catégorie regroupe les personnes qui ne circulent **ordinairement de façon indépendante** qu'à **l'intérieur de leur établissement**, y compris les personnes qui ne peuvent sortir seules de leur lit mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer de façon indépendante (par exemple en fauteuil roulant) dans l'établissement.

Mobilité restreinte à l'étage de la chambre

Cette catégorie regroupe les personnes qui ne se déplacent **ordinairement de façon indépendante** qu'au niveau de **l'étage de leur chambre**, y compris les personnes qui ne peuvent sortir seules de leur lit mais qui, une fois levées, peuvent circuler de façon indépendante (par exemple en fauteuil roulant) à l'étage de leur chambre.

Mobilité restreinte à la chambre

Cette catégorie regroupe les personnes qui ne se déplacent **ordinairement de façon indépendante** qu'à **l'intérieur de leur chambre**, y compris les personnes qui ne peuvent sortir seules du lit mais qu'une fois levées, peuvent se déplacer de façon indépendante dans leur chambre.

Mobilité nulle

Cette catégorie regroupe toutes les personnes **ordinairement confinées au fauteuil ou au lit** et incapables de se déplacer de façon indépendante entre fauteuil et lit.

Notes

Si vous avez retenu la catégorie "Pleine mobilité", passez directement à la section **I**.

Voir aussi J. Compensation(s)

H. Facteur(s) déterminant la diminution ou la perte de mobilité

Description

Si le résidant évalué **n'a pas** une "Pleine mobilité" il y a alors une raison qui diminue son aire de déplacement.

Il s'agit ici d'identifier cette cause, soit de répondre à la question **"Qu'est-ce qui limite le résidant dans ses déplacements?"**

Indications

Cochez le (les) facteur(s) déterminant la diminution ou la perte de mobilité physique.

Retenez **au plus** cinq facteurs déterminants et indiquez leur ordre d'importance (le 1er étant le plus important et le 5e le moins important). Si **un seul facteur** limite le résidant dans ses déplacements, **n'en cochez qu'un**.

Définitions

Ces facteurs peuvent être:

Inhérents au résidant tels:

Aveugle
Cette catégorie regroupe les personnes limitées dans leurs déplacements en raison d'une perte visuelle complète. Les semi-voyants ou les résidants présentant des troubles visuels devraient se retrouver dans la catégorie "Autres".

Obésité

Troubles de l'équilibre

Faiblesse, fragilité

Problèmes psychologiques
Entrent dans cette catégorie, les résidants limités dans leurs déplacements en raison de la gêne, l'anxiété, le manque de motivation de même que les personnes présentant des troubles cognitifs mais **SANS** présenter de problèmes de comportement comme l'agressivité.

Problèmes psychiatriques
Entrent dans cette catégorie, les résidants ayant des problèmes psychiatriques et les personnes présentant des troubles cognitifs **AVEC** des problèmes d'agressivité.

Insuffisance coronarienne ou problème cardiaque

Problèmes respiratoires

Convalescence
Entrent dans cette catégorie les résidants ayant subi une perte récente de leur mobilité pour laquelle il est difficile de prévoir si la récupération sera complète, c'est-à-dire retour à la mobilité antérieure ou non.

Ex.: AVC récent, fracture de la hanche ou du membre inférieur.

Amputation

Déficience(s) musculo-squelettique(s)
Cette catégorie regroupe les personnes présentant une déficience musculo-squelettique, avec ou sans douleur, consécutive à une pathologie telle qu'accident vasculaire-cérébral, sclérose en plaques, parkinson, arthrite, fibromyalgie ou autres.

Phase terminale

Autres (à préciser)
Ex.: diminution de la vue.

Inhérents à l'établissement tels:

Règlements
Entrent dans cette catégorie les résidants qui sont limités dans leurs déplacements par le personnel de l'établissement (contention au fauteuil, unité fermée, bracelet antifugue, etc.).

Barrière(s) architecturale(s)

Autres (à préciser)

Voir aussi G. Mobilité physique

I. Diminution ou perte de la capacité d'usage d'un (des) membres(s)

Description

On parle de **diminution de la capacité d'usage d'un membre** lorsque le résidant a de la **difficulté à faire certains mouvements**. Par exemple, la personne a de la difficulté à lever son bras et se peigner, les mains tremblent ce qui entraîne une difficulté pour attacher les boutons et couper les aliments. La limitation d'un membre n'est pas obligatoirement reliée à une maladie ou une séquelle de maladie. Il peut s'agir par exemple de faiblesse ou d'oedème aux jambes qui limite les mouvements de la personne.

Un résidant est à **risque de chute** s'il a des faiblesses aux jambes qui le font chanceler, des vertiges qui le font vaciller ou tout autre problème qui entraîne des troubles d'équilibre. Un risque de chute **compensé** sera considéré comme une absence de risque de chute. Par exemple, un résidant qui a un problème mais qui ne se déplace pas seul, qui demande toujours l'aide d'une personne n'est plus à risque de chute. Un résidant en fauteuil roulant qui a les capacités physiques et la technique adéquate pour faire ses transferts seul, qui agit de façon sécuritaire, n'est pas à rique de chute.

Indications

Cochez **"non"** si le résidant n'a aucune incapacité et allez au bas du tableau pour identifier si celui-ci a ou non des **risques de chutes**.

Cochez **"oui"** si le résidant a des incapacités. Dans ce cas, sélectionnez au-dessus de l'image le type d'incapacité: **limitation**, **immobilité** ou **amputation** et cochez, dans le tableau, le (les) membre(s) ou partie(s) du corps affecté(s).

Lorsqu'un membre est affecté, par exemple, par une limitation, et ce sur les deux côtés (i.e. à gauche et à droite) ne pas cocher le membre droit (ex.: main droite) et le membre gauche (ex.: main gauche), mais cochez la case regroupant les deux (ex. mains G et D).

Si le résidant est **amputé**, indiquez au bas du tableau s'il reçoit des **soins reliés à son amputation** (pansement) ou non.

J. Compensation(s)

Description

On parle ici de **compensation mécanique utilisée** par le résidant présentant une diminution ou perte de la capacité d'usage d'un ou plusieurs membres ou d'altération de la vision. L'aide d'une personne n'est pas à considérer comme une compensation.

Indications

Cochez la (les) compensation(s) utilisée(s) par le résidant.

Cochez au plus cinq compensations et indiquez leur ordre d'importance (la première étant celle la plus fréquemment utilisée).

Voir aussi I. Diminution ou perte de la capacité d'usage d'un (des) membres(s)

K. Indépendance pour les AVQ.

Description

Le concept d'indépendance pour les **activités de la vie quotidienne** (AVQ) fait référence à la capacité de l'individu de mener à bien, de façon indépendante, les activités de base (hygiène personnelle, alimentation,...) et les activités *"Instrumentales"* de la vie de tous les jours (ménage, repas, ...).

Étant donné qu'il s'agit ici de personnes vivant en institution, **on évaluera plutôt le potentiel de l'individu** que les capacités que lui permet, dans les faits, d'exercer l'environnement institutionnel. Ainsi, il est probable que beaucoup de résidants n'ont pas l'occasion de préparer leur repas dans l'établissement où ils résident. On essaiera cependant de déterminer s'ils pourraient le faire et en cas de réponse positive, on considérera leur capacité pour cette activité équivalente à celle de quelqu'un qui fait réellement cette activité. La détermination de la dépendance **réelle** des résidants est plus difficile dans le cas des activités de base, dans certains établissements où on a tendance à "faire pour" le résidant plutôt qu'à le laisser faire. L'évaluateur se demandera si, en l'absence d'une politique de "faire pour", la personne serait habituellement indépendante pour les activités visées par cette politique, mais il sera attentif à éviter toute idéalisation du potentiel du client.

Indications

Cochez la catégorie que vous aurez retenue comme étant celle traduisant le mieux le degré d'indépendance du résidant pour les A.V.Q. Les catégories étant **mutuellement exclusives**, vous devez en **retenir une et une seule**.

Définitions

Indépendance

Cette catégorie regroupe les personnes indépendantes qui ne requièrent aucune aide mécanique, ni équipement spécial, ni adaptation de l'environnement; s'il y a aide d'autrui, celle-ci ne doit pas être essentielle pour l'accomplissement des A.V.Q. (i.e.: **pourraient s'en passer**).

Indépendance avec aide mécanique

Cette catégorie regroupe les personnes indépendantes mais qui requièrent une aide mécanique ou un équipement spécial (prothèse, orthèse, canne, cadre de marche ou tintébin, fauteuil roulant, ...). Ceux qui disposent de tels aide ou équipement **mais ne les utilisent pas** - et de ce fait ne sont pas indépendants - doivent être affectés à une autre catégorie.

Indépendance avec adaptation / modification de l'environnement

Cette catégorie regroupe les personnes dépendantes vis-à-vis de l'adaptation ou de la modification de leur environnement immédiat. On entend ici des modifications - adaptations courantes, raisonnables: surfaces de travail, largeur des portes, main courante, salle de bain-toilette, ... On classera donc dans cette catégorie un résidant qui **serait indépendant** s'il avait à sa disposition un tel environnement modifié-adapté, ou un résidant qui jouit d'un tel environnement, et, de ce fait, **est indépendant**.

Dépendance situationnelle à autrui

On classera dans cette catégorie les personnes qui éprouvent - ou éprouveraient si elles vivaient seules à domicile - **certaines difficultés** à rencontrer leurs besoins personnels **sans cependant être largement dépendantes de l'aide d'autrui**; qui éprouvent quelques difficultés à se déplacer à l'extérieur de l'établissement, difficultés qui ne peuvent être surmontées qu'avec l'aide d'autrui; qui ont des problèmes modérés d'orientation qui ne peuvent être résolus qu'avec aide d'autres personnes; qui pourraient être indépendantes si elles utilisaient une aide mécanique (prothèse, orthèse, canne, ...) ou un équipement spécial mais ne veulent pas avoir recours à de tels aides - équipements.

Les personnes appartenant à cette catégorie sont dépendantes pour des **besoins prévisibles** se présentant **moins d'une fois par jour** (par exemple: 2 ou 3 fois/semaine).

Dépendance à autrui à intervalles longs (1 fois/24 heures)

Appartiennent à cette catégorie, les personnes qui **dépendent - ou dépendraient si elles vivaient seules à domicile - d'autrui pour rencontrer des besoins prévisibles qui ne se présentent pas plus souvent qu'une fois par vingt-quatre heures**, tels que ménage, approvisionnement, préparation des repas, nettoyage, sécurité, ... Ces personnes ont donc besoin de services de soutien et/ou de supervision **au plus** une fois par 24 heures à des moments **prévisibles**.

Dépendance à autrui plus d'une fois/24 heures mais à des moments prévisibles

Appartiennent à cette catégorie, les personnes qui dépendent d'autrui le matin et le soir, et celles qui nécessitent de l'aide pour combler des besoins qui se manifestent à intervalles courts (aux trois ou quatre heures de jour; aux trois ou quatre heures de jour et occasionnellement de nuit; aux trois ou quatre heures de jour et de nuit), par exemple, hygiène personnelle, alimentation, déplacement dans l'environnement immédiat, transfert, changer la literie, etc. Ces besoins sont cependant **prévisibles et la (les) personne(s) qui aide(nt) ne doit(doivent) pas être disponible(s) en permanence** mais plutôt être présente(s) au côté de l'aidé à des moments précis prévus à l'avance.

Dépendance à autrui à intervalles courts imprévisibles

Appartiennent à cette catégorie, les personnes susceptibles d'avoir besoin d'autrui pour la satisfaction de besoins critiques qui se manifestent à intervalles courts et **imprévisibles** (aller aux toilettes, se lever, etc.); en particulier, les individus fragiles ou mentalement instables qu'il serait potentiellement dangereux de laisser à eux-mêmes. Les personnes appartenant à cette catégorie requièrent **la disponibilité permanente ou quasi-permanente d'autrui ce qui ne signifie pas que cette aide ou supervision sera utilisée**.

On parle de disponibilité quasi-permanente dans le cas des personnes qui peuvent être laissées seules pour de courtes périodes (une heure ou deux).

Dépendance à autrui pour la plupart des besoins

Appartiennent à cette catégorie, les personnes qui requièrent aide et/ou supervision continue (**pas seulement la disponibilité de cette aide ou supervision**, voir catégorie "Dépendance à autrui à intervalles courts imprévisibles") en particulier les individus physiquement déficients requérant quelqu'un pour répondre à **la plupart** de leurs besoins de base et/ou pour prendre soin d'eux en regard des fonctions quotidiennes; ou les personnes suffisamment séniles, confuses ou mentalement déficientes pour requérir un tel niveau de soins. Certaines de ces personnes peuvent être laissées seules pour de courtes périodes (une heure ou deux).

Dépendance à autrui pour tous les besoins

Appartiennent à cette catégorie, les individus **qui requièrent de l'aide** 24 heures sur 24 **pour tous leurs besoins**: hygiène personnelle, alimentation, élimination, habillement, etc.

Description

Ce concept fait référence à la capacité de l'individu d'utiliser son temps de manière appropriée pour une personne de son âge et de son sexe vivant en milieu institutionnel. Sont ici considérées toutes les **activités** qu'elles soient de **travail**, de **loisir**, d'**éducation**, de **création** de la **vie de tous les jours** (de base ou instrumentales).

Indications

Cochez la catégorie que vous aurez retenue comme étant celle décrivant le mieux le vécu occupationnel du résidant considéré. Les catégories étant **mutuellement exclusives**, vous devez en **retenir une et une seule**.

Définitions

Occupation appropriée

Cette catégorie regroupe les personnes qui occupent leurs journées, d'une façon qui les satisfait, à des **activités variées**, normales pour les personnes de leur groupe âge-sexe. Étant donné que les personnes considérées ici vivent en milieu institutionnel, on ne s'attend pas à ce qu'elles aient des occupations aussi variées que celles des personnes qui vivent hors des institutions, mais on s'attend néanmoins à ce qu'elles soient occupées en permanence, à l'exception des périodes normales de sieste et de sommeil. Aussi, par **activités normales appropriées** dans le contexte d'un établissement, on entend, en plus des activités de base de la vie de tous les jours,

- des activités instrumentales de la vie de tous les jours comme aller faire des achats et, dans la mesure où l'organisation de l'établissement le permet, participer à la préparation des repas, au nettoyage, etc.;
- des activités d'exploration: promenade, voyage, visite;
- des activités éducatives: cours divers;
- des activités de loisir: jeux de société, bingo, artisanat, tricot, gymnastique et autres sports;
- des activités de divertissement et d'information: lecture, T.V., radio, musique;
- des activités diverses de bénévolat;
- des activités de socialisation: rencontre d'amis, parents, fêtes d'anniversaire, ...

Les activités dont il est question ici peuvent avoir lieu aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement où la personne est hébergée.

Occupation intermittente

Cette catégorie regroupe les personnes qui sont, de **façon intermittente**, **dans l'incapacité** de poursuivre leurs activités habituelles appropriées **en raison de l'interférence de conditions** telles que épilepsie, migraine, allergies, chutes occasionnelles. Une personne qui a dû suspendre provisoirement des activités par ailleurs appropriées, en raison d'un **malaise passager**, **n'appartient pas à cette catégorie** mais plutôt à la catégorie "occupation appropriée".

Occupation limitée (en terme d'ampleur des activités)

Cette catégorie regroupe les personnes **incapables** de poursuivre des activités habituelles appropriées **dans toute leur ampleur**. La personne appartenant à cette catégorie a donc des activités habituelles appropriées mais sujettes à certaines limites ou restrictions: elle ne peut participer à ou exécuter toutes les activités associées à une occupation appropriée, ou encore, dans le cas où elle peut participer à ou exécuter toutes les activités, elle ne peut le faire complètement pour certaines de celles-ci.

Occupation ajustée

Cette catégorie regroupe les personnes dans l'incapacité de mener les activités habituelles des membres de leur groupe d'âge-sexe mais ayant la capacité de participer à ou exécuter des **activités modifiées ou adaptées en fonction de leurs déficiences ou incapacités**. L'individu appartenant à cette classe, tout en étant incapable de s'occuper de la même façon que les membres de son groupe d'âge-sexe, est néanmoins à même d'occuper tout son temps, soit qu'il ait les mêmes activités que ceux-ci mais seulement grâce à l'aide de quelqu'un et/ou à l'adaptation de son environnement et/ou à de l'aide mécanique, ..., soit qu'il ait des activités particulières adaptées à ses capacités.

Occupation réduite (en terme de quantité de temps)

Cette catégorie regroupe les personnes qui doivent **limiter la quantité de temps** pendant laquelle elles s'occupent en raison de leur condition mentale et/ou physique.

Occupation restreinte (en type)

Les individus appartenant à cette classe expérimentent de sévères restrictions quant à leur participation aux activités habituelles pour leur groupe d'âge-sexe (par exemple, les personnes victimes de chutes fréquentes). Ces personnes doivent se **limiter à certains types** d'activités (par exemple: activités assises).

Occupation très restreinte (en terme de quantité de temps et en type)

Cette catégorie regroupe les personnes qui, à la fois, expérimentent des limitations quant au type d'activités (catégorie "occupation restreinte") et à la quantité de temps dévolue à ces activités (catégorie "occupation réduite").

Aucune occupation

Cette catégorie regroupe les personnes qui ne **veulent pas** avoir des occupations ou qui sont, pour toutes sortes de raisons, **incapables** de soutenir une quelconque forme d'activité.

S'occupe de manière inappropriée

Cette catégorie regroupe les personnes qui, tout en participant à ou réalisant certaines activités, le font **sans but précis**, d'une manière à laquelle un observateur extérieur **ne peut accorder de sens**, de façon telle qu'il est impossible de leur attacher une logique. Par exemple, la personne qui répète sans cesse la même activité (souvent d'ailleurs réduite à quelques gestes simples) comme: changer constamment de postes de radio, déplacer et replacer continuellement le même objet, manipuler un objet de façon obsessionnelle.

Description

On parle de moyen de protection lorsque celui-ci est administré à la personne dans le **but de limiter** ses mouvements, ses déplacements, la **protéger** contre elle-même ou les autres. Ainsi une "tablette" mise au fauteuil roulant pour permettre à la personne de poser ses choses (verre d'eau, livre, ...) n'est pas à considérer comme une protection.

Fréquence

Il s'agit d'identifier la fréquence d'utilisation du moyen de protection **dans la semaine d'évaluation**.

R - rarement:
de un à trois jours pour de courtes périodes de temps seulement.

P - parfois:
soit, plus de trois jours pour de courtes périodes de temps seulement;
soit, de un à trois jours la plupart du temps.

S - souvent:
plus de trois jours la plupart du temps.

Rares sont les moyens de protection susceptibles d'être utilisés en permanence. Dès lors les fréquences ci-dessus doivent s'interpréter **en fonction de la période pendant laquelle un moyen de protection pourrait être utilisé**. *"La plupart du temps"* signifie donc *"la plupart du temps pendant lequel la protection est susceptible d'être mise en oeuvre"*. Les barrières du lit par exemple ne peuvent être utilisées que lorsque le résidant est au lit. Dans ce cas donc, la plupart du temps signifie: les barrières de lit sont mises la plupart du temps pendant que le résidant est au lit.

L'utilisation du tablier ignifuge n'est pertinente que lorsque le résidant fume. Dès lors, si on met le tablier ignifuge chaque fois qu'un résidant fume, même s'il ne fume qu'une fois par jour, on cochera la fréquence **souvent**. Par contre, si on ne met le tablier ignifuge que de un à trois jours par semaine en permanence à un résidant qui fume 25 cigarettes par jour, on cochera la fréquence **parfois**.

On entend par psychotropes les médicaments administrés au résidant pour sa protection ou celle d'autrui; à savoir les **psycholeptiques** (hypnotiques, neuroleptiques ou anxiolytiques), **psychoanaleptiques** (stimulants de la vigilance ou de l'humeur, antidépresseurs) ou les **thymo-régulateurs** (antimaniaques).

Si on donne au résidant un psychotrope moins d'une fois par semaine (prescrit au besoin et non reçu dans la semaine d'évaluation), on cochera **rarement**. Si le résidant est sous psychotrope de un à trois jours par semaine, on cochera **parfois** et si c'est plus de trois jours par semaine, on cochera **souvent**.

Indications

Cochez "non" si aucun moyen physique ou chimique de protection n'est utilisé.

Cochez "oui" si un ou des moyens de protection est utilisé pour le résidant, et vis-à-vis du moyen utilisé, cochez la fréquence **durant la semaine d'évaluation** où celui-ci a été utilisé.

Pour certains d'entre eux, s'ils sont cochés, une information supplémentaire est exigée. Il s'agit soit du nombre (1 poignet ou 2 poignets, 1 barrière ou 2 barrières) ou de la notion de fixe ou non fixe (tablette fixée au fauteuil ou à enlever et ranger, ceinture fixée au fauteuil ou à enlever et ranger).

Selon la mobilité identifiée à la section G, il est possible que les items "sortie contrôlée de l'unité de soins" et "sortie contrôlée de l'établissement" ne soient pas accessibles. En effet, si le résidant peut se déplacer seul dans l'établissement (possède le code de l'unité où on le fait pour lui), la "sortie contrôlée de l'unité de soins" ne s'applique pas à lui. Aussi, le résidant qui ne peut se déplacer sans l'aide d'autrui (mobilité nulle) ne peut bénéficier de l'une ou l'autre de ces protections.

Inscrivez, s'il y a lieu, un commentaire dans la case appropriée vis-a-vis le moyen de protection coché.

Voir aussi G. Mobilité physique

Description

Par contacts avec l'extérieur, on entend téléphoner, recevoir des appels téléphoniques, recevoir du courrier, recevoir des visiteurs externes, aller en visite.

Indications

Cochez "aucun contact" si le résidant ne reçoit aucune visite, courrier ou téléphone.

Estimez le nombre de personnes et leur fréquence de contacts pour chacune des intervalles choisies (hebdomadaire, mensuel, annuel). La fréquence 1, déjà imprimée, peut être modifiée.

Description

Le concept d'intégration sociale fait référence à la capacité de la personne de **participer à des activités sociales** et de **maintenir des relations sociales jugées adéquates**, tenant compte du fait que les personnes visées ici vivent en milieu institutionnel.

Indications

Cochez la catégorie que vous aurez retenue comme étant celle traduisant le mieux le degré d'intégration sociale du résidant évalué. Les catégories étant **mutuellement exclusives**, vous devez en **retenir une et une seule**.

Définitions

Socialement intégré

Cette catégorie inclut les individus qui entretiennent des relations sociales satisfaisantes et qui **participent pleinement à toutes les activités sociales habituelles** pour les membres de leur groupe d'âge-sexe (y compris les activités sexuelles en tenant compte cependant de politiques éventuellement dissuasives de la part de l'établissement). En milieu institutionnel, une personne socialement intégrée entretient avec aisance de bonnes relations avec son entourage (autres résidants, personnel, visiteurs, ...) et participe, dans la mesure de ses capacités, à la vie quotidienne de l'établissement (exemple: participation aux activités, coopération lors des soins, support aux autres résidants, etc.).

Participation inhibée (gêne, timidité, ...)

Cette catégorie inclut les individus dont la participation aux activités sociales habituelles pour les membres de leur groupe d'âge-sexe est **inhibée par des problèmes tels** que **gêne**, **timidité**, autres problèmes de l'image de soi, **problèmes légers de personnalité** ou de comportement. L'individu visé ici entretient des relations avec son entourage (autres résidants, personnel, visiteurs, ...) et est **capable de participer à toutes les activités sociales habituelles** pour son groupe mais il a des ***"obstacles"*** **personnels à franchir** pour y parvenir.

Participation limitée (type d'activités sociales)

Cette catégorie inclut les individus qui **ne participent pas à toutes les activités sociales habituelles** pour leur groupe d'âge-sexe. Ils entretiennent toutefois des relations dépassant les contacts primaires et secondaires.

Relations sociales restreintes (contacts primaires et secondaires seulement)

Cette catégorie inclut les individus qui sont **incapables d'établir une relation** normale **avec les personnes qu'elles rencontrent et ne connaissent pas**, de telle façon que leurs relations sociales sont limitées à leurs contacts primaires et secondaires: famille, amis, co-chambreurs, autres pensionnaires, membres du personnel, bénévoles.

Relations sociales pauvres (contacts secondaires difficiles)

Cette catégorie inclut les individus qui ont des **relations sociales avec quelques personnes significatives** pouvant aussi bien appartenir au milieu extérieur (y compris la famille) qu'au milieu institutionnel, mais qui ont de la **difficulté à maintenir des relations avec les autres** personnes de leur entourage: pensionnaires, membres du personnel, bénévoles, éventuellement membres de leur famille.

Relations sociales réduites (contacts primaires seulement)

Cette catégorie inclut les individus qui ne sont capables d'entrer en relations **qu'avec quelques personnes significatives: syndromes de retrait** général chez la personne âgée; désordres du comportement modérément sévères.

Relations sociales perturbées (contacts primaires difficiles)

Cette catégorie inclut les individus qui ont des **difficultés à entrer en relation avec des personnes significatives**, par exemple les résidants qui ont des problèmes sévères de comportement ou des pertes cognitives importantes.

Relations sociales inexistantes (aucun contact - incapable)

Cette catégorie inclut les individus **incapables d'avoir des relations sociales** avec les autres. Les résidants avec des déficits cognitifs qui **ne reconnaissent plus** les membres de leur famille entrent dans cette catégorie.

Isolement social (aucun contact - coupé de l'extérieur)

Cette catégorie inclut les individus **abandonnés par leur famille** et leurs amis, qui n'ont **aucune relation sociale** avec les membres du personnel et les résidants et dont le potentiel est difficile à évaluer précisément en raison de cet abandon.

Voir aussi N. Contacts avec l'extérieur

Description

Pour les propos de l'évaluation, on a retenu seize fonctions qui recouvrent le psychologique et le sensoriel. Dans les lignes qui suivent on définit les seize dimensions considérées et, pour certaines d'entre elles, les différents niveaux de déficience.

Indications

Cochez, pour chacune des seize fonctions, l'un des quatre niveaux de déficience: **adéquat, déficient léger, déficient modéré, déficient sévère/nul**.

Il faut **éviter de confondre des déficiences** d'une fonction avec des déficiences d'une autre fonction. Ainsi, il serait préjudiciable à la qualité des évaluations d'attribuer à la "perception", des déficiences relevant en fait de la "conscience", ou encore d'attribuer aux sentiments, des déficiences relatives plutôt aux "pulsions".

L'attribution des déficiences observées à la bonne fonction n'est pas le seul problème que peut rencontrer l'évaluateur. Une fois la bonne fonction identifiée, l'évaluateur doit encore décider du niveau auquel appartient le résidant : adéquat, déficient léger, déficient modéré ou déficient sévère/nul. Il est impossible de fournir des règles infaillibles pour cette décision, on peut seulement fournir les quelques indications suivantes.

- En prenant sa décision, l'évaluateur tient compte de l'âge et du sexe du résidant considéré et prend pour référence la "*performance*" moyenne des personnes "*bien portantes*" de ce groupe d'âge-sexe, en particulier celles vivant hors institution.
- On **tient compte des éventuelles compensations réellement utilisée**s par la personne; ainsi une personne dont la vue est déficiente mais dont la déficience est pleinement compensée par des lunettes sera classée, en ce qui regarde la vue, dans la catégorie "*adéquat*". Même chose lorsque des médicaments compensent parfaitement des déficiences psychologiques.
- En prenant sa décision, l'évaluateur tient compte que l'évaluation qui lui est demandée en regard d'une fonction est une **évaluation globale**. Dès lors, la perte totale d'une sous-fonction à l'intérieur d'une fonction n'amène pas l'évaluateur à conclure à une dysfonction totale mais plutôt à une déficience de la fonction en raison de la perte totale d'une sous-fonction. Ainsi la personne qui a de "*gros problèmes*" avec son cycle d'éveil-sommeil (=sous-fonction) n'est pas considérée comme étant totalement dysfonctionnelle (= sévère/nul), mais plutôt comme étant déficiente, au niveau de la fonction "*conscience et éveil*" si c'est là son seul problème au niveau de cette fonction.
- En cas de **perte partielle ou totale temporaire** au moment de l'évaluation, on classe la personne dans la catégorie correspondant à son **niveau de déficience habituel** moins important que celui observé au moment de l'évaluation.
- Au cas où le niveau de déficience quant à une **fonction fluctue d'un jour à l'autre ou à l'intérieur d'une journée**, par exemple d'adéquat à déficient léger, ou de déficient modéré à déficient sévère, on classe la personne dans la **catégorie la plus prévalante**.

Pour quelques fonctions (mémoire récente, prise de décision, langage, vue, ouïe, se faire comprendre et comprendre les autres), on fournit une définition des niveaux: adéquat, déficient léger, déficient modéré, sévère/nul. Pour les autres fonctions, il a été impossible de fournir une telle définition. Cela ne pose pas vraiment de problème pour les deux niveaux extrêmes qui correspondent respectivement à l'absence de déficience ou à une perte totale ou presque totale de la fonction. Quand l'état du client ne correspond pas à ces deux situations, l'évaluateur doit trancher subjectivement entre les deux possibilités restantes en déterminant si l'état du client le place plus près de l'une ou de l'autre des deux situations extrêmes. Ainsi, si l'évaluateur a le sentiment que l'état du résidant est plus proche de la pleine fonctionnalité que de la déficience sévère/capacité nulle, il situe celui-ci au niveau "*déficience légère*" de l'échelle. Inversement, si l'évaluateur perçoit l'état du résidant comme plus proche de la déficience sévère/capacité nulle que de la pleine fonctionnalité, il

place celui-ci au niveau "*déficience modérée*".

Dans tous les cas, l'évaluateur doit trancher. En cas d'indécision persistante entre deux niveaux, après considération de toutes les indications précédentes et épuisement de toutes les sources accessibles de données, l'évaluateur classe la personne dans la catégorie correspondant à **la plus grande** déficience.

Définitions

Mémoire récente

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de retenir de nouvelles données. Elle peut se mesurer par la difficulté ou l'incapacité de nommer quelques objets quelques minutes après qu'ils aient été mentionnés. Les différents niveaux de la fonction mémoire récente se définissent comme suit:

- **Adéquat:** en général, le résidant n'a pas plus de problèmes de mémoire récente que les personnes de son groupe d'âge-sexe.
- **Déficient léger:** le résidant éprouve quelques difficultés à nommer trois objets qui lui ont été mentionnés ou montrés 5 minutes plus tôt. Il parvient à retrouver le nom des trois objets 50 % du temps, alors que 50 % du temps il n'est capable que de citer deux objets.
- **Déficient modéré:** le résidant parvient à retrouver le nom de deux objets 50 % du temps, et d'un objet 50 % du temps.
- **Sévère/nul:** le résidant parvient à retrouver le nom d'un objet 50 % du temps, et aucun nom 50 % du temps, ou le résidant oublie dans l'instant.

Mémoire ancienne

Cette dimension fait référence à la capacité de se souvenir des informations acquises antérieurement. Une déficience dans cette sphère peut se traduire par la difficulté ou l'incapacité de la personne de se rappeler l'endroit où elle demeurait avant son hébergement, des événements de la veille, de sa date anniversaire, etc...

Les déficiences spécialisées de la mémoire (pour les formes, les mots, les chiffres, ...) entrent dans cette catégorie.

Pensée

Les déficiences considérées sous cette dimension sont:

Les perturbations affectant la **vitesse** et l'**organisation** des processus de pensée et la capacité de **former des séquences logiques** d'idées, telles que:

- déficiences de la conceptualisation et de l'abstraction qui regardent la capacité d'interpréter la signification de ce qui est perçu, d'intégrer les perceptions, de mettre en relation les perceptions de façon sensée, d'abstraire;
- déficiences de la pensée logique conçue comme la capacité de structurer hiérarchiquement les idées;
- pensée lente ou accélérée;
- idées obsessionnelles, incohérence, ...

Les perturbations du **contenu de la pensée**; cette catégorie inclut les restrictions du contenu de la pensée; l'emphase excessive et la préoccupation pour un ensemble particulier d'idées excluant l'examen critique de ces idées; les idées fausses lorsqu'on ne peut les corriger par une argumentation logique ou leur confrontation avec la réalité. Par exemple: pauvreté de la pensée, idées surévaluées, idées paranoïaques, jalousie, idées de grandeur, hypochondrie, ...

Perception et attention

Cette dimension fait référence aux fonctions permettant à l'individu de **recevoir de l'information**, de **traiter cette information**, et de se **concentrer** sur certains aspects ou certaines parties de cette information, de fournir une réponse différenciée à des stimuli spécifiques.

- **les déficiences de la perception** incluent: les déficiences des perceptions, la distorsion des perceptions (illusions optiques, acoustiques, tactiles, cinétiques, ...), les perceptions fausses (hallucinations), les perturbations des perceptions de son propre corps, du temps, de l'espace, les difficultés à faire la différence entre fantaisies et réalité;
- **les déficiences de l'attention** se mesurant en terme d'intensité, de champ, de mobilité et incluent, l'inattention, la distraction, l'incapacité de changer le focus de l'attention, les arrêts soudain de l'attention, la diminution de l'habilité de rester alerte.

Conscience et éveil

Cette dimension fait référence:

1. aux déficiences de la clarté de la conscience et de la qualité de l'expérience consciente y inclus: inconscience, délire, dissociation, transes, mutisme, ...

2. aux perturbations intermittentes de la conscience: épilepsie, petit mal, syncope, ...

3. aux **perturbations du cycle sommeil-éveil** y compris les perturbations du contrôle automatique des fonctions corporelles influencées par le cycle de sommeil; difficulté à s'endormir, réveil prématuré, hypersomnie, narcolepsie, insomnie, énurésie nocturne, somnambulisme, somnolence, ...

Orientation: temps/espace/personne

Cette dimension fait référence aux capacités de l'individu de se rappeler l'heure, le jour, la date, la saison; de savoir où il réside, de retrouver le chemin de sa chambre, de la cafétéria, etc.; de faire la différence entre les membres du personnel, les autres résidents, les étrangers; de reconnaître les membres de sa famille et se reconnaître lui-même.

Prise de décision

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de prendre des décisions relatives aux **tâches** ou aux **activités de la vie de tous les jours**.

Les différents niveaux correspondant à cette dimension se définissent comme suit:

- **Adéquat:** l'individu prend des **décisions raisonnables**; il organise lui-même ses activités quotidiennes.
- **Déficient léger:** l'individu organise ses activités quotidiennes. Il prend des décisions seul pour les situations familières mais éprouve des difficultés quand il fait face à des tâches ou situations nouvelles.
- **Déficient modéré:** la prise de décision est pauvre. L'individu requiert de l'aide pour planifier et organiser sa journée.
- **Sévère/nul:** l'individu prend rarement ou ne prend jamais de décision.

Pulsions

Cette dimension fait référence à l'augmentation, la diminution, le changement de forme de différents comportements reliés aux **besoins physiologiques** de base ou aux instincts, comme: l'anorexie, la boulimie, la diminution de la libido, l'impuissance, la frigidité, la dépendance de l'alcool ou d'autres drogues.

Volonté et motivation

Cette dimension fait référence aux perturbations de la capacité **d'orienter son comportement,** de **contrôler ses actes** et à la capacité de **poursuivre un but**.

- manque d'initiative;
- perte ou restriction des intérêts;
- conformisme, coopération excessive, soumission automatique;
- négativisme;
- ambitendance;
- compulsions, rituels;
- déficiences du contrôle des impulsions;
- déficiences de l'adaptation.

Émotions, sentiments, humeurs

Cette dimension fait référence aux **perturbations de l'intensité et de la qualité des émotions, sentiments, humeurs** et de leurs pendants somatiques, et aux perturbations de la durée et de la stabilité des émotions, sentiments, humeurs, telles que:

- anxiété: tension, tremblements, panique, attitude apeurée, craintive, effrayée;
- dépression: anhédonie, larmes, tristesses, soupirs profonds, voie lugubre, ...;
- affects émoussés: apathie, inexpression, désintéressement, indifférence, ...;
- surexcitation: inclus jeter des choses, courir, sauter, agiter les bras de façon désordonnée; crier, hurler;
- excitation: euphorie, hypomanie, exaltation, gaieté exagérée;
- irritabilité: y inclus les déchaînements de colère;
- labilité émotionnelle: instabilité d'humeur, prédisposition à la dépression ou l'exaltation;
- affects incongrus: affects ambivalents, incongruences des émotions avec leur objet;
- réactions catastrophiques, simulation de sentiments, agitation, sentiment de culpabilité, immaturité émotionnelle, ...

Comportement

On fait ici référence à des formes de comportement qui interfèrent avec l'ajustement et le **fonctionnement social**. Ces formes peuvent être présentes depuis l'adolescence et s'être manifestées durant toute la vie adulte (désordres de la personnalité), ou peuvent être les séquelles de maladies neurologiques ou mentales. Elles se manifestent principalement comme des traits de caractère accentués, par exemple:

- caractère suspicieux, retrait social, timidité excessive y inclus sensibilité et vulnérabilité excessives, hypochondrie, soucis, traits obsessifs (insécurité, indécision, compulsion) phobies (agoraphobie), hostilité (agressivité, menaces, violence physique), perplexité, cabotinage, auto-destruction, recherche de l'attention, ...

Langage

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de s'exprimer **verbalement**. Les déficiences du contenu de l'expression ne sont pas considérées ici.

Les différents niveaux de la fonction langage se définissent comme suit:

- **Adéquat:** l'individu articule bien, l'expression verbale est claire.
- **Déficient léger:** l'individu présente un trouble du langage mais celui-ci ne l'empêche pas de s'exprimer clairement (léger bégaiement, voix basse, ...).
- **Déficient modéré:** l'individu présente un trouble du langage qui l'empêche de s'exprimer clairement; il réussit toutefois à s'exprimer (bégaiement prononcé, difficultés d'élocution reliées à une pathologie telle l'ataxie, la paralysie cérébrale, autres).
- **Sévère/nul:** l'individu s'exprime très peu verbalement ou pas du tout. Il peut s'agir d'aphasie, d'écholalie, utilisation de quelques mots seulement (oui, non, merci).

Vue

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de **voir**. Pour le situer dans l'une ou l'autre des catégories, on tiendra compte de la compensation (lunettes) réellement utilisée par l'individu.

Les différents niveaux de la fonction vue se définissent comme suit:

- **Adéquat:** l'individu voit bien; il est capable de lire le "*caractère*" normal d'un livre ou d'un journal.
- **Déficient léger:** l'individu ne peut pas lire le "*caractère*" imprimé; il réussit toutefois à lire le caractère imprimé gros. Il peut s'agir aussi d'un individu qui présente un problème visuel léger tel que la sensibilité à la lumière, difficulté de l'oeil à s'adapter dans le noir.
- **Déficient modéré:** l'individu ne peut lire, même pas les gros titres d'un journal. Il peut suivre un objet avec ses yeux.
- **Sévère/nul:** l'individu est aveugle ou ne distingue que la lumière, certaines couleurs et les formes.

Ouïe

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu d'**entendre**. Pour le situer dans l'une ou l'autre des catégories, on tiendra compte de la compensation (appareil auditif) réellement utilisée par l'individu.

Les différents niveaux de la fonction ouïe se définissent comme suit:

- **Adéquat:** l'individu entend bien. Il n'éprouve pas de difficulté à utiliser le téléphone.
- **Déficient léger:** l'individu a de la difficulté à entendre dans certaines conditions, par exemple lorsqu'il est dans un endroit avec beaucoup de bruits de fond.
- **Déficient modéré:** l'individu entend seulement si on parle fort et si on utilise un langage distinct, très articulé.
- **Sévère/nul:** l'individu est sourd ou ne réussit à entendre que certains mots prononcés très forts.

Se faire comprendre

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu d'exprimer et de communiquer ses besoins, ses opinions, ses problèmes et d'avoir une conversation sociale. On tiendra compte ici de l'utilisation

du langage, de l'écriture, des signes ou d'une combinaison de ces moyens d'expression.

Les différents niveaux de cette dimension se définissent comme suit:

- **Adéquat:** l'individu exprime clairement ses idées, ses opinions.
- **Déficient léger:** l'individu a de la difficulté à trouver des mots ou exprimer sa pensée. Avec de l'encouragement ou de la stimulation, il réussit à exprimer ses besoins, ses opinions et avoir des conversations sociales.
- **Déficient modéré:** les capacités de l'individu sont limitées. Il s'exprime facilement en ce qui a trait à ses besoins de base tels: la faim, la soif, le sommeil, l'élimination. Il n'exprime pas ou peu ses opinions et n'a pas ou peu de conversation sociale.
- **Sévère/nul:** l'individu a beaucoup de difficultés à se faire comprendre. Seul le personnel ou les gens qui le connaissent très bien réussissent à interpréter ses messages, les sons qu'il émet ou son langage corporel (geste, mimique, autres).

Comprendre les autres

Cette dimension fait référence à la capacité de l'individu de comprendre l'information verbale. Il s'agit ici d'évaluer la capacité de l'individu de comprendre et non d'entendre.

Les différents niveaux de cette dimension se définissent comme suit:

- **Adéquat:** l'individu comprend clairement les messages verbaux et démontre par des mots, actions, comportement qu'il a compris.
- **Déficient léger:** l'individu comprend la majorité du message mais peut ne pas en saisir une partie ou toute l'intention. Généralement, il démontre une bonne compréhension par des mots, actions, gestes mais il peut présenter, par périodes, une difficulté à intégrer l'information.
- **Déficient modéré:** l'individu présente régulièrement des difficultés à intégrer l'information. Il comprend et répond adéquatement aux messages simples et directs. Les phrases simples, la reformulation et les gestes sont utilisés pour augmenter sa compréhension.
- **Sévère/nul:** les habiletés du résident à comprendre les messages sont très limitées. Il est difficile également d'évaluer cette compréhension car l'individu ne répond pas (gestes, actions, comportement) aux messages reçus.

Description

Il s'agit ici d'identifier les problèmes psychologiques, de comportements et d'humeurs, présents (non corrigés, latents) pendant la période d'évaluation.

Indications

Si le résidant ne présente aucun problème psychologique, cochez la case "non". Si le résidant présente un ou plusieurs problèmes, cochez la case "oui" et cochez ensuite le (les) problème(s).

Un problème qui est **en voie de correction** (par exemple: ajustement de la médication non terminé) mais qui donne encore lieu à des manifestations, sera considéré comme encore présent.

Définitions

Agressivité physique

Problème caractérisé par l'usage des mains, des pieds, de la tête ou du corps pour attaquer quelqu'un (pousser, faire tomber, griffer), par le lancement ou le bris d'objets, par les crachats, etc. L'agressivité physique peut être dirigée contre un membre du personnel, un visiteur ou un autre résidant.

Agressivité verbale

Problème caractérisé par des injures, des insultes, des cris, des jurons, des gros mots, des obscénités dirigés contre autrui (personnel, visiteur, résidant).

Dérange les autres

Comportement inadéquat vis-à-vis des autres résidants et des visiteurs à l'exclusion de l'agressivité (voir ci-dessus); sollicitations répétées verbales ou physiques, fouille dans les chambres des autres résidants, chapardage, cris, etc.

Agitation

Problème caractérisé par des demandes constantes d'attention, des plaintes multiples, des appels répétés. La personne agitée ne peut rester en place, elle fait les "cent pas", tourne en rond, se balance frénétiquement, joue continuellement avec ses mains, ...

Errance

Déambulations constantes ou fréquentes sans but précis qui peuvent comporter ou non des dangers pour la personne.

Anxiété persistante

Malaise psychique caractérisé par une crainte diffuse et des sensations pénibles, et provenant de l'impression chez l'individu que l'ensemble d'une situation lui échappe. L'anxiété est dite persistante si elle est **présente depuis au moins sept jours** et n'est pas diminuée significativement par l'écoute et le support apportés à l'individu.

Tristesse
État affectif pénible et douloureux mais calme. Cet état peut se caractériser par les symptômes suivants: refus de participer aux activités ou de voir à ses soins d'hygiène, profonds soupirs, larmes aux yeux, abattement, traits affaissés, etc. Par sa nature même, la tristesse a un caractère durable, permanent.

Manifestations de chagrin
Expressions verbales ou non verbales qui montrent que l'individu souffre psychologiquement. Le chagrin n'a pas le caractère durable de la tristesse et en général, il est **relié à un ou des événements précis**, passés ou présents.

Retrait
Repliement sur elle-même de la personne qui ressent le besoin de se protéger. L'individu en retrait tend à éviter les contacts et participe peu aux activités.

Idées suicidaires
La personne **exprime** verbalement directement ou **fait comprendre** par des allusions ou par ses comportements qu'elle pense au suicide.

Pense souvent à la mort
La personne croit qu'elle va mourir: qu'un arrêt cardiaque la menace, qu'un accident vasculaire-cérébral est imminent, qu'elle a le cancer, etc. Il s'agit d'une crainte, d'une **peur irraisonnée** chez la personne.

Réveil prématuré et de mauvaise humeur
La personne **s'éveille très tôt** sans avoir suffisamment dormi **et** ce réveil est accompagné **d'une mauvaise humeur**.

Hypersomnie (éveillé 7 heures ou moins/jour)
La personne souffre d'hypersomnie. Elle **dort dix-sept heures et plus** dans une journée.

Description

Le concept d'orientation fait référence à la **capacité de l'individu de s'orienter par rapport à son environnement, y compris les interactions ou échanges avec celui-ci.** Ce concept inclut donc la **réception des signaux** venant de l'environnement, leur **assimilation et l'expression d'une réponse** au message, signal reçu. Sont à la fois considérés les problèmes résultant de troubles du comportement et de la communication.

Indications

Cochez la catégorie que vous aurez retenue comme traduisant le mieux le degré d'orientation du résidant évalué. Les catégories étant **mutuellement exclusives**, vous devez en **retenir une et une seule**.

Définitions

Pleinement orienté

Cette catégorie regroupe les personnes douées d'une pleine capacité d'orientation, i.e. qui **interagissent adéquatement avec leur environnement** (réception des signaux - assimilation - expression d'un message) **sans avoir recours à aucune aide** telle que des médicaments pour contrôler un problème de comportement ou de communication, des compensations pour augmenter leur capacité sensorielle (lunette, appareil auditif, canne).

Les fonctions psychologiques et sensorielles de la section P sont toutes adéquates.

Problème(s) d'orientation pleinement compensé(s)

Cette catégorie regroupe les personnes qui, par exemple, **font usage d'aide** pour voir, entendre, toucher (canne) et/ou font usage continu de drogues pour contrôler leur comportement ou des problèmes de communication lorsque le résultat de ces compensations consiste en une **récupération totale de la capacité d'orientation**.

Les fonctions psychologiques et sensorielles de la section P sont toutes adéquates (les déficiences sont bien compensées).

Perturbations intermittentes de l'orientation

Cette catégorie regroupe les personnes connaissant des **expériences épisodiques** qui interfèrent avec une pleine orientation telles que vertiges, troubles associés à la maladie de Menière, diplopie (telle rencontrée dans les cas de sclérose en plaques), interruption intermittente de la conscience (épilepsie) et certains problèmes de la parole (bégaiement); sont exclues de telles expériences lorsqu'elles sont parfaitement corrigées ou contrôlées (catégorie "pleinement compensé").

La majorité des fonctions psychologiques et sensorielles sont adéquates (les déficiences identifiées perturbent l'individu par période).

Perturbations partiellement compensées de l'orientation

Cette catégorie regroupe les personnes qui autrement appartiendraient aux catégories "pleinement compensé" ou "perturbations intermittentes de l'orientation" mais qui font **l'expérience de désavantages** dans certains aspects de leur vie parce que les perturbations de leur orientation les rend **vulnérables dans certaines circonstances**, telles que: dépendance critique du niveau d'illumination (dans le cas de certaines incapacités visuelles), dépendance critique du niveau du bruit de fond ou d'autres signaux (dans le cas d'incapacités auditives ou de la parole); ou encore font l'expérience de désavantages attribuables à l'utilisation de certains médicaments ou aides qui les rend alors inéligibles à certaines tâches, fonctions, activités.

Une ou des déficiences sont identifiées au niveau des fonctions psychologiques et sensorielles. Ces déficiences sont légères ou modérées (parfois sévères ou nulles) et ne perturbent l'individu que partiellement.

Perturbations modérées de l'orientation

Cette catégorie regroupe les personnes qui font l'expérience de **difficultés appréciables** de l'orientation, aides et/ou médicaments ne réussissant pas à produire une compensation satisfaisante de leurs perturbations; aussi les personnes qui **requièrent l'assistance d'autrui** tels que les semi-voyants, les personnes souffrant de déficience auditive appréciable, les personnes confuses, les personnes faisant l'expérience d'une insensibilité appréciable au toucher.

Une ou des déficiences sont identifiées au niveau des fonctions psychologiques et sensorielles. Ces déficiences sont légères ou modérées (parfois sévères ou nulles) et une intervention (assistance) quotidienne du personnel est requise pour aider l'individu à interagir avec son environnement.

Perturbations sévères de l'orientation

Cette catégorie regroupe les personnes souffrant **d'incapacité sévère** au niveau de l'orientation et où **la substitution est nécessaire** (ce qui n'était pas le cas dans la catégorie précédente): c'est-à-dire que l'individu ne peut habituellement interagir avec son entourage sans l'aide fréquente d'une personne.

Généralement plus d'une fonction psychologique et sensorielle sont déficientes modérées ou sévères (parfois nulles). L'intervention (faire pour lui) du personnel est requise à plusieurs reprises dans la journée pour aider l'individu à interagir avec son environnement.

Perte de l'orientation

Cette catégorie regroupe les personnes souffrant **d'incapacité sévère** au niveau de l'orientation et malgré la compensation offerte par autrui, les possibilités de l'individu d'interagir avec son environnement sont très limitées.

Généralement plusieurs fonctions psychologiques et sensorielles sont déficientes modérées, sévères ou nulles.

Désorientation

Cette catégorie regroupe les personnes incapables de s'orienter dans leur environnement. Plusieurs fonctions psychologiques et sensorielles sont atteintes (sévères ou nulles) ce qui empêche l'individu d'interagir avec son environnement.

Coma, état végétatif

Cette catégorie regroupe les personnes incapables de s'orienter dans leur environnement et qui ont un diagnostic de "*coma*" ou "*d'état végétatif persistant*". Le "*semi-coma*" n'entre pas dans cette catégorie.

Description

La réadaptation psychiatrique s'adresse aux **résidants de psychiatrie** qui sont **susceptibles de retourner à domicile ou en appartement supervisé**. La réadaptation touche les domaines de l'hygiène, de l'occupation, des interactions sociales, des finances, etc.

Indications

Cochez "non" si un tel objectif n'est pas visé.

Cochez "oui" si le résidant bénéficie d'un programme de réadaptation visant un retour à domicile ou en appartement supervisé dans un délai de 2 à 3 ans maximum.

Identifiez la date de début du programme de réadaptation. Par défaut, celle-ci indique la première journée de la semaine d'observation. Cette date peut être modifiée pour une date antérieure ou ultérieure.

Cochez pour confirmer la date inscrite.

Alimentation

Élimination

Hygiène

Mobilisation

Communication

Respiration

Médication

Thérapie I.V.

Traitements

Méthodes diagnostiques

Pour chacune des actions, le guide présente ses:

BUT : décrit l'objectif de l'intervention.

DESCRIPTION : énumère et décrit les actes inclus dans l'action de soins. Cette liste est incomplète puisque certains actes de support ne sont pas repris dans la description, pour éviter les répétitions. Ces actes, s'il y a lieu, sont toutefois pris en considération dans le "*temps*" accordé pour exécuter l'action de soins. Ces actes sont les suivants:

- consulter le plan de soins, l'ordonnance médicale,
- se laver les mains,
- préparer et ranger le matériel,
- identifier le résidant,
- donner au résidant des informations générales relatives à l'action de soins,
- isoler le résidant,
- installer et réinstaller le résidant.

INDICATIONS : précise les différents paramètres à enregistrer.

STANDARDS : guide l'infirmière évaluatrice dans la détermination de la fréquence requise par jour ou par semaine.

INDÉPENDANT : signifie que la personne est indépendante pour exécuter l'action de soins, ou l'intervenant qui lui fournit l'aide n'est pas un membre du personnel soignant (exemple : service hôtelier, pédicure extérieur, famille, etc.).

MODES D'ASSISTANCE : donne un exemple de chacun des modes d'assistance possibles requis par le résidant.

Ces items ne sont pas exhaustifs et ce guide ne remplace pas les cahiers de techniques de l'établissement. Nous n'avons pas, par exemple, énuméré tous les buts d'une intervention, ni décrit toute la technique d'un soin. Nous pensons toutefois que ce guide apportera une aide précieuse à l'évaluateur(trice) dans le choix et l'enregistrement des actions de soins requises par le résidant.

Modes d'assistance

Les modes d'assistance dans le système PLAISIR sont définis comme suit:

❍ **Guider et diriger (soutien-conseil-orientation)**

L'aidé (résidant) exécute l'action de soins.

L'aidant (soignant) engage et favorise son exécution en offrant un soutien physique et/ou en donnant des conseils et des indications à l'aidé (résidant).

❍ **Aide partielle**

L'aidé (résidant) exécute en partie l'action de soins.

L'aidant (soignant) débute ou termine l'action de soins, ou exécute une partie de l'action de soins.

❍ **Aide complète**

L'aidé (résidant) n'exécute pas l'action de soins.

L'aidant (soignant) exécute complètement l'action de soins.

Un exemple de chacun des modes d'assistance possibles requis par le résidant est donné dans le guide pour chacune des interventions de soins.

Horaire

a) L'horaire débute à 00 h 00 et se termine à 23 h 59.

b) L'unité de temps est l'heure et les 24 heures de la journée sont représentées par 24 cases, la première étiquetée 00 h 00 correspondant à l'intervalle 00 h 00 - 00 h 59 et la dernière, étiquetée 23 h 00, correspondant à l'intervalle 23 h 00 - 23 h 59.

c) L'horaire de jour correspond aux cases allant de 07 h 00 à 20 h 00 et couvre donc la période allant de 07 h 00 à 20 h 59; l'horaire de nuit correspond aux cases restantes et couvre donc la période allant de 21 h 00 à 06 h 59.

Toutefois, quand une action de soins est exécutée avant 21 h 00 par du personnel de **nuit,** on l'enregistrera dans la case "21 h 00" comme si elle avait été faite "de nuit", après 20 h 59.

De la même façon, quand une action de soins est exécutée après 20 h 59 par du personnel de **jour**, on l'enregistrera dans la case "20 h 00" comme si elle avait été faite "de jour" avant 21 h 00.

Les mêmes règles s'appliquent pour le passage de l'horaire de nuit à l'horaire de jour à 07 h 00.

d) Lorsqu'une action de soins est requise une et une seule fois à l'intérieur d'une période d'une heure, on inscrit 1 dans la case correspondant à l'heure à l'intérieure de laquelle elle débute.

Par exemple :

- si l'action X est requise à 8 h 30, on inscrit 1 dans la case étiquetée 8 h 00.
- si l'action Z est requise à 10 h 45, on inscrit 1 dans la case étiquetée 10 h 00.

e) Lorsqu'une action de soins est requise plus d'une fois à l'intérieur d'une période d'une heure, on inscrit le nombre de fois, autrement dit, la fréquence de l'action, dans la case correspondant à l'heure à l'intérieure de laquelle les différentes occurences de l'action sont requises.

Par exemple, si le traitement est requis à 10 h 00, 10 h 45 et 11 h 30, on inscrit 2 dans la case étiquetée 10 h 00 et on inscrit 1 dans la case étiquetée 11 h 00.

f) Lorsqu'il n'est pas possible de spécifier l'heure précise à laquelle une action est requise, on inscrit, selon l'action considérée, soit la "**Fréquence par service**", soit la "**Ventilation par service**".

Par exemple, pour l'action "assistance aux toilettes", comme l'horaire des mictions est difficile à préciser, on se limite à spécifier que le résidant a besoin d'aide pour aller aux toilettes, 2 fois durant le service de nuit et 4 fois durant le service de jour.

Fréquence par service
Nuit 2 Jour 4

Pour la "communication individuelle de soutien", on se limite à spécifier comment le temps qui lui est consacré est ventilé, en pourcentage, entre le service de jour et le service de nuit : par exemple, 20 % de nuit et 80 % de jour.

Les pourcentages indiqués doivent toujours totaliser 100 % sur une période de 24 heures.

Ventilation de la communication par service
Nuit 20 % Jour 80 %

Modalités différentes d'exécution d'une même action

Si une action de soins est requise à des heures différentes d'un jour à l'autre de la période d'observation de 7 jours, ou si une action de soins requiert un mode d'assistance différent selon les heures de la journée ou les jours de la semaine, alors il faut enregistrer autant de fois l'action de soins qu'elle compte de modalités différentes dans la période d'observation.

Par exemple, on enregistre deux fois l'action "pansement aseptique" lorsqu'elle est requise à 10 h du lundi au jeudi, et requise à 10 h et 20 h les autres jours :

		0	10	20	23	*heures*
1° Pansement aseptique	**L m M J** V S D		1			
2° Pansement aseptique	L m M J **V S D**		1	1		

On enregistre aussi deux fois l'action "dîner" si le résidant a besoin d'une aide partielle uniquement certains jours de la semaine (par exemple pour couper la viande).

			12	*heures*
1° Dîner	L **m M** J **V** S D	guider	1	
2° Dîner	**L** m M **J** V **S D**	aide partielle	1	

Présence constante

Une présence constante peut être requise auprès du résidant soit :

- pour une **observation** durant **toute la durée** d'une action de soins exécutée par le résidant lui-même;
- pour **prêter assistance** à du personnel extérieur à l'unité de soins pendant **toute la durée** d'une action de soins ou d'un examen.

Cochez "oui" lorsque la présence constante est requise et ce, **pour toute la durée de l'action de soins**.

Dans le cas des actions de soins pour lesquelles le paramètre "présence constante" n'est pas affiché, lorsque celle-ci est requise, on l'inscrit dans la section "note" et on en explique la raison.

Indépendant pour ce besoin
- Sans aide pour les repas

Alimentation naturelle
- Repas
  - Déjeuner
  - Dîner
  - Souper
- Collation
  - Collation
- Hydratation per os
  - Hydratation per os
- Choix du menu
  - Choix du menu

Alimentation entérale
- Installation, changement du sac de gavage
- Surveillance de l'alimentation entérale

Description

Le résidant est servi, et aidé si nécessaire, par une personne qui ne fait pas partie de l'équipe soignante (famille, service hôtelier, autres) ou, le résidant est capable de se servir lui-même et d'apporter les plats à sa table et ce, **pour les trois repas.**

Indications

Cochez "OK" si le résidant ne requiert aucune intervention au moment des trois (3) repas.

Une explication devrait être apportée dans la section "**note**".

But

Assurer un apport d'éléments nutritifs quelque soit le régime alimentaire prescrit.

Description

Vérifier le régime avec le menu.
Préparer le plateau.
Servir le repas à la chambre, à la salle à manger ou ailleurs.
Desservir.
Nettoyer le visage et les mains avant et après le repas, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure du repas servi ou assisté par le personnel des soins infirmiers et non par un proche du résidant ou un autre service.

Cochez *"non"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **n'est pas requise** auprès du résidant.

Cochez *"oui"* si la **présence constante individuelle est requise** auprès du résidant **pendant toute la durée** du repas.

Cochez l'endroit où le résidant prend son déjeuner, à sa "*chambre*", dans une autre pièce située à "*l'étage de sa chambre*" ou sur un "*autre étage*".

Indépendant

Sans l'aide des soins infirmiers (*indépendant, service hôtelier, ...*).

Le résidant va chercher et rapporte lui-même son plateau
ou
la personne qui aide le résidant au moment du déjeuner n'est pas un intervenant de l'équipe soignante.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Apporter le plateau, ouvrir les contenants s'il y a lieu, desservir.
Aide partielle:	Apporter le plateau, ouvrir les contenants et couper les aliments. Aider à boire ou à manger pendant le repas, s'il y a lieu. Donner un plat à la fois (plat par plat) au résidant présentant des problèmes de comportement avec les aliments lors du repas.
Aide complète:	Faire boire et manger ou nourrir à la seringue.

Voir aussi Sans aide pour les repas
Dîner
Souper

But

Assurer un apport d'éléments nutritifs quelque soit le régime alimentaire prescrit.

Description

Vérifier le régime avec le menu.
Préparer le plateau.
Servir le repas à la chambre, à la salle à manger ou ailleurs.
Desservir.
Nettoyer le visage et les mains avant et après le repas, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure du repas servi ou assisté par le personnel des soins infirmiers et non par un proche du résidant ou un autre service.

Cochez *"non"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **n'est pas requise** auprès du résidant.

Cochez *"oui"* si la **présence constante individuelle est requise** auprès du résidant **pendant toute la durée** du repas.

Cochez l'endroit où le résidant prend son dîner, à sa "*chambre*", dans une autre pièce située à "*l'étage de sa chambre*" ou sur un "*autre étage*".

Indépendant

Sans l'aide des soins infirmiers (*indépendant, service hôtelier, ...*).

Le résidant va chercher et rapporte lui-même son plateau
ou
la personne qui aide le résidant au moment du dîner n'est pas un intervenant de l'équipe soignante.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Apporter le plateau, ouvrir les contenants s'il y a lieu, desservir.
Aide partielle:	Apporter le plateau, ouvrir les contenants et couper les aliments. Aider à boire ou à manger pendant le repas, s'il y a lieu. Donner un plat à la fois (plat par plat) au résidant présentant des problèmes de comportement avec les aliments lors du repas.
Aide complète:	Faire boire et manger ou nourrir à la seringue.

Voir aussi Sans aide pour les repas
Déjeuner
Souper

But

Assurer un apport d'éléments nutritifs quelque soit le régime alimentaire prescrit.

Description

Vérifier le régime avec le menu.
Préparer le plateau.
Servir le repas à la chambre, à la salle à manger ou ailleurs.
Desservir.
Nettoyer le visage et les mains avant et après le repas, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure du repas servi ou assisté par le personnel des soins infirmiers et non par un proche du résidant ou un autre service.

Cochez *"non"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **n'est pas requise** auprès du résidant.

Cochez *"oui"* si la **présence constante individuelle est requise** auprès du résidant **pendant toute la durée** du repas.

Cochez l'endroit où le résidant prend son souper, à sa "*chambre*", dans une autre pièce située à "*l'étage de sa chambre*" ou sur un "*autre étage*".

Indépendant

Sans l'aide des soins infirmiers (*indépendant, service hôtelier, ...*).

Le résidant va chercher et rapporte lui-même son plateau
ou
la personne qui aide le résidant au moment du souper n'est pas un intervenant de l'équipe soignante.

Modes d'assistance

Guider, motiver: Apporter le plateau, ouvrir les contenants s'il y a lieu, desservir.

Aide partielle: Apporter le plateau, ouvrir les contenants et couper les aliments. Aider à boire ou à manger pendant le repas, s'il y a lieu.
Donner un plat à la fois (plat par plat) au résidant présentant des problèmes de comportement avec les aliments lors du repas.

Aide complète: Faire boire et manger ou nourrir à la seringue.

Voir aussi Sans aide pour les repas
Déjeuner
Dîner

But

Assurer un apport d'éléments nutritifs entre les repas.

Description

Vérifier le régime.
Préparer la collation.
Servir la collation à la chambre, à la salle à manger ou ailleurs.
Desservir.
Nettoyer le visage et les mains avant et après, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des collations qui sont servies par le personnel des soins infirmiers.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise** auprès du résidant.

Cochez *"oui"* si la **présence constante individuelle est requise** auprès du résidant **pendant toute la durée** de la collation.

Indépendant

Sans l'aide des soins infirmiers (*indépendant, service hôtelier, ...*).

Le résidant est indépendant. Il va chercher lui-même sa collation
ou
celle-ci lui est servie par un intervenant qui n'est pas de l'équipe soignante.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Apporter la collation, ouvrir les contenants s'il y a lieu, desservir.
Aide partielle:	Apporter la collation, ouvrir les contenants et couper les aliments. Aider à boire ou à manger pendant la collation, s'il y a lieu.
Aide complète:	Faire boire et manger.

But
Assurer un apport hydrique.

Description
Vérifier le régime (restriction hydrique).
Apporter et remplir régulièrement le pot d'eau ou donner des bouteilles d'eau.
Remplir le verre d'eau au besoin.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire des hydratations.

Standards
Minimum deux (2) fois par jour.

Indépendant
Sans l'aide des soins infirmiers (*indépendant, service hôtelier,...*).

Le résidant est indépendant, il se procure lui-même les liquides nécessaires
ou
la personne qui l'aide n'est pas un intervenant de l'équipe soignante.

Modes d'assistance
Guider, motiver: Apporter le pot d'eau ou la bouteille d'eau, remplacer les liquides régulièrement.

Aide complète: Faire boire le résidant régulièrement.

Notes
Les boissons données lors des repas et des collations ne sont pas considérées ici.

But

Choisir les aliments selon les préférences du résidant et les restrictions alimentaires auxquelles il est soumis.

Description

Vérifier le régime.
Offrir les choix de menus.
Compléter la formule appropriée s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure où la formule de menu est complétée.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Donner le matériel nécessaire au résidant qui peut choisir lui-même ses aliments. Vérifier son choix, s'il y a lieu.
Aide complète:	Compléter le menu, avec ou sans le résidant.

Notes

Cette intervention s'applique au résidant qui doit choisir (ou on choisit pour lui en cas d'incapacité) entre deux menus ou plus au moment des repas.

L'élaboration du menu peut être verbal ou écrit mais peu importe la manière, on choisit "guider, motiver" pour la personne qui peut lire, faire un choix adéquat et cocher sur la formule s'il y a lieu.

L'aide complète est choisie pour le résidant qui ne peut lire (ex.: aveugle) ou faire un choix adéquat (ex.: déficit cognitif important) ou cocher (ex.: incapacité à tenir un crayon).

Installation, changement du sac de gavage

But

Introduire un liquide nutritif **via une sonde** dans l'estomac.

Description

Préparer la solution de gavage.
Changer la bouteille ou le sac.
Vérifier la position de la sonde gastrique, s'il y a lieu.
Mesurer le résidu gastrique, s'il y a lieu.
Installer et surveiller la pompe, s'il y a lieu.
Vérifier le débit.
Irriguer la sonde gastrique, s'il y a lieu.
Enlever la sonde ou le tube de gavage, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) de l'**installation initiale** et des **changements de sac** de gavage.

Précisez, dans l'espace prévu, le nom du produit administré.

Voir aussi Surveillance de l'alimentation entérale

But

Éviter les complications reliées à l'administration du gavage.

Description

Vérifier la solution.
Ajuster le débit au besoin.
Vérifier la position du tube de gavage.

Indications

Précisez, dans l'espace prévu, le nom du produit administré.

Trois types d'indications sont possibles.

❍ **Un seul intervalle pendant la semaine**

S'adresse au résidant qui a reçu une alimentation entérale une seule période dans la semaine d'évaluation. Cette période a pu être de quelques heures à plusieurs jours.

Indiquez la journée et l'heure où le gavage a débuté et la journée et l'heure où le gavage a cessé.

Exemple:
Le résidant a un gavage toutes les nuits de 22h00 à 06h00.

Commençant le: lundi - 22h00
Se terminant le: dimanche - 05h00.

❍ **Horaire régulier, un ou plusieurs jours**

S'adresse au résidant qui a reçu un gavage un ou plusieurs jours dans la semaine d'évaluation, à des heures régulières.

Indiquez la (les) journée(s) où le résidant a reçu le gavage et cochez la (les) heure(s) où celui-ci était en fonction.

Exemple:
Le résidant reçoit ses gavages tous les jours de 06h00 à 10h00, de 12h00 à 16h00 et de 19h00 à 22h00.

Cochez les 7 jours L,m,M,J,V,S,D et cochez les cases horaires 6,7,8,9,12,13,14,15,19,20,21.

❍ Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours

S'adresse au résidant qui a reçu un ou plusieurs gavages dans la semaine d'évaluation mais à des heures différentes d'un jour à l'autre.

Sur la ligne correspondant à la (les) journée(s) où le résidant a reçu son gavage, cochez la (les) heure(s) où celui-ci était en cours.

Exemple:
Le résidant a reçu un gavage le mercredi soir de 17h00 à 20h00 et le vendredi de 11h00 à 15h20.

Sur la ligne correspondant au mercredi, cochez les cases horaires 17,18,19.
Sur la ligne correspondant au vendredi, cochez les cases 11,12,13,14,15.

Voir aussi Installation, changement du sac de gavage

Zone de soins « Élimination »

Indépendant pour ce besoin
- Élimination: sans aide 24h/24 pour les soins de base

Élimination soins de base
- Élimination naturelle
  - Élimination: sans aide le jour
  - Urinal
  - Vase de lit
  - Toilettes
  - Chaise percée
- Incontinence
  - Donner les protections, résidant indépendant
  - Soins d'incontinence urinaire
  - Soins d'incontinence fécale
  - Installation de condom

Élimination soins techniques
- Élimination assistée
  - Installation de sonde ou cathéter vésical
  - Soins externes de sonde vésicale
  - Drainage du sac collecteur
- Lavage de la vessie
  - Irrigation vésicale ponctuelle
  - Irrigation vésicale continue
  - Instillation vésicale
- Interventions rectales
  - Installation d'un tube rectal
  - Curage rectal
  - Irrigation rectale
  - Toucher rectal
  - Stimulation anale
- Massage intestinal
  - Massage intestinal
- Soins de stomie
  - Remplacement du sac
  - Entretien ou remplacement du sac jetable
  - Irrigation de colostomie

Description

Les soins de base de l'élimination comprennent "l'urinal, le vase de lit, les toilettes ou chaise percée, les soins d'incontinence urinaire et fécale et l'installation du condom". Le résidant est donc capable d'utiliser les toilettes seul. C'est-à-dire qu'il peut s'asseoir, s'essuyer, se relever et se rhabiller sans l'aide d'un intervenant. Il n'est pas incontinent ou, s'il l'est, on ne fait que lui **fournir les protections**, il est indépendant pour ses soins. S'il utilise l'urinal ou le vase de lit, c'est sans l'aide des soins infirmiers.

Il peut s'agir également du résidant qui n'a pas à utiliser les toilettes, chaise percée, vase de lit et urinal et ne présente pas d'incontinence urinaire ni fécale, par exemple il est porteur d'une sonde vésicale à demeure et a une colostomie.

Indications

Cochez "OK" si le résidant ne requiert aucune aide du personnel soignant au niveau du besoin spécifique *"élimination soins de base"*, à l'exception éventuellement de lui *"donner les protections"* qu'il va gérer seul par la suite.

Description

Le résidant est capable d'utiliser les toilettes seul le **jour** (du matin jusqu'au coucher le soir), c'est-à-dire qu'il peut s'asseoir, s'essuyer, se relever et se rhabiller sans l'aide d'un intervenant. Il n'est pas incontinent ou, s'il l'est, on ne fait que lui fournir les protections. La nuit, le résidant a besoin d'aide soit pour les toilettes, la chaise percée, le vase de lit, l'urinal ou encore pour des soins d'incontinence.

Indications

Cochez "OK" si le résidant ne requiert aucune aide au niveau de l'élimination le jour mais qu'il en requiert la nuit.

But

Répondre au besoin d'élimination vésicale.

Description

Donner, installer, enlever, vider et nettoyer l'urinal.
Changer l'enveloppe de l'urinal, s'il y a lieu.
Demeurer auprès du résidant, s'il y a lieu.
Laver et sécher le résidant, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une assistance est requise par le résidant.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour assister le résidant.

Modes d'assistance

Guider (à vider): Vider et nettoyer l'urinal; le résidant le prend, l'installe et l'enlève seul.

Aide partielle: Enlever, vider et nettoyer l'urinal; le résidant le prend et l'installe seul.

Aide complète: Installer, enlever, vider et nettoyer l'urinal.

But

Répondre aux besoins d'élimination vésicale ou intestinale.

Description

Donner, installer, enlever, vider et nettoyer le vase de lit.
Changer l'enveloppe du vase de lit, s'il y a lieu.
Demeurer auprès de la résidante, s'il y a lieu.
Laver et sécher le siège, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une assistance est requise par la résidante.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour assister la résidante.

Modes d'assistance

Guider (à vider): Vider et nettoyer le vase de lit; la résidante le prend, l'installe et l'enlève seule.

Aide partielle: Enlever, vider et nettoyer le vase de lit; la résidante le prend et l'installe seule. Elle peut avoir besoin d'aide pour s'essuyer.

Aide complète: Installer, enlever, vider et nettoyer le vase de lit.

But

Répondre aux besoins d'élimination vésicale ou intestinale.

Description

Aider la personne à effectuer le transfert du fauteuil roulant aux toilettes, s'il y a lieu.
Vêtir et dévêtir le résidant, s'il y a lieu.
Assister le résidant aux toilettes.
Demeurer auprès du résidant, s'il y a lieu.
Laver et sécher le siège, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une assistance est requise par le résidant.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour assister le résidant.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise pendant toute la durée** de la séance aux toilettes.

Cochez "*sans cigogne*" si **la cigogne/verticalisateur n'est pas requis**.

Cochez "*avec cigogne*" si **la cigogne/verticalisateur est requis**.

Cochez si le résidant a des toilettes "*à l'intérieur*" ou "*à l'extérieur*" de la chambre.

Cochez si le résidant se rend aux toilettes "*seul(e)*", en "*marchant avec aide*", "*en fauteuil roulant de façon indépendante*", ou "*en fauteuil roulant avec aide*". Si différents moyens sont utilisés, par exemple le résidant se rend seul le jour et en marchant avec aide la nuit, les deux items doivent être cochés. Une note explicative devrait être ajoutée dans l'espace "**note**".

Indépendant

Le résidant est capable de se dévêtir, s'asseoir, s'essuyer, se relever et se rhabiller seul à chaque fois qu'il va aux toilettes.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Orienter le résidant une fois aux toilettes, (allumer la lumière de la pièce, indiquer les toilettes).
Aide partielle:	Le résidant a besoin d'aide pour s'asseoir ou se relever. Il peut avoir besoin d'aide pour se dévêtir et s'asseoir **ou** se relever et se revêtir.
Aide complète:	Aider le résidant à se dévêtir, s'asseoir, s'essuyer, se relever et se revêtir.

But

Répondre aux besoins d'élimination vésicale ou intestinale.

Description

Aider la personne à effectuer le transfert du fauteuil roulant ou du lit à la chaise percée, s'il y a lieu.
Vêtir et dévêtir le résidant, s'il y a lieu.
Assister le résidant à la chaise percée.
Demeurer auprès du résidant, s'il y a lieu.
Laver et sécher le siège, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une assistance est requise par le résidant.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour assister le résidant.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise pendant toute la durée** de la séance sur la chaise percée.

Cochez "*sans cigogne*" si **la cigogne/verticalisateur n'est pas requis**.

Cochez "*avec cigogne*" si **la cigogne/verticalisateur est requis**.

Indépendant

Le résidant est capable de se dévêtir, s'asseoir, s'essuyer, se relever et se rhabiller seul à chaque fois qu'il utilise la chaise percée. Il vide lui-même le récipient.

Modes d'assistance

Guider (à vider): Vider le récipient de la chaise percée.

Aide partielle: Le résidant a besoin d'aide pour se lever du lit et s'asseoir sur la chaise percée. Il peut avoir besoin d'aide pour se dévêtir et s'asseoir **ou** se relever et se revêtir.

Aide complète: Aider le résidant à se dévêtir, s'asseoir, s'essuyer, se relever et se revêtir.

Donner les protections, résidant indépendant

But

Conserver l'indépendance du résidant pour ses soins reliés à l'incontinence.

Description

Remettre régulièrement des protections de type culottes ou serviettes protectrices.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que des protections sont remises.

But

Conserver l'intégrité des tissus.
Prévenir les infections urinaires ou cutanées.
Procurer des soins d'hygiène et de confort.

Description

Enlever ou réinstaller les culottes ou serviettes protectrices.
Laver et sécher le siège.
Appliquer une crème, s'il y a lieu.
Changer la literie partiellement ou complètement.
Nettoyer l'environnement, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une assistance est requise par le résidant.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour assister le résidant.

Modes d'assistance

Aide partielle: Fournir les culottes ou serviettes protectrices, aider le résidant pour sa toilette génitale. Il peut remettre sa culotte ou sa serviette protectrice seul.

Aide complète: Enlever la culotte ou la couche souillée, faire la toilette génitale et remettre une couche ou une culotte propre.

But

Conserver l'intégrité des tissus.
Procurer des soins d'hygiène et de confort.

Description

Enlever ou réinstaller les culottes ou serviettes protectrices.
Laver et sécher le siège.
Appliquer une crème, s'il y a lieu.
Changer la literie partiellement ou complètement.
Nettoyer l'environnement, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une assistance est requise par le résidant.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour assister le résidant.

But

Favoriser la guérison d'une plaie chez un résidant incontinent.
Conserver l'intégrité des tissus.

Description

Nettoyer la région génitale.
Installer le condom.
Fixer le tube de drainage et le condom.
Vérifier le drainage.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'installation du condom.

Standards

Une (1) fois par jour

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir le matériel au résidant, il installe lui-même son condom. L'aider à fixer le tube de drainage, s'il y a lieu.
Aide complète:	Nettoyer la région génitale, installer le condom, le tube de drainage et fixer le tout.

Voir aussi Drainage du sac collecteur

But

Faciliter le drainage de la vessie.

Description

Désinfecter la région génitale.
Installer la sonde ou le cathéter.
Fixer la sonde et le tube de drainage.
Enlever la sonde ou le cathéter.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de l'installation de la sonde ou du cathéter vésical.

Cochez "*à demeure*" ou "*cathétérisme*" selon le type d'installation.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir le matériel au résidant.
Aide partielle:	Fournir le matériel et aider le résidant soit pour désinfecter la région génitale ou pour installer la sonde vésicale.
Aide complète:	Installer la sonde ou le cathéter.

But

Prévenir les infections urinaires.
Procurer des soins d'hygiène et de confort.

Description

Nettoyer le méat urinaire.
Appliquer une crème, s'il y a lieu.
Vérifier et fixer la sonde.
Vérifier le drainage vésical.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des soins de sonde.

Standards

Deux (2) fois par jour.

Modes d'assistance

Guider, diriger: Fournir la solution et l'onguent pour les soins du méat.
Vérifier le drainage.

Aide complète: Faire tous les soins se rapportant à la sonde vésicale.

Notes

Pour une sonde supra-pubienne, choisir les actions suivantes:

pour la vidange du sac collecteur :

Élimination:
- Élimination soins techniques
  - Élimination assistée
    - **Drainage du sac collecteur**

pour les soins au pourtour de la sonde choisir, selon le traitement fait, soit:

Traitements:
- Soins dermatologiques, plaies et pansement
  - Soins de plaie
    - **Nettoyage et désinfection de plaie à l'air**
  - Pansement
    - **Pansement simple**

Voir aussi Drainage du sac collecteur

But

Éviter toute prolifération bactérienne.
Prévenir les odeurs désagréables.

Description

Vérifier le drainage.
Vider le sac collecteur de la sonde vésicale ou supra-pubienne, du condom ou le sac d'urine pédiatrique, au besoin.
Changer le sac collecteur pour un sac à la cuisse.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la **vidange** du sac collecteur.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir le matériel nécessaire à la vidange du sac.
Aide complète:	Faire la vidange du sac.

Irrigation vésicale ponctuelle

But

Laver la vessie.
Favoriser le drainage.

Description

Préparer la solution pour l'irrigation.
Administrer la solution d'irrigation au moyen d'une seringue.
Raccorder le tube, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des irrigations vésicales.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir le matériel nécessaire à l'irrigation. Préparer la seringue, s'il y a lieu.
Aide complète:	Faire l'irrigation vésicale.

Voir aussi Irrigation vésicale continue
Instillation vésicale

But

Laver la vessie.
Favoriser le drainage.

Description

Préparer la solution pour l'irrigation.
Installer la bouteille de solution.
Ajuster le débit.
Vérifier l'irrigation.
Enlever le tube d'irrigation, s'il y a lieu.

Indications

Trois (3) types d'indications sont possibles.

❍ Un seul intervalle pendant la semaine

S'adresse au résidant qui a eu une irrigation vésicale en continu une seule période dans la semaine d'évaluation. Cette période a pu être de quelques heures à plusieurs jours.

Indiquez la journée et l'heure où le système d'irrigation a été installé et la journée et l'heure où le système a été enlevé.

Exemple:
Un résidant a eu une irrigation vésicale du mardi 10h00 au jeudi 15h00.

Commençant le: mardi - 10h00.
Se terminant le: jeudi - 14h00.

❍ Horaire régulier, un ou plusieurs jours

S'adresse au résidant qui a eu une irrigation vésicale un ou plusieurs jours dans la semaine d'évaluation, à des heures régulières.

Indiquez la (les) journée(s) où le résidant a eu l'irrigation vésicale et cochez la (les) heure(s) où cette irrigation était en fonction.

Exemple:
Un résidant a eu une irrigation vésicale lundi et mercredi de 18h00 à 23h00.

Cochez les jours L,M et cochez les cases horaires suivantes: 18,19,20,21,22.

❍ Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours

S'adresse au résidant qui a eu une irrigation vésicale un ou plusieurs jours et, si plusieurs jours, à des heures différentes d'une journée à l'autre.

Sur la ligne correspondant à la journée, cochez la (les) heure(s) où l'irrigation était en cours.

Exemple:
Un résidant a eu une irrigation vésicale le lundi de 10h00 à 19h00 et le jeudi de 06h00 à 13h30.

Sur la ligne correspondant au lundi, cochez les cases horaires 10,11,12,13,14,15,16,17,18.
Sur la ligne correspondant au jeudi, cochez les cases horaires 06,07,08,09,10,11,12,13.

Modes d'assistance

Guider, diriger: Fournir le matériel nécessaire à l'irrigation (bouteille, tube d'irrigation).

Aide complète: Installer l'irrigation, remplacer la bouteille, vérifier l'irrigation.

Voir aussi Irrigation vésicale ponctuelle

But

Laver la vessie.
Appliquer une solution antiseptique sur la muqueuse vésicale.

Description

Préparer la seringue.
Administrer la solution médicamenteuse par la sonde vésicale.
Fermer/ouvrir la sonde.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des instillations vésicales.

But

Favoriser l'expulsion des gaz intestinaux.

Description

Préparer le matériel.
Installer le tube rectal.
Retirer le tube rectal.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une assistance est requise par le résidant.

Modes d'assistance

Guider (fournir):	Fournir le matériel nécessaire.
Aide complète:	Installer le tube rectal.

But

Favoriser l'expulsion des matières fécales.

Description

Se ganter.
Extraire manuellement les matières fécales.
Laver et sécher le siège.
Appliquer une crème, s'il y a lieu.
Mettre une culotte ou serviette protectrice, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du curage rectal.

But

Favoriser l'expulsion des matières fécales.

Description

Préparer la solution d'irrigation.
Raccorder le tube d'irrigation, s'il y a lieu.
Injecter la solution d'irrigation.
Enlever le tube d'irrigation, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'irrigation rectale.

Cochez la quantité administrée **(nombre de cc)** à chaque irrigation rectale.

Modes d'assistance

Guider:	Fournir le matériel nécessaire à l'irrigation.
Aide complète:	Administrer l'irrigation rectale.

But

Vérifier le contenu de l'ampoule rectale.

Description

Se ganter.
Insérer un doigt dans le rectum et en vérifier le contenu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du toucher rectal.

But

Déclencher le réflexe ano-rectal.

Description

Se ganter.
Effectuer des mouvements circulaires au pourtour de l'anus.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la stimulation anale.

But

Favoriser l'expulsion des matières fécales.

Description

Masser le côlon en se déplaçant du cæcum à l'ampoule rectale.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du massage intestinal

But

Répondre aux besoins d'élimination.
Conserver l'intégrité des tissus.

Description

Enlever le dispositif complet, incluant la collerette.
Entretenir la peau au pourtour de la stomie.
Remplacer et fixer le sac (si on remplace le sac sans changer la plaque (collerette), choisir l'action suivante "*entretien ou remplacement du sac jetable*").

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du remplacement du sac de stomie (dispositif complet).

Cochez le type de stomie. Si le résidant a 2 stomies, enregistrez deux (2) fois l'action.

Modes d'assistance

Guider, motiver: Fournir le matériel nécessaire au résidant.

Aide partielle: Fournir le matériel et aider le résidant soit à nettoyer le pourtour de sa stomie ou encore à fixer son nouveau sac.

Aide complète: Faire tous les soins se rapportant au remplacement complet du dispositif..

Voir aussi Entretien ou remplacement du sac jetable

But

Répondre aux besoins d'élimination.
Conserver l'intégrité des tissus.

Description

Vérifier et entretenir la peau au pourtour de la stomie.
Vider, rincer ou nettoyer le sac. Réinstaller le sac dans le cas d'un sac réutilisable.
ou
Enlever le sac à usage unique (sans enlever la collerette) et le remplacer par un sac neuf.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'entretien ou du remplacement du sac de stomie.

Cochez le type de stomie. Si le résidant a 2 stomies, enregistrez deux (2) fois l'action.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Fournir le matériel nécessaire à l'entretien ou au remplacement du sac de stomie (sans remplacement de la collerette), vérifier et entretenir la peau au pourtour de la stomie, s'il y a lieu.
Aide partielle:	Fournir le matériel, vérifier et entretenir la peau au pourtour de la stomie. Dans le cas de l'entretien, aider le résidant soit pour vider, soit pour nettoyer, soit pour rincer, soit pour réinstaller le sac. Dans le cas du remplacement du sac jetable, aider le résidant soit à enlever ou a installer son nouveau sac.
Aide complète:	Faire tous les soins se rapportant à l'entretien du sac de stomie.

Voir aussi Remplacement du sac

But

Nettoyer le côlon des matières fécales.
Favoriser l'expulsion des gaz intestinaux.

Description

Préparer l'irrigation.
Injecter la solution.
Vérifier l'efficacité de l'irrigation.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des irrigations de colostomie.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise pendant toute la durée** du traitement **jusqu'au retour complet de la solution d'irrigation**.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Préparer la solution d'irrigation et fournir le matériel nécessaire au résidant.
Aide partielle:	Préparer la solution d'irrigation, aider le résidant à installer l'irrigation, vérifier le traitement par intervalles.
Aide complète:	Faire tous les soins se rapportant à l'irrigation. Vérifier le traitement par intervalles.

Zone de soins « Hygiène »

Indépendant pour ce besoin
- Sans aide pour l'hygiène de base

Hygiène de base
- Hygiène de base
  - Toilette partielle
  - Toilette complète
- Hygiène buccale
  - Tiges montées
  - Brossage de dents

Autres soins d'hygiène
- Toilette génitale
  - Toilette génitale
- Hygiène localisée
  - Hygiène localisée
- Soins de cheveux
  - Shampoing/rinçage
  - Coupe de cheveux/mise en plis avec bigoudis
  - Shampoing et extraction d'adhérences
- Soins de beauté
  - Manucure
  - Pédicurie
  - Rasage de la barbe
  - Épilation, rasage (menton, moustache)
  - Mettre les bijoux
  - Enlever les bijoux
  - Maquillage
  - Démaquillage
- Vêtements civils
  - Habillage
  - Déshabillage

Description

L'hygiène de base comprend la "toilette partielle", la "toilette complète" et "l'hygiène buccale" (tiges ou brossage des dents). Le résidant est donc **indépendant** pour ces interventions ou, s'il a besoin d'aide, celle-ci n'est pas fournie par un membre du personnel soignant. Dans tous les cas, le personnel n'intervient pas pour donner la lingerie, les serviettes, ni remplir la baignoire, ni aider à entrer et à sortir de celle-ci.

Indications

Cochez "OK" si le résidant ne requiert aucune aide du personnel des soins infirmiers et d'assistance au niveau du besoin spécifique "*hygiène de base*".

But

Maintenir ou recouvrer l'intégrité de la peau.
Assurer le confort du résidant.
Rafraîchir le résidant.

Description

Une toilette partielle consiste à laver le visage, les bras, le thorax, le dos, les organes génitaux et les pieds.
Préparer le bassin, le lavabo.
Ajouter un médicament à l'eau, s'il y a lieu.
Laver le résidant ou s'assurer qu'il procède à ses soins d'hygiène.
Appliquer une poudre ou une lotion, s'il y a lieu.
Enlever et remettre les vêtements de lit (jaquette, pyjama).
Brosser ou peigner les cheveux.
Changer la literie partiellement ou complètement.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de la toilette partielle.

Cochez l'endroit où la toilette partielle est réalisée.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** de la toilette partielle.

Cochez le nombre d'intervenants requis pour assister le résidant.

Standards

Six (6) toilettes partielles par semaine.

Indépendant

Le résidant procède lui-même à sa toilette partielle. Il prépare lui-même le matériel nécessaire et range le tout à la fin.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Préparer, donner et ranger le matériel nécessaire aux soins d'hygiène (serviette, eau du lavabo). S'assurer que le résidant procède à ses soins d'hygiène.
Aide partielle:	Aider le résidant à laver une partie de son corps, par exemple le dos et les organes génitaux.
Aide complète:	Effectuer la toilette partielle au complet.

Voir aussi Toilette complète

But

Maintenir ou recouvrer l'intégrité de la peau.
Assurer le confort du résidant.
Rafraîchir le résidant.

Description

Préparer le bassin, le lavabo ou la baignoire.
Ajouter un médicament à l'eau, s'il y a lieu.
Aider le résidant à entrer et sortir de la baignoire, s'il y a lieu.
Appliquer une poudre ou une lotion, s'il y a lieu.
Enlever et remettre les vêtements de lit (jaquette, pyjama).
Brosser ou peigner les cheveux.
Changer la literie partiellement ou complètement.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de la toilette complète.

Cochez l'endroit où la toilette complète est réalisée.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise.**

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** de la toilette complète.

Cochez le nombre d'intervenants requis pour assister le résidant.

Standards

Une (1) toilette complète par semaine.
À tous les jours pour un résidant alité.
Trois (3) toilettes complètes par semaine pour un résidant de psychiatrie relativement jeune.

Indépendant

Le résidant procède seul à ses soins d'hygiène. Il prépare lui-même le matériel et range le tout à la fin.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Préparer, donner et ranger le matériel nécessaire aux soins d'hygiène (serviette, eau du lavabo, du bain). Aider le résidant à entrer et sortir de la baignoire.
Aide partelle:	Aider le résidant à laver une partie de son corps, par exemple le dos, les organes génitaux et les jambes.
Aide complète:	Effectuer tous les soins d'hygiène (dans certains cas le résidant peut laver son visage).

Voir aussi Toilette partielle

But

Maintenir une flore bactérienne normale.
Prévenir l'infection ou le dessèchement des muqueuses buccales.

Description

Exécuter les soins de la bouche à l'aide de tiges montées ou bâtonnets glycérinés.
Utiliser un rince-bouche, s'il y a lieu.
Offrir une assistance lors d'un gargarisme, s'il y a lieu.
Appliquer un corps gras sur les lèvres, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des soins de bouche.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** où le résidant procède à son hygiène buccale.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Donner le matériel nécessaire pour effectuer les soins de bouche.
Aide partielle:	Donner le matériel nécessaire et aider le résidant qui procède lui-même à l'essentiel de ses soins de bouche.
Aide complète:	Effectuer les soins de bouche.

But

Maintenir une flore bactérienne normale.
Prévenir l'infection ou le dessèchement des muqueuses buccales.

Description

Exécuter les soins de la bouche (dents naturelles ou prothèses dentaires) à l'aide de brosse à dents, jet d'eau ou autres du même type.
Utiliser un rince-bouche, s'il y a lieu.
Appliquer un corps gras sur les lèvres, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des soins de bouche.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** du brossage des dents.

Standards

Deux (2) fois par jour.

Indépendant

La personne brosse elle-même ses dents. Elle prépare et range elle-même le matériel.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Fournir le matériel nécessaire pour les soins de bouche.
Aide partielle:	Donner le matériel nécessaire et aider le résidant à procéder à ses soins de bouche en nettoyant sa prothèse dentaire alors qu'il procède aux soins de ses dents naturelles. ou Donner le matériel, mettre la pâte sur la brosse à dents, rincer et ranger le matériel.
Aide complète:	Effectuer les soins de bouche.

But

Prévenir les infections.
Prévenir les affections cutanées.

Description

Préparer le bassin ou le lavabo.
Ajouter un médicament à l'eau, s'il y a lieu.
Laver la région génitale **en surplus** des soins d'hygiène usuels.
Sécher la région corporelle.
Appliquer une lotion, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la toilette génitale.

Cochez l'endroit où la toilette génitale est réalisée.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** de la toilette génitale.

Cochez le nombre d'intervenants requis pour assister le résidant.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Préparer, donner et ranger le matériel nécessaire à la toilette génitale.
Aide partielle:	Préparer et fournir le matériel; le résidant peut participer, par exemple, en séchant la région corporelle.
Aide complète:	Effectuer la toilette génitale du résidant.

Notes

La toilette génitale reliée à une incontinence est prise en considération dans les actions "*soins d'incontinence urinaire et fécale*" du besoin d'élimination.

Voir aussi Soins d'incontinence urinaire
Soins d'incontinence fécale

But

Assurer le confort du résidant.
Maintenir ou recouvrer l'intégrité de la peau.
Rafraîchir le résidant.

Description

Préparer le bassin, le lavabo.
Ajouter un médicament à l'eau, s'il y a lieu.
Laver la région visée **en surplus** des soins d'hygiène usuels.
Sécher la région corporelle.
Appliquer une lotion, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure du soin d'hygiène.

Cochez l'endroit où le résidant reçoit le soin d'hygiène.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** du soin d'hygiène.

Cochez le nombre d'intervenants requis pour assister le résidant.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Préparer, donner et ranger le matériel nécessaire au soin d'hygiène localisée.
Aide partielle:	Préparer et fournir le matériel; le résidant peut participer, par exemple, en séchant la région corporelle.
Aide complète:	Effectuer le soin d'hygiène du résidant.

Notes

Cette intervention s'applique si une partie du corps (autre que la toilette génitale) doit être lavée à un autre moment que les soins d'hygiène usuels, exemple: vomissement sur une partie du corps.

Voir aussi Toilette partielle
Toilette complète
Toilette génitale

But

Promouvoir le confort du résidant.
Maintenir ou recouvrer l'intégrité et la vitalité du cuir chevelu et des cheveux.

Description

Savonner, rincer, sécher et faire une mise en plis avec le séchoir, s'il y a lieu.
Utiliser un shampoing médicamenteux, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure du shampoing.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** où le résidant procède au lavage de ses cheveux.

Standards

Une (1) fois par semaine.

Indépendant

Sans l'aide des soins infirmiers (*indépendant, coiffeuse,...*).

Le résidant lave lui-même ses cheveux ou ceux-ci sont lavés par une personne autre qu'un membre de l'équipe soignante, telle un membre de la famille ou la coiffeuse.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Fournir le matériel nécessaire.
Aide partielle:	Aider le résidant soit en rinçant les cheveux ou en faisant la mise en plis.
Aide complète:	Effectuer tous les soins se rapportant au lavage de tête.

Voir aussi Coupe de cheveux/mise en plis avec bigoudis
Shampoing et extraction d'adhérences

But

Promouvoir le confort du résidant.
Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.

Description

Couper les cheveux ou faire une mise en plis avec des bigoudis ou un fer à friser.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de la coupe de cheveux.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante d'un membre du personnel infirmier est requise pendant toute la durée** de l'action.

Indépendant

Sans l'aide des soins infirmiers (*coiffeuse*, ...).

L'action est réalisée par la coiffeuse ou un membre de la famille sans la présence d'un membre des soins infirmiers.

Modes d'assistance

Guider:	Fournir le matériel nécessaire.
Aide partielle:	Aider la résidante, par exemple, à mettre les bigoudis alors qu'elle procède seule à sa mise en plis.
Aide complète:	Effectuer la coupe de cheveux ou mettre les bigoudis et faire la mise en plis.

Voir aussi Shampoing/rinçage

But

Promouvoir le confort du résidant.
Maintenir ou recouvrer l'intégrité et la vitalité du cuir chevelu et des cheveux.

Description

Savonner, rincer à plusieurs reprises les cheveux.
Peigner soigneusement les cheveux par petites mèches afin d'enlever les adhérences telles: lentes, poux, sang, terre séchée et autres du même type.
Envelopper les cheveux.
Sécher les cheveux et faire une mise en plis avec le séchoir.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure du lavage de tête suivi de l'extraction d'adhérences effectuée par le **personnel des soins infirmiers**.

But
Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.

Description
Faire un léger trempage, s'il y a lieu.
Couper, nettoyer et limer les ongles.
Appliquer un vernis à ongles, s'il y a lieu.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'heure des soins de manucure.

Standards
Une (1) fois par semaine.

Indépendant
La personne procède elle-même à ses soins de manucure ou ceux-ci sont réalisés par une personne extérieure (famille, manucure, ...).

Modes d'assistance
Guider, motiver: Fournir le matériel nécessaire aux soins des ongles.

Aide complète: Procéder aux soins des ongles.

Voir aussi Pédicurie

But
Prévenir les problèmes pédieux.

Description
Faire un léger trempage, s'il y a lieu.
Couper, nettoyer et limer les ongles.
Appliquer un vernis à ongles, s'il y a lieu.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'heure des soins de pédicure.

Standards
Une (1) fois par semaine.

Indépendant
Sans l'aide des soins infirmiers (*indépendant, pédicure*, ...).

La personne procède elle-même à sa pédicurie ou celle-ci est réalisée par une personne extérieure (famille, pédicure, ...).

Modes d'assistance
Guider, motiver: Fournir le matériel nécessaire aux soins des ongles.

Aide complète: Procéder aux soins des ongles.

Voir aussi Manucure

But
Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.

Description
Raser la barbe avec un rasoir électrique ou avec un rasoir à lame.
Rincer le visage, s'il y a lieu.
Appliquer une lotion, s'il y a lieu.

ou pour une femme:
Raser les jambes ou les aisselles ou les épiler avec une crème épilatoire, s'il y a lieu.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'heure du rasage.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** du rasage.

Standards
À tous les jours pour un résidant de sexe masculin qui ne présente aucun problème cutané.

Indépendant
Le résidant se rase lui-même. Il nettoie et range son matériel.

Modes d'assistance
Guider, motiver: Donner, nettoyer et ranger le matériel.

Aide partielle: Aider le résidant en le rasant aux endroits moins accessibles pour lui, nettoyer et ranger le matériel.

Aide complète: Effectuer le rasage de la barbe.

Voir aussi Épilation, rasage (menton, moustache)

Épilation, rasage (menton, moustache)

But

Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.

Description

Raser ou épiler les poils au-dessus de la lèvre supérieure ou ceux du menton.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de l'épilation ou du rasage.

Voir aussi Rasage de la barbe

But
Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.

Description
Choisir et mettre les bijoux (collier, boucle d'oreilles, ...).

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'heure où sont mis les bijoux.

Indépendant
La personne choisit et met seule ses bijoux.

Modes d'assistance

Guider:	Donner les bijoux à la personne.
Aide complète:	Mettre les bijoux.

Voir aussi Enlever les bijoux

Enlever les bijoux

But
Assurer le confort du résidant.

Description
Enlever et ranger les bijoux.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'heure où sont enlevés les bijoux.

Indépendant
La personne enlève et range seule ses bijoux.

Modes d'assistance

Guider:	Ranger les bijoux.
Aide complète:	Enlever et ranger les bijoux.

Voir aussi Mettre les bijoux

But
Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.

Description
Choisir et appliquer le maquillage.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'heure où le maquillage est appliqué.

Indépendant
La personne applique elle-même son maquillage et range les produits.

Modes d'assistance

Guider:	Donner les produits nécessaires au maquillage. Ranger les produits.
Aide complète:	Appliquer le maquillage.

Voir aussi Démaquillage

But
Assurer le confort du résidant.

Description
Enlever le maquillage à l'aide d'une crème ou d'un savon.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'heure où le maquillage est enlevé.

Indépendant
La personne se démaquille seule et range les produits.

Modes d'assistance

Guider:	Donner les produits nécessaires au démaquillage. Ranger les produits.
Aide complète:	Enlever le maquillage et ranger les produits.

Voir aussi Maquillage

But

Contribuer à la création de conditions de vie les plus normales possibles.
Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.

Description

Préparer les **vêtements civils** du résidant.
Aider le résidant à se vêtir.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure où on aide le résidant à s'habiller.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'habillage.

Cochez si le résidant est de type "fonctionnel" ou "dysfonctionnel".

Est considéré comme **dysfonctionnel** un client présentant une incapacité physique **importante**, qui demande une attention particulière lors de l'habillage (exemple: le résidant spastique qui éprouve de la douleur à l'étirement, le résidant quadriplégique avec membres flasques).

Cochez le nombre d'intervenants requis pour assister le résidant.

Indépendant

La personne choisit ses vêtements et s'habille seule.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer les vêtements du résidant, l'aider à les choisir et les sortir.
Aide partielle:	Aider le résidant lors de son habillage, par exemple: mettre les sous-vêtements, les bas, les souliers, boutonner.
Aide complète:	Habiller le résidant. Il peut tendre les bras mais ne peut mettre un vêtement (blouse, bas, ...) seul.

Voir aussi Déshabillage

But

Contribuer à la création de conditions de vie les plus normales possibles.

Description

Préparer les vêtements de nuit.
Aider le résidant à se dévêtir.
Ranger les vêtements civils.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure où on aide le résidant à se déshabiller.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** du déshabillage.

Cochez si le résidant est de type "fonctionnel" ou "dysfonctionnel".

Est considéré comme **dysfonctionnel** un client présentant une incapacité physique **importante**, qui demande une attention particulière lors du déshabillage (exemple: le résidant spastique qui éprouve de la douleur à l'étirement, le résidant quadriplégique avec membres flasques).

Cochez le nombre d'intervenants requis pour assister le résidant.

Indépendant

La personne se déshabille et range ses vêtements seule.

Modes d'assistance

Guider:	Ranger les vêtements du résidant.
Aide partielle:	Aider le résidant lors de son déshabillage, par exemple: enlever les sous-vêtements, les bas, les souliers et déboutonner.
Aide complète:	Déshabiller le résidant.

Voir aussi Habillage

Zone de soins « Mobilisation »

Indépendant pour ce besoin
- Sans aide pour la mobilisation de base

Alité(e) 24h/24
- Alité(e) 24h/24

Mobilisation de base
- Lever
  - Lever du lit ou fauteuil
- Coucher
  - Coucher ou asseoir
- Lever et coucher avec cigogne, verticalisateur
  - Lever avec cigogne, verticalisateur
  - Coucher avec cigogne, verticalisateur
- Marcher dans le corridor
  - Marcher dans le corridor
- Déplacement en fauteuil
  - Déplacement en fauteuil roulant ou gériatrique

Autres actions de mobilisation
- Friction et installation
  - Friction, massage
  - Installation/positionnement au lit
- Exercices musculaires
  - Exercices musculaires: aucun ou impossible
  - Exercices passifs et/ou actifs
  - Exercices passifs et/ou actifs structurés
- Moyens de protection physique
  - Moyens de protection physique

Description

La mobilisation de base comprend "lever, coucher, marcher dans le couloir" et "déplacement en fauteuil roulant". Le résidant n'a donc pas besoin d'aide pour se lever ni se coucher. Il **se déplace sans l'aide d'autrui dans l'établissement**, avec ou sans aide mécanique.

Indications

Cochez "OK" si le résidant ne requiert aucune aide du personnel des soins au niveau du besoin spécifique "*mobilisation de base*".

Alité(e) 24h/24

Description

Le résidant est au lit **24 heures/24** pendant les **7 jours** de son évaluation.

Indications

Cochez "OK" si aucune intervention du besoin spécifique "*mobilisation de base*" n'est requise par le résidant parce que celui-ci est alité.

But

Favoriser la circulation sanguine.
Prévenir les effets secondaires d'une mobilisation restreinte.

Description

Préparer le matériel nécessaire (fauteuil, appareil orthopédique), s'il y a lieu.
Baisser les barrières, s'il y a lieu.
Aider le résidant à :

- se lever de son lit et s'installer au fauteuil;
- se lever de son fauteuil;
- se déplacer **DANS** la chambre.

Mettre la table du fauteuil gériatrique (si celle-ci est intégrée au fauteuil) ou attacher la ceinture abdominale (si celle-ci est intégrée au fauteuil), s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où le résidant requiert de l'aide pour se lever du lit ou du fauteuil.

Cochez pour quel(s) lever(s) le résidant a besoin d'aide : **se lever du lit, du fauteuil, d'une chaise.**

Cochez si, pour "marcher dans sa chambre", le résidant est "**indépendant**", s'il a "**besoin d'aide**" ou s'il est "**incapable**".

Cochez *"non"* si **aucune compensation mécanique** n'est utilisée pour aider le résidant à se lever.

Cochez *"oui"* si une **compensation mécanique** (canne, cadre de marche) est utilisée pour aider le résidant à se lever. Précisez dans la section "**note**" la compensation mécanique utilisée.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour aider le résidant à se lever.

Indépendant

La personne se lève seule de son lit, d'un fauteuil ou d'une chaise et ce toute la journée.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Fournir le matériel requis pour le lever (cadre de marche, canne), baisser les barrières. Assurer une surveillance lors du lever.
Aide partielle:	Aider le résidant à se lever. Celui-ci peut participer, il réussit à faire quelques pas si le personnel lui accorde un soutien.
Aide complète:	Lever le résidant. Celui-ci ne peut participer (lever en bloc, pivot).

Notes

Les transferts directs du fauteuil aux toilettes, du fauteuil ou du lit à la chaise percée, sont inclus dans les actions "toilettes" et "chaise percée".

But

Favoriser la circulation sanguine.
Prévenir les effets secondaires d'une mobilisation restreinte.

Description

Préparer le matériel nécessaire (fauteuil, appareil orthopédique), s'il y a lieu.
Aider le résidant à :

- s'asseoir au fauteuil ou sur une chaise;
- se déplacer **DANS** la chambre;
- se mettre au lit.

Relever les barrières, s'il y a lieu.
Enlever la table du fauteuil gériatrique (si intégrée au fauteuil) ou détacher la ceinture intégrée au fauteuil, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où le résidant a besoin d'aide pour se mettre au lit ou s'asseoir.

Cochez à quel niveau le résidant a besoin d'aide: pour **se mettre au lit, s'asseoir au fauteuil, s'asseoir sur une chaise.**

Cochez si, au moment de la sieste, le résidant est "**indépendant**" ou s'il "**a besoin d'aide**" pour se mettre au lit ou s'il ne fait "**pas de sieste**".

Cochez *"non"* si **aucune compensation mécanique** n'est utilisée pour aider le résidant à se coucher ou s'asseoir.

Cochez *"oui"* si une **compensation mécanique** (canne, cadre de marche) est utilisée pour aider le résidant à se coucher ou s'asseoir. Précisez dans la section "**note**" la compensation mécanique utilisée.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour aider le résidant à se coucher ou s'asseoir.

Indépendant

Le résidant se couche et s'asseoit seul et ce toute la journée.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Assurer une surveillance au moment ou le résidant s'asseoit ou lors du coucher. Lever les barrières, s'il y a lieu. Ranger le matériel utilisé (cadre de marche, canne), s'il y a lieu.
Aide partielle:	Aider le résidant à se coucher ou s'asseoir. Celui-ci peut participer, il réussit à faire des pas si le personnel lui accorde un soutien.
Aide complète:	Coucher le résidant. Celui-ci ne peut participer (coucher en bloc, pivot).

Notes

Les transferts directs du fauteuil aux toilettes, du fauteuil ou du lit à la chaise percée, sont inclus dans les actions "*toilettes*" et "*chaise percée*".

But

Prévenir les effets secondaires d'une mobilisation restreinte.
Assurer une mobilisation sécuritaire pour le résidant et les intervenants.

Description

Préparer la cigogne, le verticalisateur.
Baisser les barrières, s'il y a lieu.
Lever le résidant et l'installer confortablement au fauteuil.
Mettre la table du fauteuil gériatrique (si celle-ci est intégrée au fauteuil) ou attacher la ceinture abdominale (si celle-ci est intégrée au fauteuil), s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où le résidant est levé avec l'aide de la cigogne ou du verticalisateur.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour lever le résidant.

Notes

Les transferts directs du fauteuil aux toilettes, du fauteuil ou du lit à la chaise percée, sont inclus dans les actions "*toilettes*" et "*chaise percée*".

But

Prévenir les effets secondaires d'une mobilisation restreinte.
Assurer une mobilisation sécuritaire pour le résidant et les intervenants.

Description

Enlever la table du fauteuil gériatrique (si celle-ci est intégrée au fauteuil) ou la ceinture abdominale (si celle-ci est intégrée au fauteuil), s'il y a lieu.
Mettre le résidant au lit et l'installer confortablement.
Relever les barrières, s'il y a lieu.
Ranger la cigogne, le verticalisateur.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où le résidant est couché avec l'aide de la cigogne ou du verticalisateur.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour coucher le résidant.

Notes

Les transferts directs du fauteuil aux toilettes, du fauteuil ou du lit à la chaise percée, sont inclus dans les actions "*toilettes*" et "*chaise percée*".

But

Prévenir les effets secondaires d'une mobilisation restreinte.
Permettre au résidant de participer aux activités de l'établissement.

Description

Préparer le matériel nécessaire à la marche (canne, cadre de marche, ...), s'il y a lieu.
Aider le résidant à:

- marcher **HORS** de sa chambre;
- monter ou descendre des escaliers.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où le résidant requiert l'aide d'un intervenant des soins infirmiers pour marcher dans le corridor. Marcher pour aller à un endroit **inclus un retour**. Si le retour a lieu à une heure différente, ne cochez qu'une seule heure, habituellement l'heure pour se rendre.

Cochez l' (les) endroit(s) où le résidant a besoin d'aide pour se rendre en marchant : **salle à manger**, **toilettes à l'extérieur de sa chambre**, **animation**, **retour en chambre**, autres (à préciser dans la section "**note**").

Cochez "*non*" si **aucune compensation mécanique** n'est utilisée.

Cochez "*oui*" si une **compensation mécanique** est utilisée lors de la marche. Précisez dans la section "**note**" la compensation mécanique utilisée.

Cochez le nombre d'intervenants des soins infirmiers requis pour aider le résidant à marcher.

Standards

Trois (3) fois par jour pour le résidant qui est susceptible d'atrophie musculaire des membres inférieurs.

Indépendant

Le résidant marche seul. Il n'a pas besoin d'une aide physique ni d'être guidé aux différents endroits dans l'établissement.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Accompagner le résidant dans ses déplacements (exemple: personne aveugle, personne avec déficits cognitifs incapable de se rendre seule à la salle à manger, à sa chambre, autres ...).
Aide partielle:	Aider le résidant à marcher en lui apportant un soutien physique.

But

Prévenir les effets secondaires de l'isolement.
Permettre au résidant de participer aux activités de l'établissement.

Description

Pousser le fauteuil **HORS** de la chambre.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des déplacements en fauteuil roulant ou gériatrique. Tout comme l'intervention "marcher avec aide", aller à un endroit **inclus le retour**. Ne cochez qu'une fois dans l'heure ou, si le retour a lieu à une heure différente, ne cochez qu'une seule heure, habituellement l'heure pour se rendre.

Cochez l' (les) endroit(s) où le résidant a besoin d'aide pour se rendre en fauteuil roulant ou gériatrique : **salle à manger**, **toilettes à l'extérieur de sa chambre**, **animation**, **retour en chambre**, autres (à préciser à la section "**note**").

Indépendant

Le résidant se déplace seul avec son fauteuil roulant aux différents endroits dans l'établissement.

Voir aussi Marcher dans le corridor

Friction, massage

But

Prévenir les irritations de la peau et les effets secondaires de l'immobilisation.
Favoriser la circulation sanguine.
Soulager la douleur.

Description

Frictionner ou masser les points de pression ou les régions douloureuses.
Changer la literie partiellement ou totalement, s'il y a lieu.
Baisser et relever les barrières de lit, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des massages.

Cochez le nombre d'intervenants requis pour effectuer les massages.

Voir aussi Installation/positionnement au lit

But

Prévenir les irritations de la peau et les effets secondaires de l'immobilisation.
Favoriser la circulation sanguine.
Soulager la douleur.

Description

Alterner les positions du résidant en respectant les principes d'alignement corporel.
Installer au besoin des coussins pour maintenir la position.
Installer ou replacer les talonnières ou autres protecteurs cutanés, s'il y a lieu.
Changer la literie partiellement ou totalement, s'il y a lieu
Baisser et relever les barrières, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des changements de position.

Cochez le nombre d'intervenants requis pour changer la position du résidant.

Standards

Toutes les trois (3) heures pour un résidant alité.

Notes

On choisit l'intervention si le résidant ne peut se mobiliser dans son lit ou le fait difficilement. Le personnel des soins devra alterner les positions, installer des oreillers ou des coussins pour aider à conserver la position. Il est compris, dans l'action "*coucher avec aide*", qu'on aide le résidant à s'installer "confortablement". Mais si on doit, en plus, placer 1 ou plusieurs membres dans une position précise parce que le résidant n'y arrive pas seul, on choisit "installation/positionnement au lit".

Voir aussi Friction, massage

Exercices musculaires: aucun ou impossible

Description

Le résidant se mobilise peu ou pas du tout et il est impossible de lui faire faire des exercices.

Indications

Cochez la (les) raison(s) pour laquelle (lesquelles) on ne peut faire faire des exercices au résidant. Précisez dans l'espace "**note**" les autres raisons non énumérées dans la liste.

Voir aussi Exercices passifs et/ou actifs
Exercices passifs et/ou actifs structurés

But

Prévenir l'atrophie musculo-squelettique.
Maintenir la flexibilité articulaire.

Description

Préparer le matériel nécessaire aux exercices.
Encourager, guider le résidant (actifs).
Effectuer les exercices **passifs** des articulations.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) des exercices passifs ou actifs **effectués par un membre du personnel infirmier**.

Cochez *"non"* si la **présence constante** n'est **pas requise** pendant toute la durée des exercices.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** des exercices.

Standards

Deux (2) fois par jour pour un résidant qui ne se mobilise pas et une (1) fois par jour pour le résidant qui se mobilise mais très peu.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Préparer et fournir le matériel nécessaire. Guider, encourager le résidant dans la pratique de ses exercices.
Aide partielle:	Aider le résidant à mobiliser certains membres (par exemple: bras gauche, pour atteindre une certaine amplitude) ou Encourager le résidant pendant une partie de sa séance d'exercices.
Aide complète:	Effectuer les exercices passifs, c'est-à-dire la mobilisation passive des articulations.

Voir aussi Exercices musculaires: aucun ou impossible

But

Restaurer l'activité musculaire chez un résidant qui a subi récemment un AVC ou une fracture.

Description

Suivre un programme individualisé d'exercices dans un but de **rééducation**.
Préparer le matériel nécessaire aux exercices.
Encourager, guider le résidant (actifs).
Effectuer les exercices **passifs** des articulations.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des exercices structurés **effectués par un membre du personnel infirmier**.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise** pendant toute la durée des exercices.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** des exercices.

Cochez s'il s'agit d'une rééducation à **court terme** (moins d'un mois) ou à **long terme** (plus d'un mois).

Standards

Deux (2) fois par jour pour un résidant qui ne se mobilise pas et une (1) fois par jour pour le résidant qui se mobilise mais très peu.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Préparer et fournir le matériel nécessaire. Guider, encourager le résidant dans la pratique de ses exercices.
Aide partielle:	Aider le résidant à mobiliser certains membres (par exemple: bras gauche, pour atteindre une certaine amplitude) ou Encourager le résidant pendant une partie de sa séance d'exercices.
Aide complète:	Effectuer les exercices passifs, c'est-à-dire la mobilisation passive des articulations.

Voir aussi Exercices passifs et/ou actifs
Exercices musculaires: aucun ou impossible

But

Protéger le résidant ou son entourage.

Description

Installer une (des) contention(s), telle(s):

- camisoles;
- bandes abdominales;
- drap zewi;
- moufles, gants;
- contention de poignet;
- autres (à préciser à la section "*note*").

Installer le tablier ignifuge.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où vous **installez** (attachez) la contention.

Cochez le type de contention correspondant aux paramètres (journées, heures, agitation) complétés. Si deux types de contention sont utilisés, complétez deux fois l'action.

Cochez "*non agité*" si **au moment de l'installation** de la contention le résidant est généralement **non agité**.

Cochez "*agité*" si **au moment de l'installation** de la contention le résidant est **agité**.

Modes d'assistance

Guider, motiver:	Donner le tablier ignifuge au résidant qui le met seul.
Aide complète:	Mettre le tablier ignifuge. Installer la contention.

Notes

Les barrières, la table du fauteuil gériatrique et la ceinture fixe du fauteuil roulant sont des moyens de protection physique. Cependant, ils ont été pris en considération au niveau des actions "*lever du lit ou fauteuil*", "*coucher ou asseoir*", "*friction/massage*" et "*installation/positionnement au lit*".

Zone de soins « Communication »

Soins relationnels
- Communication individuelle de soutien
  - Communication individuelle de soutien
  - Com. ind. soutien/déficits cognitifs
  - Com. ind. soutien/problèmes psychiatriques
- Relation d'aide
  - Relation d'aide avec le résidant
  - Relation d'aide avec les proches
- Activités individuelles ou de groupe
  - Aucune activité
  - Activité récréative individuelle
  - Activité thérapeutique individuelle
  - Sortie socio-thérapeutique individuelle
  - Activité récréative de groupe
  - Activité thérapeutique de groupe
  - Sortie socio-thérapeutique de groupe

Enseignement
- Enseignement (résidant ou proches)

Autres activités de communication
- Évaluation physique ou psychique
  - Bilan fonctionnel physique
  - Bilan fonctionnel psychique
  - Auto-administration d'un test
  - Test par observation
  - Administration d'un test en présence constante
  - Évaluation de contrat
- Programme de réadaptation psychosociale
  - Conception de programme
  - Gestion du programme
  - Évaluation du programme
- Entretien
  - Entretien de la personne avec le psychiatre en présence du référent
  - Entretien de coordination en présence de la personne

But

Promouvoir la santé mentale du résidant et le soutenir dans ses démarches de maintien de son équilibre bio-psycho-social.
Maintenir, favoriser ou augmenter la participation dans les AVQ.
Promouvoir l'intégration à l'environnement.
Eviter le repliement sur soi.
Rassurer et réconforter.
Renforcer l'estime de soi.

Description

Pour l'intervenant, il peut s'agir, selon les besoins du résidant, de:

- discuter, échanger, informer, lire, commenter;
- assurer une présence rassurante;
- encourager à participer à des activités récréatives, éducatives, religieuses, etc.;
- créer un environnement favorable;
- toucher, prendre, bercer, caresser (principalement chez les enfants).

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **pourcentage (%) de temps** par service de travail que la communication est requise. La somme des deux chiffres doit donner 100 % pour une période de 24 heures.

Cochez si la participation du résidant pour les AVQ (activités de la vie quotidienne) est : "*bonne*", s'il faut "*motiver ou négocier pour augmenter sa participation à certaines activités*" (ex. : médication, hygiène) ou si l'on doit "*motiver, négocier pour l'ensemble des AVQ*" (hygiène, élimination, mobilisation, repas, prise des médicaments, ...).

Notes

Cette communication est requise tous les jours pour **tous** les résidants ne présentant pas de déficit cognitif, ni de problème psychiatrique.

Voir aussi Communication individuelle de soutien (déficits cognitifs)
Communication individuelle de soutien (problèmes psychiatriques)

But

Préserver la dignité et l'estime de soi.
Maintenir l'autonomie fonctionnelle et mentale au niveau optimal encore possible.
Maintenir, favoriser ou augmenter la participation dans les AVQ.
Augmenter la collaboration du résidant.
Diminuer l'anxiété.
Éviter le repliement sur soi.
Promouvoir l'intégration à l'environnement.
Rassurer.
Diminuer les risques de réaction catastrophique.

Description

Pour l'intervenant, il peut s'agir, selon les besoins du résidant, de:

- stimuler verbalement, encourager, féliciter, valoriser;
- échanger;
- tenir la main d'une personne excitée ou anxieuse;
- orienter dans la réalité en rappelant au résidant son nom, en lui précisant le jour, la saison, etc...;
- répéter les consignes;
- ré-expliquer, chercher les mots, gestes, mimiques compréhensibles;
- capter le regard (contact visuel);
- utiliser le toucher;
- accorder un délai, pour permettre au résidant de répondre;
- être à l'écoute des messages verbaux ou non verbaux;
- interpréter le comportement, se concentrer sur sa signification;
- remettre sa demande à plus tard s'il y a refus de collaborer;
- rediriger l'attention devant une situation tendue;
- permettre à la personne d'exprimer ses sentiments;

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **pourcentage (%) de temps** par service de travail que la communication est requise. La somme des deux chiffres doit donner 100 % pour une période de 24 heures.

Cochez la catégorie de **déficits cognitifs**. La description de chacune des cinq catégories (léger - modéré: personne coopérante/personne non coopérante sévère - personne active/personne passive) se trouve ci-dessous sous l'onglet "*Définitions*".

Cochez le degré de **collaboration** ou de **participation** du résidant pour les activités de la vie quotidienne (repas, élimination, hygiène, mobilisation, prise des médicaments).

Cochez le degré de **stimulation** ou de **négociation** requis par le résidant pour favoriser ou augmenter sa participation ou sa collaboration aux activités de la vie quotidienne (AVQ).

Notes

Cette communication est requise tous les jours pour **tous** les résidants présentant des déficits cognitifs. Si le résidant présente des troubles cognitifs et psychiatriques, un seul des deux types de communication de soutien peut être enregistré. Choisir celui qui correspond le mieux au profil du résidant.

Définitions

DÉFICIT COGNITIF

Ce terme désigne la détérioration des facultés intellectuelles comme la mémoire, la pensée, le jugement, l'attention, la concentration, l'orientation, la capacité d'apprentissage, etc...

DÉFICIT COGNITIF LÉGER

Profil: La personne présente des problèmes cognitifs mineurs comme l'augmentation du temps pour apprendre et la difficulté à saisir et retenir l'information. La personne est distraite et sa capacité de concentration est diminuée ce qui nuit à sa capacité d'apprentissage et de mémorisation. Elle présente des pertes de mémoire, se plaint parfois d'avoir perdu, ou ne se rappelle pas où elle a placé un objet familier.

Sur le plan de la communication, elle peut présenter une difficulté à saisir les paroles rapides. Lors d'une conversation elle peut s'écarter du sujet ou encore se répéter.

Étant consciente de ses pertes cognitives, la personne peut présenter de l'anxiété ou de la dépression. Certaines personnes, gênées par leur perte de mémoire, auront tendance à se replier sur elles-mêmes.

Au niveau des AVQ, la personne peut être indépendante ou avoir besoin de l'aide d'autrui, en particulier pour lui rappeler les actions à faire, lui dire où sont ses effets ou lui fournir le matériel requis.

Généralement, malgré ses pertes cognitives, la personne réussit à fonctionner et à interagir avec son environnement.

Rôle de l'intervenant: L'intervenant devra agir d'une façon plus lente, c'est-à-dire laisser du temps à la personne pour assimiler l'information. Il devra **occasionnellement** lui rappeler certaines activités de la journée, l'heure ou encore l'orienter dans l'espace. Pour maintenir son indépendance fonctionnelle et éviter le repliement sur soi, il valorisera et stimulera la personne quotidiennement.

DÉFICIT COGNITIF MODÉRÉ

Profil: La personne présente des problèmes cognitifs significatifs. Toutes ses fonctions cognitives sont, à des degrés divers, détériorées.

Sa capacité de compréhension et d'expression (verbale ou écrite) est atteinte. La personne présente une difficulté à amorcer et soutenir une conversation. Elle parle souvent au passé et peut répondre de façon inadéquate à une question.

Ses déficits cognitifs ont des répercussions sur sa personnalité et son comportement social. La personne peut présenter de l'agitation, de l'irritabilité, de l'apathie, de l'anxiété et des signes de dépression. Elle demeure très sensible au climat affectif.

Ses déficits cognitifs nuisent à la réalisation des AVQ. Toutefois, la personne est encore assez consciente pour participer à certaines AVQ pourvu qu'on lui en donne la possibilité. Si ses capacités physiques le permettent encore, la personne se déplace généralement seule mais peut avoir besoin de l'aide d'autrui pour la diriger vers tel ou tel endroit.

DÉFICIT COGNITIF MODÉRÉ - PERSONNE COOPÉRANTE

Profil: Malgré ses déficits cognitifs significatifs, la personne participe et collabore généralement bien à ses soins. La fatigue, un surplus de stimuli et divers facteurs peuvent causer **occasionnellement** des moments d'agitation ou d'agressivité.

Son éventuelle errance ne génère habituellement pas de conflit. Les intervenants considèrent cette personne comme généralement "*non ou peu perturbatrice* ".

Rôle de l'intervenant: Étant donné ses pertes cognitives importantes, cette personne aura besoin d'aide pour certaines ou la majorité de ses AVQ. Cette aide sera accordée en fonction du potentiel de la personne avec l'objectif de préserver sa dignité, son estime de soi, récupérer certaines habiletés, éviter l'apparition des incapacités et maintenir un lien avec son environnement. La personne étant sensible au climat affectif mais ayant de la difficulté à communiquer (compréhension et expression), l'intervenant sera attentif à établir une communication efficace par le contact visuel, le toucher et par un échange verbal quotidien, ceci afin de maintenir les capacités résiduelles de la personne.

L'intervenant sera également sensible au fait que la personne, ne comprenant pas toujours l'objet de son intervention, peut éprouver de l'anxiété pour une simple activité par exemple: le bain, l'habillage, le repas, etc... Il devra donc avant chaque intervention, s'il y a lieu, entrer en contact non verbal (visuel), donner des explications claires et simples et ce afin de **favoriser** ou **augmenter** la **participation** de la personne.

DÉFICIT COGNITIF MODÉRÉ - PERSONNE NON-COOPÉRANTE

Profil: Cette personne, contrairement à la personne coopérante, a davantage de difficulté à participer et à collaborer à ses soins. Elle est généralement réticente, voire opposante à plusieurs ou toutes les activités de la vie quotidienne. La fatigue, un surplus de stimuli et divers facteurs peuvent causer **régulièrement** des moments d'agitation ou d'agressivité.

Son errance et son comportement vis-à-vis d'autrui **engendre régulièrement des conflits**. Les intervenants considèrent cette personne comme généralement perturbatrice.

Rôle de l'intervenant: Il est de même nature que pour la personne présentant un déficit MODÉRÉ-COOPÉRANTE mais, étant donné la réticence de la personne, l'intervenant devra la "stimuler" davantage, c'est-à-dire, "ré-expliquer" en cherchant d'autres termes compréhensibles (paroles, gestes, mimiques), "négocier" en tentant de trouver une réponse (verbale ou non verbale) aux argumentations de la personne, sans tenter de la raisonner. Il s'agit en fait de contourner le refus de collaborer. Cette "stimulation" doit souvent se faire avant chaque intervention et souvent même pendant l'activité (repas, soins d'hygiène, ...) car la personne oublie, en cours d'activité, le pourquoi de l'action. L'intervenant saura ne pas insister s'il y a un refus (pour éviter l'agressivité) mais plutôt tenter sa chance un peu plus tard. Il devra également intervenir lors des conflits et tenter de diminuer les risques de réaction catastrophique ou d'agressivité. L'intervenant devra donc établir une communication efficace par le contact non verbal (visuel), des explications claires et simples, la recherche de termes appropriés, la ré-explication, la distraction de la personne s'il y a lieu, ceci afin **d'augmenter** sa **collaboration** et par le fait même sa **participation**.

DÉFICIT COGNITIF SÉVÈRE

Profil: L'orientation de la personne dans le temps, l'espace et « aux personnes » est très affectée. Elle a peu de contacts avec autrui. Il arrive régulièrement qu'elle ne reconnaisse plus les membres de sa famille, voire même qu'elle soit incapable de se nommer.

Les capacités de communiquer et de compréhension de la personne sont pratiquement nulles. Elle ne peut plus soutenir une conversation. Elle parle de façon décousue et incohérente. Sa capacité d'expression verbale est atteinte : régulièrement, elle marmonne, utilise un jargon, souffre d'écholalie et parfois même d'aphasie.

Il est probable que la personne demeure sensible au climat affectif mais il peut être difficile, voire impossible de le déterminer.

Au niveau des AVQ, la personne ne participe presque plus. Elle a perdu ses habiletés psychomotrices et elle ne peut plus être stimulée.

DÉFICIT COGNITIF SÉVÈRE - PERSONNE ACTIVE

Profil: Cette personne réussit malgré tout à faire certaines actions seules : par exemple, se déplacer (errance) ou manger. Elle agit essentiellement par **automatisme**. La personne peut présenter des troubles de l'humeur et offrir de la résistance.

Rôle de l'intervenant: Malgré les déficits majeurs de la personne, l'intervenant devra toutefois tenter de conserver les automatismes de celle-ci. Il l'encouragera dans les activités qu'elle effectue seule.

Étant donné ses difficultés de compréhension, il devra également être attentif au type de communication. Il utilisera particulièrement le toucher. Comme la personne a de la difficulté à saisir le but de ses interventions, l'intervenant prendra également le temps de les lui expliquer, en des termes très simples ou par des gestes compréhensibles et rassurants.

DÉFICIT COGNITIF SÉVÈRE - PERSONNE PASSIVE

Profil: Généralement confinée au lit ou au fauteuil, cette personne ne fait plus aucune activité seule. Elle offre peu ou pas de résistance.

Rôle de l'intervenant: Comme la personne présente peu d'habiletés psychomotrices, l'intervenant devra l'assister pour tous ses besoins. Cette assistance se traduit souvent par une aide complète mais il pourra s'agir d'une aide partielle pour l'une ou l'autre intervention. L'intervenant reste ouvert aux capacités de la personne.

Comme la personne est sensible au climat affectif, on utilisera particulièrement le toucher et le contact visuel pour l'aborder. On communiquera également verbalement avec elle en lui expliquant en termes simples les interventions.

Voir aussi Communication individuelle de soutien
Communication individuelle de soutien (problèmes psychiatriques)

But

Préserver ou augmenter l'estime de soi.
Maintenir, favoriser ou augmenter la participation dans les AVQ.
Augmenter la collaboration du résidant.
Diminuer l'anxiété.
Promouvoir l'intégration à l'environnement.
Rassurer.
Diminuer les risques de détérioration psychologique.
Prévenir et diminuer les comportements agressifs.
Augmenter la capacité d'autocritique.
Prévenir les situations de crise.
Prévenir les acting-out.

Description

Pour l'intervenant, il peut s'agir, selon les besoins du résidant, de:

- stimuler verbalement, encourager, féliciter, valoriser;
- échanger;
- créer un climat de confiance;
- être à l'écoute des messages verbaux ou non verbaux;
- permettre à la personne d'exprimer ses sentiments;
- ramener à la réalité;
- tenir la main d'une personne excitée ou anxieuse;
- écouter les critiques;
- avoir une attitude ferme mais supportante;
- répéter les consignes;
- rediriger l'attention devant une situation tendue;
- clarifier les attentes et les limites;
- contrôler, rappeler les attentes et les limites;
- accorder une présence rassurante.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **pourcentage (%) de temps** par service de travail que la communication est requise. La somme des deux chiffres doit donner 100 % pour un 24 heures.

Cochez la catégorie de **problèmes psychiatriques**. La description de chacune des trois catégories (léger - modéré - sévère) se trouve ci-dessous sous l'onglet "*Définitions*".

Cochez le degré de **collaboration** ou de **participation** du résidant pour les activités de la vie quotidienne (repas, élimination, hygiène, mobilisation, prise des médicaments).

Cochez le degré de **stimulation** ou de **négociation** requis par le résidant pour favoriser ou augmenter sa participation ou sa collaboration aux activités de la vie quotidienne (AVQ).

Notes

Cette communication est requise tous les jours pour **tous** les résidants présentant des problèmes psychiatriques. Si le résidant présente des troubles cognitifs et psychiatriques, un seul des deux types de communication de soutien peut être enregistré. Choisir celui qui correspond le mieux au profil du résidant.

À noter aussi que l'état du résidant peut évoluer durant la semaine de telle façon qu'il est, par exemple, possible de choisir "*Communication individuelle de soutien - problèmes psychiatriques légers*" pour 3 jours et, "*problèmes psychiatriques modérés*" pour 4 jours.

Une relation d'aide peut également être ajoutée pour certains résidants qui requièrent une **rencontre structurée**, par exemple une fois par semaine.

Définitions

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES

La personne souffre de troubles de la personnalité, de dépression, de névrose, de psychose ou de toxicomanie.

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES LÉGERS

Profil: On retrouve dans cette catégorie, la personne dont l'état pathologique est **stable** au moment de l'évaluation.

Cette personne a besoin:

- d'un encadrement minimal dans certaines situations, par exemple lors d'une activité de groupe ou pour résoudre efficacement un conflit;
- d'une légère stimulation pour fonctionner dans le quotidien car elle est démotivée.

La personne fonctionne bien dans un environnement où les attentes, les limites et les rôles sont bien définis. Elle peut présenter de l'anxiété face à une situation nouvelle, un changement de routine ou un bouleversement dans le quotidien. La personne accepte et comprend bien un changement ou un refus s'il est accompagné d'explications.

Si la personne présente des problèmes de comportement, ceux-ci dérangent peu autrui.

La personne, soit jouit de fonctions cognitives intactes, soit présente une baisse du rendement intellectuel, une diminution de l'attention et de la concentration.

Rôle de l'intervenant: L'intervenant devra, pour conserver cette stabilité de fonctionnement et diminuer l'anxiété, assurer un **climat de confiance**. Il devra également **éviter si possible tout changement dans la routine** du résidant. Si un changement doit avoir lieu ou si un refus est nécessaire, une explication doit être donnée pour **éviter toute frustration** qui peut entraîner des problèmes de comportement.

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES MODÉRÉS

Profil: La personne a de la difficulté à gérer son quotidien. Son encadrement doit être personnalisé et très structuré. Des ententes sont, en général, établies entre la personne et son répondant (plan de

soins élaboré).

Cette personne conserve un certain niveau de contact avec la réalité et vit beaucoup d'anxiété.

La personne peut présenter des troubles cognitifs, de l'humeur et du comportement (critiques continuelles, demandes répétitives). Son seuil de tolérance est bas et elle s'attend à une réponse ou à une gratification immédiate.

Ses relations avec autrui sont généralement difficiles pour cause de retrait, de démotivation ou de problèmes comportementaux engendrant des conflits.

Rôle de l'intervenant: L'intervenant s'assure qu'il y a **respect des ententes** établies. Il **écoute** la critique, adopte une **attitude ferme mais supportante**. Il devra également s'armer de **patience** devant les demandes répétitives du résidant. Pour certains résidants, selon les besoins, il **explore le vécu et la souffrance** morale afin de déterminer d'autres stratégies d'adaptation. Il devra stimuler, écouter, supporter afin de **prévenir toute détérioration.**

PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES

Profil: La personne est complètement désorganisée. Tout son fonctionnement est perturbé.

Elle perd contact avec la réalité et présente l'un ou plusieurs des troubles suivants : délire, hallucinations, idées suicidaires pouvant aller jusqu'au passage à l'acte, discours incohérent.

Son anxiété est généralement très prononcée.

Elle peut présenter des problèmes de comportement comme l'agressivité verbale et physique. Ses demandes sont répétitives, leur fréquence pouvant aller jusqu'aux quinze minutes. La personne est très exigeante et son seuil de tolérance est très bas.

Elle est très sensible au rejet et à la critique. Ses relations avec autrui sont très difficiles ou inexistantes soit à cause de ses problèmes d'agressivité, soit du fait de son retrait (dépression majeure).

La place adéquate pour cette personne est l'institution psychiatrique.

Rôle de l'intervenant: L'intervenant devra établir un **climat de confiance** avec la personne. Étant donné la perte de contact avec la réalité, il devra **rassurer** la personne et la **ramener à la réalité**. L'écoute est très importante pour ces personnes. Il devra **contourner le refus de collaborer** en établissant un contact chaleureux et en trouvant une réponse aux argumentations de la personne. Il devra **intervenir régulièrement** pour désamorcer les conflits, les situations tendues et contrôler l'agressivité. Malgré les grandes perturbations de la personne, des **ententes** sont généralement établies et l'intervenant s'assure du respect de celles-ci.

Voir aussi Communication individuelle de soutien
Communication individuelle de soutien (déficits cognitifs)

But

Permettre au résidant d'atteindre un état d'équilibre optimal.
Donner le support nécessaire au résidant pendant une période problématique.

Description

Entrer en contact avec le résidant.
Utiliser des techniques de communication verbale ou non verbale pour l'aider à:

- exprimer ses problèmes;
- prendre conscience de soi;
- accepter une nouvelle situation;
- autres.

et/ou établir un contrat et assurer un suivi à ce contrat, tel:

- gestion de l'hygiène;
- gestion de comportement;
- gestion occupationnelle;
- autres.

Ces rencontres peuvent être structurées ou non mais le problème identifié chez le résidant doit être inscrit au plan de soins, sauf si le problème nécessite une intervention ponctuelle et sans suivi. Les notes d'observation devraient rendre compte du problème et de son évolution suite aux interventions.

Indications

Cochez le niveau de la relation d'aide/**service de travail**:

Minimale: communication thérapeutique demandant 15 minutes ou moins/**service de travail**.

Modérée: communication thérapeutique demandant entre 16 minutes et 30 minutes/**service de travail**.

Intensive: communication thérapeutique demandant entre 31 minutes et 50 minutes/**service de travail**.

Critique: communication thérapeutique demandant 51 minutes et plus/**service de travail**.

Cochez la (les) journée(s) et cochez le ou les **service(s) de travail** où une relation d'aide est requise par le résidant.

Précisez dans les espaces le **problème** à la source de la relation d'aide, **l'objectif** visé et les **interventions** réalisées.

Notes

Pour un **service de travail donné**, un seul niveau de relation d'aide peut être coché.

Pour une **journée donnée** (2 services de travail), un ou plusieurs niveaux de relation d'aide peuvent être cochés.

Exemple #1:

Mme Tremblay a de la difficulté à accepter son hébergement.
On lui accorde du temps pour lui faire exprimer ses émotions.
Cette relation d'aide a eu lieu pendant 3 jours durant le service de jour.

Minimale	**L m M** J V S D	Nuit	**Jour**

Exemple #2:

Mme Roy n'accepte pas sa nouvelle image corporelle (AVC récent avec hémiplégie droite), elle pleure beaucoup et refuse de participer aux AVQ et aux activités récréatives.
Elle demande beaucoup de support en particulier le jour.

Minimale	**L** m M J **V** S D	**Nuit**	Jour
Modérée	**L m M J V S D**	Nuit	**Jour**

Il est important de souligner que la "*relation d'aide*" **ne peut pas** être choisie pour les résidants présentant des déficits cognitifs ou des problèmes psychiatriques pour lesquels une communication spéciale est accordée dans le but de: orienter dans la réalité, diminuer les conflits, augmenter la collaboration, rassurer, rappeler les règles, etc... Cette communication et ses objectifs sont pris en considération dans les "*communication individuelle de soutien*" spéciales soient "déficits cognitifs" et "problèmes psychiatriques" (voir leurs buts et descriptions).

Elle est toutefois possible pour le résidant atteint de **déficits cognitifs légers** qui par exemple, conscient de ses pertes de mémoire et de l'évolution de sa maladie, présente des signes de dépression. Elle est aussi possible pour le résidant atteint de déficits **cognitifs modérés** qui vit un événement difficile, par exemple la perte d'un être cher, s'il a des périodes de lucidité qui lui font prendre conscience de cette perte et qu'il manifeste alors le besoin d'une relation d'aide.

Elle est également possible pour le résidant atteint de **problèmes psychiatriques chroniques** pour qui une rencontre est planifiée, par exemple une fois par semaine, dans le but d'établir un contrat (relié à son hygiène, son comportement, etc...) et d'assurer un suivi à ce contrat.

Voir aussi Communication individuelle de soutien (déficits cognitifs)
Communication individuelle de soutien (problèmes psychiatriques)

But

Donner le support nécessaire à la famille pendant une période critique.
Aider la famille à percevoir la réalité en regard de la situation du résidant.

Description

Entrer en contact avec le (les) membre(s) de la famille.
Utiliser des techniques de communication verbale ou non verbale pour:

- faire exprimer des émotions;
- faire accepter une situation;
- autres.

Ces rencontres peuvent être structurées ou non mais le problème vécu par le (les) membre(s) de la famille, les interventions requises et l'évolution de la situation devraient être inscrits au dossier du résidant.

Indications

Cochez le niveau de relation d'aide soit:

Minimale: communication thérapeutique demandant 20 minutes ou moins/**service de travail**.

Modérée: communication thérapeutique demandant entre 21 minutes et 45 minutes/**service de travail**.

Intensive: communication thérapeutique demandant entre 46 minutes et 75 minutes/**service de travail**.

Critique: communication thérapeutique demandant 76 minutes et plus/**service de travail**.

Cochez si l'entretien thérapeutique a lieu dans l'établissement ou par téléphone.

Cochez la (les) journée(s) et le ou les **service(s) de travail** où une relation d'aide est requise par le (les) proche(s) du résidant.

Précisez dans les espaces le **problème** à la source de la relation d'aide, **l'objectif** et les **interventions** réalisées.

Notes

Pour un **service de travail donné**, un seul type de relation d'aide peut être coché.

Pour une **journée donnée** (2 services de travail), un ou plusieurs types de relation d'aide peuvent être cochés.

Il est important de souligner qu'il s'agit ici d'une communication thérapeutique. Les informations données à la famille concernant l'état de santé ou les demandes relatives aux effets personnels du résidant ne sont pas considérées ici mais dans la catégorie d'activités "*Communication au sujet du résidant (CSR)*".

Description

S'applique au résidant qui **ne veut ou ne peut pas participer** à des activités récréatives ou thérapeutiques, individuelles ou de groupe, animées par du personnel soignant. Le résidant peut s'occuper seul ou participer à des activités avec sa famille, comme il peut n'avoir aucune activité.

Indications

Cochez l'une ou plusieurs des raisons qui empêchent le résidant de participer. Utilisez la section "**note**" pour préciser davantage s'il y a lieu.

But

Permettre au résidant de se récréer.

Description

Créer un climat de confiance.
Animer l'activité récréative ou,
Accompagner et aider le résidant pendant **toute la durée** de l'activité récréative, telle:

- Marche à l'extérieur;
- Jeux de dames;
- Autres activités individuelles.

Indications

Précisez, dans l'espace prévu, le nom de l'activité récréative.

Complétez les informations suivantes:

Journée:	la journée ou l'activité sélectionnée a eu lieu.
Durée (minutes):	la durée de l'activité récréative doit être exprimée en minutes.
Heure de début:	l'heure où a commencé l'activité récréative.

Standards

Trois (3) fois par semaine peu importe que l'activité soit **individuelle ou de groupe**.

Voir aussi Activité récréative de groupe

But

Promouvoir l'estime de soi.
Aider le résidant à faire face à ses problèmes de comportement.
Aider le résidant à se connaître et à prendre conscience de soi.
Augmenter ou maintenir le fonctionnement psychomoteur.
Augmenter ou maintenir les capacités d'interaction avec l'environnement physique et social.

Description

Créer un climat de confiance.
Animer l'activité thérapeutique ou,
Accompagner et aider le résidant pendant **toute la durée** de l'activité thérapeutique.

Indications

Précisez dans l'espace prévu le nom de l'activité thérapeutique.

Complétez les informations suivantes:

Journée:	la journée où l'activité sélectionnée a eu lieu.
Durée (minutes):	la durée de l'activité thérapeutique doit être exprimée en minutes.
Heure de début:	l'heure où a commencé l'activité thérapeutique.

Notez le **problème** et **l'objectif** poursuivi par cette activité thérapeutique.

Standards

Deux (2) fois par semaine pour un résidant présentant un problème pour lequel il bénéficierait d'activités thérapeutiques **individuelles ou de groupe**.

Notes

Ce type d'activité n'a pas un caractère récréatif mais **thérapeutique**.

Voir aussi Activité récréative individuelle
Activité thérapeutique de groupe

But

Promouvoir l'estime de soi.
Aider le résidant à faire face à ses problèmes de comportement.
Aider le résidant à se connaître et à prendre conscience de soi.
Augmenter ou maintenir les capacités d'interaction avec l'environnement physique et social.
Promouvoir ou faciliter l'intégration sociale dans la communauté.
Permettre au résidant de développer un sens d'indépendance.

Description

Créer un climat de confiance.
Accompagner le résidant pendant toute la durée de la sortie thérapeutique.

Indications

Précisez dans l'espace prévu l'endroit de la sortie.

Complétez les informations suivantes:

Journée:	la journée où la sortie a eu lieu.
Durée (minutes):	la durée de la sortie thérapeutique doit être exprimée en minutes.
Heure de début:	l'heure où a commencé la sortie thérapeutique.

Notez le **problème** et **l'objectif** poursuivi par cette sortie individuelle.

Standards

Une (1) fois par semaine pour un résidant présentant un problème pour lequel il bénéficierait d'une sortie socio-thérapeutique **individuelle ou de groupe**.

Notes

Ce type de sortie n'a pas un caractère récréatif mais **thérapeutique**.

Copyright EROS 1993 - 2011

But

Faciliter l'intégration au groupe.
Permettre au résidant de se distraire.

Description

Vérifier la présence des participants.
Créer un climat de confiance.
Animer l'activité récréative ou,
Accompagner et aider le résidant pendant **toute la durée** de l'activité récréative, telle:

- loto, jeux de carte, film;
- travaux manuels (tricot, menuiserie, jardinage);
- rencontres communautaires;
- cinéma, sortie en ville;
- autres.

Terminer l'activité.

Indications

Choisissez dans la liste des activités récréatives de groupe celles correspondant le mieux au besoin du résidant.

Chaque activité sélectionnée contient les informations suivantes:

Nombre d'intervenants (soins infirmiers):
il s'agit du nombre **requis** d'intervenants des soins infirmiers de l'unité (ou de l'EMS) qui animent ou accompagnent les résidants pendant **toute la durée** de l'activité. Ce nombre peut être égal à 0 si aucun intervenant de l'unité n'est présent pendant l'activité récréative.

Durée (minutes):
la durée de l'activité récréative est exprimée en minutes.

Nombre de participants:
le nombre de résidants **de l'unité (ou de l'EMS)** qui participent à l'activité récréative.

Heure de début:
l'heure où commence l'activité récréative.

Standards

Trois (3) fois par semaine peu importe que l'activité soit **individuelle ou de groupe**.

But

Promouvoir l'estime de soi.
Promouvoir l'intégration sociale.
Aider le résidant à faire face à ses problèmes de comportement.
Aider le résidant à se connaître et à prendre conscience de soi par ses interactions avec autrui.
Augmenter ou maintenir le fonctionnement psychomoteur.
Augmenter ou maintenir les capacités d'interaction avec l'environnement physique et social.

Description

Vérifier la présence des participants.
Créer un climat de confiance.
Animer l'activité thérapeutique ou,
Accompagner et aider le résidant pendant **toute la durée** de l'activité thérapeutique, telle:

- orientation à la réalité;
- stimulation sensorielle;
- musicothérapie;
- relation thérapeutique;
- poterie, peinture, menuiserie thérapeutiques;
- rencontres communautaires thérapeutiques;
- piscine, ballon-balai, conditionnement physique thérapeutiques;
- autres.

Terminer l'activité.

Indications

Choisissez dans la liste des **activités thérapeutiques de groupe** celles correspondant le mieux au besoin du résidant.

Chaque activité sélectionnée contient les informations suivantes:

Nombre d'intervenants (soins infirmiers):
il s'agit du nombre **requis** d'intervenants des soins infirmiers de l'unité (ou de l'EMS) qui animent ou accompagnent les résidants pendant **toute la durée** de l'activité. Ce nombre peut être égal à 0 si aucun intervenant de l'unité n'est présent pendant l'activité thérapeutique.

Durée (minutes):
la durée de l'activité thérapeutique est exprimée en minutes.

Nombre de participants:
le nombre de résidants **de l'unité (ou de l'EMS)** qui participent à l'activité thérapeutique.

Heure de début:
l'heure où commence l'activité thérapeutique.

Notez le **problème** et **l'objectif** poursuivi par cette activité thérapeutique.

Standards

Deux (2) fois par semaine pour un résidant présentant un problème pour lequel il bénéficierait d'activités thérapeutiques **individuelles ou de groupe**.

Notes

Ce type d'activité n'a pas un caractère récréatif mais **thérapeutique**.

But

Promouvoir ou faciliter l'intégration sociale dans la communauté.
Permettre au résidant de développer un sens d'indépendance.

Description

Vérifier la présence des participants.
Partir pour l'activité.
Créer un climat de confiance.
Animer la sortie thérapeutique de groupe, telle:

- cinéma;
- spectacle;
- sortie dans les magasins;
- visites culturelles;
- banque, préfecture de police, bureau de tutelle;
- recherche de logement;
- autres.

Retourner à l'unité de soins.

Indications

Choisissez dans la liste des sorties thérapeutiques de groupe celle correspondant le mieux au besoin du résidant.

Chaque sortie contient les informations suivantes:

Nombre d'intervenants (soins infirmiers):
il s'agit du nombre **requis** d'intervenants des soins infirmiers de l'unité (ou de l'EMS) qui animent ou accompagnent les résidants pendant **toute la durée** de la sortie.

Durée (minutes):
la durée de la sortie thérapeutique est exprimée en minutes.

Nombre de participants:
le nombre de résidants **de l'unité (ou de l'EMS)** qui participent à la sortie.

Heure de début:
l'heure où débute la sortie thérapeutique.

Notez le **problème** et **l'objectif** poursuivi par cette sortie.

Standards

Une (1) fois par semaine pour un résidant présentant un problème pour lequel il bénéficierait d'une sortie socio-thérapeutique **individuelle ou de groupe**.

Notes

Ce type de sortie n'a pas un caractère récréatif mais **thérapeutique**.

Voir aussi Activité récréative de groupe

But

Faciliter les expériences d'apprentissage selon les capacités du participant.
Maintenir ou augmenter l'indépendance.

Description

Préparer le matériel pour l'enseignement, s'il y a lieu.
Donner l'enseignement au(x) résidant(s) ou à son (ses) proche(s).

Indications

Cochez la (les) journée(s) de la (des) séance(s) d'enseignement adressée(s) au résidant et/ou à la famille.

Complétez les informations suivantes :

Nombre d'intervenants (soins infirmiers):
il s'agit du nombre requis d'intervenants des soins infirmiers de l'**unité** qui enseignent ou accompagnent le résidant pendant **toute la durée** de l'enseignement.

Durée (minutes):
la durée de la séance d'enseignement. Ce temps doit être exprimé en minutes.

Nombre de résidants:
le nombre de résidants de l'**unité** qui participent à la séance d'enseignement (ne pas compter les membres de la famille). Si l'enseignement est donné aux membres de la famille de un ou plusieurs résidants, en l'absence de celui-ci ou de ceux-ci, inscrivez le nombre de résidants concernés.

Heure de début:
l'heure où commence l'enseignement.

Précisez dans l'espace prévu à cette fin, le **sujet** de la séance d'enseignement.

Notes

Les informations générales fournies au résidant relativement à une action nursing ne sont pas considérées comme de l'enseignement.

But

Individualiser la planification des soins

Description

Préparer le matériel (formulaire, appareil, grille d'évaluation) nécessaire à la réalisation du bilan fonctionnel.
Recueillir les données permettant de mesurer la perte d'indépendance dans les différentes fonctions physiques.
Analyser les résultats et élaborer le plan de prise en charge.

Indications

Cochez la journée et l'heure de la réalisation du bilan fonctionnel physique, par l'infirmière.

Précisez dans l'espace prévu, **l'événement** et sa **date** à l'origine de ce bilan ainsi que les **fonctions physiques évaluées**.

But

Individualiser le plan de soins à travers une analyse des facteurs qui contribuent au maintien du statut fonctionnel du résidant.

Description

Recueillir au moyen d'un questionnaire les données permettant de comprendre comment des comportements problématiques contribuent à la perte d'indépendance du résidant.
Déterminer les réponses correctives pertinentes.

Indications

Cochez le nombre de bilan requis dans les prochains six (6) mois.

Précisez dans l'espace prévu, le **problème** à l'origine du bilan fonctionnel psychique.

But

Obtenir un bilan objectif des capacités du résidant afin d'établir une prise en charge adéquate.
Individualiser le programme thérapeutique ou de réadaptation.
Prévenir les décompensations d'ordre psychique.
Confirmer un problème clinique.

Description

Préparer le matériel nécessaire au passage du test.
Expliquer le fonctionnement du test au résidant.
Laisser le temps nécessaire au résidant pour réaliser le test.
Compléter, s'il y a lieu, la section réservée au soignant.
Contrôler les réponses.
Procéder à l'analyse et aux conclusions.
Informer le résidant des résultats, s'il y a lieu.

Indications

Cochez le nombre de test(s) requis dans les prochains six (6) mois.

Précisez dans l'espace prévu, le **nom** du (des) test(s) requis et ce qu'il(s) **mesure**(nt).

But

Obtenir un bilan objectif des capacités du résidant afin d'établir une prise en charge adéquate.
Individualiser le programme thérapeutique ou de réadaptation.
Prévenir les décompensations d'ordre psychique.
Confirmer un problème clinique.

Description

Compléter une formule (échelle, score, grille) sans la présence du résidant, suite à des observations de celui-ci réalisées aux moments opportuns dans la journée.
Comparer les évaluations successives, s'il y a lieu.
Procéder à l'analyse et aux conclusions.
Informer le résidant des résultats, s'il y a lieu.

Indications

Cochez le nombre de test(s) requis dans les prochains six (6) mois.

Précisez dans l'espace prévu, le **nom** du (des) test(s) requis et ce qu'il(s) **mesure**(nt).

But

Obtenir un bilan objectif des capacités du résidant afin d'établir une prise en charge adéquate.
Individualiser le programme thérapeutique ou de réadaptation.
Prévenir les décompensations d'ordre psychique.
Confirmer un problème clinique.

Description

Préparer le matériel nécessaire au passage du test (formulaire, vidéo).
Administrer le test au résidant.
Compléter, s'il y a lieu, la section réservée au soignant.
Procéder à l'analyse et aux conclusions.
Informer le résidant des résultats, s'il y a lieu.

Indications

Cochez le nombre de test(s) requis dans les prochains six (6) mois.

Précisez dans l'espace prévu, le **nom** du (des) test(s) requis et ce qu'il(s) **mesure**(nt).

But

Modifier un (des) comportement(s).

Description

Faire le bilan de la journée ou des journées écoulées sur la base des règles établies au contrat.
S'assurer que le résidant réalise son auto-évaluation et la comparer avec celle du soignant.
Négocier la (les) récompense(s) au besoin.

Indications

Cochez la (les) journée(s) et l'heure de l'évaluation du contrat.

Précisez dans l'espace prévu, le (les) **comportement**(s) **ciblé**(s) par le contrat.

But

Réinsérer le résidant dans la société en:

- Augmentant son autonomie sociale.
- Lui faisant comprendre les comportements attendus par la société dans les activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Modifiant un comportement socialement inadéquat.

Description

Créer un climat de confiance au début de la rencontre.
Élaborer avec le résidant un programme de réadaptation (horaire-jour) touchant un certain nombre des domaines suivants:

- gestion de son hygiène;
- gestion ménagère;
- gestion financière;
- gestion occupationnelle;
- démarches administratives;
- activités socio-professionnelles;
- autres.

Agir conformément à la situation du résidant dans son rôle et ses limites sur le plan familial et socio-professionnel.
Fixer les dates d'évaluation du programme.

Indications

Cochez le nombre de conceptions de programme requis dans les prochains six (6) mois.

Cochez les **domaines susceptibles d'être visés** dans les prochains six (6) mois.

But

Réinsérer le résidant dans la société en:

- Augmentant son autonomie sociale.
- Lui faisant comprendre les comportements attendus par la société dans les activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Modifiant un comportement socialement inadéquat.

Description

Établir le bilan périodique du programme.
Corriger le programme le cas échéant et en aviser le médecin traitant.

Indications

Cochez le nombre de gestions de programme requis mensuellement.

But

Réinsérer le résidant dans la société en:

- Augmentant son autonomie sociale.
- Lui faisant comprendre les comportements attendus par la société dans les activités de la vie quotidienne (AVQ).
- Modifiant un comportement socialement inadéquat.

Description

Faire le bilan de la journée ou des journées écoulées depuis la dernière évaluation sur la base des critères décidés au moment de la conception du programme. S'il y a lieu, proposer des actions pour la prochaine ou les prochaines journées.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de l'évaluation du programme de réadaptation.

But

Adapter le traitement aux besoins du résidant.

Description

Transmettre au psychiatre toutes les données concernant le traitement du résidant.
Encourager le résidant à exprimer ses problèmes et à poser des questions.
Signaler les anomalies, difficultés et problèmes rencontrés depuis le dernier entretien.
Faire état des problèmes de comportement, des symptômes cliniques, des effets secondaires des médicaments, des plaintes de l'usager ou de ses proches, etc...
Rendre compte d'observations spécifiques, par exemple rythme circadien.
Proposer des changements, adaptations, stratégies.
Prendre note des décisions du psychiatre.

Indications

Cochez le nombre d'entretien **prévu** dans les prochains six (6) mois.

But

Améliorer la cohérence de la prise en charge multidisciplinaire.

Description

Réunir les intervenants impliqués.
Définir les zones d'intervention de chacun.
Discuter des problèmes de communication avec le résidant.
S'il y a lieu, confronter le résidant aux problèmes de communication induits dans l'équipe multidisciplinaire.

Indications

Cochez le nombre d'entretien requis dans les prochains six (6) mois.

Indiquez dans l'espace prévu, le **problème** à la base de cet entretien.

Zone de soins « Respiration»

Libération des voies respiratoires
- Humidificateur
  - Humidificateur

- Exercices respiratoires
  - Spirométrie
  - Séances de toux

- Exercices physio-respiratoires
  - Tapotements, clapping
  - Drainages posturaux
  - Vibro-massage

- Aérosolthérapie
  - Aérosolthérapie

- Aspiration des sécrétions
  - Aspiration des sécrétions par voie buccale
  - Aspiration des sécrétions par voie nasale
  - Aspiration des sécrétions par voie trachéale

Respiration assistée
- Oxygène (résidant indépendant), vérification du fonctionnement et du matériel
- Oxygène par cathéter, masque, lunette, tente faciale

Trachéotomie
- Soins de trachéotomie (peau, canule, pansement, cordon)
- Instillation de trachéotomie
- Trachéotomie: ballonnet (gonfler et dégonfler)

But

Prévenir le dessèchement ou l'épaississement des sécrétions des voies respiratoires.

Description

Vérifier le fonctionnement de l'appareil.
Remplir l'appareil périodiquement.
Assurer l'entretien de l'appareil.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où on vérifie et remplit l'appareil.

Standards

Deux (2) fois par 24 heures si l'humidificateur est en fonction 24h./24.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Vérifier le fonctionnement de l'appareil, le résidant pouvant par ailleurs le remplir seul.
Aide complète:	Vérifier et remplir l'appareil.

But

Faciliter l'expectoration des sécrétions trachéo-bronchiques.
Augmenter la capacité pulmonaire.

Description

Préparer le matériel, s'il y a lieu.
Conseiller ou corriger le résidant sur la pratique de ses exercices, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des exercices de spirométrie.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise pendant toute la durée** des exercices de spirométrie.

Voir aussi Séances de toux

But

Faciliter l'expectoration des sécrétions trachéo-bronchiques.
Augmenter la capacité pulmonaire.

Description

Préparer le matériel, s'il y a lieu.
Conseiller ou corriger le résidant sur la pratique de ses exercices, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des séances de toux.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise pendant toute la durée** de la séance de toux.

Voir aussi Spirométrie

But

Faciliter le drainage des sécrétions trachéo-bronchiques.
Augmenter la capacité pulmonaire.

Description

Effectuer le traitement de physiothérapie respiratoire
ou
assurer une présence constante auprès du résidant lorsque le traitement est effectué par un autre professionnel de la santé.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des tapotements.

But

Faciliter le drainage des sécrétions trachéo-bronchiques.
Augmenter la capacité pulmonaire.

Description

Effectuer le traitement de physiothérapie respiratoire
ou
assurer une présence constante auprès du résidant lorsque le traitement est effectué par un autre professionnel de la santé.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des drainages posturaux.

But

Faciliter le drainage des sécrétions trachéo-bronchiques.
Augmenter la capacité pulmonaire.

Description

Effectuer le traitement de physiothérapie respiratoire
ou
assurer une présence constante auprès du résidant lorsque le traitement est effectué par un autre professionnel de la santé.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des vibro-massages.

But

Administrer un médicament par les voies respiratoires.
Augmenter la ventilation pulmonaire.
Favoriser l'élimination des sécrétions trachéo-bronchiques.

Description

Préparer et mettre le (les) médicament(s) dans l'appareil, s'il y a lieu.
Vérifier le fonctionnement de l'appareil.
Nettoyer l'appareil.
Guider le résidant dans l'utilisation du matériel et le déroulement du traitement.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du (des) traitement(s) d'aérosol.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise pendant toute la durée** de l'aérosolthérapie.

Précisez, dans l'espace prévu, le nom du (des) médicament(s).

Notes

Si deux ou plusieurs produits médicamenteux sont **administrés en même temps**, enregistrez l'intervention une seule fois en précisant le nom de tous les produits administrés. Si deux médicaments ou plus sont prescrits mais **ne peuvent être administrés en même temps**, enregistrez une intervention par médicament.

Voir aussi (GTTE, INH) Médicament sur une muqueuse

Aspiration des sécrétions par voie buccale

But

Libérer les voies respiratoires des sécrétions trachéo-bronchiques.
Stimuler le réflexe de toux.

Description

Mettre des gants.
Aspirer les sécrétions par voie buccale.
Respecter des périodes de repos entre chaque aspiration.
Nettoyer la bouteille à succion, au besoin.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des aspirations de sécrétions.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir le matériel nécessaire au résidant ou à un autre professionnel, nettoyer la bouteille à succion s'il y a lieu.
Aide complète:	Aspirer les sécrétions du résidant.

Voir aussi Aspiration des sécrétions par voie nasale
Aspiration des sécrétions par voie trachéale

Aspiration des sécrétions par voie nasale

But

Libérer les voies respiratoires des sécrétions trachéo-bronchiques.
Stimuler le réflexe de toux.

Description

Mettre des gants.
Aspirer les sécrétions par voie nasale.
Respecter des périodes de repos entre chaque aspiration.
Nettoyer la bouteille à succion, au besoin.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des aspirations de sécrétions.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir le matériel nécessaire au résidant ou à un autre professionnel, nettoyer la bouteille à succion s'il y a lieu.
Aide complète:	Aspirer les sécrétions du résidant.

Voir aussi Aspiration des sécrétions par voie buccale
Aspiration des sécrétions par voie trachéale

Aspiration des sécrétions par voie trachéale

But

Libérer les voies respiratoires des sécrétions trachéo-bronchiques.
Stimuler le réflexe de toux.

Description

Mettre des gants.
Aspirer les sécrétions par voie trachéale.
Respecter des périodes de repos entre chaque aspiration.
Nettoyer la bouteille à succion, au besoin.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des aspirations de sécrétions.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir le matériel nécessaire au résidant ou à un autre professionnel, nettoyer la bouteille à succion s'il y a lieu.
Aide complète:	Aspirer les sécrétions du résidant.

Voir aussi Aspiration des sécrétions par voie buccale
Aspiration des sécrétions par voie nasale

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où la vérification du fonctionnement de l'appareil et du matériel est effectuée par le personnel des soins infirmiers.

Notes

Le résidant installe et enlève lui-même son masque ou sa lunette selon ses besoins et peut ajuster correctement la concentration d'O_2.

Voir aussi Oxygène par cathéter, masque, lunette, tente faciale

But

Fournir une concentration d'oxygène plus grande que celle de l'air ambiant.

Description

Installer l'O_2.
Ajouter de l'eau au réservoir ou changer le réservoir d'eau à usage unique.
Vérifier la concentration d'O_2.
Remplir le réservoir de glace périodiquement.

Indications

Trois (3) types d'indications sont possibles.

❍ **Un seul intervalle pendant la semaine**

S'adresse au résidant qui a reçu l'oxygène une seule période dans la semaine d'évaluation. Cette période a pu être de quelques heures à plusieurs jours.

Indiquez la journée et l'heure où l'oxygène a été installé et la journée et l'heure où l'oxygène a été enlevé.

Exemple #1:
Un résidant a reçu l'oxygène du mardi 10h00 au mardi 22h00. Les autres jours, l'oxygène n'était pas requis.

Commençant le: mardi - 10h00.
Se terminant le: mardi - 21h00.

Exemple #2:
Un résidant a été mis sous oxygène le mercredi à 06h00 et est toujours sous oxygène la 7ième journée de l'évaluation, le dimanche.

Commençant le: mercredi - 06h00
Se terminant le: dimanche - 23h00

❍ Horaire régulier, un ou plusieurs jours

S'adresse au résidant qui a reçu l'oxygène un ou plusieurs jours dans la semaine d'évaluation, à des heures régulières.

Indiquez la (les) journée(s) où le résidant a reçu l'oxygène et cochez la (les) heure(s) où l'oxygène était en fonction.

Exemple #1:
Un résidant a reçu l'oxygène les lundi et mercredi de 19h00 à 23h00.

Cochez les jours L,M et cochez les cases horaires 19,20,21,22.

Exemple #2:
Un résidant est sous CPAP toutes les nuits, de 21h00 à 06h30, pour apnée du sommeil.

Cochez tous les jours L,m,M,J,V,S,D et les cases horaires 21,22,23,00,01,02,03,04,05,06.

❍ Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours

S'adresse au résidant qui a reçu l'oxygène un ou plusieurs jours, à des heures différentes d'une journée à l'autre.

Sur la ligne correspondant à la (les) journée(s) où le résidant a reçu l'oxygène, cochez la (les) heure(s) ou celui-ci était en cours.

Exemple #1:
Un résidant a reçu l'oxygène le lundi de 05h00 à 09h00 et de 19h00 à 22h30.

Sur la ligne correspondant au lundi, cochez les cases horaires 05,06,07,08,19,20,21,22.

Exemple #2:
Un résidant a reçu l'oxygène le lundi de 09h00 à 13h00, les mercredi et jeudi de 05h00 à 08h00 et le vendredi de 19h00 à 02h30 (samedi).

Sur la ligne correspondant au lundi, cochez les cases horaires 09,10,11,12.
Sur la ligne correspondant au mercredi, cochez les cases horaires 05,06,07 et cochez les mêmes cases sur la ligne correspondant au jeudi.
Finalement, sur la ligne correspondant au vendredi, cochez les cases horaires 19,20,21,22,23 et sur la ligne correspondant au samedi, les cases 00,01,02.

Notes

Les soins infirmiers assurent la surveillance complète de l'oxygénothérapie.

Voir aussi Oxygène (résidant indépendant), vérification du fonctionnement et du matériel

But

Maintenir le pourtour de la trachéotomie propre.
Maintenir les voies respiratoires libres.
Prévenir les infections.

Description

Entretenir la peau au pourtour de la trachéotomie.
Nettoyer la canule trachéale.
Changer la compresse et les cordons.
Ausculter les poumons.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des soins de trachéotomie.

Standards

Une (1) fois par 24 heures.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Fournir au résidant le matériel nécessaire aux soins de sa trachéotomie.
Aide partielle:	Assister le résidant pour ses soins de trachéo, il peut s'agir de nettoyer et replacer la canule.
Aide complète:	Faire tous les soins reliés à la trachéotomie.

But

Maintenir les voies respiratoires libres.

Description

Instiller la trachéotomie.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire des instillations.

Trachéotomie: ballonnet (gonfler et dégonfler)

But
Améliorer la perfusion tissulaire.

Description
Gonfler et dégonfler le ballonnet.

Indications
Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où le ballonnet est **gonflé**.

Préparation de médicaments
- Préparation de l'automédication

Préparation et administration de médicaments
- Par voie orale
  - (PO) Médicament per os
- Par voie entérale
  - (SG) Médicament par sonde gastrique
- Par voie topique
  - (IR) Médicament par voie rectale
  - (OVU) Médicament par voie vaginale
  - (GTTE, INH) Médicament sur une muqueuse
  - (TC) Médicament : timbre cutané
- Par voie parentérale
  - (IM) Médicament intramusculaire
  - (SC) Médicament sous-cutané
  - (ID) Médicament intra-dermique
  - (IV) Médicament intraveineux dans le soluté
  - (IV) Médicament intraveineux dans le cylindre gradué
  - (IV) Médicament intraveineux par tubulure
  - (IV) Médicament intraveineux direct dans la veine (sans cathéter)

But

Promouvoir l'autonomie du résidant en regard de sa thérapie médicamenteuse.

Description

Identifier le (les) médicament(s).
Répartir les médicaments dans les contenants appropriés.
Superviser l'automédication.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de la préparation des médicaments.

Précisez dans l'espace prévu, le nombre de **médicaments** à préparer.

Notes

Si la préparation des médicaments pour l'auto-administration est mensuelle, elle ne sera prise en compte que si elle a lieu pendant les 7 jours d'observation.

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et administrer le médicament par voie orale.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'administration du médicament.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament prescrit.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et remettre le médicament au résidant.
Aide partielle:	Préparer, remettre et assurer une présence auprès du résidant lors de la prise du médicament.
Aide complète:	Préparer, écraser le médicament s'il y a lieu et faire prendre le médicament au résidant.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et administrer le médicament par sonde gastrique.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'administration du médicament.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament prescrit.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et remettre le médicament au résidant.
Aide partielle:	Préparer, remettre et assurer une présence auprès du résidant lors de l'auto-injection du médicament.
Aide complète:	Préparer, écraser le médicament s'il y a lieu et injecter le médicament.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

(IR) Médicament par voie rectale

But
Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description
Préparer et administrer le médicament par voie rectale.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'administration du médicament.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament prescrit.

Modes d'assistance
Guider: Préparer et remettre le médicament au résidant.

Aide partielle: Préparer, remettre et assurer une présence auprès du résidant lors de l'insertion du médicament.

Aide complète: Préparer et administrer le médicament par voie rectale.

Notes
Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

Voir aussi Irrigation rectale

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et administrer le médicament par voie vaginale.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'administration du médicament.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament prescrit.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et remettre le médicament à la résidante.
Aide partielle:	Préparer, remettre et assurer une présence auprès de la résidante lors de l'insertion du médicament.
Aide complète:	Préparer et administrer le médicament par voie vaginale.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et administrer le médicament sur une muqueuse.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'administration du médicament.

Préciszr dans l'espace prévu, le nom du médicament prescrit.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et remettre le médicament au résidant.
Aide partielle:	Préparer, remettre et assurer une présence près du résidant lors de la prise du médicament.
Aide complète:	Préparer et faire inhaler le médicament par le résidant ou appliquer les gouttes ou l'onguent.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

Entre dans cette catégorie les **inhalateurs** (Ventolin, Spiriva, autres) et l'**onguent** appliqué à la paupière interne, externe ou dans les narines.

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Enlever le timbre appliqué précédemment, s'il y a lieu.
Préparer et appliquer le timbre cutané.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure **d'application** du timbre.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament prescrit.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et remettre le médicament au résidant.
Aide partielle:	Préparer, remettre et assurer une présence auprès du résidant lors de l'application du médicament.
Aide complète:	Préparer et appliquer le timbre cutané.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

Entre dans cette catégorie les "patch" antalgiques, vasodilatateurs, etc... Sont également inclus les coussinets style "Dr Scholl" appliqués sur les cors et les durillons.

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et injecter le médicament par voie intramusculaire.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'administration du médicament.

Précisez dans l'espace prévu le nom du médicament administré.

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Préparer la seringue, l'injection est faite par le résidant ou une autre personne extérieure aux soins infirmiers.
Aide complète:	Préparer et injecter le médicament.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

Si **deux (2) médicaments** sont administrés dans la **même seringue**, indiquez le chiffre **"2" dans la case horaire** ou répétez **deux** fois l'action.

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et injecter le médicament par voie sous-cutanée.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'administration du médicament.

Précisez dans l'espace prévu le nom du médicament administré.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'injection réalisée par le résidant ou un autre professionnel (ex.: médecin).

Modes d'assistance

Guider, diriger: Préparer la seringue, l'injection est faite par le résidant ou une autre personne extérieure aux soins infirmiers.

Aide complète: Préparer et injecter le médicament.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

Si **deux (2) médicaments** sont administrés dans la **même seringue**, indiquez le chiffre **"2" dans la case horaire** ou répétez **deux** fois l'action.

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et injecter le médicament par voie intradermique.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'administration du médicament.

Précisez dans l'espace prévu le nom du médicament administré.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'injection réalisée par le résidant ou un autre professionnel (ex.: médecin).

Modes d'assistance

Guider, diriger:	Préparer la seringue, l'injection est faite par le résidant ou une autre personne extérieure aux soins infirmiers.
Aide complète:	Préparer et injecter le médicament.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

Si **deux (2) médicaments** sont administrés dans la **même seringue**, indiquez le chiffre **"2" dans la case horaire** ou répétez **deux** fois l'action.

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et injecter le médicament dans le soluté.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.
Vérifier l'infusion du médicament.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'injection du médicament dans le soluté.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament administré.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et injecter le médicament dans le cylindre gradué.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.
Vérifier l'infusion du médicament.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'injection du médicament dans le cylindre gradué.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament administré.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

But

Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description

Préparer et injecter le médicament par la tubulure.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.
Vérifier l'infusion du médicament.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'injection du médicament par la tubulure.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament administré.

Cochez la quantité totale administrée **après dilution** dans la seringue.

Notes

Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

(IV) Médicament intraveineux direct dans la veine (sans cathéter)

But
Assurer la prise adéquate du médicament prescrit.

Description
Préparer et injecter le médicament directement dans la veine.
Vérifier le médicament avec une autre infirmière, s'il y a lieu.
Vérifier l'infusion du médicament.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'injection du médicament.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du médicament administré.

Cochez la quantité totale administrée **après dilution** dans la seringue.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise** pendant toute la durée de l'injection.

Cochez *"oui"* si une **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'injection du médicament par un autre professionnel (par exemple le médecin).

Modes d'assistance
Guider, motiver: Préparer la seringue, l'injection est faite par une personne extérieure aux soins infirmiers, par exemple, le médecin.

Aide complète: Préparer et injecter le médicament directement dans la veine.

Notes
Pour un médicament prescrit au besoin et non administré dans les sept (7) jours d'observation, précisez le nom et cochez seulement la case "non reçu".

Voir aussi (IV) Médicament intraveineux par tubulure

Zone de soins « Thérapie I.V. »

Thérapie intraveineuse

- Installation d'une perfusion
- Vérification d'une perfusion
- Changement de solutés
- Changement de tubulure

Sang et dérivés

- Première transfusion et changement de transfusion
- Vérification de la transfusion

But

Fournir l'eau, les électrolytes et les nutriments nécessaires aux besoins quotidiens.
Administrer une solution médicamenteuse.

Description

Préparer l'équipement utilisé pour la perfusion.
Insérer l'aiguille ou le cathéter I/V ou S/C (**ouvrir une veine**).
Fixer l'aiguille ou le cathéter I/V ou S/C.
Régler le débit de la perfusion.

Indications

Notez la journée et l'heure de **l'installation** (ou **réinstallation**, par exemple lorsqu'infiltration) de la perfusion.

Précisez dans l'espace le **site** de l'insertion du cathéter.

Cochez le nombre d'intervenants de l'unité de soins requis pour installer le cathéter.

But

Éviter les complications reliées à la thérapie intraveineuse.

Description

Vérifier le soluté.
Ajuster le débit de la perfusion.
Calibrer la pompe, s'il y a lieu.
Vérifier le site d'injection.

Indications

Précisez dans l'espace prévu, le nom de la solution qui perfuse.

Trois types d'indications sont possibles.

❍ **Un seul intervalle pendant la semaine**

S'adresse au résidant qui a reçu une perfusion une seule période dans la semaine d'évaluation. Cette période peut être de quelques heures à plusieurs jours.

Indiquez la journée et l'heure où la perfusion a débuté et la journée et l'heure où la perfusion a été cessée.

Exemple:
Le résidant a reçu une perfusion de "glucose" du mercredi 13h30 jusqu'au vendredi 06h45.

Commençant le: mercredi - 13h00
Se terminant le: vendredi - 06h00

❍ **Horaire régulier, un ou plusieurs jours**

S'adresse au résidant qui a reçu une perfusion un ou plusieurs jours dans la semaine d'évaluation, à des heures régulières.

Indiquez la (les) journée(s) où le résidant a reçu une perfusion.
Cochez la (les) heures(s) où la perfusion était en fonction.

Exemple:
Le résidant a reçu une perfusion les nuits de mardi, jeudi et vendredi. Cette perfusion a été installée le soir au coucher vers 20h00 et a été enlevée le matin vers 06h30.

Cochez les jours m,J,V et cochez les cases horaires 20,21,22,23.
Cochez les jours M,V,S et cochez les cases horaires 00,01,02,03,04,05,06.

❍ Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours

S'adresse au résidant qui a reçu une perfusion un ou plusieurs jours dans la semaine d'évaluation, à des heures différentes d'une journée à l'autre.

Sur la ligne correspondant à la (les) journée(s), cochez la (les) heure(s) où cette perfusion était en cours.

Exemple:
Le résidant a reçu une perfusion le jeudi de 11h00 à 13h00, le vendredi de 10h00 à 15h30 et le dimanche de 19h00 à 22h00.

Sur la ligne correspondant au jeudi, cochez les cases horaires 11,12.
Sur la ligne correspondant au vendredi, cochez les cases horaires 10,11,12,13,14,15.
Sur la ligne correspondant au dimanche, cochez les cases horaires 19,20,21.

Notes

Si différents **types** de solutions sont administrés, utilisez une entrée par type.

Changement de solutés

But
Maintenir l'équilibre électrolytique.

Description
Changer le sac ou la bouteille de soluté.
Régler le débit de la perfusion.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire du changement des sacs ou des bouteilles de soluté.

Précisez dans l'espace prévu, le nom de la solution administrée.

Notes
Si différents **types** de solutions sont administrés, utilisez une entrée par type.

Voir aussi Vérification d'une perfusion

But

Éviter les complications reliées à la thérapie intraveineuse.

Description

Changer la tubulure (sans réinsertion de cathéter dans la veine).

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du changement de tubulure.

But

Conserver ou augmenter le volume sanguin à un taux optimal.
Administrer les éléments sanguins nécessaires.

Description

Vérifier les étiquettes d'identification.
Régler le débit de la transfusion.
Surveiller constamment le résidant pendant les quinze (15) premières minutes de la transfusion.
Changer le sac ou la bouteille de transfusion.
Enlever la transfusion.
Jeter selon le protocole le matériel de la transfusion.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'installation de la première transfusion et des changements de transfusion.

Notes

Si l'installation d'un cathéter périphérique est requise pour la transfusion, référez à l'intervention "*installation d'une perfusion*".

Voir aussi Installation d'une perfusion
Vérification de la transfusion

But

Éviter les complications reliées à la transfusion.

Description

Vérifier au moins à chaque vingt (20) minutes:

- le débit;
- le site d'injection;
- les réactions du résidant.

Indications

Précisez dans l'espace prévu, le produit sanguin administré.

Trois indications sont possibles.

❍ **Un seul intervalle pendant la semaine**

S'adresse au résidant qui a reçu une transfusion une seule période pendant la semaine d'évaluation.

Indiquez la journée et l'heure où la transfusion a été installée et la journée et l'heure où la transfusion a été cessée.

Exemple:
Le résidant a reçu une transfusion le mercredi de 13h00 à 15h30.

Commençant le: mercredi - 13h00
Se terminant le: mercredi - 15h00.

❍ **Horaire régulier, un ou plusieurs jours**

S'adresse au résidant qui a reçu une transfusion un ou plusieurs jours dans la semaine d'évaluation, à des heures régulières.

Indiquez la (les) journée(s) où le résidant a reçu une transfusion et cochez la (les) heure(s) où la transfusion était en cours.

Exemple:
Le résidant a reçu une transfusion les lundi et mardi de 14h00 à 16h30.

Cochez les jours L,m et cochez les cases horaires 14,15,16.

❍ Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours

S'adresse au résidant qui a reçu une ou plusieurs transfusions dans la semaine d'évaluation mais à des heures différentes d'une journée à l'autre.

Sur la ligne correspondant à la (les) journée(s) où le résidant a reçu la transfusion, cochez la (les) heure(s) où celle-ci était en cours.

Exemple:
Le résidant a reçu une transfusion le jeudi de 10h00 à 13h00 et le vendredi de 13h00 à 16h00.

Sur la ligne correspondant au jeudi, cochez les cases horaires 10,11,12.
Sur la ligne correspondant au vendredi, cochez les cases 13,14,15.

Zone de soins « Traitements »

Dialyse
- Dialyse péritonéale ambulatoire continue

Installation de sonde gastrique
- Installation de sonde gastrique

Drainage
- Drainage libre
- Drainage sous l'eau
- Drainage avec succion

Ouverture/fermeture d'une sonde, d'un tube
- Ouverture/fermeture d'une sonde

Irrigation
- Irrigation vaginale
- Irrigation vulvaire
- Irrigation auriculaire
- Irrigation gastrique

Prothèse/Orthèse/Bas/Bandage

Prothèse auditive
- Installer, ajuster une prothèse auditive
- Enlever une prothèse auditive

Coquille ou prothèse oculaire
- Installer une coquille ou prothèse oculaire
- Enlever une coquille ou prothèse oculaire

Bas thérapeutiques
- Mettre des bas thérapeutiques
- Enlever des bas thérapeutiques

Bandage
- Mettre un bandage compressif aux jambes
- Enlever un bandage compressif aux jambes
- Installer un bandage (autre)
- Enlever un bandage (autre)

Prothèse ou orthèse orthopédique
- Installer une prothèse ou orthèse orthopédique
- Enlever une prothèse ou orthèse orthopédique

Corset moulé cervico ou dorso-lombaire
- Installer un corset moulé cervico ou dorso-lombaire
- Enlever un corset moulé cervico ou dorso-lombaire

Fauteuil roulant appareillé
- Monter un fauteuil roulant appareillé
- Démonter un fauteuil roulant appareillé

Soins dermatologiques, plaie et pansement

- Soins de plaie
  - Points de suture/Agrafes à enlever
  - Installation de cathéter dans une plaie
  - Irrigation de plaie
  - Nettoyage et désinfection de plaie à l'air
  - Désinfection vulvaire ou scrotale
  - Lampe thérapeutique
  - Débridement de plaie avec pince et ciseau

- Pansement
  - Mèche ou pansement à enlever
  - Pansement simple
  - Pansement aseptique
  - Pansement aseptique - renforcer
  - Pansement de plaie avec écoulement
  - Pansement de régénération de la peau

- Soins dermatologiques
  - Application d'onguent sans enveloppement
  - Application d'onguent avec enveloppement

- Autres soins
  - Trempage d'un membre
  - Bain de siège
  - Sac de glace ou d'eau chaude
  - Tamponnement nasal

Contrôle de l'infection

- Technique de précaution limitée
- Technique d'isolement étendue

But

Éliminer les substances toxiques et les déchets métaboliques par voie péritonéale chez le résidant souffrant de troubles rénaux aigus ou chroniques.

Description

Changer le matériel (tubulures, cathéters, sac de drainage, etc.).
Ajouter une tubulure supplémentaire, s'il y a lieu.
Insérer l'adaptateur du cathéter.
Préparer les solutions.
Ajouter les médications, s'il y a lieu.
Vérifier le fonctionnement de la dialyse.
Effectuer la vidange des sacs collecteurs.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de chaque cycle.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et donner le matériel nécessaire à la dialyse.
Aide partielle:	Préparer et installer la dialyse; le résidant peut effectuer la vidange seul.
Aide complète:	Préparer et installer la dialyse, vérifier le fonctionnement de la dialyse et effectuer la vidange.

But

Administrer des médicaments ou des aliments.
Prélever un échantillon du contenu gastrique.

Description

Désinfecter le site.
Installer la sonde.
Fixer la sonde.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'installation de la sonde.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** au moment de l'installation de la sonde gastrique.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer le matériel; le résidant installe lui-même la sonde gastrique ou celle-ci n'est pas installée par les soins infirmiers mais par une autre personne, par exemple, le médecin.
Aide complète:	Installer la sonde gastrique.

But

Faciliter le drainage d'une plaie, d'une cavité ou d'un organe.

Description

Fixer le tube de drainage.
Vider le sac ou la bouteille de drainage.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que la **vidange** du sac ou de la bouteille de drainage est requise.

Précisez dans l'espace prévu, le type de drain ou de sonde en drainage libre.

But

Faciliter le drainage d'une plaie, d'une cavité ou d'un organe.

Description

Fixer le tube et la bouteille de drainage.
Vider la bouteille de drainage.
Ajouter de l'eau dans la bouteille de drainage, s'il y a lieu.
Vérifier le fonctionnement du drainage.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que la **vérification** du système de drainage est requise.

Précisez dans l'espace prévu, le type de drain en drainage sous l'eau.

But

Faciliter le drainage d'une plaie, d'une cavité ou d'un organe.

Description

Fixer le tube de drainage.
Ajuster la pression de l'appareil.
Vérifier le fonctionnement de l'appareil et du drainage.
Vider, laver et rincer la bouteille de drainage.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que la **vérification** du système de drainage est requise.

Précisez dans l'espace prévu, le type de drain en drainage sous succion.

But

Rééduquer la vessie.
Vérifier la motilité gastrique.

Description

Fermer la sonde ou le tube.
Ouvrir la sonde ou le tube.
Drainer la sonde ou le tube.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que **l'ouverture** de la sonde ou du tube est requise.

L'ouverture inclut la fermeture.

Précisez dans l'espace prévu, le type de cathéter ou de sonde à ouvrir et fermer.

But

Nettoyer ou désinfecter le vagin.

Description

Préparer la solution pour l'irrigation.
Faire l'irrigation au moyen d'un tube ou d'une canule.
Laisser écouler le liquide du vagin.
Sécher la vulve.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'irrigation vaginale.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'irrigation vaginale.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et donner la solution d'irrigation. Ranger le matériel.
Aide complète:	Faire l'irrigation.

But

Nettoyer et désinfecter une plaie vulvaire.

Description

Préparer la solution.
Laisser couler doucement la solution sur la vulve.
Sécher la région avec des gazes stériles.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'irrigation vulvaire.

But

Nettoyer le conduit auditif externe.

Description

Préparer la solution pour l'irrigation.
Injecter la solution dans l'(les) oreille(s).
Laisser évacuer le contenu.

Indications

Notez la journée et l'heure de l'irrigation auriculaire.

Cochez le nombre d'oreilles à irriguer.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'irrigation.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et ranger le matériel nécessaire; l'irrigation n'est pas effectuée par les soins infirmiers mais par un autre professionnel, par exemple, le médecin.
Aide complète:	Faire l'irrigation auriculaire.

But

Assurer un apport hydrique adéquat.

Description

Préparer la solution pour l'irrigation.
Connecter la solution et régler le débit (sac, bouteille) ou
Injecter la solution d'irrigation (seringue).

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que l'irrigation gastrique est requise.

Notes

L'irrigation gastrique reliée à un gavage est incluse au niveau de l'intervention "*installation, changement du sac de gavage*".

But

Remédier à un problème auditif.

Description

Installer et ajuster la prothèse auditive.
Nettoyer la prothèse.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que **l'installation** ou **l'ajustement** de la prothèse auditive est requise.

Cochez si l'installation est requise pour une (1) oreille ou les deux (2) oreilles.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** lors de l'installation ou de l'ajustement de la prothèse auditive.

Indépendant

La personne met elle-même son appareil auditif et l'ajuste correctement.

Modes d'assistance

Guider:	Donner la (les) prothèse(s).
Aide complète:	Installer ou ajuster la (les) prothèse(s).

Voir aussi Enlever une prothèse auditive

But

Remédier à un problème auditif.

Description

Enlever la prothèse auditive.
Nettoyer la prothèse au besoin.
Ranger la prothèse.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que la prothèse auditive est **enlevée**.

Cochez si une (1) ou deux (2) prothèses sont à enlever.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** auprès du résidant au moment d'enlever la prothèse auditive.

Indépendant

La personne enlève et range correctement sa prothèse auditive.

Modes d'assistance

Guider:	Ranger la (les) prothèse(s).
Aide complète:	Enlever, nettoyer au besoin et ranger la (les) prothèse(s).

Voir aussi Installer, ajuster une prothèse auditive

But

Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.
Assurer le repos de l'oeil afin de permettre une guérison rapide.

Description

Installer la coquille oculaire.
Installer la prothèse oculaire.
Nettoyer la prothèse oculaire.
Installer et nettoyer les lentilles cornéennes.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de **l'installation** de la coquille, prothèse ou des lentilles cornéennes.

Cochez si l'installation est requise pour un (1) oeil ou les deux (2) yeux.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** auprès du résidant au moment de l'installation de la coquille, prothèse ou des lentilles cornéennes.

Indépendant

La personne installe et gère elle-même sa coquille oculaire, sa prothèse oculaire ou ses lentilles cornéennes.

Modes d'assistance

Guider:	Donner la coquille, la prothèse ou les lentilles cornéennes.
Aide complète:	Installer la coquille, la prothèse ou les lentilles cornéennes.

Voir aussi Enlever une coquille ou prothèse oculaire

But

Contribuer à satisfaire le besoin d'une image corporelle valorisante.
Assurer le repos de l'oeil afin de permettre une guérison rapide.

Description

Enlever la coquille oculaire.
Enlever la prothèse oculaire.
Nettoyer la prothèse oculaire.
Enlever et nettoyer les lentilles cornéennes.
Ranger à l'endroit approprié.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire où la coquille, la prothèse ou les lentilles cornéennes sont **enlevées** .

Cochez si l'enlèvement est requis pour un (1) oeil ou les deux (2) yeux.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** auprès du résidant au moment d'enlever la coquille, la prothèse oculaire ou les lentilles cornéennes.

Indépendant

La personne enlève, nettoie et range correctement sa coquille, sa prothèse oculaire ou ses lentilles cornéennes.

Modes d'assistance

Guider:	Ranger la coquille, la prothèse ou les lentilles cornéennes.
Aide complète:	Enlever, nettoyer au besoin et ranger la coquille, la prothèse ou les lentilles cornéennes.

Voir aussi Installer une coquille ou prothèse oculaire

Mettre des bas thérapeutiques

But
Favoriser le retour veineux des membres inférieurs.

Description
Mettre le (les) bas thérapeutique(s).

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire de **l'installation** du (des) bas thérapeutique(s).

Cochez le nombre de bas à installer, un (1) ou deux (2) bas.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** auprès du résidant au moment de mettre le (les) bas.

Indépendant
La personne prend et met elle-même ses bas thérapeutiques.

Modes d'assistance

Guider:	Donner le (les) bas thérapeutique(s).
Aide complète:	Mettre le (les) bas thérapeutique(s).

Voir aussi Enlever des bas thérapeutiques
Mettre un bandage compressif aux jambes

Enlever des bas thérapeutiques

But
Favoriser le retour veineux des membres inférieurs.

Description
Enlever le (les) bas thérapeutique(s).

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire où le (les) bas est (sont) **enlevé(s)** .

Cochez le nombre de bas à enlever, un (1) ou deux (2) bas.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** auprès du résidant au moment d'enlever le (les) bas.

Indépendant
La personne enlève et range seule ses bas thérapeutiques.

Modes d'assistance
Guider: Ranger le (les) bas thérapeutique(s).

Aide complète: Enlever et ranger le (les) bas thérapeutique(s).

Notes
L'entretien des bas thérapeutiques est compris dans la catégorie d'activités "tâches d'entretien".

Voir aussi Mettre des bas thérapeutiques
Enlever un bandage compressif aux jambes

Mettre un bandage compressif aux jambes

But

Favoriser le retour veineux des membres inférieurs.

Description

Mettre le (les) bandage(s) compressif(s).

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de **l'installation** du (des) bandage(s) compressif(s).

Cochez si l'installation est requise pour une (1) jambe ou les deux (2) jambes.

Modes d'assistance

Guider:	Donner le (les) bandage(s) compressif(s).
Aide complète:	Mettre le (les) bandage(s) compressif(s).

Voir aussi

Mettre des bas thérapeutiques
Enlever un bandage compressif aux jambes
Installer un bandage (autre)

Enlever un bandage compressif aux jambes

But

Favoriser le retour veineux des membres inférieurs.

Description

Enlever le (les) bandage(s) compressif(s).

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire où le (les) bandage(s) compressif(s) est (sont) **enlevé(s)**.

Cochez si l'enlèvement est requis pour une (1) jambe ou les deux (2) jambes.

Modes d'assistance

Guider:	Ranger le (les) bandage(s) compressif(s).
Aide complète:	Enlever et ranger le (les) bandage(s) compressif(s).

Voir aussi
Mettre un bandage compressif aux jambes
Enlever des bas thérapeutiques
Enlever un bandage (autre)

Installer un bandage (autre)

But

Soutenir ou immobiliser une blessure.
Améliorer la circulation du sang.
Soutenir une région corporelle.

Description

Installer un bandage tel:

- écharpe;
- support scrotal;
- bande herniaire;
- protecteur de hanche (amovible).

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de **l'installation** du bandage.

Précisez dans l'espace prévu, le type de bandage et l'endroit de son application.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise** au moment de l'installation du bandage.

Modes d'assistance

Guider:	Donner le bandage, la personne peut l'installer seule.
Aide complète:	Installer le bandage.

Voir aussi Enlever un bandage (autre)

Enlever un bandage (autre)

But

Soutenir ou immobiliser une blessure.
Améliorer la circulation du sang.
Soutenir une région corporelle.

Description

Enlever un bandage tel:

- écharpe;
- support scrotal;
- bande herniaire;
- protecteur de hanche (amovible).

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire où le bandage est **enlevé** .

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise.**

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise** au moment où le bandage est enlevé.

Modes d'assistance

Guider:	Ranger le bandage, la personne l'enlève seule.
Aide complète:	Enlever et ranger le bandage.

Voir aussi Installer un bandage (autre)

But

Corriger ou prévenir l'apparition de difformités anatomiques.
Suppléer à un problème d'ordre orthopédique.

Description

Installer une prothèse ou orthèse orthopédique telle:

- minerve;
- orthèse de positionnement;
- attelle de Bobath;
- prothèse.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de **l'installation** de la prothèse ou de l'orthèse.

Précisez dans l'espace prévu, l'endroit du corps qui nécessite une prothèse ou une orthèse.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise.**

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise** au moment de l'installation de l'orthèse ou de la prothèse.

Indépendant

La personne prend et installe elle-même sa prothèse ou orthèse.

Modes d'assistance

Guider:	Donner la prothèse ou l'orthèse.
Aide partielle:	Donner et aider à fixer la prothèse ou l'orthèse que le résidant met seul.
Aide complète:	Installer et fixer la prothèse ou l'orthèse.

Voir aussi Enlever une prothèse ou orthèse orthopédique

But

Corriger ou prévenir l'apparition de difformités anatomiques.
Suppléer à un problème d'ordre orthopédique.

Description

Enlever une prothèse ou orthèse orthopédique telle:

- minerve;
- orthèse de positionnement;
- attelle de Bobath;
- prothèse.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire où la prothèse ou l'orthèse est **enlevée** .

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** d'un membre du personnel **est requise** au moment où l'orthèse ou la prothèse est enlevée.

Indépendant

La personne enlève et range sa prothèse ou son orthèse seule.

Modes d'assistance

Guider:	Ranger la prothèse ou l'orthèse.
Aide partielle:	Aider à détacher la prothèse ou l'orthèse que le résidant enlève seul.
Aide complète:	Enlever et ranger la prothèse ou l'orthèse.

Voir aussi Installer une prothèse ou orthèse orthopédique

Installer un corset moulé cervico ou dorso-lombaire

But

Apporter un support à la colonne.
Empêcher la déviation de la colonne.

Description

Installer le corset.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de **l'installation** du corset.

Voir aussi Enlever un corset moulé cervico ou dorso-lombaire

Enlever un corset moulé cervico ou dorso-lombaire

But

Apporter un support à la colonne.
Empêcher la déviation de la colonne.

Description

Enlever le corset.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire où le corset est **enlevé** .

Voir aussi Installer un corset moulé cervico ou dorso-lombaire

Monter un fauteuil roulant appareillé

But

Permettre la position assise la plus adéquate et la plus sécuritaire possible.

Description

Installer le matériel de positionnement au fauteuil roulant, tel:

- appuie-tête;
- appuie-bras;
- appuie-pieds ou jambes;
- table;
- butée transversale.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où le fauteuil roulant est monté.

Cochez le (les) accessoire(s) du fauteuil qui est (sont) à installer.

Voir aussi Démonter un fauteuil roulant appareillé

Démonter un fauteuil roulant appareillé

But

Permettre la position assise la plus adéquate et la plus sécuritaire possible.

Description

Enlever le matériel de positionnement du fauteuil roulant, tel:

- appuie-tête;
- appuie-bras;
- appuie-pieds ou jambes;
- table;
- butée transversale.

Indications

Notez la (les) journée(s) et la (les) heure(s) où un (des) accessoire(s) est (sont) à enlever du fauteuil roulant.

Voir aussi Monter un fauteuil roulant appareillé

But

Favoriser le processus de guérison.

Description

Désinfecter le site, s'il y a lieu.
Enlever les points de suture ou les agrafes.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'enlèvement des points de suture ou agrafes.

Précisez dans l'espace prévu, le site des points ou agrafes.

But

Faciliter le drainage.

Description

Désinfecter le site.
Installer et fixer le cathéter.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'installation du cathéter.

Précisez dans l'espace prévu, le site de la plaie.

But

Nettoyer et désinfecter la plaie.

Description

Préparer la solution pour l'irrigation.
Faire l'irrigation.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'irrigation de la plaie.

Précisez dans l'espace prévu, le site de la plaie.

But

Promouvoir la guérison d'une plaie à l'air.

Description

Nettoyer et désinfecter la plaie.
Essuyer l'écoulement, s'il y a lieu.
Appliquer l'onguent, la poudre, ou autre solution.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du nettoyage et de la désinfection de la plaie.

Précisez dans l'espace prévu, le site de la plaie.

Modes d'assistance

Guider:	Fournir le matériel nécessaire; le résidant procède lui même aux soins de la plaie.
Aide complète:	Procéder aux soins de la plaie.

Notes

On choisit cette action pour les plaies **sans** pansement.

L'application d'onguent est incluse dans l'action.

Désinfection vulvaire ou scrotale

But

Promouvoir la guérison d'une plaie.

Description

Nettoyer et désinfecter la région vulvaire, périnéale ou scrotale.
Sécher la région avec des gazes stériles.
Appliquer l'onguent, la poudre, ou autre solution.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la désinfection de la région vulvaire, périnéale ou scrotale.

But

Promouvoir la guérison d'une plaie.

Description

Installer la lampe thérapeutique
ou
utiliser le séchoir.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'installation de la lampe thérapeutique ou de l'utilisation du séchoir.

Précisez dans l'espace prévu, le site d'application de la lampe ou du séchoir.

But

Enlever les tissus nécrotiques d'une plaie.
Promouvoir le processus de guérison.

Description

Débrider la plaie au moyen d'une pince et d'un ciseau.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du débridement de la plaie.

Précisez dans l'espace prévu le site de la plaie à débrider.

Cochez la surface de la plaie qui a été débridée et non la grandeur de la plaie.

Mèche ou pansement à enlever

But
Favoriser le processus de guérison.

Description
Enlever la mèche ou le pansement **sans** le remplacer.
Nettoyer la plaie.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire où la mèche ou le pansement est enlevé.

Précisez dans l'espace prévu, le site de la plaie.

But

Protéger une région corporelle ou un site d'injection.
Promouvoir la guérison d'une plaie.

Description

Enlever le pansement, s'il y a lieu.
Nettoyer la région, s'il y a lieu.
Désinfecter la plaie, s'il y a lieu.
Appliquer un onguent, s'il y a lieu.
Refaire et fixer le pansement.

Exemples :

Op-site sur une **rougeur** ou un escarre de 1º - 2º degré.
Compresse humide sur une région oedémateuse.
Pansement de gastrostomie.
Pansement au site de la sonde sus-pubienne.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'application du pansement.

Précisez dans l'espace prévu, le produit utilisé comme pansement.

Cochez le site du pansement simple ou précisez-le dans l'espace "**note**".

Cochez le type de problème ou de plaie ou précisez-le dans l'espace "**note**".

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et donner le matériel nécessaire au pansement.
Aide complète:	Faire le pansement.

Notes

L'application d'onguent est incluse dans l'action.

Voir aussi
Nettoyage et désinfection de plaie à l'air
Pansement aseptique
Pansement aseptique - renforcer
Pansement de plaie avec écoulement
Pansement de régénération de la peau

But

Promouvoir la guérison d'une plaie.

Description

Enlever le pansement.
Mettre des gants, s'il y a lieu.
Nettoyer et désinfecter la plaie.
Appliquer un onguent, une pâte ou une autre solution, s'il y a lieu.
Découper et appliquer la (les) compresse(s) médicamenteuse(s).
Refaire et fixer le pansement.

Exemples :

- Op-site sur une plaie.
- Escarre de 2º - 3º degré avec suintement.
- Plaie chirurgicale.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'application du pansement.

Précisez dans l'espace prévu, le produit utilisé comme pansement.

Cochez le site du pansement aseptique ou précisez-le dans l'espace "**note**".

Cochez le type de plaie ou précisez-le dans l'espace "**note**".

Notes

L'application d'onguent est incluse dans l'action.

Voir aussi
Pansement simple
Pansement aseptique - renforcer
Pansement de plaie avec écoulement
Pansement de régénération de la peau

But

Absorber l'écoulement excessif.
Promouvoir la guérison d'une plaie.

Description

Appliquer et fixer une **compresse additionnelle** sur un pansement déjà en place.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du renforcement du pansement.

Précisez dans l'espace prévu, le site du pansement.

But

Promouvoir la régénération des tissus.
Enlever l'écoulement d'un site.
Prévenir la progression d'un escarre.

Description

Enlever le pansement ou la mèche.
Mettre des gants.
Tirer le drain ou enlever la mèche, s'il y a lieu.
Vider le sac collecteur, s'il y a lieu.
Nettoyer et désinfecter la plaie.
Appliquer l'onguent, la solution, la poudre ou la mèche.
Refaire et fixer le pansement.
Fixer le drain, s'il y a lieu.

Exemples :
- Plaie chirurgicale avec écoulement.
- Escarre 2º - 3º degré avec écoulement important.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'application du pansement.

Précisez dans l'espace prévu, le produit utilisé comme pansement.

Cochez le site du pansement de plaie avec écoulement ou précisez-le dans la section "**note**".

Cochez le type de plaie ou précisez-le dans la section "**note**".

Cochez le nombre de drain(s) (mèche) inséré(s) dans la plaie.

Notes

Il peut s'agir d'un pansement sans mèche ni drain mais avec un écoulement **IMPORTANT**.

Voir aussi
Irrigation de plaie
Pansement simple
Pansement aseptique
Pansement aseptique - renforcer
Pansement de régénération de la peau

But

Promouvoir la régénération des tissus.
Prévenir l'infection du site brûlé.

Description

Enlever le pansement.
Mettre des gants.
Nettoyer et désinfecter la plaie.
Appliquer l'onguent, la poudre, la pâte ou autres solutions.
Découper et appliquer la (les) compresse(s) médicamenteuse(s).
Refaire le pansement.
Fixer le pansement.

Exemples :

Escarre 3º - 4º degré.
Plaie profonde avec atteinte musculaire et/ou squelettique.
Ulcère variqueux.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'application du pansement.

Précisez dans l'espace prévu, le produit utilisé comme pansement.

Cochez le site du pansement de régénération ou précisez-le dans la section "**note**".

Cochez le type de plaie ou précisez-le dans la section "**note**".

Cochez la surface de la plaie.

Voir aussi
Irrigation de plaie
Pansement aseptique
Pansement aseptique - renforcer
Pansement de plaie avec écoulement
Débridement de plaie avec pince et ciseau

But

Soulager le résidant de ses **problèmes dermatologiques**.

Description

Appliquer l'onguent sur une surface cutanée.
Laisser à l'air.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'application d'onguent.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du produit utilisé.

Cochez le (les) site(s) où l'onguent est appliqué. Si celui-ci n'est pas dans la liste, inscrivez-le dans la section "**note**".

Inscrivez le pourcentage (%) de la surface corporelle totale requérant l'application d'onguent par un **membre du personnel des soins infirmiers**.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise** au moment de l'application de l'onguent.

Modes d'assistance

Guider:	Donner l'onguent au résidant, celui-ci l'applique lui même.
Aide complète:	Appliquer l'onguent.

Notes

L'application de crème ou de lotion hydratante lors des soins d'hygiène n'est pas considérée ici mais au niveau des soins d'hygiène.

L'application de crème ou de lotion pour diminuer ou éliminer la douleur n'est pas considérée ici mais au niveau de l'action "Friction / massage".

Le pourcentage indiqué à la section "site" correspond à "un" membre si le chiffre (1) est indiqué et correspond à un ou deux si la lettre (s) est indiquée. Par exemple, appliquer de l'onguent au **genou(1)** correspond à 1 % pour un genou et à 2 % pour 2 genoux, appliquer de l'onguent à une ou les deux **aine(s)** correspond à 1 %.

Voir aussi Application d'onguent avec enveloppement

Application d'onguent avec enveloppement

But

Soulager le résidant de ses **problèmes dermatologiques**.

Description

Appliquer l'onguent sur une surface cutanée.
Envelopper la surface traitée.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'application d'onguent suivie d'un enveloppement.

Précisez dans l'espace prévu, le nom du produit utilisé.

Cochez le (les) site(s) où l'onguent est appliqué suivi d'un enveloppement.

Inscrivez le pourcentage (%) de la surface corporelle totale requérant l'application d'onguent avec enveloppement.

Notes

Le pourcentage indiqué à la section "site" correspond à "un" membre si le chiffre (1) est indiqué et correspond à un ou deux si la lettre (s) est indiquée. Par exemple, appliquer de l'onguent au **genou(1)** correspond à 1 % de la surface corporelle s'il s'agit d'un genou et à 2 % s'il s'agit de 2 genoux, appliquer de l'onguent à une ou les deux **aine(s)** correspond à 1 %.

Voir aussi Application d'onguent sans enveloppement

But

Nettoyer ou désinfecter une plaie.
Préparer la peau ou les téguments à recevoir un traitement.

Description

Mettre la solution médicamenteuse dans l'eau, s'il y a lieu.
Aider le résidant à dévêtir et revêtir le membre, s'il y a lieu.
Installer et assister le résidant lors de son traitement.
Sécher par la suite.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du trempage.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise** pendant le traitement.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** du personnel **est requise** auprès du résidant pendant **toute la durée** du trempage.

Précisez dans l'espace prévu, la solution de trempage utilisée.

Cochez le membre (site) qui nécessite le trempage.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et ranger le matériel requis pour le trempage. Apporter la solution médicamenteuse.
Aide partielle:	Préparer la solution, aider le résidant à dévêtir ou revêtir le membre, ou sécher le membre. Ranger le matériel.
Aide complète:	Préparer la solution, dévêtir et revêtir le membre. Sécher le membre. Ranger le matériel.

But

Soulager l'inflammation ou le prurit.

Description

Mettre la solution médicamenteuse dans l'eau, s'il y a lieu.
Aider le résidant à se dévêtir et se revêtir, s'il y a lieu.
Installer et assister le résidant lors de son traitement.
Sécher par la suite.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du bain de siège.

Cochez *"non"* si la **présence constante** du personnel **n'est pas requise** pendant le traitement.

Cochez *"oui"* si la **présence constante** du personnel **est requise** auprès du résidant pendant **toute la durée** du bain de siège.

Modes d'assistance

Guider:	Préparer et ranger le matériel requis pour le bain de siège. Apporter la solution médicamenteuse, s'il y a lieu.
Aide partielle:	Préparer la solution, aider le résidant à se dévêtir ou se revêtir ou se sécher.
Aide complète:	Préparer la solution, dévêtir, sécher et revêtir le résidant.

But

Réduire l'hyperthermie.
Diminuer l'oedème.
Assurer le confort du résidant.

Description

Remplir, couvrir et positionner le (les) sac(s) de glace ou d'eau chaude, s'il y a lieu.
Changer le (les) sac(s) au besoin.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire d'application ou du changement du (des) sac(s) de glace ou d'eau chaude.

Cochez le nombre de sacs requis à chaque application ou changement.

Précisez dans l'espace prévu, la raison de l'application de chaud ou de froid.

Modes d'assistance

Guider:	Fournir le matériel requis (sac, serviette, bouillotte).
Aide complète:	Remplir, couvrir et positionner le (les) sac(s).

But

Réprimer le saignement.
Favoriser le processus de guérison.

Description

Exercer une pression avec le pouce et l'index.
Insérer dans la narine un tampon ou une gaze imbibée ou non d'un médicament.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'heure de l'insertion du tampon.

But

Prévenir le développement des infections.
Protéger le personnel des risques potentiels de contamination.

Description

Se laver les mains avant et après les traitements.
Revêtir l'un ou l'autre des vêtements suivants (stérile ou non stérile):

- blouse;
- masque;
- gants;
- bonnet;
- couvre-chaussures

lors d'interventions de soins spécifiques.
Mettre le matériel contaminé dans les contenants appropriés, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail où une technique de précaution est appliquée.

Précisez dans l'espace prévu, la raison de l'application de la technique de précaution et pour quel(s) soin(s).

Cochez le (les) vêtement(s) à revêtir.

But

Prévenir le développement des infections.
Protéger le personnel des risques potentiels de contamination.

Description

Se laver les mains avant et après les traitements.
Revêtir l'un ou l'autre des vêtements suivants (stérile ou non stérile):

- blouse;
- masque;
- gants;
- bonnet;
- couvre-chaussures

pour **l'ensemble des soins** faits au résidant.
Mettre le matériel contaminé dans les contenants appropriés, s'il y a lieu.

Indications

Précisez dans l'espace prévu, la raison de l'isolement étendue.

Cochez le (les) vêtement(s) à revêtir.

Trois types d'indication sont possibles mais il est peu probable que le 2ième et 3ième soient utilisés.

❍ **Un seul intervalle pendant la semaine**

S'adresse au résidant pour qui un isolement a été requis une seule période dans la semaine d'évaluation. Cette période peut être de quelques heures à plusieurs jours.

Indiquez la journée et l'heure où la technique d'isolement a commencé et la journée et l'heure ou la technique s'est terminée.

Exemple:
Le résidant a une infection au clostridium difficile déclarée le mardi après-midi.
Samedi, septième et dernière journée d'évaluation, il est toujours en isolement.

Commençant le: mardi - 14h00
Se terminant le: samedi - 23h00

❍ **Horaire régulier, un ou plusieurs jours**
❍ **Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours**

Voir aussi Technique de précaution limitée

Surveillance clinique et comportementale
- Observation
  - Observation bio-psycho-sociale (à intervalles)
  - Observation bio-psycho-sociale (constante)
  - Évaluation de la douleur
- Signes vitaux
  - Température tympanique
  - Température buccale
  - Température rectale
  - Température axillaire
  - Respiration
  - Pulsation
  - Tension artérielle
- Signes neurologiques
  - Signes neurologiques
- Signes vasculaires
  - Signes vasculaires
- Saturométrie
  - Saturométrie
- Pesée/Mensuration
  - Pesée
  - Mensuration

Dosage
- Dosage des ingesta
  - Dosage des ingesta per os
  - Dosage des ingesta par tube
  - Dosage des ingesta par voie veineuse
- Dosage des excreta
  - Dosage des excreta par voie naturelle
  - Dosage des excreta par tube ou bouteille

Prélèvement et test
- Collecte de 24 heures
  - Collecte de 24 heures des expectorations
  - Collecte de 24 heures des urines
  - Filtrage des urines
- Prélèvement
  - Prélèvement des sécrétions (ORL, plaie, trachée)
  - Prélèvement des selles
  - Prélèvement pour analyse d'urine
  - Prélèvement pour culture d'urine
  - Prélèvement de sang
- Test simple à l'unité
  - Test sur les urines
  - Test sur le sang
  - Test d'alcoolémie

Assistance médicale
- Assistance à un examen
- Assistance lors d'une procédure médicale

But

Évaluer l'état physique, psychologique ou social du résidant.
Prévenir les incidents ou les accidents.

Description

Examiner, surveiller ou observer un ou plusieurs des paramètres cliniques suivants:

- réactions physiques (douleur, insomnie, oedème d'un membre, écoulement d'une plaie, autres);
- risque de chute;
- relations avec autrui (agressivité, isolement, autres);
- comportement (agitation, errance, fugue, autres);
- risque de brûlure;
- gestion des cigarettes (donner et allumer).

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail qu'une observation est requise **en dehors** des autres actions dispensées au résidant.

Précisez dans l'espace prévu, la raison de cette (ces) observation(s).

Notes

Une observation effectuée **simultanément** à une action de soins, par exemple observer l'écoulement d'une plaie lorsque l'on refait un pansement, ne doit pas être considérée dans le calcul des fréquences, cette observation étant comprise dans l'action "pansement".

But

Évaluer l'état physique, psychologique ou social.
Prévenir les incidents ou les accidents.

Description

Observer continuellement, d'une façon ininterrompue, le (les) résidant(s).

Indications

Notez la (les) journée(s) où une **observation constante** est requise par le (les) résidant(s).

Complétez les informations suivantes:

Nombre d'intervenants (soins infirmiers):
il s'agit du nombre requis d'intervenants des soins infirmiers qui a consacré son temps à observer le (les) résidant(s) pendant la période requise.

Nombre de participants:
il s'agit du nombre de résidants qui a nécessité une observation constante pendant ladite période de temps.

Durée (minutes):
il s'agit de la période de temps (exprimée en minutes) consacrée par l'intervenant à observer le (les) résidant(s) de façon ininterrompue.

Heure de début:
il s'agit de l'heure où a débuté l'observation constante.

Notes

Une observation constante **n'est pas**:

- assurer une présence constante lors d'une action de soins comme le bain, les repas ou autres. Cette observation est comprise dans l'action au niveau du mode 3 ou en précisant "présence constante".
- assurer une présence lors d'une activité récréative ou thérapeutique. Cette observation est comprise dans les actions "activités récréatives ou thérapeutiques".

Une observation constante **c'est**:

- assurer une présence constante auprès d'un résidant pendant une période pouvant varier de une heure jusqu'à 24 heures dans une journée. Cette observation, qu'on appelle constante exclusive ou service privé, est requise en raison de l'état physique ou psychologique du résidant.
- assurer une présence constante auprès de plusieurs résidants pendant une période généralement de une à quelques heures. Cette observation est habituellement requise en raison de l'état psychologique des résidants.

À l'intérieur de la période d'observation l'intervenant peut avoir à répondre aux besoins d'aide du résidant pour l'alimentation, l'élimination et autres. Ces interventions seront enregistrées dans le formulaire en plus de l'observation constante.

But

Confirmer une manifestation clinique ou une expression verbale de la douleur.
Prendre en charge adéquatement le résidant.

Description

Expliquer l'évaluation au résidant, s'il y a lieu.
Localiser et évaluer l'intensité de la douleur.
Contrôler les réponses, s'il y a lieu.
Procéder à l'analyse et aux conclusions.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l' (des) évaluation(s) de la douleur.

Précisez dans l'espace prévu, l'outil d'évaluation utilisé pour mesurer la douleur.

Cochez si l'évaluation est réalisée par le :

❍ résidant (échelle visuelle, ESAS, etc...);
❍ soignant (doloplus, ECPA, etc...);
❍ résidant et soignant (ESAS, etc...).

But

Obtenir des indicateurs de température corporelle.

Description

Prendre la température tympanique, auriculaire.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de température.

Modes d'assistance

Guider:	Donner le thermomètre, effectuer la lecture.
Aide complète:	Donner ou placer le thermomètre, demeurer près du résidant et effectuer la lecture.

But

Obtenir des indicateurs de température corporelle.

Description

Prendre la température buccale.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de température.

Modes d'assistance

Guider:	Donner le thermomètre, effectuer la lecture.
Aide complète:	Donner ou placer le thermomètre, demeurer près du résidant et effectuer la lecture.

But

Obtenir des indicateurs de température corporelle.

Description

Prendre la température rectale;
Demeurer près du résidant.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de température.

But

Obtenir des indicateurs de température corporelle.

Description

Prendre la température axillaire.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de température.

Modes d'assistance

Guider:	Donner le thermomètre, effectuer la lecture.
Aide complète:	Donner ou placer le thermomètre, demeurer près du résidant et effectuer la lecture.

But

Obtenir des indicateurs de performance de la fonction respiratoire.

Description

Calculer la fréquence respiratoire.
Évaluer l'amplitude respiratoire.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de la respiration.

But
Obtenir des indicateurs cardio-vasculaires.

Description
Prendre la pulsation.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de pulsation.

Modes d'assistance
Guider: Noter la pulsation qui a été prise par le résidant.

Aide complète: Prendre la pulsation.

But

Obtenir des indicateurs cardio-vasculaires.

Description

Prendre la pression artérielle soit:

- debout;
- assis;
- couché.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de la pression artérielle.

Cochez la (les) raison(s) pour laquelle (lesquelles) vous avez pris la tension artérielle dans la semaine d'évaluation.

Cochez le nombre de position(s) pour lesquelles la pression artérielle est prise **de façon consécutive**.

Cochez le nombre de membre(s) par position sur lesquels la pression artérielle est prise **de façon consécutive**.

But

Identifier et évaluer les fonctions et réactions neurologiques.

Description

Vérifier la dimension et les réflexes pupillaires.
Évaluer le niveau de conscience.
Évaluer la motricité, la sensibilité et les réflexes.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la prise des signes neurologiques.

Précisez dans l'espace prévu, la raison de la prise des signes neurologiques.

Signes vasculaires

But
Évaluer la fonction circulatoire des extrémités du résidant.

Description
Évaluer la pulsation à chaque point stratégique.
Vérifier la chaleur et la coloration des extrémités.
Évaluer la sensibilité et la mobilité des extrémités.
Vérifier l'oedème.

Indications
Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la prise des signes vasculaires.

Précisez dans l'espace prévu, la raison de la prise des signes vasculaires.

Notes
S'il s'agit uniquement de vérifier l'oedème, choisir l'intervention "observation bio-psycho-sociale".

Voir aussi Observation bio-psycho-sociale (à intervalles)

But

Évaluer la quantité d'oxygène, dans le sang.
Évaluer la qualité de l'oxygénation.

Description

Installer et enlever le capteur.
Effectuer les lectures.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la prise de la saturométrie.

Précisez dans l'espace prévu, la raison de la prise de la saturométrie.

But

Contrôler les gains et les pertes de poids.

Description

Vérifier et ajuster la balance.
Aider le résidant à se dévêtir et revêtir, s'il y a lieu.
Déplacer les tubes ou autre équipement.
Placer le résidant sur la balance ordinaire ou métabolique.
Peser le résidant.
Réinstaller le résidant.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la pesée.

Cochez la (les) raison(s) pour laquelle (lesquelles) vous avez pesé le résidant dans la semaine d'évaluation.

Cochez le nombre d'intervenants requis pour peser le résidant.

Modes d'assistance

Aide partielle: Vérifier et ajuster la balance, peser le résidant. Celui-ci n'a pas besoin d'aide pour se dévêtir, revêtir ni pour se placer sur la balance.

Aide complète: Vérifier, ajuster la balance, placer le résidant sur la balance et peser le résidant.

But

Évaluer la rétention liquidienne.

Description

Aider le résidant à se dévêtir et revêtir, s'il y a lieu.
Mesurer la ou les parties du corps.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de la (des) prise(s) de mensuration(s).

Précisez dans l'espace prévu, la raison qui a nécessité la mesure d'une ou plusieurs partie(s) du corps.

Cochez le (les) site(s) qui ont été mesuré(s).

Cochez le nombre d'intervenants requis pour prendre la (les) mensuration(s).

But

Évaluer le bilan liquidien.

Description

Doser les liquides ingérés par voie orale (p.o.).
Inscrire les quantités au dossier.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire correspondant à la fréquence prescrite du dosage des ingesta.

Modes d'assistance

Guider:	Inscrire les quantités au dossier. Le résidant dose lui-même les liquides ingérés.
Aide complète:	Doser et inscrire les quantités au dossier.

But

Évaluer le bilan liquidien.

Description

Doser les liquides ingérés par tube (sonde gastrique, autres).
Inscrire les quantités au dossier.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire correspondant à la fréquence prescrite du dosage des ingesta.

Précisez dans l'espace prévu, pour quel(s) tube(s) le dosage est effectué.

Cochez le nombre de tube pour lequel un dosage est effectué.

Modes d'assistance

Guider:	Inscrire les quantités au dossier. Le résidant dose lui-même les liquides ingérés.
Aide complète:	Doser et inscrire les quantités au dossier.

But

Évaluer le bilan liquidien.

Description

Doser les liquides ingérés par voie veineuse (perfusion).
Inscrire les quantités au dossier.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire correspondant à la fréquence prescrite du dosage des ingesta.

Cochez le nombre de voie veineuse (perfusion) à doser.

But

Évaluer le bilan liquidien.

Description

Doser les liquides ou solides excrétés par voie naturelle.
Inscrire les quantités au dossier.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire correspondant à la fréquence prescrite du dosage des excreta.

Modes d'assistance

Guider:	Inscrire les quantités au dossier. Le résidant dose lui-même les liquides excrétés.
Aide complète:	Doser et inscrire les quantités au dossier.

But

Évaluer le bilan liquidien.

Description

Doser les liquides ou solides excrétés par tube (sonde vésicale, autres).
Inscrire les quantités au dossier.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire correspondant à la fréquence prescrite du dosage des excreta.

Précisez dans l'espace prévu, pour quel tube, drain ou bouteille le dosage est effectué.

Cochez le nombre de tube pour lequel un dosage est effectué.

But

Conserver les expectorations pour fins d'analyse biochimique, microbiologique, hématologique ou autres.

Description

Étiqueter le (les) contenant(s).
Recueillir et conserver sur une période de vingt-quatre heures les expectorations.

Indications

Trois types d'indication sont possibles mais il est peu probable que le 2ième et 3ième soient utilisés.

❍ **Un seul intervalle pendant la semaine**

S'adresse au résidant chez qui une collecte des expectorations **des 24 heures** a été faite dans la semaine d'évaluation.

Indiquez la journée et l'heure où la collecte a commencé et la journée et l'heure ou celle-ci s'est terminée.

Exemple:
On étiquette et on place un contenant près du résidant le lundi matin vers 9h00. Le lendemain matin (24 heures plus tard) on cesse les prélèvements.

Commençant le: lundi - 09h00
Se terminant le: mardi - 08h00

Si celle-ci est **déjà en cours**, à la **première journée d'observation** (exemple le jeudi) indiquez:

Commençant le: jeudi - 00h00
Se terminant le: vendredi - 08h00

Si celle-ci débute à la **septième journée d'observation** (exemple le samedi) et se termine le lendemain indiquez:

Commençant le: samedi - 08h00
Se terminant le: samedi - 23h00

❍ **Horaire régulier, un ou plusieurs jours**
❍ **Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours**

Modes d'assistance

Guider:	Étiqueter et fournir le contenant au résidant.
Aide complète:	Étiqueter le contenant, recueillir les expectorations.

But

Conserver l'urine pour fins d'analyse biochimique, microbiologique, hématologique ou autres.

Description

Étiqueter le (les) contenant(s).
Recueillir les urines durant une période de vingt-quatre (24) heures.
Conserver les urines.

Indications

Cochez si la collecte est effectuée **sans** ou **avec sonde**.

Trois types d'indication sont possibles mais il est peu probable que le 2ième et 3ième soient utilisés.

❍ **Un seul intervalle pendant la semaine**

S'adresse au résidant chez qui une collecte des urines **des 24 heures** a été faite dans la semaine d'évaluation.

Indiquez la journée et l'heure où la collecte a commencé et la journée et l'heure ou celle-ci s'est terminée.

Exemple:
On étiquette et on place un contenant près du résidant le lundi matin vers 7h00. Le lendemain matin (24 heures plus tard) on cesse la collecte.

Commençant le: lundi - 07h00
Se terminant le: mardi - 06h00

Si celle-ci est **déjà en cours**, à la **première journée d'observation** (exemple le mardi) indiquez:

Commençant le: mardi - 00h00
Se terminant le: mercredi - 06h00

Si celle-ci débute à la **septième journée d'observation** (exemple le dimanche) et se termine le lendemain indiquez:

Commençant le: dimanche - 07h00
Se terminant le: dimanche - 23h00

❍ **Horaire régulier, un ou plusieurs jours**
❍ **Horaire irrégulier, un ou plusieurs jours**

Modes d'assistance

Guider:	Étiqueter et fournir le contenant au résidant.
Aide complète:	Étiqueter le contenant, recueillir les urines.

But

Rechercher la présence d'un calcul dans l'urine.

Description

Filtrer les urines du résidant.

Indications

Notez la (les) journée(s) et le **nombre de fois** par service de travail que les urines sont filtrées.

But

Obtenir un échantillon pour fins d'analyse biochimique, microbiologique, hématologique ou autre.

Description

Étiqueter le contenant.
Effectuer le prélèvement des sécrétions buccales, nasales, auriculaires, oculaires, trachéales ou d'une plaie.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du prélèvement.

Précisez dans l'espace prévu, le site du prélèvement.

But

Obtenir un échantillon pour fins d'analyse biochimique, microbiologique, hématologique ou autre.

Description

Étiqueter le contenant.
Effectuer le prélèvement des selles.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du prélèvement.

Modes d'assistance

Guider:	Étiqueter et fournir le contenant.
Aide complète:	Étiqueter le contenant et effectuer le prélèvement.

But

Obtenir un échantillon d'urine pour fins d'analyse simple.

Description

Étiqueter le contenant.
Nettoyer la région génitale.
Effectuer le prélèvement d'urine.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du prélèvement.

Modes d'assistance

Guider:	Étiqueter et fournir le contenant.
Aide partielle:	Étiqueter et fournir le contenant, aider le résidant à nettoyer la région génitale.
Aide complète:	Étiqueter le contenant, nettoyer la région génitale et effectuer le prélèvement.

But

Obtenir un échantillon d'urine de façon stérile pour fins d'analyse microbiologique ou bactériologique.

Description

Étiqueter le contenant.
Nettoyer et désinfecter la région génitale ou la sonde.
Recueillir l'urine de façon stérile (mi-jet).

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du prélèvement.

Cochez si le prélèvement est effectué **sans** ou **avec** une **sonde** ou un **cathéter**.

Modes d'assistance

Guider:	Étiqueter le contenant, fournir le matériel nécessaire à la désinfection, donner de l'information au résidant sur la technique de prélèvement.
Aide partielle:	Étiqueter le contenant, donner de l'information, aider le résidant pour la désinfection de la région génitale.
Aide complète:	Étiqueter le contenant, désinfecter, effectuer le prélèvement.

But

Prélever un spécimen de sang pour fins d'analyse biochimique, hématologique ou autres.

Description

Désinfecter le site.
Effectuer le prélèvement de sang.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du prélèvement.

Précisez dans l'espace prévu, les examens demandés.

But

Effectuer sur place l'analyse de l'urine.

Description

Prélever l'échantillon d'urine, s'il y a lieu.
Lire le résultat sur la bandelette ou l'appareil électronique, s'il y a lieu.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du test fait à l'unité.

Précisez dans l'espace prévu, le type de test.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise.**

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** du prélèvement et du test.

Modes d'assistance

Guider:	Fournir le matériel nécessaire, le résidant effectue lui-même le test; noter le résultat.
Aide partielle:	Effectuer le test, le résidant peut prélever lui-même l'échantillon d'urine.
Aide complète:	Prélever l'urine et effectuer le test.

But

Effectuer sur place l'analyse du sang.

Description

Prélever l'échantillon de sang par micro-méthode.
Lire le résultat sur l'appareil électronique ou sur la bandelette.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du test fait à l'unité.

Précisez dans l'espace prévu, le type de test.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise.**

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** du prélèvement et du test.

Modes d'assistance

Guider:	Donner le matériel au résidant qui effectue lui-même le prélèvement et le test; noter le résultat.
Aide complète:	Effectuer le prélèvement et faire la lecture.

But

Effectuer sur place un éthylotest.

Description

Obtenir l'échantillon d'air;
Lire le résultat sur l'appareil.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire du test fait à l'unité.

But

Observer le résidant pendant l'examen.
Prêter assistance au médecin ou au technicien.

Description

Préparer la salle ou la chambre pour l'examen.
Préparer et installer le résidant.
Assister à une partie ou toute la durée de l'examen, tel:

- examen physique;
- examen gynécologique;
- examen radiologique;
- E.C.G.
- E.E.G.

Ou, exécuter l'examen (ECG, examen gynécologique, ...).

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'examen qui demande l'assistance d'une personne des soins infirmiers ou qui est fait par une personne des soins infirmiers.

Précisez dans l'espace prévu, le type d'examen et la raison.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise** pendant l'examen.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'examen.

Modes d'assistance

Aide partielle: Prêter assistance au médecin ou au technicien.

Aide complète: Exécuter l'examen.

Notes

Les examens effectués à l'extérieur de l'établissement ne sont pas considérés ici.

But

Prêter assistance au médecin lors d'une intervention.

Description

Préparer la salle ou la chambre.
Préparer et installer le résidant.
Assister le médecin pendant une partie ou toute la durée de l'intervention, telle:

- ponction pleurale;
- ponction lombaire;
- ponction d'ascite;
- dissection veineuse;
- insertion d'un cathéter d'une ligne centrale.

Indications

Notez la (les) journée(s) et l'horaire de l'intervention qui demande l'assistance d'une personne des soins infirmiers.

Précisez dans l'espace prévu, le type d'intervention.

Cochez *"non"* si la **présence constante n'est pas requise**.

Cochez *"oui"* si la **présence constante est requise pendant toute la durée** de l'intervention.

Modes d'assistance

Les interventions médicales effectuées à l'extérieur de l'établissement ne sont pas considérées ici.