

Recueil des fiches techniques de la formation SI



Avis au lecteur

Cet ouvrage est destiné à toute personne intervenant dans la formation pratique de la section "infirmier", que ce soit en laboratoire ou en enseignement clinique.

Il se base sur la façon dont les activités de soin sont enseignées en théorie et reprend uniquement les fiches techniques. Les procédures décrites représentent une façon correcte parmi d'autres pour réaliser les activités de soin. Pour toute informations supplémentaire, vous êtes invité à consulter le script en question.

Table des matières

1. Définitions de la terminologie	p. 5
2. Réfection du lit inoccupé (deux soignants)	p. 6
3. Réfection du lit occupé: le BDS ne peut pas se lever (peut se tourner sur le côté; peut être tourné sur le côté)	p. 7
4. Réfection du lit occupé: le BDS ne peut pas se lever (doit rester en position semi assise)	p. 8
5. Mesure de la température corporelle tympanique	p. 9
6. Mesure des pulsations sur l'artère radiale (pouls périphérique)	p. 10
7. Prise de la tension artérielle	p. 11
8. Procédure en cas de surveillance de l'ensemble des paramètres habituels	p. 12
9. Aide au BDS pour boire et manger	p. 13
10. Vidange du sac collecteur des urines	p. 15
11. Lavement évacuateur	p. 16
12. Fleet ou microcliste	p. 18
13. Evacuation manuelle des selles en cas de fécalome	p. 19
14. Soins d'hygiène corporelle: aide complète au lit en position couchée (le BDS pouvant se tourner) et en position assise	p. 20
15. Soins d'hygiène corporelle: aide partielle au lit	p. 22
16. Soins d'hygiène corporelle: aide partielle au lit / lavabo	p. 23
17. Hygiène buccale: soins des prothèses dentaires	p. 24
18. Hygiène buccale: soin spécial de la bouche	p. 25
19. Lavage des cheveux au lit	p. 26
20. Aide à l'habillement et au déshabillage	p. 27
21. Pose et enlèvement des bas anti-thrombotiques	p. 29
22. Préparation des médicaments	p. 30
23. Injection sous-cutanée d'héparine de bas poids moléculaire	p. 32
24. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments par les voies oculaire, auriculaire, nasale	p. 33
25. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments par les voies rectale, cutanée, transdermique	p. 35
26. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments par voie pulmonaire	p. 36
27. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments PO	p. 40
28. Administration de médicaments par inhalation par nébuliseur connecté à la prise murale d'air comprimé ou d'O ₂	p. 42
29. Oxygénothérapie	p. 43
30. Soins d'une plaie aseptique suturée (fils ou agrafes)	p. 45
31. Enlèvement de fils et agrafes	p. 47
32. Soins du site d'insertion d'un drain, d'une sonde, d'un cathéter...	p. 48
33. Changement du flacon de Redon	p. 48
34. Enlèvement d'un drain de Redon	p. 49
35. Soins de stomie digestive (après la phase de cicatrisation)	p. 50
36. Mesure de la glycémie capillaire avec glucomètre	p. 51
37. Injection d'insuline	p. 52

38.	Préparation de solutions injectables	p. 54
39.	Prélèvement veineux par ponction directe	p. 56
40.	Prélèvement veineux par voie centrale ou par chambre implantable	p. 58
41.	Injection intra-musculaire (IM)	p. 59
42.	Injection IVD par ponction veineuse	p. 61
43.	Injection IVD par un robinet à trois voies	p. 62
44.	Pose d'un cathéter veineux périphérique	p. 63
45.	Enlèvement d'un cathéter veineux périphérique	p. 64
46.	Pansement d'un cathéter veineux central	p. 65
47.	Pansement d'une chambre totalement implantable (CTI)	p. 66
48.	Mesure de la PVC	p. 67
49.	Pansement avec raccourcissement ou enlèvement de drain et pose d'une poche de drainage	p. 68
50.	Pansement avec méchage et irrigation d'une plaie	p. 70
51.	Pansement de la gastrostomie percutanée	p. 71
52.	Pose d'une sonde nasogastrique	p. 72
53.	Ablation de la sonde nasogastrique	p. 73
54.	Administration de la nutrition entérale par sonde nasogastrique ou par gastrostomie	p. 74
55.	Sondage urinaire transurétral	p. 75
56.	Lavage vésical	p. 79
57.	Ponction du PAC	p. 81
58.	Prise de sang à partir du PAC	p. 83
59.	Héparinisation du PAC et l'enlèvement de l'aiguille de Huber	p. 84
60.	Pansement du PAC	p. 85
61.	Pose d'une transfusion sanguine	p. 86
62.	Prélèvement d'une hémoculture	p. 88
63.	Assistance du médecin lors de l'intubation	p. 89
64.	Aspiration endotrachéale, orale ou nasale	p. 91
65.	Nettoyage de la canule interne et changement de compresse	p. 95
66.	Changement de cordons de la trachéostomie	p. 97
67.	Prélèvement capillaire des gaz du sang	p. 98
68.	Assistance lors de la mise en place d'un drain thoracique	p. 99
69.	Assistance lors de l'enlèvement d'un drain thoracique	p. 102
70.	Assistance lors d'une ponction pleurale	p. 103

1. Définitions de la terminologie

<p>Critère</p> <p><i>Kriterium/Maßstab</i></p>	<p>Caractéristiques attendues d'une performance, d'un produit, d'un processus...en fonction desquelles on veut juger si un objectif est atteint. (Adapté de Cardinet, 1989)</p> <p><i>Merkmale einer Leistung (= Pflegehandlungen/Aktivitäten) die, bei der Bewertung der Ausführung dieser Handlungen, erwartet werden.</i></p>
<p>Critères niveau maîtrise</p>	<p>C'est l'ensemble des critères sur la base desquels l'évaluateur va certifier la réussite ou l'échec. L'élève a réussi s'il maîtrise tous les critères minimaux.</p> <p><i>Kriterien, die bei der Beurteilung, ob das Lernziel erreicht ist oder nicht, d.h. ob der Schüler die Handlung beherrscht oder nicht, ausschlaggebend sind.</i></p> <p><i>Diese Kriterien müssen respektiert sein, sie gewährleisten die Sicherheit des Pflegeempfängers (PE), es sind sogenannte minimale Kriterien.</i></p>
<p>Critères niveau très bonne maîtrise</p>	<p>Ce sont les critères qui, au-delà du seuil de réussite, servent à déterminer le niveau de perfectionnement de l'élève.</p> <p>Dies sind zusätzliche Kriterien, welche dazu dienen, die Leistungsstufe der Perfektionierung zu bestimmen (= minimale +zusätzliche Kriterien).</p>
<p>Indicateurs</p> <p><i>Indikatoren</i></p>	<p>Éléments ou aspects observables d'une performance, d'un résultat, d'un processus.... qui permettent de vérifier l'existence ou le degré d'atteinte d'un critère. (Adapté de Cardinet, 1989)</p> <p>Beobachtbare Aspekte, Elemente einer Leistung, an Hand derer überprüft werden kann, ob und wie fern die Kriterien erfüllt sind.</p>
<p>Ergonomie</p>	<p>Du grec ergon = travail Recherche d'une meilleure adaptation entre une fonction, un matériel et son utilisateur. (Petit Larousse)</p> <p>Etude scientifique des conditions (psychophysiologiques et socioéconomiques) de travail, de l'adaptation des outils, postes de travail aux utilisateurs, des relations entre l'homme et la machine. (pour la profession de l'infirmier/ère = la prestation de soin) (Petit Robert)</p> <p>L'ergonomie élabore et étudie des connaissances relevant des sciences humaines, dans le but d'adapter le travail, les systèmes de travail, les produits et les environnements aux capacités physiques et psychiques de l'être humain, et de garantir ainsi sa sécurité, sa santé et son bien-être, tout en augmentant ses performances et en améliorant le résultat de son travail".</p> <p>Der Begriff setzt sich aus den griechischen Wörtern <i>ergon</i> (Arbeit, Werk) und <i>nomos</i> (Gesetz, Regel) zusammen.</p> <p>Wissenschaft von den Leistungsbedingungen und Leistungsgrenzen des arbeitenden Menschen sowie von der optimalen wechselseitigen Anpassung zwischen dem Menschen und seinen Arbeitsbedingungen. Zentrales Ziel der Ergonomie ist die Schaffung geeigneter Ausführungsbedingungen für die Arbeit des Menschen und die Nutzung technischer Einrichtungen und Werkzeuge.</p>
<p>Effcience, efficient</p>	<p>Qui aboutit à de bons résultats, efficace (Petit Larousse) Effcience : efficacité et économie Capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donnée. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit -> angestrebte Resultate sind kostengünstig erreicht.</p>

2. Réfection du lit inoccupé (deux soignants)

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

- générales : nom, âge, numéro de chambre/ du lit, motif de l'hospitalisation, diagnostic,
- spécifiques : situation actuelle de la mobilité, assistance/soutien lors du déplacement.

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- pour le linge sale, un chariot avec sac à linge
- chariot à linge avec le linge de lit propre
- produit désinfectant pour les mains
- matériel pour la désinfection des surfaces

4. Préparation du BDS/de la chambre

- informer le/les BDS sur le soin
- ouvrir si possible la fenêtre pour aérer
- faire de la place, mettre de côté les objets qui se trouvent sur le chemin

II. Exécution

a. Défaire le lit

- remonter le lit à hauteur
- mettre à plat le matelas
- remonter la poignée de traction sur la potence
- préparer la tablette rabattable au pied du lit et y déposer le linge propre
- déposer l'oreiller sur la tablette rabattable
- défaire les draps de la tête jusqu'au pied
- plier en trois soit la couette (et le drap) soit successivement la couverture et le drap du dessus : plier en 3 d'abord la partie supérieure, puis la partie inférieure, la déposer sur la tablette rabattable
- si la housse de la couette est sale, l'enlever et déposer la sur tablette rabattable, puis plier la couette en trois
- faire un paquet du drap (housse) sale (et/ou de l'alèze)
- déposer soit sur la tablette rabattable soit sur une chaise
- au cas où le linge est très sale (mouillé, ...) le sortir et le déposer directement dans le sac à linge

b. Préparation du lit

- réajuster le drap propre le tendre et le border des quatre côtés : en haut, en bas, sur les côtés
en cas de drap simple : rabattre la partie supérieure (côté tête du lit) sous le matelas, faire les coins
tendre et rabattre la partie inférieure (côté pieds) sous le matelas, faire les coins
tendre sur les côtés et border le drap
- mettre un drap transversal (alèze) propre à la hauteur des fesses, tendre et faire entrer des deux côtés (au besoin)
- mettre le drap du dessus puis la couverture au milieu du matelas ou la couette
rabattre la partie inférieure, border, rentrer le demi coin
rabattre le tout (côté tête) à la hauteur souhaitée
prévoir un pli d'aisance pour les pieds
- plier la garniture du lit vers les pieds du lit de façon à obtenir un effet « accordéon»
- secouer légèrement l'oreiller, le replacer à l'emplacement de la tête, régler la partie tête à la hauteur souhaitée

Au cas où une couette est utilisée avec une housse de couette:

- tourner la housse à l'envers (au cas où cela n'a pas déjà été fait à la laverie),
avec les coins de la housse, saisir la couette et par des petits mouvements, tirer la housse sur la couette.
- descendre la poignée de traction, /réadapter sa hauteur
- redescendre le lit afin que le patient puisse y monter et y descendre sans problème.

III. Post-soin

1. BDS/chambre

- nettoyer et désinfecter la table de nuit
- ranger la chambre, tout remettre en place
- fermer la fenêtre
- demander si le BDS a encore besoin de quelque chose.

2. Matériel

- mettre les draps sales dans le sac à linge
- rabattre la tablette du lit

3. Soignant

- Hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

3. Réfection du lit occupé: le BDS ne peut pas se lever (peut se tourner sur le côté; peut être tourné sur le côté)

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

nom, âge, numéro de chambre/ du lit, motif de l'hospitalisation, diagnostic, situation actuelle de la mobilité, assistance/soutien lors du déplacement.

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- pour le linge sale, un chariot avec sac à linge
- chariot à linge avec le linge propre (emmener en chambre le linge dont vous avez besoin, état de la literie contrôlé avant)
- produit désinfectant pour les mains
- matériel pour la désinfection des surfaces (si nécessaire)

4. Préparation du BDS/de la chambre

- informer le/les BDS sur le soin et sa possibilité de collaboration, mesures de précaution (barrières de lit)
- ouvrir si possible la fenêtre pour aérer
- faire de la place, mettre de côté les objets qui se trouvent dans le chemin.

II. Exécution

- remonter le lit
- remonter la poignée de traction
- sortir la tablette rabattable au pied du lit
- mettre à plat le dossier (niveau adapté à l'état du BDS)
- laisser un oreiller au BDS, déposer les autres oreillers sur la tablette rabattable.
- défaire les draps de lit de la tête aux pieds.
- plier en trois la couette : d'abord le tiers supérieur ensuite plier le tiers inférieur, la déposer sur la tablette rabattable
- plier en trois le drap du dessus et l'utiliser pour recouvrir le BDS.
- aider le BDS à se tourner sur le côté selon techniques apprises (barrières de lit)
- enrrouler l'alèze et le drap du dessous vers le dos du malade, partie supérieure vers l'intérieur.
- poser le drap de lit propre et le border (en haut, en bas, sur le côté).
- poser l'alèze et la rabattre
enrouler le reste du drap et l'alèze dans le dos du BDS
- aider le BDS à se tourner de l'autre côté, employer les techniques apprises.
- enrrouler et éloigner l'alèze et le drap sales et les déposer sur la tablette rabattable ou sur une chaise
- tendre le drap de lit propre et le border, ensuite l'alèze.
- le BDS peut se tourner à nouveau sur le dos, employer les techniques apprises.
- installer le BDS dans la position correcte, utiliser les techniques apprises.
- secouer légèrement l'oreiller et le remettre en place.
- border le drap du dessus et la couette.
- prévoir le pli d'aisance pour les pieds, sortir les bras sur la couverture.
- descendre la poignée de traction
- rabattre la tablette au pied du lit
- redescendre le lit.

III. Post-soin

1. BDS/chambre

- nettoyer et désinfecter la table de nuit, la placer de façon à ce que le BDS puisse atteindre ses affaires
- donner la sonnette
- ranger la chambre, tout remettre en place
- fermer la fenêtre
- demander si le BDS a encore besoin de quelque chose.

2. Matériel

- mettre les draps sales dans le sac à linge
- rabattre la tablette du lit

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

4. Réfection du lit occupé: le BDS ne peut pas se lever (doit rester en position semi assise)

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

nom, âge, numéro de chambre/ du lit, motif de l'hospitalisation, diagnostic, situation actuelle de la mobilité, assistance/soutien lors du déplacement.

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- pour le linge sale, un chariot avec sac à linge
- chariot à linge avec le linge de lit propre (emmener en chambre le linge dont vous avez besoin, état de la literie contrôlé avant)
- produit désinfectant pour les mains
- matériel pour la désinfection des surfaces (si nécessaire)

4. Préparation du BDS/de la chambre

- informer le/les BDS sur le soin et sa possibilité de collaboration, mesures de précaution (barrières de lit)
- ouvrir si possible la fenêtre pour aérer
- faire de la place, mettre de côté les objets qui se trouvent dans le chemin.

II. Exécution

- remonter le lit
- remonter la poignée de traction
- sortir la tablette rabattable au pied du lit
- enlever les oreilles, évt redresser plus le dossier
- déposer les oreillers sur la tablette rabattable.
- défaire les draps de lit de la tête aux pieds.
- plier en trois la couette : d'abord le tiers supérieur ensuite plier le tiers inférieur, la déposer sur la tablette rabattable
- plier en trois le drap du dessus et en recouvrir le BDS.
- le BDS se penche en avant
- rouler le drap sale du dessous vers le bas dans le dos du BDS, partie supérieure vers l'intérieur
- étendre le drap propre jusqu'au bas du dos du BDS et le border en haut
- pendant que le BDS s'appuie avec les deux mains sur le nouveau drap déroulé et soulève les fesses, rouler le drap sale et l'alèze puis dérouler le nouveau drap vers le pied du lit
- poser le linge sale sur la tablette rabattable ou sur une chaise.
- border le drap propre à la partie pied et au centre du lit.
- le BDS se relève à nouveau, avec la poignée de traction, mettre en dessous l'alèze
- installer le BDS dans une position correcte, utiliser les techniques apprises
- secouer légèrement l'oreiller et le mettre en place
- border le drap et la couette
- prévoir un pli d'aisance pour les pieds, sortir les bras sur la couverture
- descendre la poignée de traction
- rabattre la tablette au pied du lit
- descendre le lit

III. Post-soin

1. BDS/chambre

- nettoyer et désinfecter la table de nuit, la placer de façon à ce que le BDS puisse atteindre ses affaires
- donner la sonnette
- ranger la chambre, tout remettre en place
- fermer la fenêtre
- demander si le BDS a encore besoin de quelque chose.

2. Matériel

- mettre les draps sales dans le sac à linge
- rabattre la tablette du lit

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

5. Mesure de la température corporelle tympanique

Réalisation de l'activité de soin



I. Préparation

1. Recueil d'information

Nom, âge, numéro de chambre/du lit, date et motif d'hospitalisation, diagnostic, fréquence/motif du contrôle de la température, résultats des mesures de température antérieures, traitement médical → en cas de

2. Préparation personnelle du soignant

Hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- Thermomètre auriculaire
- Réserve de capuchons de protection jetables pour ce type de thermomètre

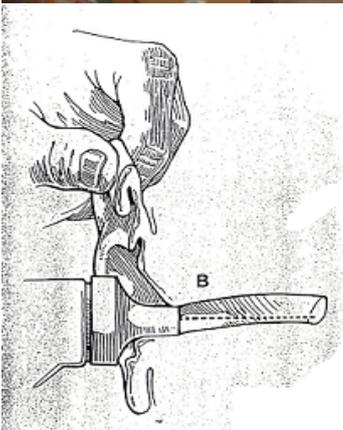
4. Préparation du BDS/ de la chambre

- informer le BDS sur l'activité de soin
- Remonter le lit
- position du BDS : accessibilité de l'oreille pour la mesure
- après un effort du patient, prévoir un temps de pause de 15 minutes avant la mesure



II. Exécution

- Prendre le thermomètre du chargeur
- Régler à l'aide de la touche « Mode » le type de mesure -> mesure tympanique
- Introduire le capteur infra-rouge dans un nouveau capuchon
- Placer le capteur dans le conduit auditif et veiller à ce qu'il soit bien obturé. Diriger le capteur vers le tympan en visant l'œil opposé (vers l'hypothalamus). Cette orientation est facilitée en tirant le pavillon de l'oreille vers le haut et vers l'occiput.
- Démarrer la mesure en appuyant par la touche « Scan ». Il faut déclencher le Scan dans les 2 secondes pour éviter que le conduit auditif ne refroidisse au contact de la sonde thermique.
- Le résultat sera affiché et indiqué par un bip sonore
- Lire la mesure à la fenêtre d'affichage
- Eliminer le capuchon directement dans la poubelle en appuyant la touche « Eject » ou « Release ».
- Remettre l'appareil dans le chargeur



III. Post-soin

1. BDS

- Installer le patient
- Descendre le lit

2. Matériel

- Prévoir éventuellement une nouvelle réserve de gaines près du chargeur
- Ranger le thermomètre

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/ transmission orale

- Incrire les valeurs sur la feuille de surveillance des paramètres (en bleu) sous forme d'une courbe
- Incrire les valeurs anormales ou changées dans les transmissions ciblées
- Communiquer à l'infirmière responsable des écarts éventuels par rapport à la norme (avec tentative d'explication).

6. Mesure des pulsations sur l'artère radiale (pouls périphérique)

Réalisation de l'activité de soin



I. Préparation

1. Recueil d'information

Nom, âge, numéro de chambre/du lit, date et motif de l'hospitalisation, diagnostic, fréquence/motif du contrôle du pouls, résultats des mesures antérieures du pouls, traitement médical → dans le cas de valeurs anormales

2. Préparation personnelle du soignant

Hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

Montre avec compte-secondes
(thermomètre infrarouge ayant la fonction de décompte de 15 secondes)

4. Préparation du BDS/de la chambre

- Information du BDS sur l'activité de soin
- Remonter le lit
- Installation : accessibilité du bras
- Prévoir après un effort un temps de pause de 15 minutes avant la mesure

II. Exécution

- Installer main et avant-bras du BDS sur un support (matelas, coussin, table)
- Placer les bouts de doigts de l'index, du majeur et de l'annulaire du côté pouce à la face interne de l'avant-bras, juste en dessous du poignet
- Exercer une légère pression Jusqu'à pouvoir sentir les pulsations sous les doigts.
- Compter les pulsations pendant 15 secondes
Commencer à compter au moment où le compte-secondes indique soit 3 ; 6 ; 9 ou 12 heures = moment 0
Multiplier le résultat obtenu par 4
- Evaluer pendant le comptage également le rythme et la qualité du pouls
- Compter les pulsations pendant 1 minute en cas d'arythmie, de bradycardie et de première prise en charge.

III. Post-soin

1. BDS

- Installer le BDS
- Descendre le lit

2. Matériel

ranger le thermomètre infrarouge

3. Soignant

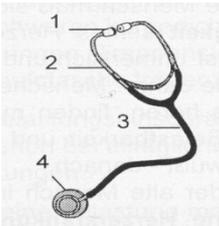
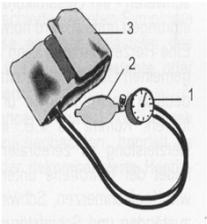
hygiène des mains

4. Documentation/ transmission orale

- Inscrire les pulsations (fréquence et évt rythme) dans le document « feuille de surveillance et de traitement » (en rouge et en courbe).
- Inscrire les résultats anormaux respectivement les changements au niveau de la qualité et du rythme du pouls, de la fréquence dans les transmissions ciblées
- Communiquer à l'infirmière responsable les écarts par rapport à la norme (avec tentative d'explication)

7. Prise de la tension artérielle

Réalisation de l'activité de soin



I. Préparation

1 Recueil d'information

Nom, âge, numéro de chambre/du lit, date et motif de l'hospitalisation, diagnostic, fréquence/motif du contrôle, résultats des mesures antérieures de la tension artérielle, traitement médical → dans le cas de valeurs anormales

2. Préparation personnelle du soignant

Hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- tensiomètre (brassard pneumatique, ballon d'air et valve, manomètre)
- stéthoscope

4. Préparation du BDS/ de la chambre

- Informer le BDS sur l'activité soignante
- Remonter le lit
- Installation : accessibilité du bras
- Prévoir après un effort un temps de pause de 15 minutes avant la prise
- Eliminer les sources de bruit

II. Réalisation

- Choisir le bras. (**Ne jamais choisir le bras avec cathéter veineux ou artérielle, blessure, shunt artério-veineux en cas de dialyse, du côté de la mammectomie**)
- Libérer le bras d'éléments serrant
- Installer le bras sur un support (coussin, table,...) pour qu'il soit détendu, à hauteur du cœur
- Poser le brassard vidé d'air à 2,5 cm (= 2 doigts) au-dessus du coude
Le brassard doit bien épouser le bras, les tuyaux ne doivent pas être enchevêtrés
Souvent il y a une flèche sur le brassard qui doit être située au-dessus de l'artère brachiale (Les non-habitués ont intérêt à palper l'artère brachiale pour bien la localiser)
- Placer les adaptateurs du stéthoscope aux oreilles
- Placer le stéthoscope avec légère pression (bon contact), au-dessus de l'artère brachiale
- Fermer la valve
- Gonfler le brassard jusqu'à la valeur systolique maximale antérieure + 30 mm Hg
ou bien jusqu'à ce que le pouls radial n'est plus perceptible + 30 mm Hg
- Ouvrir lentement la valve et dégonfler lentement le brassard (2-3 mm/s maximum)
- A la première tonalité ⇒ lire la valeur au manomètre = pression systolique
- Sans cesser d'écouter les bruits, continuer à réduire la pression du brassard
- A la dernière tonalité ⇒ lire la valeur = pression diastolique
- Dégonfler complètement le brassard et l'enlever

III Post-soin

1. BDS

- Rhabiller complètement le BDS et le réinstaller
- Descendre le lit

2. Matériel

Ranger le tensiomètre et le stéthoscope

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/ transmission orale

- Inscrire la tension artérielle dans le document « feuille de surveillance et de traitement » (en noir)
- Inscrire les résultats anormaux respectivement les changements dans les transmissions ciblées
- Communiquer à l'infirmière responsable les écarts par rapport à la norme (avec tentative d'explication)

8. Procédure en cas de surveillance de l'ensemble des paramètres habituels

Matériel	Réalisation de l'activité de soin
 <p>The 'Matériel' column contains several images: at the top, a white infrared thermometer; below it, a blue pulse oximeter; then a white manual sphygmomanometer with a black stethoscope; next, a visual pain scale (EVA) with a horizontal line from 'pas de douleur' to 'douleur maximale imaginable'; below that, a visual pain scale (EVA) with a vertical scale from 0 to 10; then a numerical pain scale (NRS) with a vertical scale from 0 to 10; and finally, a white digital blood pressure monitor with a cuff.</p>	<p>I. Préparation</p> <ol style="list-style-type: none"> Recueil d'informations nom, âge, numéro de chambre/lit, date et motif de l'hospitalisation, diagnostic, fréquence et motif des contrôles, résultats des paramètres précédents, traitement médical → avec des valeurs anormales Préparation personnelle du soignant hygiène des mains Rassemblement du matériel Thermomètre infrarouge, (montre avec trotteuse), tensiomètre et stéthoscope, saturomètre O₂, échelle analogique visuelle (réglette EVA) stylo à quatre couleurs Prendre éventuellement le dossier infirmier dans la chambre Préparation du BDS/de la chambre. Informé le BDS sur les soins. Remonter le lit Laisser le BDS au repos pendant quinze minutes après un effort. p. ex. si une réinstallation a été absolument nécessaire avant l'activité <p>II. Exécution</p> <ol style="list-style-type: none"> Prise de la température Prise du pouls Prise de la tension artérielle Mesure de la saturation en oxygène Contrôle de l'échelle de la douleur Contrôle des selles <ol style="list-style-type: none"> date des dernières selles aspect des selles <p>Appréciation des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en comparaison avec la norme - en comparaison avec les valeurs précédentes <p>Inscrire les résultats en chambre dans le dossier de soins (si l'apport du dossier dans la chambre est habituel), sinon sur un bloc-notes</p> <p>III. Post-soin</p> <ol style="list-style-type: none"> BDS <ul style="list-style-type: none"> - Installer le BDS Matériel <ul style="list-style-type: none"> - Ranger le matériel Soignant <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène des mains Documentation/Transmission orale <ul style="list-style-type: none"> - Inscrire les valeurs (dans la couleur adéquate) sur le document « feuille de surveillance et de traitement) - Inscrire dans les transmissions ciblées - Communiquer les valeurs changées ou anormales à l'infirmière responsable ((avec tentative d'explication)

9. Aide au BDS pour boire et manger

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'information

Manger

- peut-il manger ?
- régime alimentaire normal ou régime alimentaire diététique
- apport suffisant en calories et en qualité par 24 heures, appétit
- aversions alimentaires, allergie(s), aliments préférés, habitudes, interdits/rituels religieux ou par d'autres convictions
- BMI (poids/taille)

Apports hydriques (boire et perfusions)

- apports suffisants en quantité et en qualité par 24 heures, soif
- restriction hydrique
- boissons préférées, habitudes

Autonomie

- Est-ce que le BDS est autonome ?
- A-t-il des prothèses dentaires ?
- A-t-il besoin d'aide pour l'installation au lit, à table
- AP physique pour manger et boire : faut-il préparer les tartines/petits pains, ouvrir les contenants, couper la viande, verser les boissons, mettre les boissons à portée de main ...
- AP psychique : a-t-il besoin d'être guidé, stimulé ou surveillé
- AC pour manger et boire

Problèmes

- risque de fausse route : problèmes de déglutition....
- risque d'alimentation déficiente
- risque de déshydratation

Prise de médicaments ? Administration des médicaments avant, pendant ou après le repas ?

2. Préparation personnelle du soignant

Hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

Enlever le plateau-repas du chariot et contrôler le menu

Disposer les aliments sur le plateau : Disposition ➔ petite vaisselle devant, grande vaisselle derrière
Propreté ➔ ne rien répandre

Ajouter cafetière ou théière, ...

Ajouter les médicaments que l'infirmière a préparés et contrôlés

Éventuellement prendre une serviette spéciale

4. Préparation du BDS/ de la chambre

Informez le bds de la nature de l'activité

Placer le plateau sur la table ou la table de nuit

Préparer la chambre : si nécessaire aérer, débarrasser ce qui peut gêner p.ex. vider l'urinal.

II. Exécution

Installer le BDS:

1. **à table** sur une chaise ou dans un fauteuil, en position assise correcte.
2. **au lit, en position assise**, relever la tête du lit après avoir fait un rehaussement. Bloquer éventuellement les pieds pour que le bds soit bien assis et ne glisse pas vers le bas. Soutenir la tête par un coussin afin qu'elle soit légèrement penchée en avant
3. **assis au bord du lit**, les pieds touchant le sol !
4. **au lit, couché sur le côté**

Placer la surface du lit et la table télescopique au même niveau, qu'il puisse prendre appui dessus avec ses bras et avoir une bonne vue sur le plateau. Mettre les objets à la portée du BDS, verre et couteau à droite pour les droitiers

Veiller à la propreté de la tablette avant de déposer le plateau.

Mettre la serviette.

Prévoir un verre d'eau

Donner la prothèse dentaire

Proposer de se laver les mains

Administrer les médicaments

Assistance pour manger:

– Préparation du repas : découper, ouvrir, etc.

– Donner à manger: Prendre son temps, s'adapter au rythme du BDS

Laisser le temps de mâcher et d'avaler

Procéder avec sensibilité

Demander au BDS ce qu'il aimerait manger, dans quel ordre, quelle doit être l'importance de la portion, s'il veut boire entretemps

Assistance pour boire :

– Contrôler la température au niveau du poignet (face interne)

– Maintenir l'arrière de la tête du BDS à l'aide d'une main

– Donner à boire progressivement

S'il peut tenir le récipient, la fourchette...mais pas faire le geste : guider son bras ou la main

Toujours utiliser des couverts pour donner à manger ou pour administrer les médicaments.

Si le BDS ne veut pas ouvrir la bouche, stimuler les lèvres avec la cuillère

Installation de l'infirmière, si une assistance est nécessaire pour le repas :

– à table : sur une chaise à côté du BDS (à un angle de 45°), à même hauteur

– au lit : du côté du lit, devant le client, un peu plus bas que le BDS

(remonter le lit de manière à ce que le patient ne soit pas obligé de lever la tête quand on l'alimente).

Au cas où le BDS mange de façon autonome après la préparation, il faudra retourner voir en chambre au moins 1x si ça va.

III. Post-soin

1. BDS

Contrôler ce que le bds a mangé, s'il a bien pris les médicaments

Eventuellement proposer de se laver les mains ou de se rincer la bouche (soin de bouche)

Placer le BDS dans la position qu'il souhaite, au mieux en position semi-assise (risque d'aspiration consécutive à des restes alimentaires)

2. Matériel

Enlever le plateau-repas et, si nécessaire, essuyer la table si nécessaire

Plier la serviette sur la table ou la jeter dans la poubelle/sac à linge

Remettre le plateau dans le chariot

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/ transmission orale

Enregistrer l'assistance, le degré d'autonomie

Inscrire et transmettre les observations : appétit, mastication suffisante, capacité d'avaler...

10. Vidange du sac collecteur des urines

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

informations spécifiques : indication du cathétérisme, observations faites par rapport à la diurèse, aspect des urines
diurèse de 24 heures prévue ? avec ou sans analyses ? présence d'un récipient collecteur ?

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

gants à usage unique, bassin de lit ou autre récipient pouvant recueillir les urines du sac collecteur
compresses stériles avec désinfectant à base d'alcool
si nécessaire :
bocal pour recueil d'urines de 24 heures, pots pour analyses de laboratoires

4. Préparation du BDS/de la chambre

informer le/les BDS sur le soin

II. Exécution

enfiler les gants à usage unique
placer le récipient collecteur en-dessous du sac à urines (évt. mettre une protection entre récipient et sol)
contrôle de l'installation du système évacuateur
observation des urines : COQA (dont la quantité)
ouvrir le robinet du sac à urines, laisser s'écouler les urines, fermer le robinet
désinfecter le robinet

III. Post-soin

1. BDS/chambre

réinstaller le BDS si nécessaire, tirer la literie

2. Matériel

déverser les urines dans la toilette (si pas d'analyses)
jeter les compresses dans la poubelle et nettoyer/désinfecter le récipient collecteur
si analyse : porter le tube ou le récipient avec les urines au laboratoire

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

noter le soin et les observations faites, notamment la diurèse (si demandé)

11. Lavement évacuateur

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

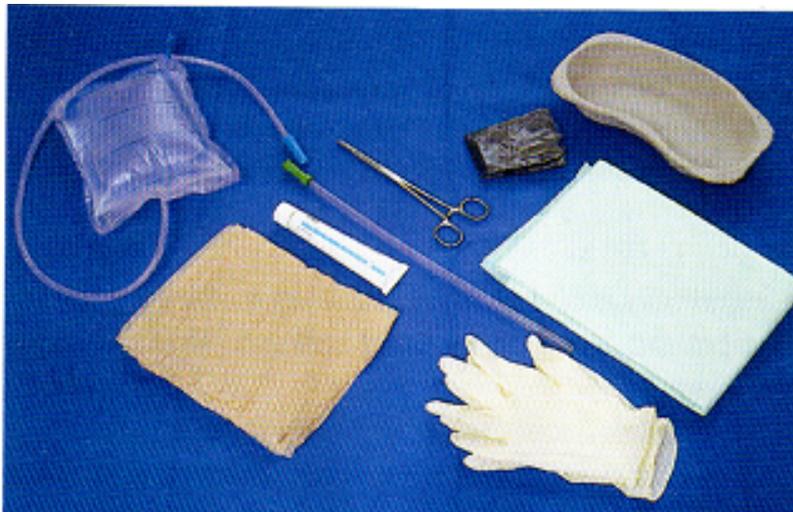
Nom, âge, n° de chambre/lit, motif d'hospitalisation, diagnostic
Indication du lavement : procédure spéciale ou soulagement de la constipation
Type de lavement : quantité d'eau / solution appropriée (sur PM)
Mobilité du bds / continence-incontinence / présence d'hémorroïdes

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- sac à lavement ou irrigateur muni d'une pince ou d'un robinet (en cas d'absence de système de fermeture, utiliser une pince Kocher avec une compresse), quantité d'eau prescrite avec ou sans solution supplémentaire
- sonde rectale, potence à perfusion
- 2 compresses non stériles, vaseline, gants à usage unique, haricot, protection de lit = moltex, bassin de lit ou chaise percée, papier WC, matériel pour la toilette intime



Fermer la pince ou le robinet de la tubulure du sac à lavement

Ajouter l'eau du robinet dans le sac à lavement juste avant l'administration (température de l'eau !). Vérifier la température de l'eau en versant quelques gouttes à l'intérieur du poignet (entre 37 et 40°C)

Ajouter si nécessaire la solution prescrite

Soulever le sac, ouvrir la pince, vider l'air de la tubulure et refermer la pince.

Accrocher le sac à lavement à une potence à perfusion

4. Préparation du BDS/de la chambre

informer le/les BDS sur le soin

Aider le BDS à s'installer en position latérale gauche avec jambe droite fléchie.

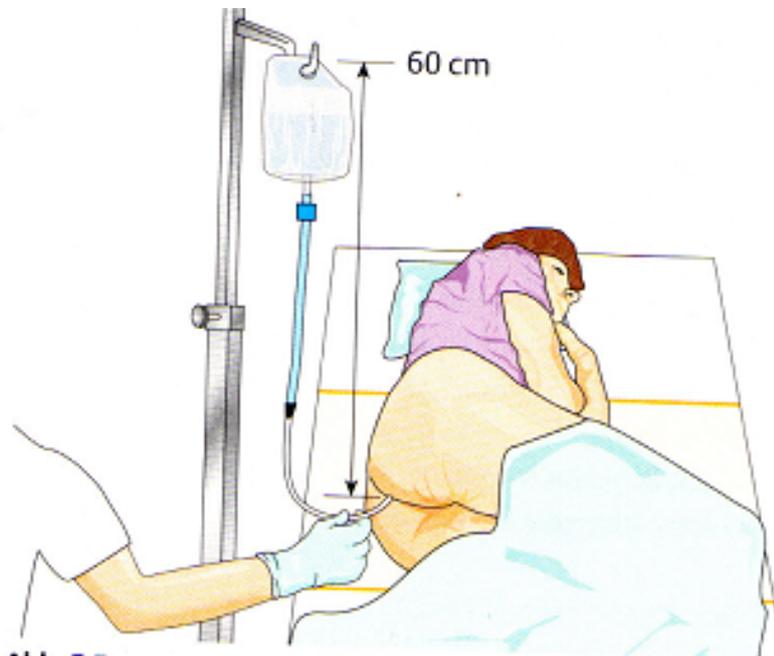
Placer un Moltex sous le siège et couvrir les parties intimes

II. Exécution

- mettre les gants à usage unique
- lubrifier la sonde rectale sur 10 à 15 cm à l'aide d'une compresse non stérile et de la vaseline
- demander au BDS de se détendre en expirant lentement par la bouche
- introduire la sonde rectale dans l'anus en faisant des petits mouvements rotatifs et en dirigeant l'embout vers le nombril, en principe 10 cm
- déposer le haricot sous l'extrémité de la sonde

- **S'il y avait présence d'un obstacle lors de l'introduction de la sonde, ne pas forcer, la retirer et informer l'infirmière: risque de blesser la muqueuse rectale en heurtant accidentellement la sonde contre la paroi du rectum ou du colon!!!**
- **Introduction douce en cas d'hémorroïdes!!!**

- brancher la sonde rectale à la tubulure du sac à lavement ou de l'irrigateur
- expliquer au BDS que le liquide va pénétrer dans le rectum et qu'il doit retenir le produit
- ouvrir la pince ou le robinet
- lever le contenant jusqu'à la hauteur appropriée, soit environ 50 à 60 cm



!! surveiller les réactions du BDS. Si celui-ci se plaint de crampes ou si du liquide s'échappe autour de la sonde rectale, fermer la pince pour empêcher l'écoulement, attendre quelques secondes et l'ouvrir de nouveau.

L'administration du produit pourra être régulée selon la hauteur du sac à lavement.

- en cas d'écoulement difficile du liquide, mobiliser doucement la sonde rectale ou la retirer légèrement
- une fois le sac à lavement vide, fermer la pince ou le robinet pour éviter que de l'air ne pénètre dans le rectum
- dire au BDS qu'il continue à garder le liquide le plus longtemps possible (5 à 10 minutes)
- retirer doucement la sonde rectale, l'enrouler dans la main et retourner le gant à usage unique dessus, déposer le tout dans le haricot
- laisser le Moltex dans le lit
- au cas où le BDS ne peut aller aux toilettes ou utiliser la chaise percée, placer le bassin de lit sous le siège
- donner la sonnette

III. Post-soin

1. BDS/chambre

Laver la région anale si nécessaire

Ranger le matériel, désinfecter la table de nuit, aérer la chambre

2. Matériel

Mettre le bassin de lit dans l'appareil de désinfection

Jeter le sac à lavement dans le récipient prévu à cet effet, si emploi de l'irrigateur : le désinfecter ainsi que le haricot

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

Inscrire l'exécution et l'efficacité du lavement ainsi que les caractéristiques des selles (couleur, odeur, quantité...)

12. Fleet ou microcliste

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

voir lavement

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

Fleet ou Microcliste, gants à usage unique (embout déjà lubrifié)

protection de lit = Moltex, bassin de lit ou chaise percée

papier WC, matériel pour la toilette intime

4. Préparation du BDS/de la chambre

informer le/les BDS sur le soin

Aider le BDS à s'installer en position latérale gauche avec jambe droite fléchie.

Placer un Moltex sous le siège et couvrir les parties intimes

II. Exécution

- mettre les gants à usage unique
- enlever le bouchon
- demander au BDS de se détendre en expirant lentement par la bouche
- introduire le Fleet ou Microcliste le plus loin possible dans l'anus

- **S'il y avait présence d'un obstacle lors de l'introduction de la sonde, ne pas forcer, la retirer et informer l'infirmière. !! introduction douce en cas d'hémorroïdes.**

- expliquer au BDS que le liquide va pénétrer dans le rectum et qu'il doit retenir le produit
- presser sur le flacon du bas vers le haut en l'enroulant

- **Surveiller les réactions du BDS**

- retirer le flacon, une fois le liquide introduit, **en gardant le flacon enroulé**, car sinon le liquide revient dans le flacon !
- enlever le gant et le retourner sur le flacon.
- dire au BDS qu'il continue à garder le liquide le plus longtemps possible (10 à 15 minutes)
- laisser le Moltex dans le lit
- au cas où le BDS ne peut aller aux toilettes ou utiliser la chaise percée, placer le bassin de lit sous le siège
- donner la sonnette

III. Post-soin

1. BDS/chambre

Vider le bassin de lit, laver éventuellement la région anale

Ranger le matériel, désinfecter la table de nuit, aérer la chambre

2. Matériel

Jeter le gant et le flacon dans la poubelle

Mettre le bassin de lit dans l'appareil de désinfection

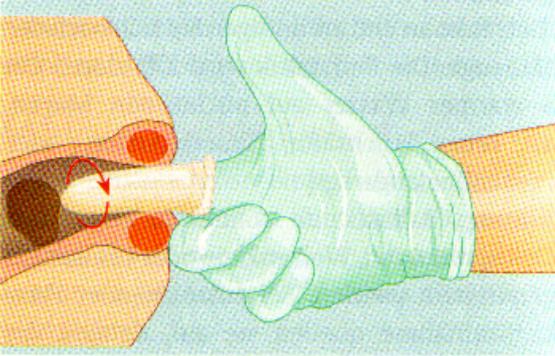
3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

Inscrire l'exécution et l'efficacité du Fleet/Microcliste ainsi que les caractéristiques des selles (couleur, odeur, quantité...)

13. Evacuation manuelle des selles en cas de fécalome

Illustration	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none"> - Nom, âge, numéro de chambre, motif d'hospitalisation - Indication du soin
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> - lavage hygiénique des mains
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> - gants à usage unique, doigtier - lubrifiant genre vaseline - protection du lit (moltex) - papier toilette - bassin de lit - matériel pour nettoyer le siège après le soin
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins/de la chambre <ul style="list-style-type: none"> - le BDS est informé (indication et procédure) - la fenêtre est fermée - le paravent est mis - le BDS est installé dans le lit sur le côté gauche, sur un moltex , les jambes pliées
	II. Exécution <ul style="list-style-type: none"> - Le soignant met un gant et un doigtier sur l'index et évt le médium, et envaseline le/les doigt(s) - Il introduit doucement le ou les doigts (maximum 2 doigts, en cas d'hémorroïdes 1 doigt) dans l'anus et stimule la paroi intestinale par un mouvement circulaire pour dégager le fécalome - Le fécalome est enlevé par petits morceaux - Le doigt est nettoyé à chaque fois avec le papier toilette - La région anale est nettoyée après - A surveiller si l'élimination des selles se poursuit correctement par après
	III. Achèvement du soin
	III. 1. BDS / chambre <ul style="list-style-type: none"> - réinstaller le BDS - enlever le paravent - ouvrir la fenêtre évt.
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> - désinfecter le bassin de lit - jeter le reste du matériel utilisé
	III.3. soignant Lavage hygiénique des mains
	III.4. documentation Soin et résultat du soin, aspect des selles

14. Soins d'hygiène corporelle: aide complète au lit en position couchée (le BDS pouvant se tourner) et en position assise

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

- générales : nom, âge, numéro de chambre/ du lit, motif de l'hospitalisation, diagnostic,
- spécifiques : degré de dépendance lors des soins corporels, degré de coopération du BDS, degré de mobilité, particularité en relation avec les soins du corps, par exemple : douleurs, cathéter, drainage, plaies, ...

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- savon
- bassine avec de l'eau
- 2 serviettes, 2 gants: 1 serviette et 1 gant pour le haut : visage, bras, thorax, ventre y compris l'ombilic, le dos
1 serviette et 1 gant pour le bas : jambes, pieds
- 1 serviette propre et un gant propre (éventuellement gant de toilette à usage unique) du service pour la toilette intime
- peigne, brosse
- brosse à dent, gobelet, dentifrice, (haricot)
- rasoir électrique pour les hommes ou matériel pour le rasage à main
- pyjama
- gants à usage unique
- protection pour couvrir le BDS s'il n'y a pas de drap de lit supérieur

Matériel supplémentaire selon besoin pour les soins de la peau, l'habillement, la réfection du lit

Une partie du matériel se trouve dans la chambre, une partie dans le chariot à linge ou dans les armoires du service, par exemple, bassin, serviette et gant de toilette pour la toilette intime, gants à usage unique

4. Préparation du BDS/de la chambre

- informer le/les BDS sur le soin
- fermer la fenêtre
- préparer le matériel sur la table de nuit

II. Exécution

- remonter le lit
- enlever le linge de lit supérieur et couvrir le BDS avec le drap de lit supérieur ou l'alèze apportée à cette fin (découvrir la partie à laver au dernier moment)
- contrôler l'installation du BDS, le réinstaller correctement si nécessaire
- enlever le matériel accessoire d'installation (coussins, attelle,)
- enlever la montre, enlever évt les bandages et sparadraps
- chez l'homme, demander si le rasage de la barbe doit se faire avant ou après la toilette
- enlever la partie supérieure du pyjama/chemise de nuit du BDS
- **SERViette ET GANT DE TOILETTE POUR LE HAUT**
- placer la serviette sous la tête
- laver les yeux sans savon, de l'angle extérieur vers l'angle intérieur
- laver le visage, les oreilles, le cou, (éventuellement la nuque) avec du savon si le BDS le souhaite (partie distale, puis partie proximale),
- rincer le savon, sécher
- mettre la serviette sous le bras éloigné, laver, rincer et sécher le bras de la main jusqu'à l'aisselle (sens du retour veineux)
idem pour le bras proximal
- laver et rincer le thorax jusqu'au nombril inclus, sécher (recouvrir le thorax avec la serviette entre ces étapes).
(Si l'ombilic est sale, celui-ci peut être d'abord nettoyé avec des cotons-tiges et ensuite être lavé)
- **Chez la femme :**
- * laver la poitrine: soulever légèrement les seins avec le dos d'une main. Veiller à bien sécher la peau puisqu'il y a contact de peau sur peau !
observer la peau sous les seins !
- **SERViette ET GANT DE TOILETTE POUR LE BAS**
- enlever le pantalon de pyjama/ sous-vêtement du BDS
- placer la serviette sous la jambe éloignée : laver, rincer et sécher de la partie distale, des orteils jusqu'à la cuisse (sens du retour veineux).
- idem pour la jambe proximale
- observer et hydrater avec une lotion/crème les talons et les jambes dans le cas d'une peau sèche ou si BDS le souhaite
- **CHANGER L'EAU POUR LA TOILETTE INTIME !**
- **mettre les gants à usage unique**
- **SERViette ET GANT DE TOILETTE DU SERVICE POUR LA TOILETTE INTIME**
- Toilette intime :**
- installer si possible le BDS à plat
- mettre une extrémité de la serviette sous les fesses, recouvrir la partie intime avec l'autre extrémité de la serviette (faire une « enveloppe »).
- demander au BDS d'écartier les jambes et de fléchir les genoux si la situation médicale le permet.

- savonner les deux côtés du gant de toilette

Première étape = un côté du gant

- laver le bas-ventre ainsi que la partie supérieure des cuisses, côté externe et interne, les plis inguinaux **dans un seul sens** (de l'avant vers l'arrière)

- chez l'homme : laver ensuite le pénis et le scrotum

Deuxième étape = l'autre côté du gant

- **chez la femme** : laver les parties génitales du haut vers le bas : d'abord les parties extérieures (grandes lèvres), ensuite les parties intérieures (petites lèvres)

- **chez l'homme** : décalotter le gland, laver, recalotter

Le rinçage et le séchage se font selon le même principe.

- enlever les gants à usage unique

- **CHANGER L'EAU AVANT DE LATERALISER LE BDS**

- **SERViette ET GANT DE TOILETTE POUR LE HAUT / TOILETTE INTIME**

- latéraliser le BDS, appliquer les principes de déplacement sécuritaire pour le BDS

- si l'alèze est sale, la replier

- recouvrir le lit avec la serviette du haut à hauteur du dos

- mettre la serviette du bas en partie en dessous des fesses et recouvrir les fesses

- laver et rincer le dos avec le gant de toilette pour la partie supérieure, sécher

- laver le siège

- mettre des gants à usage unique

- savonner le gant les deux côtés

- utiliser un côté du gant pour laver les fesses et les hanches, prendre l'autre côté du gant pour laver le pli inter-fessier : laver dans un seul sens -> du bas vers le dos, rincer et sécher.

- hydrater la peau avec une lotion ou crème

- enlever les gants à usage unique

- **le BDS ne se lève pas**

- effectuer le changement des draps de lit du dessous (voir technique lit occupé)

- voir quels soins sont encore à réaliser avant le retournement du BDS (mettre un linge d'incontinence, faire un soin de plaie...)

- positionner correctement le BDS sur le dos, l'habiller (pyjama, montre...)

- soins des cheveux, des dents

- terminer le lit (partie supérieure) et réinstaller le patient, remettre le matériel enlevé.

- **le BDS se lève**

- mettre les vêtements (pyjama, chemise de nuit)

- aider lors du lever

- les soins des cheveux et des dents peuvent être effectués au fauteuil

- faire le lit

III. Post-soin

1. BDS/chambre

- ranger la chambre, remettre tout en place

- nettoyer et désinfecter la table de nuit

- fermer la fenêtre

- demander si le BDS a encore besoin de quelque chose.

2. Matériel

- déverser l'eau sale dans les toilettes

- accrocher les serviettes et les gants de toilette du BDS

- mettre les vêtements utilisés secs dans un sac en plastique et le mettre dans l'armoire

- ranger le matériel restant

- désinfecter la bassine

- mettre la serviette et le gant de toilette du service dans le sac à linge

3. Soignant

- hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

le BDS est lavé en position assise

- même séquence en position allongée jusqu'au thorax inclus

- laver le thorax puis le dos : le BDS se penche en avant

- la partie supérieure du pyjama est enfilée

- laver les jambes, la partie intime et le siège (idem)

15. Soins d'hygiène corporelle: aide partielle au lit

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

idem, le BDS n'a pas l'autorisation de quitter le lit

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

idem

4. Préparation du BDS/de la chambre

idem, préparer la totalité du matériel sur la table de nuit



Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland.

II. Exécution

- découvrir le BDS
- installer le BDS en position semi assise ou assise
- si besoin : aide lors du déshabillage
- le BDS lui-même lave le visage, les bras, le thorax, éventuellement aussi les parties intimes

Première possibilité

- laver d'abord les parties du corps que le BDS patient ne lave pas lui-même (dos, jambes, changer l'eau → toilette intime, fesses). Utiliser à chaque étape la serviette et le gant corrects.
- mettre à disposition du patient, de l'eau propre dans une bassine propre, ainsi que tout le matériel nécessaire et les vêtements.
- mettre la sonnette à portée de main
- laisser suffisamment de temps au BDS

Deuxième possibilité

- le BDS commence la toilette
- l'infirmière reste présente pour aider si besoin (guider, préparer le gant,...) ensuite elle lave les parties que le BDS ne peut pas laver lui-même.

III. Post-soin

1. BDS/chambre

idem

2. Matériel

- idem

3. Soignant

hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

16. Soins d'hygiène corporelle: aide partielle au lit / lavabo

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

idem

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

idem

4. Préparation du BDS/de la chambre

- informer le/les BDS sur le soin
- fermer la fenêtre
- les jambes, la partie intime, les fesses sont lavées au lit : préparer le matériel correspondant sur la table de nuit : savon, bassine avec de l'eau, serviette du bas, gant de toilette du bas, serviette et gant pour la toilette intime, matériel pour les soins de la peau, éventuellement sous-vêtements, pantalon de pyjama, éventuellement chaussettes, pantoufles.
- préparer le matériel restant (pour la partie supérieure) au lavabo
- placer une chaise devant le lavabo, avec une protection sur le siège

II. Exécution

- remonter le lit
- enlever le linge de lit supérieur et couvrir le BDS avec le drap supérieur ou l'alèze apportée
- installer le BDS, si possible à plat
- éloigner le matériel de positionnement (oreillers,...)
- déshabiller le BDS en bas (enlever si nécessaire bandages, ...)

SERVIETTE ET GANT POUR LE BAS

- placer la serviette sous la jambe éloignée : laver, rincer et sécher du pied vers le haut
- idem pour la jambe proximale

- CHANGER L'EAU POUR LA TOILETTE INTIME

- enfiler les gants à usage unique

- SERVIETTE ET GANT DE TOILETTE DU SERVICE POUR LA TOILETTE INTIME

- effectuer la toilette intime devant puis, avec la même eau, continuer à laver les fesses, après avoir latéralisé le BDS
procédure voir toilette aide complète
- installer le BDS en décubitus dorsal
- habiller le BDS en bas,
- installer le BDS sur le bord du lit
- baisser la hauteur du lit
- enfiler les pantoufles
- accompagner le BDS au lavabo (emmener moltex ou alèze pour recouvrir le siège de la chaise)
- installer le BDS sur la chaise près du lavabo
- lui enlever les vêtements du haut (ou le laisser faire)
- lui laver le dos
- le laisser terminer le reste de sa toilette (s'assurer qu'il puisse atteindre les affaires)
- laisser le BDS seul, entrebâiller la porte de la salle de bain, aller voir s'il se débrouille
- pendant que le BDS se lave, faire le lit
- aider éventuellement lors de l'habillement
- accompagner le BDS dans la chambre, l'installer au lit ou au fauteuil

III. Post-soin

1. BDS/chambre : idem

2. Matériel : idem

3. Soignant

hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale



17. Hygiène buccale: soins des prothèses dentaires

	Réalisation de l'activité de soin
 	<p>I. Préparation</p> <p>1. Recueil d'informations informations identiques à celles de la toilette corporelle soins des prothèses au lit ou près du lavabo prothèse dentaire supérieure ? inférieure ? ou les deux ?</p> <p>2. Préparation personnelle du soignant hygiène des mains</p> <p>3. Rassemblement du matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - récipient à prothèse au nom du BDS - dentifrice, brosse à dent, gobelet avec de l'eau froide ou de l'eau tiède - gants à usage unique, bassin réniforme (en inox) - serviette de toilette du haut - crème ou poudre de contact si nécessaire - pastilles effervescentes nettoyantes <p>4. Préparation du BDS/de la chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> - informer le BDS du soin - préparer le matériel sur la table de chevet ou près du lavabo
<p>bassin réniforme ou haricot</p>	
	<p>II. Exécution</p> <ul style="list-style-type: none"> - installer le BDS en position assise ou semi assise - mettre la serviette du haut sous le menton - enfiler les gants à usage unique - enlever les prothèses si le BDS ne peut plus le faire lui-même : d'abord la partie supérieure puis la partie inférieure (voir images 1-2) - mettre les prothèses dans le bassin réniforme - nettoyer les prothèses sous l'eau courante avec une brosse à dent et du dentifrice - veiller à ce que les prothèses ne glissent des mains durant le lavage ! A cet effet, remplir le lavabo d'eau, ne pas déposer les prothèses dentaires dans le lavabo.
	<ul style="list-style-type: none"> ou le BDS met les prothèses dans une solution nettoyante dans le récipient à prothèse, au soir - le matin rincer sous l'eau courante et brosser - si le BDS a encore des dents, il les lave avec la brosse à dents et dentifrice
	<ul style="list-style-type: none"> - proposer au BDS de rincer sa bouche avec de l'eau (si le BDS est au lit, il pourra cracher l'eau dans un bassin réniforme) - lui présenter les prothèses dentaires propres: soit il peut les remettre lui-même soit le soignant doit aider. Commencer par la partie inférieure puis la partie supérieure (voir images 3-4). - enlever les gants à usage unique - proposer au BDS de se sécher la bouche et les mains avec la serviette
	<p>III. Post-soin</p> <p>1. BDS/chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> - réinstaller le BDS et ranger le matériel - demander si le BDS a encore besoin de quelque chose <p>2. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - déverser l'eau sale dans le WC - désinfecter le bassin réniforme en inox
	<p>3. Soignant hygiène des mains</p> <p>4. Documentation/transmission orale</p>

18. Hygiène buccale: soin spécial de la bouche

	Réalisation de l'activité de soin
 <p>set soin de bouche</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit avec compresses - soit avec des écouvillons <p>compresse montée sur la pince Kocher</p> 	<p>I. Préparation</p> <p>1. Recueil d'information Nom, âge, numéro de chambre/de lit, indication/motif du soin de bouche, fréquence, état de la cavité buccale, présence de prothèses dentaires, bonne volonté du patient</p> <p>2. Préparation personnelle du soignant hygiène des mains</p> <p>3. Rassemblement du matériel Serviette de la partie supérieure du corps Gants à usage unique, bassin réniforme, pince Péan ou abaisse-langue 12-15 compresses propres 5 x 5 cm Verre d'eau ou solution spéciale : Hextril, Corsodyl, Kamillosan, Eludril, ou bâtonnets de citroglycérine éventuellement crème pour les lèvres (Bépanthol) ou Glandosan</p> <p>4. Préparation du BDS/de la chambre Informé le BDS sur le soin Préparer le matériel sur la table de nuit remonter le lit et installer le BDS en position assise ou semi-assis Si BDS à plat : tourner la tête sur le côté en plaçant une serviette en-dessous du menton</p> <p>II. Exécution</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre les gants à usage unique - Enrouler la compresse autour de la pince Péan ou autour de l'abaisse-langue et veiller à recouvrir l'embout afin d'empêcher toute blessure. - Imprégner la compresse de la solution et la presser contre le bord du verre pour sortir le surplus de solution - Procéder soigneusement : de haut en bas et d'arrière en avant <p>Mâchoire supérieure: partie externe droite et gauche, gencives, dents partie interne droite et gauche, gencives, dents puis le palais</p> <p>Face interne des joues</p> <p>Mâchoire inférieure: partie externe droite et gauche, gencives, dents partie interne droite et gauche, gencives, dents</p> <p>Langue : sur la langue (évt sous la langue, risque de blessure élevé)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fréquence de changement des compresses se fait selon l'état de la cavité buccale - Observer l'état de la cavité buccale (voir BF 8 selon V.H.) - Essuyer la bouche avec la serviette, appliquer au besoin la crème pour les lèvres, évt le Glandosan spray <p>Remarque: Au lieu de faire le soin avec des écouvillons ou avec des compresses, on peut procéder à un rinçage de bouche avec des solutions buccales spéciales. Condition préalable : réflexe de déglutition intacte, savoir recracher la solution Matériel : Verre avec la solution, serviette, bassin réniforme</p> <p>III. Post-soin</p> <p>1. BDS/chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> - réinstaller le BDS - demander au BDS s'il a encore besoin de quelque chose <p>2. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pince de Péan ainsi que les compresses non utilisées peuvent être conservées dans leur emballage d'origine et réutilisées au prochain soin de bouche, restent sur la table de nuit - Le restant de la solution spéciale doit être éliminé, sauf si verre recouvert avec une compresse et solution réutilisée endéans les 2-3 prochaines heures - Désinfecter le bassin réniforme et le remettre sur la table de nuit <p>3. Soignant Hygiène des mains</p> <p>4. Documentation/transmission orale</p>

19. Lavage des cheveux au lit

	Réalisation de l'activité de soin
	<p>I. Préparation</p> <p>1. Recueil d'informations L'état du BDS permet-il un lavage de cheveux ? Le BDS peut-il maintenir une position à plat pendant approximativement 15 minutes ?</p> <p>2. Préparation personnelle du soignant hygiène des mains</p> <p>3. Rassemblement du matériel</p> <ul style="list-style-type: none">- Bassine pour lavage de cheveux, seau, cruche ou sachet avec tête de douche à suspendre à un pied à perfusion, protection imperméable pour le lit- shampoing, 2 serviettes, de l'ouate pour les oreilles- brosse/peigne, sèche-cheveux <p>4. Préparation du BDS/de la chambre- informer le BDS sur le soin</p> <ul style="list-style-type: none">- fermer la fenêtre- reculer le lit 1 m du mur et enlever la plaque à la tête du lit
	<p>II. Exécution</p> <p>Installation</p> <ul style="list-style-type: none">- mettre un coussin dans le dos du BDS pour combler la différence de niveau avec la bassine- recouvrir la partie supérieure du lit (tête, dos) avec la protection imperméable- installer la bassine sur la protection et poser la tête sur le bord de la bassine à l'endroit prévu (bord évt rembourré avec un gant de toilette)- déposer le seau par terre à côté du lit et y laisser pendre le tuyau d'écoulement de la bassine <p>Le lavage des cheveux</p> <ul style="list-style-type: none">- vers la fin de l'installation, la 2^e infirmière peut commencer à préparer l'eau (dans la cruche ou dans le sachet)- peigner les cheveux une fois- mouiller les cheveux et faire un shampoing- rincer soigneusement les cheveux- répéter le shampoing une 2^e fois
	<p>Séchage des cheveux</p> <ul style="list-style-type: none">- relever la tête du BDS et recouvrir les cheveux avec une serviette- la 2^e infirmière enlève la bassine du lit- relever le dossier du lit (position assise)- essuyer les cheveux avec la serviette- enlever la protection du matelas et prendre la 2^e serviette encore sèche- peigner les cheveux et sécher (coiffure selon souhait du BDS)
	<p>III. Post-soin</p> <p>1. BDS/chambre</p> <ul style="list-style-type: none">- réinstaller le BDS- enlever literie ou vêtements mouillés si nécessaire- réaménager le lit et ouvrir la fenêtre évt- demander au BDS s'il a encore besoin de quelque chose <p>2. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none">- enlever le matériel, verser l'eau sale dans la toilette- désinfecter la bassine, le seau et la cruche au vidoir avant de ranger <p>3. Soignant Hygiène des mains</p> <p>4. Documentation/transmission orale</p>

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

Nom, âge, numéro de chambre/de lit, date et motif de l'hospitalisation, diagnostic, degré d'autonomie, perfusion ou autres appareillages
chemise d'OP ou vêtement personnel (si suffisamment disponible ?)
porte-t-il/elle des sous-vêtements/des bas, ?

2. Préparation personnelle du soignant

hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

Sortir les vêtements de l'armoire et les préparer selon ce que désire le BDS

4. Préparation du BDS/de la chambre

- informer le BDS sur le soin
- fermer la fenêtre

II. Exécution

Sans perfusion

Pantalon :

- ❖ en position assise : Enfiler successivement les deux jambes. Le BDS se lève et on remonte le pantalon
- ❖ en position couchée : Soulever une jambe après l'autre et enfiler le pantalon
Remonter le pantalon du pyjama jusqu'aux cuisses
— Remonter le pantalon une fois que le BDS est levé
— Le BDS peut lever le bassin (en fléchissant les genoux et en se tenant à la poignée de traction) : remonter le pantalon
— Le BDS ne peut pas lever le bassin : tourner le patient d'un côté, remonter le pantalon et procéder de la même façon de l'autre côté.



Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland.

Partie supérieure du pyjama/ Chemise de nuit :

❖ En cas de mobilité limitée

Déshabiller : Remonter la partie supérieure du pyjama/ de la chemise de nuit jusqu'en dessous des aisselles,
Lever les 2 bras, pencher la tête en avant et glisser le vêtement par-dessus la tête et les bras (vers l'avant !) en soutenant le malade sous les aisselles

Habiller : Enfiler le vêtement dans les 2 bras, monter le vêtement jusqu'aux aisselles
Lever les bras et pencher la tête en avant et enfiler le vêtement ...



Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland.

Particularité si le bras ou la jambe sont restreints dans leur mobilité (douleur, paralysie,...) :

Déshabiller : Enlever d'abord le côté sain puis le côté invalide

Habiller : Enfiler d'abord le côté invalide, puis le côté sain.

Avec perfusion périphérique (pyjama, chemise de nuit, blouse d'OP)

Contrôler avant et après habillage/déshabillage :

- si la perfusion coule et à quel rythme
- le pansement : intact, sec ou mouillé, présence de sang...
- le point de ponction (s'il est visible) : rougeur, gonflement, chaleur, douleurs
- la tubulure de la perfusion : est-elle perméable ou coudée?
si la(les) tubulure(s) s'est (se sont) enroulée(s) autour du pied à perfusion, il faudra d'abord la (les) démêler.

Habiller : Choisir un vêtement avec des manches larges

Effectuer les contrôles

- 1) **Bras avec la perfusion d'abord** : passer la perfusion à travers la bonne manche, puis le bras lui-même
Toujours maintenir la perfusion droite, la perfusion doit toujours être plus haut que le point de ponction
Accrocher la perfusion
- 2) Passer le bras libre dans l'autre manche et passer au-dessus de la tête

Effectuer les contrôles

Déshabiller : **Toujours commencer par le bras libre !** donc à effectuer dans l'ordre inverse avec les mêmes contrôles et précautions

III. Post-soin

1. BDS/chambre

- réinstaller le BDS dans la position souhaitée

2. Matériel

Emballer le linge sale du BDS dans un sac et le poser dans son armoire

Eliminer la blouse d'OP dans le sac à linge du service.

3. Soignant

Hygiène des mains

4. Documentation/transmission orale

Assistance, enregistrer le degré d'autonomie

Inscrire les observations et les transmettre : perfusion...

21. Pose et enlèvement des bas anti-thrombotiques

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'information

Nom, âge, numéro de chambre/du lit, date et motif d'hospitalisation, diagnostic, traitement, bas anti-thrombotiques sur prescription médicale ou selon protocole

2. Préparation personnelle du soignant

Hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

BAT selon la taille mesurée

matériel pour laver la jambe : serviette et gant de toilette d'en bas, bassine et savon
crème hydratante

4. Préparation du BDS/ de la chambre

- informer le BDS sur l'activité de soin et le but des BAT
- remonter le lit

II. Exécution

a. Enlèvement des BAT en position couchée, sans stase veineuse

- observer les jambes pour détecter des signes d'une thrombose veineuse ou d'une atteinte à l'intégrité de la peau
- laver et hydrater avec une crème la peau des jambes et des pieds



b. Pose des Bat en position couchée, sans stase veineuse

- Mettre la main dans le bas, tenir la partie du talon, tirer la partie supérieure du bas sur la partie du pied, agrandir l'ouverture.
- Enfiler le bas sur le pied jusqu'au talon, tirer le haut du bas sur le pied direction jambe
- Tirer le bas sur le mollet, contrôler si la partie du pied est bien mise et si le bas sur les orteils n'est pas trop serré, continuer à tirer le bas vers la cuisse.
- Tirer le bas le plus haut possible des deux côtés jusqu'au pli inguinal, vérifier s'il n'y a pas de plis.



III. Post-soin

1. BDS

- Installer le patient
- Descendre le lit

2. Matériel

- ranger le matériel du soin de peau

3. Soignant

- Hygiène des mains

4. Documentation/ transmission orale

- Documenter le soin



22. Préparation des médicaments

Illustration	Réalisation de l'activité de soins
	I. Préparation
	I.1. Recueil d'informations <ul style="list-style-type: none"> • Identité du BDS • Prescription médicale avec identification pour les médicaments à distribuer.
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments • Etiquettes / stylo • Pots à médicaments propres (doses unitaires) • Boîtes à médicaments (doses journalières) <p>Il y a possibilité de mettre les médicaments dans un petit pot et de les distribuer au moment de l'administration ou bien de préparer tous les médicaments pour la journée dans un pilulier nominatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Év. instruments à doser (seringue- doseur, cuillère-mesure, verre gradué, pipette). • Dossier de soins, prescription médicale électronique (ordinateur).
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins /
	II. Exécution Le soignant prépare les médicaments dans le service. <ul style="list-style-type: none"> • A l'aide du dossier, lire la prescription à chaque fois de manière concentrée et entièrement (p.ex. aussi commentaires du médecin). • Contrôler la fiche de surveillance et de traitement et la prescription médicale sur leur concordance. • Préparer et terminer les médicaments pour un seul BDS à la fois avant de passer au suivant. • Préparer un médicament après l'autre en suivant la liste du haut vers le bas. • Il faut absolument contrôler les 5 points importants qui suivent: La règle des 5 E <ul style="list-style-type: none"> - Le bénéficiaire de soins exact - Le médicament exact - La dose, la concentration exacte - La voie d'administration exacte - Le moment d'administration exact • L'emballage du médicament est à contrôler avec les données notées dans la prescription médicale ou la fiche traitement dans le dossier de soins. • Garder les médicaments dans leur emballage blister /emballage de doses unitaires, pour qu'un contrôle supplémentaire avant l'administration soit possible. Couper l'emballage et mettre une dose unitaire dans le récipient prévu à cet effet. • Comprimés: <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments sécables: utiliser la deuxième moitié d'un médicament (p.ex. ½ comprimé) tout de suite à l'administration suivante (ne pas conserver des demi- médicaments). - En cas de médicaments sensibles à la lumière, il faut éliminer la deuxième moitié d'un médicament sécable. • Liquides et gouttes: <ul style="list-style-type: none"> - Tenir le gobelet à médicaments à hauteur des yeux pour le remplir en veillant aux graduations, resp. compter les gouttes. - Préparer les liquides et les gouttes au dernier moment avant la distribution / l'administration. Jusque-là, un pot à médicaments vide avec l'identification du BDS et du médicament (nom, dose,...) peut être déposé sur le plateau. - Pour éviter de renverser des liquides, les récipients peuvent être fermés par un couvercle.



- Noter la date d'ouverture sur un nouveau flacon entamé, vérifier la durée de stabilité pour voir s'il peut être conservé.
- Noter la date et l'heure de la préparation sur le récipient, év. les médicaments n'ont qu'une stabilité limitée (p.ex. solutions d'antibiotiques). La date de conservation est notée sur la notice.
- Ne pas mélanger de gouttes / liquides (réactions chimiques).
- Ne pas transvaser de médicaments liquides dans d'autres récipients!
- Formes à base de poudre
 - Laisser dans leurs emballages d'origine, identifier les doses unitaires.
- Chaque médicament doit être identifiable jusqu'au lit du BDS. La manière de les identifier diffère d'un hôpital à l'autre. L'identification se fait ou bien sur les pots à médicaments, sur les piluliers ou sur les emballages par des étiquettes, un sparadrap/micropore...identifiés antérieurement.
Attention: ne pas cacher des informations importantes sur l'emballage en collant les étiquettes (nom commercial, voie d'administration, date de péremption...)
- L'identification doit porter
 - les données suivantes:
 - Nom du BDS
 - Prénom
 - Numéro de la chambre
 - Lit
 - Date de l'administration
 - Moment de l'administration (heure)
 - Médicaments liquides: Identification sur le pot à médicaments et non sur le couvercle!
 - Une attention particulière (contrôle) est requise, si les médicaments sont livrés en emballages à doses unitaires et déjà identifiés à la pharmacie.
- Contrôler la date de péremption, la date d'ouverture pour les flacons multidoses.
- Contrôler l'intégrité de l'emballage / l'emballage blister / l'emballage contenant les doses unitaires.
- Contrôler l'aspect et l'odeur des médicaments:
 - Comprimés, gélules...
Observer des changements de couleur, des taches. Les comprimés peuvent se détériorer, les gélules (gélatine) peuvent devenir collantes.
 - Liquides
Observer le contenu: cristallisation, contenu trouble, flocons, dépôts, changement de transparence, changement de consistance, p.ex. des suspensions qui ne se laissent plus secouer (dépôt solide, le liquide reposant au-dessus)
- Contrôler les conditions de conservation.

III. Suite du soin

III.1. Installation et surveillance du BDS

/

III.2. Rangement du matériel

- Les emballages des médicaments et les flacons doivent être fermés de suite et rangés dans leur emballage d'origine à leur endroit d'origine.
- Ranger le reste du matériel utilisé à la préparation des médicaments.
- Commander de nouveaux médicaments en cas de nécessité.

III.3. Le soignant

/

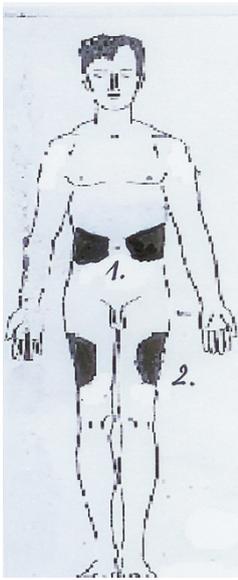
III.4. Documentation

/

23. Injection sous-cutanée d'héparine de bas poids moléculaire

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation



1er choix/2e choix



image a

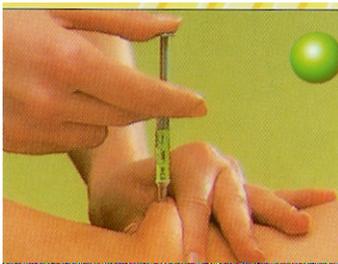


image b

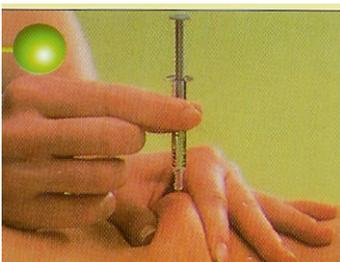


image c

1. Recueil d'information

- informations générales : Nom, âge, numéro de chambre/du lit, date et motif d'hospitalisation, diagnostic et traitement
- informations spécifiques :
 - prescription médicale à lire dans le dossier infirmier : dose (dose unique, dose journalière), mode d'administration (sous-cutané)
 - informations sur le médicament : groupe, indication, effets secondaires

2. Préparation personnelle du soignant

Hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- Médicament : seringue prêt à l'usage
 - Contrôles : nom du médicament, dose, voie d'administration, date de péremption, emballage intacte, présence de la bulle d'air
 - solution désinfectante alcoolique
 - 2 compresses stériles 5X5 cm
 - 1 compresse imbibée de solution désinfectante + 1 compresse sèche
 - solution désinfectante pour les mains
 - plateau désinfecté
- #### 4. Préparation du BDS/ de la chambre
- informer le BDS sur l'activité de soin
 - déposer le plateau sur la table de nuit
 - remonter le lit

II. Exécution

- découvrir le BDS
- choisir le site d'injection (voir schéma à côté)
- désinfecter les mains
- désinfecter le site d'injection en un mouvement circulaire allant de l'intérieur vers l'extérieur
- déposer la compresse sèche sur le BDS à proximité de main
- enlever la seringue de l'emballage
- tenir la seringue dans la main droite entre le pouce et l'index avec l'aiguille vers le bas
- contrôler si la bulle d'air est en haut au niveau du piston
- prendre un pli avec le pouce et l'index de la main gauche (image a)
- introduire l'aiguille entièrement,
 - ° perpendiculairement si l'aiguille a une longueur de ≤ 16 mm
 - ° à 45° si l'aiguille a une longueur de > 16 mm chez les malades cachectiques
- tenir le corps de la seringue entre le pouce et le médium
- déposer l'index sur le piston et injecter lentement
- tenir le pli tout au long de l'injection et encore quelques secondes après (image b)
- retirer l'aiguille en lâchant le pli (image c)
- passer la compresse sèche sur le site d'injection sans masser !

III. Post-soin

1. BDS

- recouvrir et réinstaller le BDS
- descendre le lit

2. Matériel

- ranger le matériel, l'aiguille/seringue dans le récipient prévu à cet effet
- désinfecter le plateau

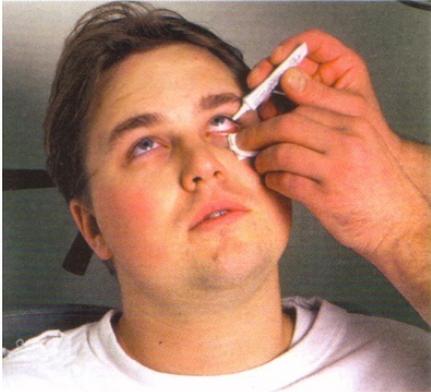
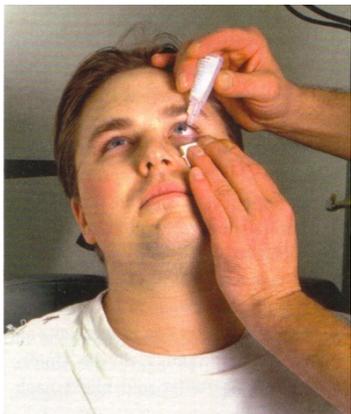
3. Soignant

- Hygiène des mains

4. Documentation/ transmission orale

- signer l'administration du médicament dans le dossier infirmier

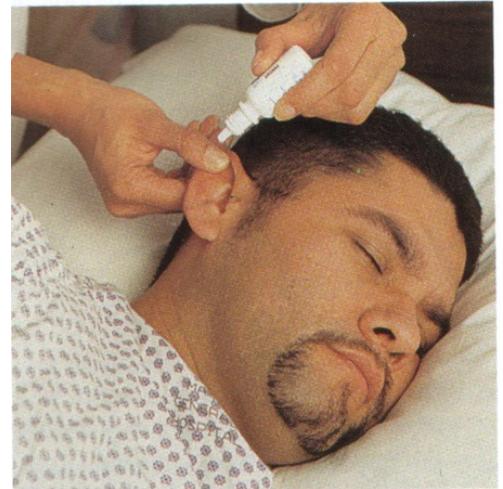
24. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments par les voies oculaire, auriculaire, nasale

Réalisation des activités de soins	
I. Préparation	
I.1. Recueil d'informations	
<ul style="list-style-type: none">• Identité du BDS.• Prescription médicale avec identification pour les médicaments à distribuer.• Recueil de données sur des particularités, des recommandations, des précautions.	
I.2. Préparation du soignant	
<ul style="list-style-type: none">• Hygiène des mains	
I.3. Matériel	
<ul style="list-style-type: none">• Les médicaments• Etiquettes / stylo• Souvent ces médicaments (collyres oculaires, pommades oculaires, gouttes auriculaires, gouttes et sprays nasaux, pommades nasales) sont laissés dans la chambre du BDS à la première utilisation. Ils doivent également être identifiés correctement. Avant la première utilisation noter la date d'ouverture sur les flacons ou tubes. Après ouverture, la stabilité des médicaments est limitée: p.ex.4 semaines maximum pour les gouttes oculaires.• Contrôler l'aspect des médicaments:<ul style="list-style-type: none">- observer le contenu des liquides: cristallisation, contenu trouble, flocons, dépôts, changement de transparence, changement de consistance- observer des changements de consistance (aqueuse) et de l'odeur (rance) des pommades.• Dossier de soins, prescription médicale électronique (ordinateur).• Selon la voie d'administration, apporter du matériel supplémentaire, p.ex.:	
Administration oculaire	
<ul style="list-style-type: none">• Compresses non stériles	
I.4. Préparation du bénéficiaire de soins	
<ul style="list-style-type: none">• Contrôler l'identité.• Informer le BDS.• L'informer sur des particularités relatives à son traitement.• L'installer dans une position adéquate.	
II. Exécution	
<ul style="list-style-type: none">• Dernier contrôle: La règle des 5 E• Administration oculaire (conjonctivale, ophtalmique)<ul style="list-style-type: none">- Installer le BDS en position assise ou allongée.- Si le BDS est porteur de lentilles de contact, il faut lui dire de les enlever avant l'administration. L'informer à quel moment il peut les remettre, car beaucoup de gouttes oculaires provoquent une altération du matériel (changement de couleur, de transparence), ainsi que des irritations de l'œil.- En cas d'administration simultanée de gouttes et de pommade: instiller d'abord les gouttes, après un bref temps d'attente, appliquer la pommade.- Ouvrir le flacon ou le tube, déposer le capuchon avec la partie interne tournée vers le haut ou latéralement.- Éviter tout contact externe avec l'ouverture du flacon ou du tube (p.ex. avec les mains).- Se placer du côté de l'œil à traiter.- Demander au BDS d'appuyer la tête et de l'incliner légèrement vers l'arrière.- Lui dire de regarder vers le haut, pour que les gouttes ne tombent pas directement sur la cornée sensible.- Avec la main qui va administrer le médicament, prendre appui sur le front.- Placer le bout des doigts de l'autre main sur la joue et à l'aide d'une compresse tirer doucement la peau vers la pommade pour exposer le sac conjonctival.- Gouttes: tenir le flacon verticalement et instiller une goutte au milieu du sac conjonctival. Ne jamais l'appliquer directement sur la cornée sensible.- Onguent: glisser 0,5 cm d'onguent au milieu du sac conjonctival de la paupière inférieure, en allant de l'extérieur vers l'intérieur.- Éviter le contact entre l'applicateur et l'œil pour exclure une contamination.- Lâcher la paupière inférieure.- Demander au BDS de fermer l'œil sans cligner, afin de garantir que le médicament s'étale de façon régulière.	
	
	

- Essuyer l'excédent de goutte ou d'onguent à l'aide d'une compresse.
- Fermer le flacon ou le tube immédiatement, pour éviter une contamination et par là un risque d'infection pour le BDS.
- Lors de la prescription de plusieurs médicaments oculaires, attendre au moins 5 minutes entre les applications.
- Des gouttes oculaires peuvent provoquer une légère et passagère sensation de brûlure (au maximum quelques minutes). Si cette sensation devait persister plus longtemps, il faudrait en prévenir immédiatement le médecin responsable ou s'informer auprès du pharmacien de l'hôpital.
- Des gouttes oculaires et plus particulièrement des onguents oculaires peuvent entraver la vision: risque de chute.
- Pour garantir un traitement continu et efficace après la sortie, il faut éduquer le BDS (ou un membre de la famille) précocement à une administration (autonome) des médicaments oculaires.

● **Administration auriculaire**

- En cas de perforation du tympan, l'administration de gouttes auriculaires est contre-indiquée. Avant l'administration il faut s'assurer que le tympan est intact.
- Avant l'application, réchauffer le flacon entre les mains jusqu'à température corporelle. Des gouttes froides peuvent provoquer des vertiges, des nausées.
- Ouvrir le flacon ou le tube, déposer le capuchon avec la partie interne tournée vers le haut ou latéralement.
- Éviter tout contact externe avec l'ouverture du flacon ou du tube (p.ex. avec les mains).
- Demander au BDS de se coucher sur le côté opposé de l'oreille à traiter.
- Tirer délicatement vers le haut et vers l'arrière pour redresser le conduit auditif au maximum.
- Instiller le nombre de gouttes prescrites dans le conduit auditif.
- Le BDS doit rester ensuite couché pendant 10-15 minutes sur le côté.
- Après l'administration de gouttes, il ne faut jamais mettre de l'ouate dans le conduit auditif, car l'ouate absorberait les gouttes.
- Des gouttes auriculaires peuvent provoquer une légère et passagère sensation de brûlure (au maximum quelques minutes). Si cette sensation devait persister plus longtemps, il faudrait en prévenir immédiatement le médecin responsable ou s'informer auprès du pharmacien de l'hôpital.



● **Administration nasale (intransale)**

- Demander au BDS de se moucher avant l'application.
- Ouvrir le flacon ou le tube, déposer le capuchon avec la partie interne tournée vers le haut ou latéralement.
- Éviter tout contact externe avec l'ouverture du flacon ou du tube (p.ex. avec les mains).
- Demander au BDS de s'asseoir ou de se coucher et d'incliner légèrement la tête vers l'arrière et vers le côté.
- Introduire l'embout prolongé du tube ou du flacon avec précaution dans la narine ~ 1 cm.
- Administrer le nombre de gouttes prescrites ou la quantité de spray ou d'onguent, en demandant au BDS de fermer l'autre narine en appuyant avec le doigt.
- Enlever la pipette du nez en tenant la pipette pincée.
- Demander au BDS de renifler lentement pour éviter que le liquide ne s'écoule dans le pharynx.
- Au besoin répéter l'application dans l'autre narine.
- La durée d'administration doit être respectée strictement, car p.ex. des médicaments vasoconstricteurs (avec effet décongestionnant), entraînent des dommages à la muqueuse nasale, s'ils sont utilisés trop longtemps (limite d'utilisation: 7 jours)

III. Suite du soin

III.1. Installation et surveillance du bénéficiaire de soins

- Réinstaller le BDS.
- Surveiller l'effet et les effets secondaires des médicaments administrés.
- Il faut s'assurer que le BDS a administré ses médicaments, s'il le fait seul. S'il ne les a pas administrés, il faut lui demander les raisons.

III.2. Rangement du matériel

- Ranger, resp. éliminer d'autre matériel utilisé.
- Certains médicaments sont laissés dans la chambre du BDS à la première utilisation (pommade, gouttes oculaires, solution pour bain d'œil...).

III.3. Le soignant

- Hygiène des mains.

III.4. Documentation

- Noter dans le dossier de soins que le médicament a été administré, signer (lettres initiales) ou valider l'administration dans le dossier électronique (code de validation = signature).
- Noter dans les transmissions ciblées si le BDS n'a pas administré les médicaments, le cas échéant prévenir le médecin.

25. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments par les voies rectale, cutanée, transdermique

Réalisation des activités de soins
I. Préparation
I.1. Recueil d'informations <ul style="list-style-type: none">• Identité du BDS.• Prescription médicale avec identification pour les médicaments à distribuer. Recueil de données sur des particularités, des recommandations, des précautions.
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">• Hygiène des mains
I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none">• Les médicaments• Etiquettes / stylo• Souvent certains médicaments (pommades, crèmes, gels) sont laissés dans la chambre du BDS à la première utilisation. Ils doivent également être identifiés correctement. Avant la première utilisation noter la date d'ouverture sur les tubes. Après ouverture, la stabilité des médicaments est limitée: 1 an pour les médicaments en tubes, 3 mois pour les médicaments en pots.• Contrôler l'aspect des médicaments: observer des changements de consistance (aqueuse) et de l'odeur (rance) des pommades, des crèmes, des gels.• Dossier de soins, prescription médicale électronique (ordinateur).• Selon la voie d'administration, apporter du matériel supplémentaire, p.ex.: Administration rectale <ul style="list-style-type: none">• Gants non stériles à usage unique ou doigtier• Vaseline• Compresses non stériles• Papier de toilette• Ev. moltex Administration cutanée <ul style="list-style-type: none">• Gants non stériles à usage unique• Compresses non stériles• Bandage
I.4. Préparation du bénéficiaire de soins <ul style="list-style-type: none">• Contrôler l'identité.• Informer le BDS.• L'informer sur des particularités relatives à son traitement.• L'installer dans une position adéquate.
II. Exécution <ul style="list-style-type: none">• Dernier contrôle: la règle des 5 E• Administration rectale<ul style="list-style-type: none">- Administrer le suppositoire après la défécation.- Si possible laisser le BDS faire le suppositoire lui-même.- Installer le BDS en position latérale, lui dire d'attirer légèrement le genou.- Mettre le doigtier ou les gants.- Appliquer de la vaseline sur le suppositoire.- Introduire le suppositoire avec la partie arrondie doucement et le plus profondément possible.• Administration cutanée (dermique) Pommades, crèmes, gels: Application au moyen d'une compresse ou de gants non stériles à usage unique.• Administration transdermique STT (système transdermique thérapeutique, Patch):<ul style="list-style-type: none">- Appliquer le STT sur un site de la peau intact, propre, sec (il ne doit s'y trouver ni de lotion corporelle, ni de crème).- L'appliquer sur des sites appropriés (p.ex. le médicament avec effet sur le cœur: partie supérieure du thorax, côté gauche ou droit ou bien év. sur le dos, côté gauche).- Ne pas l'appliquer dans des plis de la peau, sur des sites poilus (raser év. la peau) ou bien sur des endroits qui pourraient être irrités par les vêtements.- Après avoir enlevé la couverture de protection, appliquer le patch immédiatement, appuyer fortement avec la paume de la main pendant 30 secondes, veiller à ce que les bords collent bien.- Marquer la date et le moment (heure) de l'administration sur le patch. Pour certains STT il existe seulement une durée d'application limitée.- Changer de site d'application à chaque fois pour éviter des irritations locales de la peau.- Bien laver et sécher la peau à l'endroit où le patch a été enlevé.- Pour l'auto- protection les STT doivent être manipulés avec des gants.

<ul style="list-style-type: none"> - Il existe des modes d'emploi différents pour l'application d'un STT; lire attentivement la notice. - Si un patch se décolle précocement, il doit être remplacé par un nouveau et la durée d'application doit de nouveau être respectée.
III. Suite du soin
III.1. Installation et surveillance du bénéficiaire de soins <ul style="list-style-type: none"> • Réinstaller le BDS. • Surveiller l'effet et les effets secondaires des médicaments administrés. • Il faut s'assurer que le BDS a administré ses médicaments, s'il le fait seul. S'il ne les a pas administrés, il faut lui demander les raisons.
III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> • Ranger, resp. éliminer d'autre matériel utilisé. • Éliminer de manière soigneuse le TTS qui vient d'être enlevé (voir notice): certains composants peuvent faire leur effet plus longtemps et ne doivent pas tomber entre de mauvaises mains (p.ex. mains des enfants). • Certains médicaments sont laissés dans la chambre du BDS à la première utilisation (pommade, crème, gel).
III.3. Le soignant <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains.
III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none"> • Noter dans le dossier de soins que le médicament a été administré, signer (lettres initiales) ou valider l'administration dans le dossier électronique (code de validation = signature). • Noter dans les transmissions ciblées si le BDS n'a pas administré les médicaments, le cas échéant prévenir le médecin.

26. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments par voie pulmonaire

Illustration	Réalisation des activités de soins
	I. Préparation
	I.1. Recueil d'informations <ul style="list-style-type: none"> • Identité du BDS. • Prescription médicale avec identification pour les médicaments à distribuer. • Recueil d'informations sur des particularités, des recommandations, des précautions.
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments • Etiquettes / stylo Souvent ces médicaments sont laissés dans la chambre du BDS à la première utilisation. Ils doivent également être identifiés correctement. • Dossier de soins, prescription médicale électronique (ordinateur).
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler l'identité. • Informer le BDS. • L'informer sur des particularités relatives à son traitement. • L'installer dans une position adéquate.
	II. Exécution <ul style="list-style-type: none"> - Dernier contrôle: la règle des 5 E - Administration pulmonaire - Expliquer au BDS en termes simples le déroulement des différentes étapes. - Demander au BDS de se mettre en position debout ou l'installer en position assise. - Demander év.au BDS d'expectorer et de moucher le nez pour éviter un sentiment d'étouffement pendant l'inhalation. - Lors de l'administration pulmonaire le même déroulement en 4 étapes est à respecter pour toutes les formes galéniques: - Charger l'appareil (secouer, ouvrir) - Expirer à fond - Inspirer profondément - Bloquer la respiration <p>Aérosol-doseur</p> <p>1. <u>Charger l'appareil</u></p>



- Secouer fortement l'aérosol- doseur avant utilisation (répartition homogène de la substance active).
- Enlever le capuchon protecteur.
- Le fond du flacon d'aérosol est dirigé vers le haut.

2. Expirer à fond

- Demander au BDS d'expirer d'abord à fond sans l'appareil au-dessus de l'épaule:
- pour vider les bronches au maximum
- pour éviter que l'humidité de l'air expiré ne pénètre dans l'appareil
- pour éviter que le principe actif /gaz ne pénètre dans le tractus gastro-intestinal.

3. Inspirer profondément

- A la fin de l'expiration introduire doucement l'embout buccal de l'appareil chargé entre les dents.
- Expliquer au BDS qu'il doit bien fermer les lèvres autour de l'embout buccal.
- Appuyer sur le fond de l'aérosol- doseur (1 bouffée correspond à une dose) et demander au BDS d'inspirer simultanément et profondément.

4. Bloquer la respiration

- Enlever l'embout buccal de la bouche.
- Expliquer au BDS de retenir l'air pendant 5- 10 secondes pour que le médicament ait le temps de faire son effet au niveau des bronches.
- Demander au BDS d'expirer lentement, de préférence par le nez ou en freinant l'expiration de l'air par un pincement des lèvres.
- Remettre le capuchon protecteur sur l'aérosol- doseur.

Utilisation d'une chambre à inhalation (Spacer; Volumatic®)

- Secouer l'aérosol- doseur, enlever le capuchon protecteur.
- Introduire l'aérosol- doseur dans l'orifice du Spacer.
- Appuyer sur le fond de l'aérosol (1 bouffée correspond à une dose).
- Laisser expirer à fond (si possible).
- Fermer fortement les lèvres autour de l'embout buccal du Spacer, tenir le Spacer vers le haut (ou appliquer le masque sur le visage de l'enfant).
- Demander au BDS d'inspirer et d'expirer normalement, jusqu'à 5 fois de suite.
- L'utilisation est surtout indiquée chez des enfants et des BDS qui ont des problèmes à coordonner les mouvements respiratoires, lors de l'utilisation d'un aérosol- doseur.

Après la thérapie par aérosol

- Après chaque application, la personne peut se rincer la bouche pour son bien-être (meilleur goût).
Surtout en cas de traitement par corticostéroïdes, il est fortement recommandé de se rincer la bouche, afin de diminuer le risque de sécheresse de la bouche et de mycoses, de raucité de la voix, d'irritations et d'inflammations de la bouche et du pharynx, d'aphtes buccaux, d'insensibilité de la langue. Mais également après l'application de parasympatholytiques (anticholinergiques), car risque de sécheresse de la bouche et de mycoses.

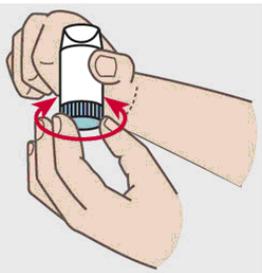
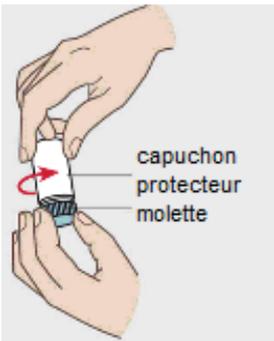
Inhalateurs à poudre

Disque®

1. Charger l'appareil

- Tenir le disque® avec une main et mettre le pouce ou l'index de l'autre main à l'endroit prévu à cet effet, pousser le pouce ou l'index le plus loin possible.
- Le «dégic» correspond à l'ouverture d'un petit orifice dans l'embout buccal, qui maintenant est visible ainsi que le levier.





- Pousser le levier vers l'extérieur, le plus loin possible.
 - Le «décllic» correspond au placement d'une dose médicamenteuse dans l'embout buccal.
2. Expirer à fond
 - Demander au BDS d'expirer d'abord à fond sans l'appareil au-dessus de l'épaule
 - pour vider les bronches au maximum
 - pour éviter que l'humidité de l'air expiré ne pénètre dans l'appareil, ne pas expirer dans le handihaler®. (La poudre s'agglomère en grumeaux avec l'humidité.)
 3. Inspirer profondément
 - A la fin de l'expiration introduire doucement l'embout buccal de l'appareil chargé entre les dents.
 - Expliquer au BDS qu'il doit bien fermer les lèvres autour de l'embout buccal.
 - Inspirer profondément par le disque®.
 4. Bloquer la respiration
 - Enlever l'embout buccal de la bouche.
 - Expliquer au BDS de retenir l'air pendant 5- 10 secondes pour que le médicament ait le temps de faire son effet au niveau des bronches.
 - Demander au BDS d'expirer lentement, de préférence par le nez ou en freinant l'expiration de l'air par un pincement des lèvres.
 - Remettre le levier dans sa position initiale pour fermer.

Turbuhaler®

1. Charger l'appareil

- Le compartiment contenant la poudre avec la substance active, peut être préparé avant l'expiration.
- Enlever le capuchon protecteur.
- Tenir l'inhalateur à la verticale, la molette vers le bas.
- Pour charger une dose, tourner la molette le plus loin possible dans une direction, puis le plus loin possible dans l'autre direction.
- Le «décllic» signifie que la dose est prête à être inhalée.

2. Expirer à fond

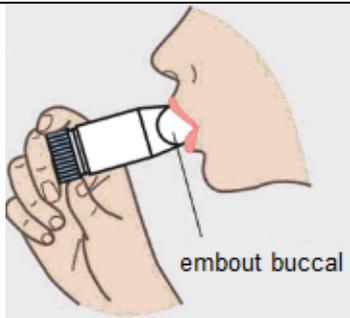
- Demander au BDS d'expirer d'abord à fond sans l'appareil au-dessus de l'épaule
- pour vider les bronches au maximum
- pour éviter que l'humidité de l'air expiré ne pénètre dans l'appareil, ne pas expirer dans le handihaler®. (La poudre s'agglomère en grumeaux avec l'humidité.)

3. Inspirer profondément

- A la fin de l'expiration introduire doucement l'embout buccal de l'appareil chargé entre les dents.
- Expliquer au BDS qu'il doit bien fermer les lèvres autour de l'embout buccal.
- Inspirer profondément par le turbuhaler®.

4. Bloquer la respiration

- Enlever l'embout buccal de la bouche.
- Expliquer au BDS de retenir l'air pendant 5- 10 secondes pour que le médicament ait le temps de faire son effet au niveau des bronches.
- Demander au BDS d'expirer lentement, de préférence par le nez ou en freinant l'expiration de l'air par un pincement des lèvres.
- Remettre le capuchon protecteur.



Handihaler® (inhalateur pour gélule)

1. Charger l'appareil

- Enlever le capuchon protecteur.
- Introduire la gélule.
- Percer la gélule.

2. Expirer à fond

- Demander au BDS d'expirer d'abord à fond sans l'appareil au-dessus de l'épaule
- pour vider les broches au maximum
- pour éviter que l'humidité de l'air expiré ne pénètre dans l'appareil, ne pas expirer dans le handihaler®. (La poudre s'agglomère en grumeaux avec l'humidité).

3. Inspirer profondément

- A la fin de l'expiration introduire doucement l'embout buccal de l'appareil chargé entre les dents.
- Expliquer au BDS qu'il doit bien fermer les lèvres autour de l'embout buccal.
- Inspirer profondément par le handihaler®.

4. Bloquer la respiration

- Enlever l'embout buccal de la bouche.
- Expliquer au BDS de retenir l'air pendant 5- 10 secondes pour que le médicament ait le temps de faire son effet au niveau des bronches.
- Demander au BDS d'expirer lentement, de préférence par le nez ou en freinant l'expiration de l'air par un pincement des lèvres.
- Remettre le capuchon protecteur.

Pour tout genre d'inhalateurs à poudre

- Après chaque application, la personne peut se rincer la bouche pour son bien-être (meilleur goût).
Surtout en cas de traitement par corticostéroïdes, il est fortement recommandé de se rincer la bouche, afin de diminuer le risque de sécheresse de la bouche et de mycoses, de raucité de la voix, d'irritations et d'inflammations de la bouche et du pharynx, d'aphtes buccaux, d'insensibilité de la langue. Mais également après l'application de parasympholytiques (anticholinergiques), car risque de sécheresse de la bouche et de mycoses.

III. Suite du soin

III.1. Installation et surveillance du bénéficiaire de soins

- Réinstaller le BDS.
- Surveiller l'effet et les effets secondaires des médicaments administrés.
- Il faut s'assurer que le BDS a administré ses médicaments, s'il le fait seul. S'il ne les a pas administrés, il faut lui demander les raisons.

III.2. Rangement du matériel

- Ranger, resp. éliminer d'autre matériel utilisé.
- Certains médicaments sont laissés dans la chambre du BDS à la première utilisation.

III.3. Le soignant

- Hygiène des mains.

III.4. Documentation

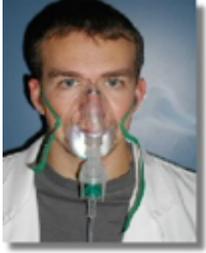
- Noter dans le dossier de soins que le médicament a été administré, signer (lettres initiales) ou valider l'administration dans le dossier électronique (code de validation = signature).
- Noter dans les transmissions ciblées si le BDS n'a pas administré les médicaments, le cas échéant prévenir le médecin.

27. Activités de soin en lien avec la préparation et l'administration des médicaments PO

Illustration	Réalisation de l'activité de soin
	<p>I. Préparation</p> <p>I.1. Recueil d'informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identité du BDS • Prescription médicale avec identification pour les médicaments à distribuer. • Informations sur le médicament: effets souhaités, effets secondaires à surveiller, particularités, recommandations pour une bonne prise, précautions d'emploi, p.ex. avant, au moment, à la fin du repas; s'assurer si les médicaments peuvent être coupés, broyés, dissous, fractionnés, dispersés dans un aliment, si des gélules peuvent être ouvertes, avec quel liquide les médicaments peuvent être pris (voir pharmacocinétique et formes galéniques) • Informations sur le BDS : s'il existe une restriction hydrique, si un bilan hydrique est instauré, si le BDS doit être à jeun, s'il y a des problèmes de déglutition, la possibilité d'installation.
	<p>I.2. Préparation du soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains
	<p>I.3. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments préparés
	<p>I.4. Préparation du bénéficiaire de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler l'identité. • Informer le BDS. • L'informer sur des particularités relatives à son traitement. • L'installer dans une position adéquate. • Surveillance avant l'administration d'un médicament.
	<p>II. Exécution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dernier contrôle: La règle des 5 E • Administration perorale <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'administration perorale en cas de somnolence - Installer le BDS si possible en position assise ou semi-assise. - S'il n'y a pas de restriction hydrique, les médicaments devraient être avalés avec ½ verre d'eau au moins. - Pour le BDS non autonome qui n'arrive plus à prendre ses médicaments tout seul: lui mettre le médicament sur la langue à l'aide d'une cuillère à café; lui donner de l'eau à boire après la prise. Si plusieurs médicaments sont à prendre, administrer un médicament après l'autre. - Chez les BDS faibles et désorientés, ainsi qu'en cas de troubles de la déglutition un comprimé peut seulement être broyé, une gélule seulement ouverte, si le fabricant l'autorise. - (Attention aux comprimés et gélules gastro- résistants et retard, voir formes galéniques: recommandations et risques) - La poudre / le contenu d'une gélule peut être ajouté à l'eau ou bien mélangé év. à de la nourriture compatible (voir pharmacocinétique, lire notice), qui ne doit pas être mâchée (purée); il faut s'assurer que le BDS ne laisse pas de reste. - Attention: différents médicaments broyés ne peuvent pas nécessairement être mélangés. Examiner év. la muqueuse buccale après l'administration pour s'assurer que les médicaments ne restent pas collés à la paroi (risqué d'ulcères et de fausse route) - En cas de liquide, de gouttes: <ul style="list-style-type: none"> ○ administrer les gouttes mélangées à une petite quantité d'eau. Le BDS doit boire toute la quantité. ○ ne pas mélanger différentes sortes de gouttes ou de liquides (risque de réaction chimique)

	<ul style="list-style-type: none"> • Administration linguale <ul style="list-style-type: none"> - Pour les médicaments lyotabs et médicaments instantanés, il faut enlever le film postérieur de l'emballage, ne pas appuyer pour faire passer le médicament à travers le film protecteur. (Résorption par la muqueuse gastro- intestinale). • Administration sublinguale ou perlinguale <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que ces médicaments ne soient pas avalés. (Résorption par la muqueuse buccale).
	III. Suite du soin
	III.1. Installation et surveillance du bénéficiaire de soins <ul style="list-style-type: none"> • Réinstaller le BDS. • Surveiller l'effet et les effets secondaires des médicaments administrés (pendant et après l'administration du médicament). • Au moment d'enlever le plateau de la chambre, il faut s'assurer que le BDS a pris ses médicaments. S'il ne les a pas pris, il faut lui demander les raisons (év. doute par rapport à la médication?)
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> • Les pots à médicaments doivent être éliminés ou nettoyés avant de les remettre dans l'armoire, pour éviter un développement de germes. • Ranger, resp. éliminer d'autre matériel utilisé. • Certains médicaments sont laissés dans la chambre du BDS. Ces médicaments doivent également être identifiés correctement. En plus il faut noter la date d'ouverture sur l'emballage.
	III.3. Le soignant <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains.
	III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none"> • Noter dans le dossier de soins que le médicament a été administré, signer (lettres initiales) ou valider l'administration dans le dossier électronique (code de validation = signature). • Noter dans les transmissions ciblées si le BDS n'a pas pris les médicaments, le cas échéant prévenir le médecin.

28. Administration de médicaments par inhalation par nébuliseur connecté à la prise murale d'air comprimé ou d'O2

Réalisation de l'activité de soin	
I. Préparation	
1. Recueil d'informations Informations générales : nom, âge, chambre Informations spécifiques : indication de l'inhalation, nom et dosage des médicaments à administrer, matériel disponible (source murale d'air comprimé, nébuliseur à ultrasons ou compresseur...) Possibilité de coopération de la personne <ul style="list-style-type: none">- Capacités cognitives- Capacités physiques	
2. Préparation personnelle du soignant Hygiène des mains	
3. Rassemblement du matériel <ul style="list-style-type: none">- Médicament à administrer- NaCl 0,9% si nécessaire- 1 seringue de 5 ml et 1 aiguille 20 G (puiseuse) si besoin de puiser du liquide (dosage à faire)- 1 nébuliseur avec masque- 1 tubulure- Sac poubelle- Mouchoirs en papier (Kleenex)	
4. Préparation du bénéficiaire de soins/de la chambre <ul style="list-style-type: none">- Ouvrir la fenêtre éventuellement.- Installer le BDS en position assise ou semi-assise.- Le faire expectorer en cas d'encombrement pour libérer les voies respiratoires..	
II. Exécution <ul style="list-style-type: none">- vérifier l'état de propreté du masque et du nébuliseur- mettre le médicament dans le nébuliseur en appuyant sur l'ampoule plastifiée ou en aspirant la quantité nécessaire de l'ampoule à l'aide de la seringue et de l'aiguille puiseuse- relier le masque à la source d'air comprimé à l'aide d'une tubulure- ouvrir l'air comprimé jusqu'à ce que le débitmètre montre 8 L /Min resp. jusqu'à ce qu'on voie un petit nuage de „fumée“ sortir du masque- poser le masque sur le visage en couvrant bien la bouche et le nez de façon à éviter la fuite de la nébulisation directement dans les yeux- faire respirer le BDS lentement et profondément par la bouche en maintenant le nébuliseur en position verticale- tapoter légèrement les parois du nébuliseur vers la fin du traitement afin de récupérer toute la médication prescrite Le nébuliseur doit être vide.	
III. Post-soin	
1. BDS/chambre <ul style="list-style-type: none">- À la fin du traitement, fermer l'air comprimé.- Stimuler le BDS à bien expectorer en cas d'encombrement.- Rincer la bouche (avec de l'eau).- Réinstaller la personne dans la position souhaitée ou indiquée après expectoration.	
2. Matériel <ul style="list-style-type: none">- Rincer le masque et le nébuliseur à l'eau tiède.- Bien l'essuyer- Le remettre en place pour le prochain usage	
3. Soignant Hygiène des mains	
4. Documentation/transmission orale <ul style="list-style-type: none">- Signer le soin dans le dossier du BDS- Signaler et noter les réactions du BDS.	

29. Oxygénothérapie

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	1. Recueil d'informations Informations générales : nom, chambre, âge Informations spécifiques : Indication de l'O ₂ -thérapie, dosage, moyen
	2. Préparation personnelle du soignant Hygiène des mains
	3. Rassemblement du matériel Régulateur de débit (à adapter à la source d'O ₂ murale) Aqua-Pak® (selon protocole de l'institution) Lunettes (masque, sonde, ...) à O ₂ évt. tuyau de rallonge + connections
	4. Préparation du bénéficiaire de soins/de la chambre Installer le patient dans une position favorisant la respiration afin d'obtenir une expansion thoracique maximale. Demander au bds de respirer par le nez et de garder la bouche fermée le plus possible.
	II. Exécution (différentes méthodes)
	1. Administration par des lunettes d'O₂ Contrôler le débit d'O ₂ administré : Litre/ par minute Installer le régulateur de débit au système mural ou préparer la bouteille à oxygène Selon protocole de l'institution: Installer le container d'humification (Aquadak®) Connecter le container d'humification avec un tuyau qui se connecte avec les lunettes à oxygène, le masque, la sonde,... Installer le régulateur du débit de l'O ₂ selon la prescription médicale. Évt. protéger la peau à l'aide d'un pansement de protection Attention:: Toujours installer le débit de l'oxygène avant qu'on le fixe sur la patient car une administration non contrôlée, trop rapide d'O ₂ peut être néfaste pour le bds.
	2. Administration par sonde nasale sans mousse Le déroulement est le même que pour l'administration par lunettes. Ce qui est spécifique : Introduction de la sonde : Avant d'introduire la sonde, mesure la distance du lobe de l'oreille jusqu'à la pointe du nez et marquer cette partie de la sonde avec un petit bout de sparadrap = cette partie de la sonde doit être introduite. Humidifier la sonde avec de l'eau. Trouvez dans quel sens la sonde se tourne, quand on le tourne légèrement entre les doigts. Introduire la sonde doucement dans le nez avec la direction identifiée jusqu'au marquage. Contrôler la position de la sonde en voyant si la sonde est visible dans la gorge à côté de la luette. On peut employer une spatule afin de vérifier ceci. Si le patient se sent dérangé par la sonde à O ₂ et avale tout le temps, alors il faut retirer la sonde un peu.

	<p>3. Administration par le masque d'O₂</p> <p>Le déroulement est le même que pour l'administration par lunettes ou par sonde. Le masque doit être appliqué le plus étanchement possible sur la bouche et le nez. Le clamp au niveau du nez sert à adapter le masque à la forme individuelle du visage.</p>
	<p>III. Post-soin</p>
	<p>1. BDS / chambre</p> <p>Dans la suite surveiller la peau derrière les oreilles et au niveau des narines du bds afin d'identifier des atteintes à l'intégrité de la peau (escarres) dues aux lunettes d'O₂. Surveiller les paramètres suivants: saturométrie (SatO₂), TA, pulsations et état de conscience du bds.</p>
	<p>2. Matériel</p> <p>Changer les lunettes, sondes à O₂ 1x/jour, et plus souvent si elles sont visiblement souillées. Lors d'un usage intermittent des lunettes, sondes à O₂, protéger celles-ci de la poussière. Si système d'humidification installé: Contrôler le niveau d'eau dans le container d'humidification et changer le flacon au besoin. Après la sortie du bds, éliminer l'AquaPak® selon les consignes de l'institution.</p>
	<p>3. Soignant</p> <p>Hygiène des mains</p>
	<p>4. Documentation/transmissions ciblées</p> <p>Noter les signes vitaux : pouls, TA, la saturation en oxygène (SaO₂), la respiration, coloration de la peau, des ongles, état de conscience du bds. L'enseignement réalisé auprès du bénéficiaire</p>

30. Soins d'une plaie aseptique suturée (fils ou agrafes)

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

2. Préparation personnelle du soignant: hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- un chariot pour les soins des plaies
- le chariot doit être vide et propre
- la surface de travail doit être facile à désinfecter
- le matériel pour le soin

Matériel de base

Matériel stérile

- set soin plaie -> il existe différentes sortes de sets :
- une boîte en plastique contenant:

2 pinces anatomiques : 1 verte et 1 bleue

2 compresses de gaze 7,5 x 7,5 cm,

5 tampons de gaze n°3,

un champ imperméable 37,5 x 45 cm

et fermée par un papier.

- un champ imperméable 38 x 45 cm:

1 pince anatomique bleue

5 tampons de gaze

un plateau 2 alvéoles

le tout emballé dans un sachet en plastique/papier



- pansement prêt à l'emploi (gaze + matériel de fixation) exemples : Cutiplast, Leucomed, Tegaderm, Opsite..., ou compresses
- solutions désinfectantes

⇒ pour les mains

⇒ pour la plaie : solutions aqueuses Hibidil, Braunol, Octenisept ...

- solution pour nettoyer la plaie avant la désinfection au besoin exemple : Na CL 0,9%
- produit pour dégraisser la peau, exemples : lingettes imprégnées de solvant de masses adhésives -> « Remove », tampon imprégné d'Ether....

Matériel non stérile

Ce matériel dépend de la situation.

- matériel de fixation pour les compresses
- ciseaux
- protection pour le lit
- gants à usage unique

Matériel stérile de remplacement

- set de réserve
- pince anatomique, pince Kocher
- tampons
- compresses



4. Préparation du BDS/ de la chambre

- informer le BDS
- fermer les fenêtres, éclairer la chambre
- faire de la place et placer le chariot aussi près que possible de la tête ou du pied du lit, sans tourner le dos au BDS (ne pas perdre le BDS de vue)
- veiller à ce que la poubelle du chariot se trouve entre la plaie et le champ stérile

II. Exécution

installer le BDS dans une position confortable et indolore, adaptée à l'emplacement de la plaie;

si l'installation est inconfortable -> n'y procéder qu'au dernier moment
hygiène des mains
préparer le matériel sur la surface de travail du chariot

Set 1.

ouvrir le set :

- ° éliminer l'emballage
- ° déployer le champ stérile sur la surface de travail, la partie plastifiée tournée vers le bas

sortir la pince anatomique de la boîte en plastique

sortir les tampons et les compresses avec la pince et les poser sur la zone stérile

poser la pince sur le champ en respectant les règles d'asepsie

la boîte en plastique est placée à côté du champ stérile et peut servir de contenant pour le désinfectant



Set 2.

ouvrir le set :

- ° retirer le papier de la boîte en plastique
- saisir le champ stérile d'une main et d'en haut
- déployer le champ stérile sur la surface de travail, la partie plastifiée tournée vers le bas
- sortir la pince anatomique supérieure de la boîte en plastique
- sortir les tampons et les compresses avec une des pinces et les poser sur la zone stérile
- poser la pince sur le champ stérile
- sortir la 2^e pince anatomique et la poser sur le champ stérile
- toutes ces manipulations doivent être faites en respectant les règles d'asepsie



la boîte en plastique est placée à côté du champ stérile et peut servir de contenant pour le désinfectant ou bien elle est placée sur le lit entre la plaie et la surface de travail (chariot) et peut servir à éliminer les tampons sales...

découvrir le site de la plaie

enlever le pansement : maintenir la peau d'une main et retirer le pansement avec l'autre main

° si le pansement est imprégné de sang ou d'autres sécrétions, enfiler un gant à usage non stérile

° s'il est difficile d'enlever le pansement, le mouiller avec du Na Cl 0,9 %, enlever les compresses avec la pince, puis éliminer cette dernière et préparer la pince de remplacement en cas d'un set 1.

observer le pansement et la plaie selon les repères appris

hygiène des mains

en cas de présence de croûtes de sang ou de sécrétions :

° nettoyer la plaie à l'aide de compresses imbibées d'Na Cl 0,9% afin de ne pas inactiver les antiseptiques par des substances protéiques

° sécher pour éviter l'effet de dilution

désinfecter avec la solution désinfectante prescrite

en cas de présence de masses adhésives sur la peau au pourtour de la plaie, les

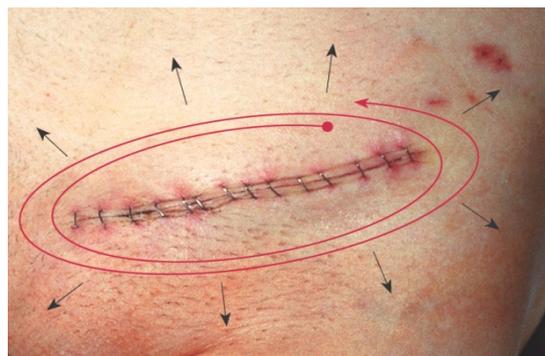
enlever à l'aide de lingettes imprégnées de solvant de masses adhésives type

« Remove » ou d'un tampon imbibé d'éther

recouvrir la plaie

° soit avec des compresses à fixer avec du matériel de fixation adapté

° soit avec un pansement prêt à l'emploi (gaze + matériel de fixation), de préférence perméable à l'air



Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland.

III. Post soin

1. **BDS/chambre:** recouvrir le BDS et le réinstaller

2. **Matériel:** éliminer le matériel utilisé et désinfecter le chariot

3. **Soignant:** hygiène des mains

4. **Documentation/ transmission orale:** noter les observations et les réactions du BDS sur la fiche de pansement du dossier infirmier
signer le soin

31. Enlèvement de fils et agrafes

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. **Recueil d'informations:** idem soin d'une plaie aseptique suturée; vérifier si la P.M. est dans le dossier du BDS
2. **Préparation personnelle du soignant:** hygiène des mains
3. **Rassemblement du matériel:** idem soin d'une plaie aseptique suturée

Matériel supplémentaire stérile

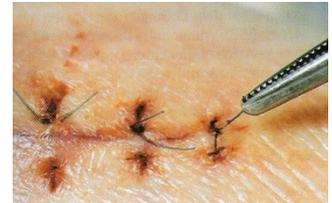
1 pince anatomique en métal
en cas d'enlèvement de fils : un stitch cutter ou des ciseaux pointus pour enlèvement de fils
en cas d'enlèvement d'agrafes : une pince pour enlever les agrafes
steristrips -> dépend de la situation

4. **Préparation du BDS/ de la chambre:** idem soin d'une plaie aseptique suturée

II. Exécution

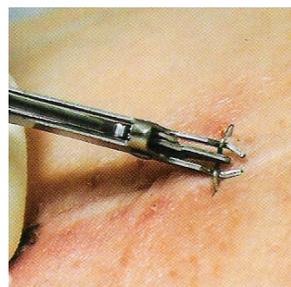
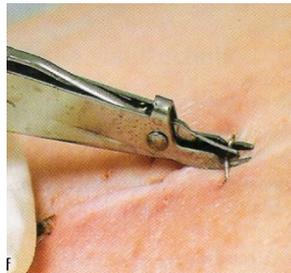
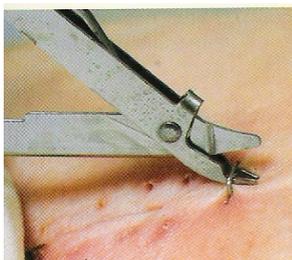
Enlèvement des fils: suture point par point (suture à points simples)

les fils sont enlevés en une ou 2 fois suivant la prescription médicale
technique idem technique soin d'une plaie aseptique suturée jusqu'à la désinfection
désinfecter uniquement la plaie, sans le pourtour
commencer par le 2e fil de la plaie, même si les fils sont à enlever en une fois, enlever un fil sur deux
tenir la pince anatomique dans la main gauche, le stitch cutter dans la main droite
saisir le nœud avec la pince et le mobiliser légèrement au besoin, ne pas trop tirer sur la peau
couper le fil à côté du nœud en tenant le stitch cutter vers le haut,
retirer le fil tout en maintenant la peau avec le dos du stitch cutter, la partie du fil visible, située à l'extérieur de la plaie, ne doit en aucun cas y pénétrer
poser le fil sur une compresse stérile placée à proximité de la plaie
désinfecter la plaie ainsi que le pourtour
il est possible de renforcer la plaie à l'aide de steristrips après avoir enlevé les fils
laisser la plaie à l'air ou la protéger par un pansement stérile ou avec un spray (film plastifié)



Enlèvement des agrafes

les agrafes sont enlevées en une ou 2 fois suivant la prescription médicale
commencer par la 2e agrafe, même si les agrafes sont à enlever en une fois, enlever une agrafe sur deux
introduire la pince à agrafes sous les agrafes et appuyer : les extrémités se relèvent
retirer doucement un côté puis l'autre



III. Post soin

1. **BDS/chambre:** recouvrir le BDS et le réinstaller
2. **Matériel:** éliminer le matériel utilisé, veiller à éliminer le stitch cutter dans le contenant pour objets tranchants et désinfecter le chariot
3. **Soignant:** hygiène des mains
4. **Documentation/ transmission orale:** noter les observations et les réactions du BDS sur la fiche de pansement du dossier infirmier et signer le soin

32. Soin du site d'insertion d'un drain, d'une sonde, d'un cathéter...

Réalisation de l'activité de soin

Voir fiche technique « Soin d'une plaie aseptique suturée »

Matériel stérile supplémentaire:

compresse crantées
en cas du set 2, prévoir une 2^e pince anatomique

Exécution:

en principe : soigner d'abord la plaie suturée, puis la / les plaie(s) de drainage
surveiller le site d'insertion du drain et la peau autour (signes d'inflammation)
en cas de souillures de sang, nettoyer d'abord avec de l'Na Cl 0,9 %, puis désinfecter
désinfecter le site d'insertion par des mouvements dirigés de l'intérieur vers l'extérieur
(en partant du site d'insertion et en allant vers le pourtour du site)
recouvrir d'abord la plaie suturée soit avec des compresses à fixer avec du matériel de fixation, soit avec un pansement prêt à l'emploi (gaze + matériel de fixation), de préférence perméable à l'air
ensuite recouvrir le site d'insertion en utilisant des compresses crantées.

Le reste est identique au soin de plaie aseptique.

33. Changement du flacon de Redon

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. **Recueil d'informations:** idem soin d'une plaie aseptique suturée; vérifier si la P.M. est dans le dossier du BDS
2. **Préparation personnelle du soignant:** hygiène des mains
3. **Rassemblement du matériel:** flacon stérile de Redon et gants non stériles à usage unique
4. **Préparation du BDS/ de la chambre:** information du BDS

II. Exécution

- contrôler le pansement
- déballer le flacon de Redon stérile, déposer le sur la table de nuit en veillant à la stérilité de la vis de connexion et à la fermeture du clamp
- placer le clamp du tuyau de liaison le plus près possible de la connexion avec le drain de Redon et fermer le
- mettre les gants non stériles à usage unique
- enlever l'ancien flacon de Redon de l'attache (s'il est suspendu, fermer le clamp, dévisser le flacon
- visser le nouveau flacon de Redon et ouvrir les deux clamps, d'abord le clamp inférieur, puis le clamp supérieur → ainsi le vide se peut repartir d'abord dans le tuyau de liaison, puis dans le drain de Redon, l'effet d'aspiration peut être douloureux
- contrôler la perméabilité du système et le vide
- accrocher le flacon de Redon à attache au cadre du lit de façon à ce qu'il s'enlève facilement quand le BDS se lève
- observer le contenu du flacon de Redon changé : aspect, quantité

III. Post soin

1. **BDS/chambre:** recouvrir le BDS et le réinstaller
2. **Matériel:** éliminer le flacon de Redon avec le contenu à l'endroit prévu
3. **Soignant:** hygiène des mains
4. **Documentation/ transmission orale**
 - noter la quantité sur la feuille de surveillance et traitement (et sur la fiche de pansement)
 - noter le soin à l'endroit prévu

34. Enlèvement d'un drain de Redon

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. **Recueil d'informations:** idem soin d'une plaie aseptique suturée; voir P.M. : enlèvement du drain avec ou sans vide ?
2. **Préparation personnelle du soignant:** hygiène des mains
3. **Rassemblement du matériel:** idem soin d'une plaie aseptique suturée
 - Matériel supplémentaire **stérile:** stitch cutter
 - Matériel supplémentaire **non stérile:** gants non stériles à usage unique et protection pour le lit
4. **Préparation du BDS/ de la chambre**

information du BDS, tenir compte des craintes de douleurs
combinaison éventuellement l'ablation du Redon avec l'administration d'un antalgique prescrit
+ idem soin d'une plaie aseptique suturée

II. Exécution

désinfection identique au soin des plaies aseptiques

ablation du drain:

- contrôler le vide et respecter la prescription médicale : ablation avec ou sans vide ?
- après la désinfection du drain, couper le fil à l'aide du stitch cutter
- mettre les gants non stériles à usage unique
- saisir le drain le plus près possible de l'orifice, au même moment, avec l'autre main et à l'aide de la pince stérile tenir une compresse stérile, près de l'orifice
- demander au bénéficiaire de soins d'inspirer profondément
- lors de l'expiration, tirer le drain rapidement (zügig) à l'aide de la compresse stérile recueillir le sang /les sécrétions sortant de l'orifice
- Δ ne pas comprimer.
- emballer le drain de Redon dans le gant non stérile à usage unique et mettre de côté ensemble avec le flacon de Redon
- désinfecter l'orifice du drain ainsi que son pourtour et placer dessus 2 compresses pour recueillir d'éventuels écoulements de sang/sécrétions
- désinfecter la suture
- couvrir les 2 sites de manière séparée si possible

III. Post soin

1. **BDS/chambre**
 - recouvrir le BDS et le réinstaller
2. **Matériel**
 - idem soin plaie aseptique
 - éliminer le système de drainage selon les consignes du service
3. **Soignant**
 - hygiène des mains
4. **Documentation/ transmission orale**
 - noter la quantité sur la feuille de surveillance et traitement (et sur la fiche de pansement)
 - noter le soin à l'endroit prévu

35. Soins de stomie digestive (après la phase de cicatrisation)

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

1. Recueil d'informations

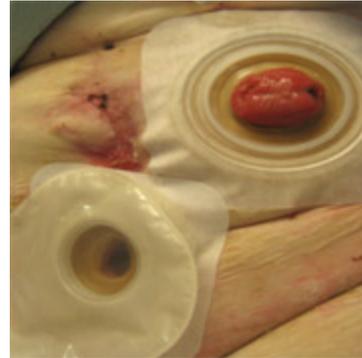
Informations spécifiques : indication de cette stomie, acceptation par le BDS, complications secondaires ou problèmes de peau, type d'appareillage

2. Préparation personnelle du soignant

Hygiène des mains

3. Rassemblement du matériel

- Poche (type de poche utilisé par le BDS)
- Ciseaux et patron pour mesurer le diamètre.
- Cuvette, eau tiède.
- Savon neutre, sans substances grasses, type savon de Marseille.
- 2 Gants de toilette ou un gant de toilette et une petite serviette.
- Papier toilette.
- Gants non stériles à usage unique.
- Protection pour le lit.
- Sac à élimination des déchets.



4. Préparation du BDS de la chambre

Informations au BDS

II. Exécution

- Installer confortablement le patient en décubitus dorsal, dégager les vêtements.
- Mettre une protection sous le patient.
- Enfiler les gants à usage unique.
 - Décoller la poche doucement en maintenant la peau avec un doigt, du haut vers le bas.
 - Jeter la poche dans le sac poubelle.
 - Enlever le gros des selles qui restent avec du papier toilette.
 - Laver la stomie et la peau péristomiale avec l'eau tiède, le savon et le gant de toilette, en allant de la périphérie vers la stomie.
 - Rincer dans le même sens
 - Bien sécher la peau péristomiale en tamponnant avec le gant de réserve ou avec la serviette.
 - Observer la stomie et la peau pour détecter des complications tardives.
 - Couper les poils autour de la stomie avec les ciseaux si besoin, mais ne **pas** les raser.
 - Appliquer la nouvelle poche
 - ➔ Des cicatrices ou des irrégularités de la peau sont égalisées avec la pâte protectrice.
 - ➔ Découper l'orifice de la plaque à la juste taille : ni trop petite, ni trop grande à ce que la peau soit à découvert.
 - ➔ Déplier la poche (que les 2 feuillets ne collent pas ensemble).
 - ➔ Appliquer la plaque et la poche sans plis du bas vers le haut en appuyant légèrement.
 - ➔ Chez une personne alitée la poche est appliquée latéralement, chez une personne qui se lève vers le pli inguinal.

III. Post-Soins

1. BDS/Chambre

Réinstaller le BDS.

2. Matériel

Ranger le matériel.

3. Soignant

Hygiène des mains.

4. Documentation/transmission orale

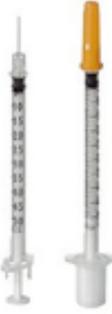
Noter les observations et les réactions du BDS dans le dossier de soins.

Signer le soin.

36. Mesure de la glycémie capillaire avec glucomètre

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	1. Recueil d'informations Sur le BDS Sur les valeurs précédentes et sur la thérapie du diabète Sur le matériel disponible Mode d'emploi du matériel Éducation éventuelle du BDS
	2. Préparation personnelle du soignant Hygiène des mains
	3. Rassemblement du matériel Gants non stériles Compresse non-stériles ou un mouchoir en papier propre Lancette pour piquer à usage unique (autopiqueur) Glucomètre Bandelettes correspondantes au glucomètre Récipient pour les objets piquants / tranchants (Secu-Box®)
	4. Préparation du bénéficiaire de soins/de la chambre Expliquer la procédure au BDS afin de le rassurer et afin de lui demander sa collaboration. Le BDS doit se laver les mains avec de l'eau tiède et du savon.
	II. Exécution (différentes méthodes) Préparer la lancette ou l'autopiqueur. Contrôler la date de péremption de la boîte à bandelettes. Prendre une bandelette de la boîte Contrôler le CODE de calibration Introduire la bandelette dans l'appareil Mettre des gants Pousser légèrement sur le bout du doigt (évt. appliquer préalablement des mesures favorisant la vascularisation). Piquer le bout du doigt sur le côté (♠ éviter l'index et le pouce). Presser légèrement sur le doigt (évt. „masser“ de proximal vers distal) et mettre une goutte de sang sur le champ réactif de la bandelette ; un signal sonore de l'appareil indique quand l'échantillon est suffisant. Donner au BDS une compresse ou un mouchoir en papier et lui demander de comprimer pendant quelques minutes son bout du doigt afin d'éviter un hématome. Attendre le signal. Lire le résultat.
	III. Post-soin
	1. BDS /chambre Informer le BDS sur la valeur obtenue.
	2. Matériel Enlever la bandelette de l'appareil. L'appareil s'éteint automatiquement. Mettre la lancette dans le container pour aiguilles (Secu-Box®). Eliminer le reste des déchets dans la poubelle.
	3. soignant Hygiène des mains
	4. Documentation/transmission orale Transmission orale immédiate des valeurs à l'infirmière responsable du BDS : <ul style="list-style-type: none"> - quand elles varient de la norme - quand il faut administrer de l'insuline selon un schéma. Noter dans le dossier : <ul style="list-style-type: none"> - Date et heure de la glycémie + Résultat - Déroulement de l'éducation du BDS (le cas échéant) Demander au BDS de noter également le résultat dans son carnet de patient diabétique.

37. Injection d'insuline

Réalisation de l'activité de soin	
I. Préparation	
	<p>1. Recueil d'informations Sur le patient Schéma d'insuline (type d'insuline à administrer + dosage) -> Noter sur une étiquette nom, chambre/lit du BDS type d'insuline et dosage temps et voie d'administration Schéma de rotation (quand et où injecter) Matériel disponible (seringue ou PEN) Éducation éventuelle du patient</p>
2. Préparation personnelle du soignant Hygiène des mains	
	<p>3. Rassemblement du matériel Seringue d'insuline (ou PEN) Ampoule(s) d'insuline 1 plateau d'injection 2 compresses alcool 70% par injection (ou 2 compresses stériles + antiseptique à l'alcool) 1 compresse (stérile) sèche par injection 1 étiquette pour identifier l'injection Container pour les aiguilles (Secu-Box®)</p>
4. Préparation du bénéficiaire de soins/de la chambre Informer le BDS qu'il doit manger de suite après son injection d'insuline.	
II. Exécution (différentes méthodes)	
<p>1. Préparation de l'injection de l'insuline</p> <p><u>A. PREPARER UN TYPE D'INSULINE</u></p> <p>Comparer le nom de l'insuline sur l'ampoule avec la prescription médicale. Contrôler la date de péremption, évt. la date d'ouverture de l'ampoule (ne pas employer si déjà ouvert plus d'un mois). Contrôler l'aspect de l'insuline. En cas d'aspect douteux, jeter l'ampoule. S'il s'agit d'une insuline trouble, rouler l'ampoule entre les paumes des mains ou retourner l'ampoule au moins 10 fois afin de mélanger l'insuline de façon homogène (ne pas secouer -> formation de mousse) Désinfecter le caoutchouc de l'ampoule avec une compresse alcoolisée. <i>Facultatif (≠ pas possible avec les Ampoules PEN-Fill):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspirer la quantité d'air, qui correspond à la quantité d'insuline à administrer. • Injecter l'air dans l'ampoule en perçant le caoutchouc de l'ampoule • Retourner l'ampoule avec la seringue. <p>Aspirer lentement la quantité d'insuline ordonnée en tirant sur le piston de la seringue. Vérifier qu'il n'y a pas de bulles d'air dans la seringue. Si des bulles d'air sont présentes, laisser la seringue dans l'ampoule et enlever les bulles d'air. Adapter la dose. Enlever seulement la seringue et l'aiguille de l'ampoule si les bulles d'air sont toutes enlevées et que le dosage est correct. Veiller à ce qu'il n'y ait pas de perte d'insuline en enlevant la seringue de l'ampoule.</p> <p><u>B. MELANGER 2 SORTES D'INSULINES DANS UNE SERINGUE</u></p> <p>Important: toujours prélever l'insuline transparente (action rapide), avant l'insuline NPH-opaque (trouble) !!</p> <p><i>Si par mégarde vous avez prélevé trop d'insuline opaque, ne jamais remettre l'excès dans le flacon. Dans ce cas, il faut jeter le mélange et recommencer le tout.</i></p>	

	<p>2. Injection d'insuline avec le PEN</p> <p>-> voir Mode d'emploi en annexe</p>
	<p>3. Injection d'insuline</p> <p>Déroulement de l'injection s/c : idem injection anticoagulants low-dose (voir cours COSPI + LABPS 12SI)</p> <p>Laisser l'aiguille dans la peau environ 10 secondes après l'injection. Si du sang apparaît après l'enlèvement de l'aiguille du point de ponction, l'injection s'est faite probablement dans le muscle.</p>
	<p>III. Post-soin</p>
	<p>1. BDS /chambre</p> <p>Surveiller que le BDS mange de suite après l'injection d'insuline (ex. dans les 10' après l'injection d'une insuline à action rapide). Informez le BDS qu'il doit se manifester de suite s'il sent des signes d'une hypoglycémie (faim de loup, tremblements, sueurs, palpitations, changements psychiques, troubles neurologiques, ...)</p>
	<p>2. Matériel</p> <p>Jeter la seringue d'insuline ou l'aiguille du PEN dans le container pour aiguilles. Mettre le reste du matériel dans la poubelle.</p>
	<p>3. Soignant</p> <p>Hygiène des mains</p>
	<p>4. Documentation/transmission orale</p> <p>Date et heure d'administration de l'injection Type d'insuline administrée Dose administrée (unités des différents types d'insulines) Le site d'injection Le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réactions locales • Réactions du BDS • Déroulement de l'éducation du BDS

38. Préparation de solutions injectables

Illustration	Réalisation de l'activité de soin
	<p>I. Préparation</p> <p>I.1. Recueil d'informations</p> <p>Prescription médicale Informations sur le médicament (-> notice d'emploi): Effet souhaité, mécanisme d'action, effets secondaires à surveiller / complications possibles, solutés compatibles, incompatibilités, durée de conservation après dilution, Particularités lors de l'application: voie d'injection, vitesse d'injection maximale, ...</p>
	<p>I.2. Préparation du soignant</p> <p>Hygiène des mains</p>
	<p>I.3. Matériel</p> <p>Désinfectant pour les mains Désinfectant de surface Désinfectant à base d'alcool (p.ex. alcool 70% , Braunoderm®) Etiquette avec la prescription médicale Ampoule(s) avec le médicament + soluté Seringue(s) Aiguille pouseuse (18G rose – 19G blanche) Evt. Aiguille de transfert (Transflow®) Compresses stérilisées (5x5) Plateau à injection Aiguilles d'injection (selon voie d'administration) Poubelle (Bassin réniforme) Récipient pour objets tranchants et piquants (Secu-Box®)</p>
	<p>II. Exécution</p> <p>Les règles générales concernant l'usage de médicaments, et plus spécifiquement l'usage de solutions injectables, ainsi que les règles d'hygiène et d'asepsie sont à respecter.</p> <p>Prélèvement d'une ampoule de verre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vider "la tête" des ampoules de tout liquide. - Désinfecter les ampoules à l'alcool (au niveau de la zone cassable) et attendre 30" - Désinfecter la lime (si besoin) - Limer "le cou" de l'ampoule; pas nécessaire si ampoules prélimées (zone cassable = marquée d'un trait ou d'un point) - Casser l'ampoule avec la compresse (pour éviter des coupures accidentelles) : tenir la compresse derrière l'ampoule avec l'index en exerçant un levier d'avant en arrière sur la tête de l'ampoule avec le pouce. - Connecter la seringue et l'aiguille pouseuse en respectant les règles d'asepsie. - Prélever complètement la solution médicamenteuse; si nécessaire incliner l'ampoule pour prélever le reste. - Si administration avec autre aiguille, éliminer l'aiguille pouseuse sans recapsuler; si administration i.v. dans un dispositif en place (recapsuler la pouseuse avec précaution) - Mettre l'aiguille d'injection (selon voie d'administration s.c., i.m., i.v., ...) - Purger la seringue et l'aiguille - Contrôler le volume total de la solution médicamenteuse (doit correspondre à la dose prescrite) - Poser l'ampoule vide à côté de la seringue ou identifier la seringue (étiquette avec identification du médicament).
	<p>Prélèvement d'une fiole</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enlever la protection métallique ou plastique - Désinfecter l'opercule en caoutchouc (respecter le temps d'action) - Aspirer de l'air dans la seringue (volume d'air = volume de liquide à prélever) - Introduire l'aiguille pouseuse jusqu'à l'embase dans la fiole et injecter l'air au-dessus de la solution.



Fiole spéciale



© Thomas Sellnacht



© Thomas Sellnacht



Aiguille de transfert

- Dès que pression élevée ressentie au niveau du piston, introduire l'aiguille dans le liquide et laisser couler la solution dans la seringue.
- Répéter cette procédure jusqu'à ce que l'ampoule soit vide.
- Si nécessaire incliner la fiole pour prélever le reste.

Dilution de poudre dans une fiole spéciale

Enfoncer le haut de la fiole (couvrecl en plastique) de l'ampoule spéciale puis prélever la solution en suivant la procédure décrite ci-dessus.

Dilution de poudre dans une ampoule de verre

- Ouvrir toutes les ampoules
- Prélever le soluté dans la seringue et laisser l'aiguille puseuse en place
- Injecter le soluté dans la poudre avec une pression minimale (pour prévenir la formation de mousse)
- Attendre la dilution complète de la poudre (ne pas mélanger avec l'aiguille ni agiter l'ampoule)
- Aspirer la totalité de la solution médicamenteuse

Dilution de poudre dans une fiole

Enlever la protection métallique ou plastique

Désinfecter l'opercule en caoutchouc (respecter le temps d'action)

Prélever le soluté dans la seringue et laisser l'aiguille puseuse en place

Injecter le soluté dans la poudre (Attention à équilibrer la pression!)

Laisser l'aiguille puseuse et la seringue dans la fiole

Diluer complètement la poudre (par des mouvements de rotation) et prélever (en veillant à équilibrer la pression)

Retirer l'aiguille puseuse de la fiole en la maintenant sous aspiration (traction sur le piston).

Dilution de poudre avec aiguille de transfert

Enlever la protection métallique ou plastique

Désinfecter l'opercule en caoutchouc (respecter le temps d'action)

Introduire l'aiguille de transfert dans le récipient avec le soluté.

Appliquer la fiole avec la poudre sur l'autre bout de l'aiguille de transfert

Introduire le soluté dans la fiole

Attendre la dilution complète de la poudre (peut évt. être accéléré en roulant la fiole entre les mains)

Aspirer la dose prescrite (en respectant l'augmentation volumétrique)

III. A la fin du soin

III.1. Rangement du matériel

Eliminer les ampoules vides et les aiguilles utilisées dans la Secubox®.

En cas de fioles à usage multiple, enlever l'aiguille ou fermer hermétiquement l'aiguille spécifique, inscrire la date et l'heure d'ouverture sur la fiole.

39. Prélèvement veineux par ponction directe

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none"> • But de la ponction veineuse (Contrôle post-op, contrôle de certaines valeurs sanguines importantes concernant les maladies actuelles, etc...) • Nom et chambre du bénéficiaire de soins, diagnostic, coopération, anticoagulation, contre-indications pour une ponction veineuse à un bras (Mammectomie, fistule pour dialyse, etc...)
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> • Lavage et désinfection des mains • Contrôle des tubes de prélèvements (avec tube de réserve)
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Bon de commande avec les noms et coordonnées du patient • Étiquettes pour tubes ou inscription correcte sur les tubes • Tube de prélèvements contrôlés (+ tube de réserve) • 2 aiguilles de ponction (= 1 remplacement) ou Butterfly (aiguille papillon) et adaptateur • Corps de prélèvement / porte-tube • Au moins 4 tampons / compresses (stérile ou non stérile) • Antiseptique: solution alcoolique • 1 sparadrap • 1 garrot décontaminé • 2 gants non stériles à usage unique • Evt. une protection de lit, coussin de positionnement ou essuie éponge • Solution désinfectante pour les mains • Container à objets piquants ou tranchants et plateau décontaminé
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soin (bds) <ul style="list-style-type: none"> • Information du bds • Installation du bds <ul style="list-style-type: none"> ○ Assis ou couché (en raison du risque d'évanouissement) ○ Evt. rouler un essuie éponge ou utiliser un petit coussin pour bien étendre le coude ○ Evt. protection de lit
	II. Exécution (aiguille de ponction et butterfly) <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la "présence" (lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours). • Travail ergonomique: mettre le lit à la bonne hauteur, s'asseoir sur une chaise près du lit, évt. chercher un appui. • Mise du garrot à une "largeur de main" au-dessus du point de ponction, prise du pouls (la circulation artérielle ne doit pas être interrompue). • Choix et localisation de la veine, ensuite lâcher le garrot (on ne ponctionne pas de veines phlébitées en raison du risque accru de thrombose - un hématome par contre n'est pas une contre-indication à une ponction veineuse). • Désinfection large du point de ponction (du bas vers le haut accentue la compression) - temps de contact: minimum 30 secondes • Préparation de l'aiguille de ponction dans le porte-tube ou bien du butterfly avec adaptateur et porte-tube, préparation des tubes dans le bon ordre de priorité. • Préparer un tampon avec antiseptique à côté du bras sur la protection de lit (ou à portée de main sur le plateau). • Mettre les gants. • Nouvelle mise de garrot, contrôler le pouls. • Relocalisation de la veine à ponctionner. • Bien maintenir/étirer la peau en direction inverse de la ponction • Prévenir le patient de l'acte de ponction ("Je vais piquer.") Ponction avec aiguille: <ul style="list-style-type: none"> • Introduire l'aiguille avec le biseau vers le haut dans la veine. • Bien stabiliser la main qui maintient le porte-tube contre le bras du patient. • Introduire le tube dans le porte-tube en dépassant le frein, quand il est rempli, le retirer avec précaution du porte-tube et le retourner doucement deux à quatre fois (→ le sang doit bien se mélanger avec l'additif pour que celui-ci soit efficace, il ne faut pas agiter le tube car cela peut provoquer une hémolyse et fausser des résultats). • Maintenir les tubes avec la partie transparente vers le bas, sinon le liquide du tube peut être aspiré dans la veine, de plus cette position permet un meilleur mélange du sang avec les additifs). • Remplir 2,3,4 tubes, lors du changement de tube, bien stabiliser le porte-tube et respecter le bon ordre des tubes à prélever. • Lâcher le garrot (NE PAS OUBLIER!!!), quand le dernier tube est entrain de se remplir (sans problème).

	<ul style="list-style-type: none"> Retirer le tube. Ensuite retirer l'aiguille et appuyer avec un tampon sec sur le point de ponction et comprimer 1-2 minutes (Ne pas plier le bras, car cela provoque justement un hématome!). Le patient coopératif peut reprendre cette compression. Sparadrap (selon les désirs du patient). <p>Ponction avec butterfly: idem aiguille de prélèvement à l'exception de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Le porte-tube peut être connecté au butterfly avant la ponction (sinon, il faut plier le tuyau du butterfly lors de la connexion pour éviter que le sang ne sorte avant que la connexion du butterfly au porte-tube n'ait été effectuée). Lors d'une ponction avec butterfly, on voit si on a ponctionné la veine par la présence de sang (+/- 0,5-1 cm) dans le tuyau transparent, lors de la ponction on peut lâcher le butterfly. Ensuite à continuer comme avec l'aiguille. <p>➤ Quand on n'aspire pas de sang après la ponction, dévier légèrement l'aiguille, souvent un léger changement d'angle suffit pour ponctionner avec succès.</p> <p>➤ Lors d'un échec, ponction nouvelle avec une nouvelle aiguille. Après deux essais, une personne expérimentée devrait être appelée à l'aide (ne pas continuer ses essais!).</p>
	<p>III. Suite du soin</p> <ul style="list-style-type: none"> Eliminer l'aiguille de façon avec précaution dans le container à objets tranchants. Contrôle des tubes, coller les étiquettes et transport vers le labo. Mettre le matériel non utilisé sur le plateau d'un côté, le matériel utilisé se trouve de l'autre côté du plateau ou dans un bassin réniforme.
	<p>III.1. Après le soin concernant le bds / la chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> Réinstaller le bds selon ses souhaits, mettre la sonnette à portée de main, informer plus tard sur les résultats de l'analyse sanguine si le bds le demande.
	<p>III.2. Rangement du matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> Le matériel contaminé sera éliminé dans les containers prévus. Nettoyer et désinfecter le porte-tube (matériel à usage multiple). Désinfecter le plateau.
	<p>III.3. Pour le soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> Se renseigner sur les résultats (→ par téléphone, fax quand certaines valeurs présentent un risque pour le bds, par ordinateur ou poste interne quand on n'attend pas de résultat alarmants, informer immédiatement le médecin sur des résultats alarmants et induire le traitement.
	<p>III.4. Documentation</p> <ul style="list-style-type: none"> Cocher le prélèvement sanguin dans le dossier de soin Documenter les mesures de soin entrepris lors d'incidents spécifiques.

40. Prélèvement veineux par voie centrale ou par chambre implantable

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe avec butterfly (adaptateur), SAUF: obligatoirement compresses stériles! • + 2 tubes Vacutainer secs (contenu 20 ml) • + seringue avec 20 ml NaCl 0,9%
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soin <ul style="list-style-type: none"> • Information du patient • Installation du patient <ul style="list-style-type: none"> ○ Assis ou couché (en raison du risque d'évanouissement) ○ évt. protection de lit en-dessous de la VC ou du CTI • Chaise pour le soignant
	II. Exécution <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe jusqu'au moment de: • Mettre les gants, ensuite: • Désinfection de l'endroit de connexion des tubes à la VC ou au CTI avec un désinfectant alcoolique • Tenir une compresse stérile en dessous de l'endroit de connexion pour absorber évt. du sang (→tampon en cellulose se désintègre avec l'humidité) • Fermer le robinet à trois voies vers l'endroit de connexion et connecter le porte-tube (avec adaptateur). • Ouvrir le robinet à trois voies vers le patient et la connexion (si présent, stopper les pompes à perfusion) • Prélever au moins 20ml de sang à l'aide des tubes Vacutainer secs et rejeter • Prélever les tubes prescrits • Après avoir rempli les tubes, fermer le robinet à trois voies vers la connexion, enlever le porte-tube et connecter la seringue avec les 20ml de NaCl. (ou bien possibilité de rincer avec la perfusion, si une solution isotonique sans médicaments coule.) • Ouvrir le robinet vers le patient est bien rincer l'endroit de connexion et la tubulure (reste de sang = prolifération de germes) • Fermer le robinet vers l'endroit de connexion, enlever la seringue, fermer avec un bouchon rouge. • Si présent, remettre en route les pompes à perfusions. • Surveillance de l'écoulement de la perfusion (Débit, horaire, etc.)
	III. Suite du soin <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe
	III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe
	III.3. Pour le soignant <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe
	III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none"> • Idem ponction veineuse directe

41. Injection intra-musculaire (IM)

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle des médicaments à administrer <ul style="list-style-type: none"> ○ Prescription médicale ○ Médicament correct, dosage adéquat, voie d'administration (IM!), date de péremption, limpidité de la solution
	I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none"> • Nom et chambre du bds, diagnostic, coopération etc... • Poids – Taille du bds pour choisir l'aiguille Im adéquate • Indications du/des médicaments pour ce bds et effets secondaires potentiels
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> • Lavage et désinfection des mains
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Seringue préparée avec le médicament et l'aiguille IM connectée (adaptée à la corpulence du bds : aiguille longue de 7 cm (couleur verte) pour personne de corpulence normale ou forte – aiguille courte de 4 cm (couleur noire) pour des personnes de faible poids ou en pédiatrie) sur un plateau avec container pour objets piquants / tranchants • Compresses stériles • Antiseptique alcoolique • Gants non stériles à usage unique
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soin <ul style="list-style-type: none"> • Information du patient • Installation du bds <ul style="list-style-type: none"> ○ En fonction de la méthode / de l'endroit d'injection ○ Pour l'injection, le muscle devrait être le plus possible au repos pour minimiser la douleur. Ceci explique la raison pour laquelle le patient devrait se coucher. En principe, on ne devrait pas effectuer d'injection IM auprès d'un bds debout ou assis! ○ Lors de l'injection dans la fesse, le patient devrait légèrement plier la jambe pour détendre le muscle et avoir moins mal ○ Des injections de plus de 1 à 2 ml sont administrées préférentiellement dans le muscle fessier • Protéger le patient des regards des autres (rideau, couverture de soin, etc...)
	II. Exécution (différentes méthodes) <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la "présence" (lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours) • Déterminer soigneusement l'endroit d'injection (cf cours) • Exécution: <ul style="list-style-type: none"> ○ Observer, toucher et désinfecter l'endroit de ponction (temps de contact d'environ 30 secondes à respecter: l'injection IM est l'injection avec le plus grand risque d'infection – d'abcès du point de ponction) ○ Tenir un tampon sec à disposition ○ Mettre les gants ○ Enlever le capuchon de l'aiguille de ponction ○ Tendre légèrement la peau avec le pouce et le majeur de la main gauche ○ Demander au patient une expiration profonde afin de détendre le muscle et réduire la douleur lors de la piqûre ○ Ponctionner l'aiguille rapidement et perpendiculairement à travers la peau jusqu'à atteindre la profondeur voulue. Une ponction hésitante et fractionnée provoque une réaction de crispation du muscle, le patient a mal et le muscle sera plus endommagé. Lors de la ponction sécuriser l'aiguille et la seringue avec le majeur! ○ Laisser une distance de sécurité d'environ 10 mm entre la peau et l'embout/la garde de l'aiguille, car les aiguilles d'injection peuvent casser entre l'embout et la tige (force de cisaillement des muscles). En respectant cette distance de sécurité, il reste possible de retirer la tige manuellement lors d'un tel incident. ○ Une méthode: la seringue sera ensuite tenue en position / sécurisée avec les doigts de la main - aspiration et injection (avec la main droite). ○ Une autre méthode: continuer à tenir la seringue comme au moment de la ponction et aspirer et injecter avec la main gauche. ○ Lorsqu'on aspire un peu de sang: retirer légèrement l'aiguille, choisir un plan d'injection différent, ensuite aspirer de nouveau pour éviter que le médicament ne soit injecté directement dans un vaisseau sanguin. ○ Lorsque le médicament s'est mélangé à une quantité de sang importante, il faut rejeter le médicament et préparer une nouvelle seringue.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lorsqu'on a touché l'os lors de la ponction, il faut retirer l'aiguille de 1 à 2 cm pour être certain que la pointe/le biseau de l'aiguille se situe dans le muscle. Pour des bds maigres, il est toujours recommandé d'utiliser l'aiguille courte de 40 mm. ○ Injecter lentement le médicament, pour que la solution se répartisse de façon indolore dans le tissu musculaire. ○ Au-delà de 5 ml de produit injecté, il faut changer de plan d'injection → sortir un peu l'aiguille sans la retirer entièrement, pencher légèrement l'aiguille et la réintroduire, aspirer avant d'injecter ○ Si deux produits différents doivent être administrés, même procédure : changer de plan d'injection, déconnecter la première seringue, reconnecter la deuxième, aspirer et injecter. ○ Observer le patient ○ A la fin de l'injection, retirer l'aiguille, sans arrêter de stabiliser l'aiguille. ○ Remettre la seringue sur le plateau (sans autres manipulations). ○ Comprimer/masser (mouvements rotatoires) avec le tampon sec l'endroit de ponction et observer si survenue de saignement.
	III. Suite du soin
	III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre <ul style="list-style-type: none"> ● Réinstaller le patient ● Surveillance générale du patient (effet / effets secondaires).
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> ● Eliminer l'aiguille dans un container à objets piquants en évitant toute manipulation inutile ● Eliminer tout autre matériel usagé de façon correcte, désinfecter le plateau
	III.3. Pour le soignant
	III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none"> ● Inscrire l'injection (horaire, dosage, méthode et lieu d'administration, évt. réaction du patient, paraphe, Valrex...)

42. Injection IVD par ponction veineuse

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation <ul style="list-style-type: none"> • Idem IVD par robinet à trois voies
	I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none"> • Idem IVD par robinet à trois voies • Information sur l'anticoagulation du bénéficiaire de soin
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> • Lavage et désinfection des mains
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Aiguille fine (mauve ou noire) ou Butterfly (aiguille papillon) • Antiseptique alcoolique • Garrot • Compresses stériles • Gants à usage unique non stériles
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soin <ul style="list-style-type: none"> • Idem IVD par robinet à trois voies • Idem ponction veineuse
	II. Exécution <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la "présence" (lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours) • Monter le lit à la bonne hauteur et/ou s'installer sur une chaise • Mettre le garrot et déterminer une veine appropriée (distale) • Mettre les gants • Désinfection de l'endroit de ponction <p>Ponction avec aiguille:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponctionner la veine: introduire l'aiguille avec le biseau vers le haut suffisamment loin dans la veine • Contrôler le reflux sanguin par une aspiration légère • Relâcher le garrot!!! • Injecter lentement le médicament (1 - 3 ml/min) • Observer les réactions de la personne • Evtl. répéter le contrôle du reflux • Retirer l'aiguille de la veine et bien comprimer le point de ponction. <p>Ponction avec Butterfly:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer une seringue de 2 ou 5 ml avec du NaCl 0,9% • Après la ponction, tout le tuyau de connexion du butterfly doit être rempli de sang avant d'injecter le médicament pour éviter une embolie gazeuse. • Après l'injection du médicament, le tuyau de connexion doit être rincé avec 2 à 5 ml de NaCl 0,9% pour permettre d'injecter les restes du médicament contenu dans le tuyau.
	III. Suite du soin
	III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre <ul style="list-style-type: none"> • Réinstaller le bds selon ses souhaits, mettre la sonnette à portée de main
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> • Idem IVD par robinet à trois voies
	III.3. Pour le soignant
	III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none"> • Idem IVD par robinet à trois voies

43. Injection IVD par un robinet à trois voies

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle du produit d'injection: médicament prescrit, dosage correct, voie d'administration (IV!), date de péremption, limpidité de la solution. • Préparation du produit dans la seringue
	I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none"> • Nom et chambre du bds, diagnostic, coopération etc. • Indications du/des médicaments pour ce bds et effets secondaires potentiels.
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> • Lavage et désinfection des mains
	I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none"> • Produit à injecter préparé sur un plateau avec container à objets piquants • Compresses stériles • Désinfectant alcoolique • Seringue à 10 ml avec NaCl 0,9% (si absence de perfusion isotonique)
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soin <ul style="list-style-type: none"> • Information du patient
	II. Exécution <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la "présence" (lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours) • Contrôler la/les perfusion(s) en cours • Désinfecter l'endroit de connexion du robinet à trois voies • Connecter la seringue • Ouvrir le robinet à trois voies vers le bds et la seringue connectée (Fermeture vers les perfusions) • Contrôle de la position du cathéter (par aspiration de reflux) • Si interaction possible du médicament à administrer avec les perfusions en cours → rincer avec 10 ml de NaCl • Injecter le médicament LENTEMENT (1 - 3 ml/min) • Surveiller des réactions possibles du bds • En raison du mélange dans les tubulures des perfusions et des produits administrés, il peut survenir des réactions d'interactions entre les liquides (comme la floculation d'un médicament). Il est donc recommandé, en présence de deux ou plusieurs injections IVD différentes, ainsi qu'après une injection IVD, de rincer les tubulures avec une solution neutre (évt. avec la solution perfusée isotonique sans additifs ou avec du NaCl 0,9%) • Fermer le robinet à trois voies vers la seringue d'injection (rincer de nouveau si nécessaire) pour que les perfusions connectées recoulent. • Après l'enlèvement de la seringue, fermer le robinet par un bouchon stérile.
	III. Suite du soin
	III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance générale du patient (effet / effets secondaires).
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> • Eliminer tout matériel usagé de façon correcte, désinfecter le plateau
	III.3. Pour le soignant
	III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none"> • Cocher l'IVD dans le dossier de soin • Documenter les réactions observées

44. Pose d'un cathéter veineux périphérique

Réalisation de l'activité de soin
I. Préparation Préparer la perfusion <ul style="list-style-type: none">• Idem: Préparation et connexion d'une perfusion sur un cathéter en place
I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none">• Idem: Préparation et connexion d'une perfusion sur un cathéter en place
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">• Lavage et désinfection des mains
I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none">• Protection de lit• Gants non stériles à usage unique• évt. rasoir à usage unique• Antiseptique alcoolique• Garrot• Compresses stériles• Leukofix• Cathéter veineux périphériques (2 tailles différentes)• Matériel pour le pansement (Op-Site, Vecafix, Leukofix...)• Masque• Perfusion préparée avec trousse et extension purgée (ou mandrin obturateur) sur pied à perfusion• Container à objets piquants ou tranchants et plateau décontaminé
I.4. Préparation du bénéficiaire de soin <ul style="list-style-type: none">• Le patient doit être informé au mieux sur le sens, le but et la durée de la thérapie infusionnelle.
II. Exécution (Différentes méthodes) <ul style="list-style-type: none">• Mettre la «présence» (Lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours)• Adapter la hauteur du lit et/ou s'installer sur une chaise• Installer la protection de lit• Au besoin, rasage de l'endroit de ponction• Mettre le garrot, choisir le site de ponction, (évt. relâcher le garrot)• Installer à portée de main la perfusion préparée et un morceau de Leukofix• Désinfection de la peau, désinfection des mains, mettre les gants• Cathétériser la veine: Important →<ul style="list-style-type: none">○ Bien tendre la peau○ Ponctionner rapidement, bien fixer/stabiliser le cathéter○ Quand il y a un reflux veineux: avancer légèrement le cathéter (pour que l'aiguille et la pointe du cathéter se retrouvent entièrement dans la veine), relâcher le garrot, en retenant l'aiguille, continuer à introduire le cathéter sur l'aiguille• Mettre une compresse stérile sous le cathéter• Enlever l'aiguille de ponction, comprimer la veine à hauteur de la pointe du cathéter• Connecter la trousse de la perfusion sur le cathéter, fixer provisoirement (avec le morceau de Leukofix), ensuite contrôler l'écoulement de la perf.• Reprendre le reflux• Faire attention à des signes alarmants: douleurs? Gonflement?• Coller le pansement• Faire une boucle de sécurité et bandager si nécessaire (patients confus, agités)
III. Suite du soin <ul style="list-style-type: none">• Surveillance de la thérapie par perfusion
III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre <ul style="list-style-type: none">• Installer le bds selon ses souhaits, mettre la sonnette à portée de main
III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none">• Eliminer tout matériel usagé de façon correcte, désinfecter le plateau
III.3. Pour le soignant
III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none">• Documenter la pose du cathéter dans le dossier de soin• Cocher la perfusion administrée

45. Enlèvement d'un cathéter veineux périphérique

Réalisation de l'activité de soin
I. Préparation <ul style="list-style-type: none">• En général: enlèvement seulement sur prescription médicale!
I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none">• Nom et chambre du bds, diagnostic, coopération etc.• Indication du cathéter périphérique
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">• Lavage et désinfection des mains
I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none">• Compresses stériles• Antiseptique: Braunol, Isobétadine dermique (à l'exception de personnes souffrant de problèmes thyroïdiens ou allergique à l'iode → Solution à la chlorhexidine comme l'Hibidil)• petit Hansapore ou Leukofix• gants non stériles à usage unique
I.4. Préparation du bénéficiaire de soin <ul style="list-style-type: none">• Information du patient
II. Exécution <ul style="list-style-type: none">• Mettre la "présence" (lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours)• Adapter la hauteur du lit et/ou s'installer sur une chaise• Si présence d'infusion, clamber la tubulure, fermer le compte-goutte• Mettre les gants• Enlever le pansement, appuyer un tampon ou une compresse stérile sur le point de ponction• Retirer le cathéter et inspecter la pointe du cathéter si elle n'est pas défectueuse (si oui, prévenir le médecin, garder le cathéter)• Bien comprimer le point de ponction durant quelques minutes!• Coller un pansement stérile (p.ex. un petit Hansapore ou une compresse stérile fixée avec du Leukofix) et laisser en place au moins une heure.
III. Suite du soin
III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre <ul style="list-style-type: none">• Installer le bds selon ses souhaits, mettre la sonnette à portée de main
III.2. Nachbereitung des Materials <ul style="list-style-type: none">• Eliminer correctement le matériel usagé
III.3. Pour le soignant
III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none">• Inscrire le soin effectué

46. Pansement d'un cathéter veineux central

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

Les patients qui sont porteur d'un cathéter veineux central pendant une plus longue période, sont à considérer comme « diminués » à un certain degré! Leur mobilisation est réduite. Pour beaucoup, leur sommeil est perturbé (parce que la perfusion au cou dérange). Des patients anxieux craignent des complications ou l'arrachement de la voie centrale par leur propre faute ; ils n'osent presque pas bouger. D'autres patients se promènent avec le pied à perfusion, d'autres encore vont manipuler le débit de la perfusion.

Ceci démontre qu'il n'y a pas de règles concernant les soins à ces patients. Les uns ont besoin d'encouragements et de stimulation (par l'information/l'entretien), les autres doivent plutôt être surveillés.

Les soins au point de ponction servent au bien-être général du bds, mais aussi à la prévention d'infections et de complications thrombotiques.

I.1. Recueil de données

- Nom et chambre du bds, diagnostic, coopération etc.
- Information sur la perfusion en cours (Indication, genre de solution, plan horaire, débit, etc...)

I.2. Préparation du soignant

- Lavage et désinfection des mains

I.3. Matériel

- Matériel de base (set de pansement simple)
- Pansement Opsite transparent ou Hansapore/Mepore
- Sparadrap Leukofix ou un morceau de Fixomull pour la boucle de sécurité
- Antiseptique non alcoolique (Attention en présence de patients souffrant de problèmes de la thyroïde ou présentant une allergie à l'iode, ne pas utiliser des antiseptiques contenant de l'iode!)
- NaCl 0,9% (pour un éventuel nettoyage du point de ponction)
- Masque
- évt. ciseaux stériles et compresses stériles

I.4. Préparation du bénéficiaire de soin

- Information du patient
- Installation du patient
 - Assis ou couché
 - évt. protection de lit
- En cas de toux ou de grippe, faire mettre un masque au bds

II. Exécution

- Mettre la "présence" (lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours)
- Adapter la hauteur du lit
- Contrôler l'écoulement libre de la perfusion
- Patient tourne la tête du côté opposé au point de ponction
- Ecrire la date sur le pansement
- Enlever le vieux pansement, le retirer en direction du point de ponction pour éviter de bouger ou d'arracher le cathéter
- Dégraisser la peau et enlever les restes de colle avec du «Remove» si nécessaire (rester à une certaine distance du point de ponction!)
- Observation de la peau autour du point de ponction, si présence de croûtes, nettoyer au NaCl
- Avec une pince:
 - Désinfection de l'entrée du cathéter (point de ponction)
 - Désinfection des fils qui fixent le cathéter, en-dessous du clip et le clip lui-même
 - Désinfection du cathéter sur la longueur couverte par le pansement
 - Désinfection de la surface en-dessous du pansement (**Attention: TOUTE** la surface qui va être couverte par le pansement, doit être désinfectée!)
- Laisser agir l'antiseptique (au moins 1 minute), sécher en-dessous du clip; évt. toute la surface du pansement (pour éviter la macération)
- Lors de marques de compression/d'escarres, couper évt. Avec des ciseaux stériles un morceau de compresse de la taille du clip pour protéger la peau en-dessous.
- Coller le pansement sur la peau et bien le fixer partout

III. Suite du soin

- Fixer le cathéter avec une boucle de sécurité à l'aide du sparadrap Leukofix ou du Fixomull
- Surveillance de la perfusion

III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre

- Réinstaller le bds selon ses souhaits, mettre la sonnette à portée de main

III.2. Rangement du matériel

- Eliminer le matériel usagé selon les règles d'hygiène
- Désinfecter le plateau

III.3. Pour le soignant

III.4. Documentation

- Documenter le soin, cocher le pansement

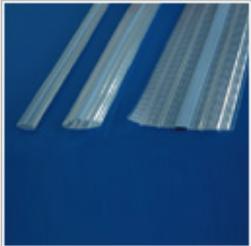
47. Pansement d'une chambre totalement implantable (CTI)

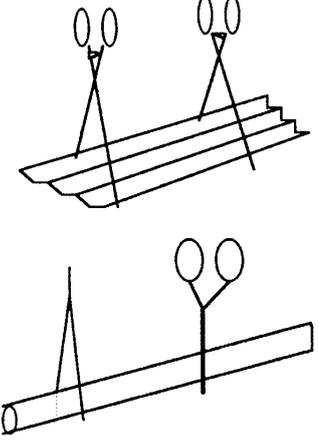
Réalisation de l'activité de soin
<p>I. Préparation</p> <p>En règle générale, il faut refaire le pansement d'un CTI tous les 7 jours. Il doit être refait plus tôt, quand le pansement est mouillé, souillé ne colle plus.</p>
<p>I.1. Recueil de données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nom et chambre du bds, diagnostic, coopération etc. • Indication du CTI • Indication de la perfusion en cours
<p>I.2. Préparation du soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavage et désinfection des mains • Mettre un masque
<p>I.3. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 pansement transparents (Genre : Opsite, IV-3000) • Set à pansement avec champ stérile, tampons et compresses • Evt. une deuxième pince (ou un deuxième set à pansement avec pince) • Evt. des ciseaux stériles ou des compresses incisées • Antiseptique • NaCl 0,9% pour nettoyer des sécrétions etc. • 2 x masque (pour le soignant et le bds) • Remove • Des gants stériles • Solution désinfectante pour les mains • Morceau de Leukofix ou de Fixomull pour la boucle de sécurité
<p>I.4. Préparation du bénéficiaire de soin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information du patient • Installation du patient <ul style="list-style-type: none"> ○ Assis ou couché ○ évt. protection de lit • Faire mettre un masque au bds, lui demander de tourner la tête dans la direction opposée au CTI
<p>II. Exécution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre la «présence» (Lors d'un incident, possibilité d'appeler rapidement des secours) • Adapter la hauteur du lit • Ouvrir le set à pansement avec le champ stérile • Imbiber les tampons d'antiseptique • Jeter de façon aseptique les deux pansements sur le champ • Ajouter évt. les ciseaux stériles • Enlever avec précaution le vieux pansement • Désinfection des mains • Mettre les gants stériles • S'il n'y a pas de compresses incisées, inciser jusqu'au milieu deux compresses avec les ciseaux stériles (on peut cependant aussi travailler avec des compresses pliées au milieu pour mettre en-dessous de l'aiguille) • Dégraisser la peau et enlever les restes de colle avec du «Remove» si nécessaire (rester à une certaine distance du point de ponction!) • Si présence de croûtes, nettoyer avec NaCl • Désinfection au départ de l'aiguille de Huber, largement toute la surface qui va être couverte par le pansement, observer en même temps le point de ponction • Tirer 1 à 2 compresses incisées ou pliées en-dessous de l'aiguille de Huber (Ici, la deuxième pince peut servir !) • Couvrir l'aiguille avec une compresse, pousser avec la pince sur l'aiguille de Huber pour vérifier qu'elle n'a pas bougé et qu'elle est encore bien au fond de la chambre implantable) • Coller les deux pansements transparents sur la compresse et bien couvrir toute la surface au-dessus et autour de la compresse.
<p>III. Suite du soin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixer le cathéter en une boucle de sécurité avec du Leukofix ou du Fixomull • Surveillance de la perfusion
<p>III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laisser le bds enlever le masque • Réinstaller confortablement le bds
<p>III.2. Rangement du matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminer le matériel usagé selon les règles d'hygiène • Désinfecter le plateau ou le chariot de pansement
<p>III.3. Pour le soignant</p>
<p>III.4. Documentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documenter le soin, cocher le pansement du CTI dans le dossier de soin

48. Mesure de la PVC

Réalisation de l'activité de soin
I. Préparation La PVC est mesurée à l'aide d'une VC, qui est connectée par un robinet à trois voies avec une perfusion et une échelle/colonne de graduation.
I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none">Nom et chambre du bds, diagnostic, coopération etc...Indication de la mesure de PVCIndication de la perfusion en cours
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">Lavage et désinfection des mains
I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none">Cathéter veineux central (le bout du cathéter doit se trouver dans la veine cave supérieur, porche de l'oreillette droite = zéro interne)Robinet à trois voies (à l'aide de ce robinet la connexion patient - perfusion en cours peut être interrompue et la connexion patient - colonne de mesure peut être réalisée.)Set PVC (Médifix), qui doit être changé après 72 heuresPerfusion: 100 ml NaCl 0,9 % (changer également après 72 heures!)Colonne de mesure: graduée en cm H₂ODeuxième pied à perfusion (il est plus facile d'installer la PVC à un deuxième pied à perfusion)Antiseptique alcooliqueCompresse stériles <p>Remarque: Lors d'une première mesure de la PVC, le système sera connecté de façon <u>aseptique</u>, si nécessaire à l'aide de compresses stériles et d'un désinfectant alcoolique.</p>
I.4. Préparation du bénéficiaire de soin <ul style="list-style-type: none">Information du patientInstallation du patient en décubitus dorsal (à plat), sans coussin, abaisser le lit au maximum
II. Exécution 1) Connexion du système: <ul style="list-style-type: none">Fixer l'échelle de mesure au pied à perfusion avec deux élastiques.Accrocher le Set PVC (comme un T inversé) au pied à perfusion, Filtre vers le haut.Fixer la tubulure avec le filtre dans la rainure de la colonne de mesure jusqu'au robinet à trois voies du set Médifix.Le bout "patient" de la tubulure du set PVC sera connecté au robinet à trois voies du patient le plus près. 2) Détermination du zéro de référence externe: <ul style="list-style-type: none">Patient en décubitus dorsal à plat: le zéro de la colonne de mesure doit se trouver au niveau de l'oreillette droite → Comment trouver la situation de l'oreillette droite? A l'aide de la "Thoraxschublehre" ou bien la division du diamètre thoracale en morceaux de 2/5 et 3/5 à partir du haut. La détermination du zéro de référence à l'aide de la "Thoraxschublehre" est plus précise.Pour ne pas recommencer à chaque mesure la recherche du zéro de référence externe, on peut marquer la peau du bds avec un feutre indélébile à la bonne hauteur (ou bien le faire sur un morceau de sparadrap que l'on colle sur la peau). 3) Le système est purgé de l'air: <p>Il ne faut pas avoir de bulles d'air entre le bout du cathéter de voie centrale près de l'oreillette droite et la perfusion allant vers le patient. Sinon la valeur obtenue de la PVC sera faussée. Pour purger, le robinet à trois voies est fermé vers la colonne de mesure.</p> 4) Remplir la colonne de mesure avec de l'eau: <p>Pour cela, la perfusion de NaCl va être connectée avec la colonne de mesure par le robinet à trois voies. Celui-ci est fermé vers le patient. La colonne de mesure doit être remplie avec au moins 20 à 30 cm d'eau.</p> 5) Mesure de la PVC: <p>Le robinet à trois voies sera ouvert vers le patient et vers la colonne de mesure. L'eau dans la colonne va tomber à un certain un certain niveau. A ce niveau, l'eau va décrire des oscillations dont l'amplitude varie avec la respiration. La valeur de la PVC peut être lue à ce moment.</p> <p>Attention: La PVC ne doit pas absolument être mesurée auprès d'un patient en décubitus dorsal à plat. Il est cependant important que la mesure de la PVC se fasse toujours sous les mêmes conditions, c-à-d. le patient se trouve dans la même position, au calme, sans faire d'efforts (le patient devrait se reposer une demi-heure au lit avant la prise de la PVC) Avant la mesure, le cathéter devrait être bien rincé avec du NaCl. Lors de la mesure de la PVC, toutes les autres perfusions devraient être stoppées.</p>
III. Suite du soin <ul style="list-style-type: none">Après la mesure, le patient doit de nouveau être connecté aux perfusions en cours et leur écoulement devra être surveillé.
III.1. Pour le BDS / Rangement de la chambre <ul style="list-style-type: none">Réinstaller le patient confortablement
III.2. Rangement du matériel
III.3. Pour le soignant
III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none">Documenter le soin, inscrire la valeur de la PVC dans le dossier de soin et en cas de besoin, avvertir le médecin

49. Pansement avec raccourcissement ou enlèvement de drain et pose d'une poche de drainage

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	<p>I. Préparation</p> <p>I.1. Recueil de données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Type de plaie? Jour post-op? Irritation de la peau? • Type de drainage? Fixation du drain? • Le drain a-t-il déjà été mobilisé? • Observations documentées jusqu'à ce jour: état du site d'insertion du drain, quantité et aspect des sécrétions, réactions du BDS? • Ecoulement des sécrétions dans un pansement absorbant ou dans une poche (système 1 ou 2 pièces?) • Prescription médicale ou protocole <ul style="list-style-type: none"> ○ Faut-il mettre le drain en culture? ○ De combien de cm faut-il mobiliser le drain?
	<p>I.2. Préparation du soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains
	<p>I.3. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • matériel de base pour soin de plaie aseptique • stitch-cutter + gant stérile à usage unique • pince anatomique ou Kocher supplémentaire • évt. bassin réniforme pour la poche qu'on enlève • évt. cotons tige stériles • protection de lit <p>Pour mobilisation du drain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ou bien ciseaux stériles, compresses supplémentaires (ou compresses fendues) + compresse absorbante, ou bien poche de drainage stérile • évt. gant stérile (pour préparer la nouvelle poche) • évt. pâte de protection pour le peau (type Stomahésive®) + spatule stérile <p>Pour mise en culture du drain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciseaux stériles • bouillon de culture ou tube de prélèvement stérile
	<p>I.4. Préparation du bénéficiaire de soins</p>
	<p>II. Exécution</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principes de manutention: adapter la hauteur du lit. • Préparer le set et le matériel supplémentaire, mettre la protection de lit. • Enlever la poche en tenant la peau, et fixer le drain le plus tôt possible avec une pince (pince 1). Cette pince sera déposée au bord du champ stéril. • Coller les bords de la poche et déposer celle-ci dans le BR (pour mesurer les sécrétions plus tard). • Nettoyer puis désinfecter le pourtour du drain/lamelle (de l'extérieur vers l'intérieur en cas de plaies septiques) • Evt. nettoyer les lamelles ou l'intérieur du drain avec des cotons tige stériles. • Mettre le gant stérile et couper le fil avec le stitch-cutter. <p>Pour mobiliser le drain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tirer le drain de 1-3 cm (selon ordonnance) avec la pince 1, en fixant la peau avec le gant stérile + une compresse stérile. • Reposer la pince au bord du champ. • Prendre l'épingle de sécurité stérile du champ avec la pince Kocher et la prendre avec la main stérile. • Tenir le drain avec la pince 1 et percer avec l'épingle de sécurité. • Couper le drain avec les ciseaux stériles. • Désinfecter encore une fois le pourtour et le drain. • Couper une compresse (si nécessaire) avec des ciseaux stériles et mettre autour du drain/lamelle et fermer le pansement avec une compresse absorbante. <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparer la peau avec une solution dégraissante (Skin-Prep® ou autres). • Coller la nouvelle poche (éviter les plis!); veiller à ce que l'ouverture pour le drain soit la plus étroite possible, pour protéger la peau autour du drain; on peut protéger la peau avec une pâte protectrice hydrocolloïde; la 2e pince ou la Kocher peuvent être utilisées pour rentrer le drain désinfecté dans la poche. <p>Lors de l'ablation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ablation du drain / de la lamelle se fait comme celle d'un drain redon, sauf qu'il faut fixer la peau avec la main entière (portant un gant stérile). • Dans certains cas le drain ou la lamelle est remplacée par un autre drain/lamelle ou par une mèche (sur ordonnance médicale); dans ces cas il faut prendre le drain avec 2 pinces et l'introduire dans la plaie, jusqu'à 1-2 cm du fond de la plaie (comparer avec la lamelle enlevée). La lamelle doit être coupée en

	<p>rondeur et introduite en la comprimant; en outre elle devrait être un peu plus étroite que la précédente. Puis fixation du drain/lamelle avec l'aiguille de sécurité.</p> <p>Si mise en culture du drain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à une 2e personne de couper le bout du drain avec des ciseaux stériles et de le mettre dans le récipient stérile sans rien toucher. • Mettre une compresse absorbante et fermer le pansement.
	<p>III. Suite du soin</p>
	<p>III.1 Pour le BDS / rangement de la chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idem soin de plaie aseptique
	<p>III.2. Rangement du matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesurer les sécrétions drainées
	<p>III.3. Pour le soignant</p>
	<p>III.4. Documentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noter le soin réalisé dans le dossier du patient: <ul style="list-style-type: none"> ○ mobilisation (longueur?) ou ablation du drain / de la lamelle ○ quantité de sécrétions drainées ○ aspect de la plaie et du site d'insertion du drain

50. Pansement avec méchage et irrigation d'une plaie

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	<p>Remarque relative à l'hygiène hospitalière: La peau autour d'une mèche est constamment en contact avec les sécrétions drainées et ainsi il existe un milieu humide autour de la plaie et donc le risque de contamination est très élevé. De ce fait, toute plaie avec mèche est à considérer comme potentiellement contaminée, même s'il n'y a pas encore une infection déclarée.</p>
	<p>I. Préparation</p>
	<p>I.1. Recueil de données</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Type de plaie? Jour post-op? Irritations de la peau? ▪ Longueur et largeur de la mèche? Sèche ou imbibée (avec quoi)? ▪ Diamètre et trajectoire de la plaie? ▪ Observations (plaie, sécrétions), plaintes du bds?
	<p>I.2. Préparation du soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavage des mains et désinfection
<p>Mèche iodoforme</p>  <p>L'emballage individuel dans un récipient fermé permet de maintenir la mèche propre pendant le stockage.</p>	<p>I.3. Matériel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ idem matériel pour soin de plaie aseptique ▪ mèche; dans une boîte (alors + ciseaux stériles) ou emballée séparément, stérilement ▪ NaCl 0,9% comme liquide de nettoyage ▪ pince de réserve ▪ pince Kocher stérile ▪ stylet ou sonde boutonnée ▪ 2e pince Kocher stérile au cas où aucun stylet ou sonde boutonnée n'est disponible ▪ seringue pour humidifier si la mèche colle ▪ compresse absorbante (Mesorb®) + compresses + Fixomull ▪ bassin réniforme, protection de lit <p><i>S'il faut imbiber la mèche (1) ou réaliser un rinçage de la plaie (2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cupule (récipient stérile) (1) + (2) ▪ cathéter d'irrigation (p.ex. veinule ou sonde pour sondage unique chez la femme) (2) ▪ seringue 20 ml + aiguille (2)
	<p>I.4. Préparation du bénéficiaire de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Installer le BDS confortablement
	<p>II. Exécution (différentes méthodes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect des principes de manutention: adapter la hauteur du lit. ▪ Préparer le set et le matériel supplémentaire, mettre protection de lit. ▪ Si la mèche est dans une boîte, tenir la boîte à l'envers, tirer 3-4 cm de la mèche, couper le plus près de la boîte avec des ciseaux stériles et jeter le bout coupé. Ensuite enrouler la longueur de mèche nécessaire (2x la longueur de la trajectoire de la plaie ou comme l'ancienne mèche) avec la 2e pince sur la pince Kocher, couper avec des ciseaux stériles et mettre sur le set. ▪ Après ouverture du pansement, enlever la mèche souillée (avec pince du set, à éliminer ensuite) et observer la plaie. ▪ Nettoyer la plaie (avec NaCl 0,9%); essayer de faire sortir les sécrétions de la plaie en exerçant une légère pression autour de l'orifice. ▪ Rinçage de la plaie: introduire la seringue avec le cathéter de rinçage et injecter le liquide sous une légère pression. Récolter le liquide sortant avec un BR et la protection du lit. ▪ Surveiller le liquide de rinçage et répéter jusqu'à ce que le liquide sortant soit clair. ▪ Sécher et désinfecter la plaie. ▪ Explorer la trajectoire de la plaie avec un stylet, une sonde boutonnée ou un cathéter (profondeur, direction); ne pas exercer de force pour éviter de provoquer une fausse trajectoire!! ▪ Introduire la mèche (sèche ou imbibée), sans la tasser, à l'aide d'un stylet ou une sonde boutonnée: ne pas en mettre trop afin d'éviter une tamponnade et laisser sortir 2 cm de la plaie. Mettre une compresse en dessous du bout de mèche qui sort afin d'éviter des irritations de la peau. ▪ Couvrir avec une compresse absorbante + pansement adhésif.
	<p>III. Suite du soin</p>
	<p>III.1 Pour le BDS / rangement de la chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ idem pst de plaie aseptique
	<p>III.2. Rangement du matériel</p>
	<p>III.3. Pour le soignant</p>
	<p>III.4. Documentation: Noter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l'évolution de la plaie: décrire dimension, profondeur, couleur, odeur, pourtour... ○ l'aspect des sécrétions (couleur, odeur...) ○ la longueur de la mèche introduite ○ le cas échéant, les réactions du patient: douleurs lors du soin?

51. Pansement de la gastrostomie percutanée

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none"> - Si le site de ponction cicatrise sans complications, le pansement est changé 2-3 fois par semaine à partir de la 2^e semaine postopératoire.
	I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène des mains
	I.3. Matériel (seulement matériel spécifique à pour gastrostomie) <ul style="list-style-type: none"> - gants à usage unique stériles - compresse fendue stérile ou <ul style="list-style-type: none"> - compresses 10x10 + ciseaux stériles
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins <ul style="list-style-type: none"> - installation sur le dos avec la paroi abdominale détendue
	II. Exécution
 <p>Pflege heute, 3. Aufl., © Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München</p> <p>Pflege heute, 3. Aufl., © Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mettre des gants à usage unique non stériles - enlever le pansement - noter le chiffre de la marque au niveau du site d'introduction - ouvrir le clamp au niveau de la plaque de fixation en le soulevant et enlever la sonde du guide. Puis détacher et retirer la plaque de fixation. - surveiller le site de ponction (rougeur, sécrétions...) - éliminer les gants à usage unique, désinfection des mains - désinfecter la peau autour du site de ponction, la face inférieure de la plaque de fixation ainsi que la tubulure de la sonde (avec une pince stérile) - mettre des gants stériles pour la technique suivante: - Dès que la gastrostomie est bien cicatrisée, mobiliser la sonde en l'introduisant de 3-4 cm (dans l'estomac) et tourner de 180°. Ceci empêche l'incrustation de la plaque de fixation dans la paroi gastrique interne (Buried-bumper-Syndrom). - mettre la compresse fendue - Repositionner la sonde en la retirant jusqu'à voir la marque retenue puis avancer la plaque de fixation sur la compresse fendue, mettre la sonde dans le guide et fermer le clamp. Eviter d'exercer une traction importante sur la sonde car ceci pourrait favoriser des nécroses dues à la pression. Laisser environ 5-10 mm d'espace entre la plaque de fixation et la peau. - Couvrir la plaque de fixation et la sonde avec une compresse et fixer avec un sparadrap (p.ex. Fixomull). - Une sonde qui n'est pas utilisée pour l'alimentation actuellement, peut être enroulée sur la compresse fendue et couverte d'une compresse et fixée en dessous du sparadrap.
	III. Suite du soin
	III.1 Pour le bds / Rangement de la chambre
	III.2. Rangement du matériel
	III.3. Pour le soignant
	III.4. Documentation

52. Pose d'une sonde nasogastrique

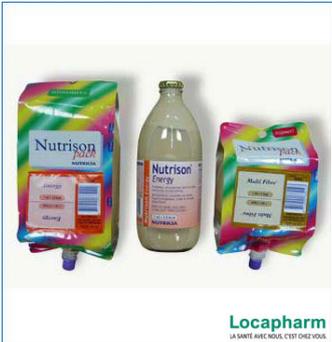
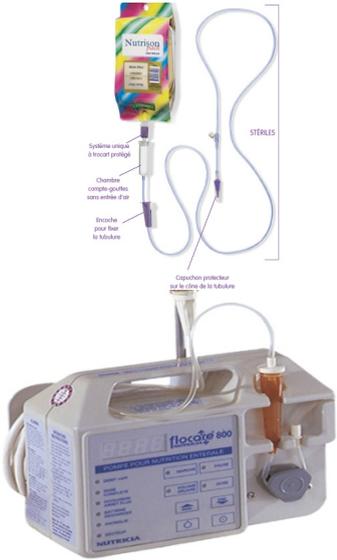
Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	<p>I. Préparation</p> <p>I.1. Recueil de données</p> <ul style="list-style-type: none"> - indication de la sonde gastrique (pour alimenter, pour drainer des sécrétions) - quelle charrière? - le bds a-t-il une déviation anatomique du nez (une fracture du nez ou une déviation de la cloison nasale...)? - est-ce qu'il a un risque d'épistaxis? - est-ce qu'il n'y a pas de varices œsophagiennes? (en cas de maladie hépatique) - quel est l'état de conscience du bds? est-il coopératif, anxieux, agité...?
	<p>I.2. Préparation du soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> - hygiène des mains <p>I.3. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - sonde gastrique (type et charrière selon indication) - xylocaïne gel 2% ou eau du robinet (lubrifiant) - compresses non stériles - 2 gants à usage unique (autoprotection) - protège patient, (p.ex. papier cellulose pour protéger le patient car risque de vomissements) - bassin réniforme - seringue de 50ml (pour injecter de l'air ou pour aspirer le suc gastrique) - stéthoscope (pour ausculter afin de contrôler la position de la sonde) - papier indicateur du pH (pour vérifier si on est bien dans l'estomac = acide) - Skin-Prep ou "Wundbenzin" (pour dégraisser la peau) - ciseaux et sparadrap hypoallergénique (Leukofix, Fixomull) - mouchoir, coton tige, NaCl 0,9% (pour le soin du nez) - évt. un verre d'eau - autre matériel (selon indication): bouchon, clamp (ou pince Kocher armée), sac récolteur, fixation pour le sac, appareil d'aspiration, poche avec le soluté de nutrition, nutripompe...
	<p>I.4. Préparation du bénéficiaire de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - information exacte du bds: quoi? comment? pourquoi? - demander au bds de coopérer - enlever le dentier le cas échéant - nettoyer le nez; faire un soin de nez si le bds est incapable de se moucher; dégraisser le nez avec du Skin-Prep (ou du "Wundbenzin") - installer le bds: position (semi-)assise si l'état de conscience est normal sinon position latérale
	<p>II. Exécution (différentes méthodes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - protection du dos: remonter le lit à sa hauteur - protection du lit, mettre le bassin réniforme et le papier cellulose à portée de main - couper le sparadrap - préparer une compresse avec xylocaïne gel - ouvrir l'emballage de la sonde - mesurer la longueur à introduire (nez – oreille – pointe inférieure du sternum) - mettre les gants - prendre la sonde dans la main dominante et appliquer le xylcoïne gel sur la pointe (5-10 cm) avec l'autre main <p><u>Introduction de la sonde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le bds tient la tête droite - La sonde lubrifiée est introduite horizontalement (parallèlement) par la narine choisie, jusqu'à ce qu'on sente une résistance (= choanes) - puis on fait un mouvement avec la sonde pour la plier afin de traverser les choanes - introduire la sonde un peu plus loin, puis demander au patient de déglutir (avaler) (en tenant la tête légèrement pliée vers l'avant): lors de la déglutition l'épiglotte se ferme -> veiller à ce que la sonde ne s'enroule pas dans la cavité buccale! - puis introduire la sonde jusqu'à la marque souhaitée (normalement entre II et III) - observer le patient (si toux ou cyanose importante -> retirer la sonde, car probablement mauvaise position) - contrôler la position de la sonde

	<ul style="list-style-type: none"> - fixer la sonde (au nez) - clamber la sonde ou connecter le sac récolteur (mettre en dessous du niveau moyen du patient), ou...
	III. Suite du soin
	III.1 Pour le bds / Rangement de la chambre
	<ul style="list-style-type: none"> - réinstaller le bds
	III.2. Rangement du matériel
	III.3. Pour le soignant
	<ul style="list-style-type: none"> - hygiène des mains
	III.4. Documentation
	<ul style="list-style-type: none"> - date, type, charrière... - réactions de la personne - dans la suite: quantité drainée, aspect des sécrétions...

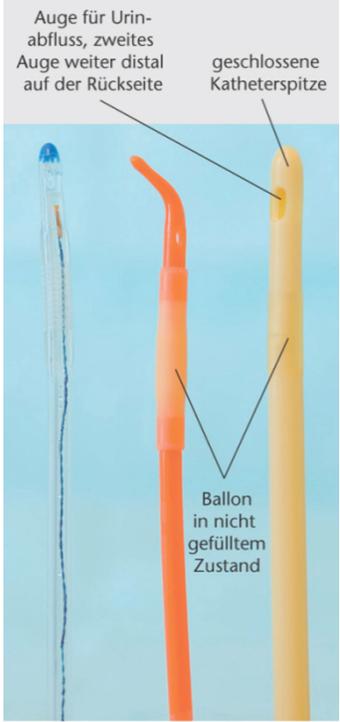
53. Ablation de la sonde nasogastrique

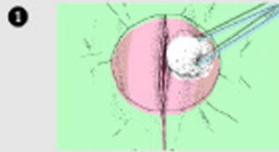
Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données
	<ul style="list-style-type: none"> - s'assurer de la prescription médicale
	I.2. Préparation du soignant
	<ul style="list-style-type: none"> - hygiène des mains
	I.3. Matériel
	<ul style="list-style-type: none"> - gants à usage unique non stériles - pince Kocher armée - papier cellulose ou compresses - bassin réniforme - sac poubelle - remove ou "Wundbenzin" - matériel pour le soin du nez
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins
	<ul style="list-style-type: none"> - informer le bds - position semi-assise ou latérale (diminue le risque d'aspiration)
	II. Exécution (différentes méthodes)
	<ul style="list-style-type: none"> - clamber la sonde - déposer le sac récolteur immédiatement dans le sac poubelle - enlever le sparadrap de fixation - mettre les gants à usage unique - tenir une compresse ou du papier cellulose au niveau de la narine (pour tamponner immédiatement d'éventuelles sécrétions) - retirer la sonde sans hésitation avec la main dominante - si la personne régurgite -> faire une pause
	III. Suite du soin
	III.1 Pour le bds / Rangement de la chambre
	<ul style="list-style-type: none"> - donner l'occasion au bds de se moucher et de rincer la bouche - enlever les restes de sparadrap avec du Remove ou du "Wundbenzin"
	III.2. Rangement du matériel
	III.3. Pour le soignant
	<ul style="list-style-type: none"> - hygiène des mains
	III.4. Documentation
	<ul style="list-style-type: none"> - noter l'ablation dans le dossier du patient (+ évt. aspect et quantité des sécrétions)

54. Administration de la nutrition entérale par sonde nasogastrique ou par gastrostomie

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	<p>I. Préparation</p> <p>I.1. Recueil de données</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescription médicale (soluté de nutrition: type, quantité...) - mode d'administration (en continue? par pompe? en intermittence?) - mode d'emploi des diètes industrielles - abord gastrique (sonde nasogastrique, gastrostomie...) - autonomie voire degré de dépendance du bds - administration simultanée de médicaments par la sonde? (respecter le mode d'emploi)
	<p>I.2. Préparation du soignant: hygiène des mains</p> <p>I.3. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - papier cellulose - tout pour le soin de bouche - soluté de nutrition, seringue de 50 ou 100 ml - ou une bouteille voire une poche avec une trousse - matériel pour contrôler la position de la sonde - thé ou eau pour rincer après l'administration - bouchon pour fermer la sonde - évt. médicaments écrasés (respecter le mode d'emploi) - évt. pompe de nutrition - préparer le soluté de nutrition selon le mode d'emploi, p.ex. bien agiter la bouteille, diluer la poudre ou chauffer au bain marie à environ 30 °C
	<p>I.4. Préparation du bénéficiaire de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - informer le bds et le laisser s'installer dans une position confortable, de préférence en position assise (bds inconscients de préférence en position semi-assise) - faire le soin de bouche (au moins 3 x / jour) - protéger les bds conscients par une serviette
	<p>II. Exécution (différentes méthodes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier la position de la sonde (en injectant de l'air et en auscultant avec le stéthoscope). - Vérifier la vidange gastrique en aspirant le résidu gastrique (restes de la dernière administration). Si on aspire plus que 100 ml c'est un indice pour un trouble de la vidange gastrique (informer le médecin pour se concerter sur la conduite à tenir). - Administrer la nutrition en évitant d'injecter de l'air (car ceci pourrait provoquer des ballonnements) <p><u>En cas d'administration d'un bolus par seringue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aspirer la sonde dans la seringue et injecter lentement dans la sonde - observer le patient en permanence <p><u>Administration par gravité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Connecter une trousse spécifique à la poche du soluté et régler le débit de manière à administrer la portion en 15 - 20 minutes. Contrôler la vitesse d'administration plusieurs fois. <p><u>Administration par pompe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Connecter une trousse spécifique (pour pompe) au flacon ou à la poche du soluté, faire le vide d'air et poser la trousse dans la pompe. Puis connecter la trousse à la sonde gastrique, régler le débit prescrit et allumer la pompe. - Rincer avec 10-50 ml d'eau ou de thé non sucré pour éviter l'obstruction de la sonde. Eviter d'utiliser des boissons sucrées pour rincer la sonde (risque que cela colle), des jus ou thés de fruits (risque d'incompatibilité avec le soluté de nutrition à cause des acides).
	<p>III. Suite du soin</p> <p>III.1 Pour le bds / Rangement de la chambre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour prévenir le risque d'aspiration, laisser le patient au moins 30 minutes dans la position assise ou semi-assise ; observer les réactions d'intolérance éventuelles du patient. - Surveiller la fixation de la sonde: 🧠 La trousse doit être changée toutes les 24 heures pour prévenir le risque d'infection.
	<p>III.2. Rangement du matériel</p>
	<p>III.3. Pour le soignant: hygiène des mains</p>
	<p>III.4. Documentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - administration de la nutrition entérale (type, quantité...) - réactions du bds à la nutrition - observation de la peau et des muqueuses

55. Sondage urinaire transurétral

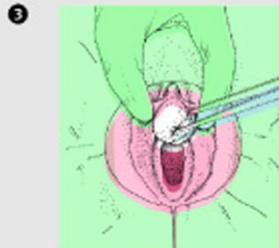
Illustrations	Réalisation de l'activité des soins
	<p>I. Préparation</p> <p>I.1. Recueil de données Informations concernant le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - identité (nom, chambre, lit) - sexe - poids (BMI) - indication du sondage de la vessie - capacité de coopération (mobilité, orientation...) - langue parlée - informations au sujet des protocoles de soins de l'institution - standards hygiéniques - matériel à disposition (set à sondage, cathéter urinaire...)
	<p>I.2. Préparation du soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> - hygiène des mains
 <p>Auge für Urin-abfluss, zweites Auge weiter distal auf der Rückseite</p> <p>geschlossene Katheterspitze</p> <p>Ballon in nicht gefülltem Zustand</p> <p><small>Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland.</small></p> <p>Sonde Nelaton Ch. 12, avec unité de mesure de la température intégrée (à gauche), Sonde Tiemann, Ch. 12, (milieu) et Sonde Nelaton Ch.16 (à droite).</p>	<p>I.3. Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> - matériel lavage pour les soins d'hygiène intime (chez des personnes dépendantes) - 1 sachet de poubelle - 1 haricot - produit de désinfection pour surfaces (Meliseptol, Anios) - produits de désinfection pour les mains (Stérilium...) - antiseptique pour muqueuses (Braunol, Hibidil, Isobétadine gynéco, Octénisept) - 1 masque (si prévu dans le protocole hospitalier) - 1 champ stérile - 1 champ stérile trouée/avec fenêtre si disponible - 1 pair de gants stériles (taille adaptée) - 6 tampons stériles, 1 compresse stérile (5 tampons, 3 compresses) - 1 godet stérile pour mettre le désinfectant pour les muqueuses - 1à2 pinces stériles - Instillagel ® (avec Xylocaïne): lubrifiant, antiseptique et anesthésiant - 1 cathéter vésical emballé stérilement (taille adaptée) + 1 cathéter de réserve - 1 sachet collecteur d'urines emballé stérilement - 1 collecteur (bac) d'urine 500ml (si prévu dans le set à sondage) - seringue(s) avec NaCl 0,9% ou Aqua dest. (quantité qui est indiquée sur le ballon du cathéter ou comme le Dr le demande). Ce matériel peut aussi être présent dans le set à sondage. - 1 crochet pour accrocher le sac à urines au lit (s'il n'est pas déjà disponible au sac ou au lit) - 1 système de fixation de la sonde <p>Remarque: Dans différentes institutions ou services existent des sets à sondage. Sinon un set à pansement peut servir comme base et peut être complété avec le matériel nécessaire. Mieux vaut prendre du matériel stérile de réserve avec dans la chambre afin d'éviter des allers-retours.</p>
	<p>I.4 Préparation du bénéficiaire de soins Informer celui-ci au sujet de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'indication du sondage vésical - le déroulement du soin - le temps que la sonde urinaire va rester en place - les règles à respecter dans le cadre de la prévention de l'infection après le sondage - l'importance d'exécuter un soin d'hygiène intime correcte <ul style="list-style-type: none"> o chez la femme: laver direction vulve-rectum o chez l'homme: décalotter le prépuce - chez des patients dépendants, faire un soin d'hygiène correcte
	<p>II. Exécution</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - prévoir un paravent / tirer le rideau - respecter les principes de la manutention : mettre le lit à bonne hauteur



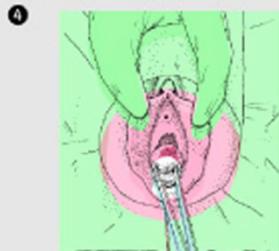
1 Große Schamlippen mit je einem Tupfer von der Symphyse zum Anus desinfizieren.



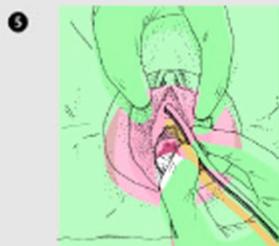
2 Große Schamlippen mit einer Hand spreizen, dann kleine Schamlippen ...



3 ... sowie Harnröhrenöffnung mit je einem Tupfer desinfizieren.



4 Den sechsten Tupfer vor die Öffnung der Vagina legen.



5 Katheter von der Arbeitsfläche nehmen und in die Blase schieben.

Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland

- installer le chariot avec le matériel de façon à tourner le dos au bénéficiaire de soins (unique soin fait de cette façon), désinfecter le plan de travail avec le produit attitré, si cela n'a pas encore été fait
- mettre le masque (si prévu dans la procédure)
- désinfection des mains
- ouvrir le champ stérile et ajouter le matériel supplémentaire:
 - Instillagel®
 - sonde vésicale
 - sac à urine stérile
 - remplir le godet avec le désinfectant pour muqueuses
- si NaCl 0,9% ou aqua dest. ne sont pas prévus dans le set à sondage, mettre une seringue avec NaCl 0,9% à portée des mains
- découvrir la partie inférieure du corps
- mettre les gants stériles
- selon le set prévu, distribuer le matériel stérile: compresses (tampons), pince stérile, champ troué stérile, récipient collecteur d'urine 500ml
- si NaCl 0,9% ou Aqua stérile est dans le champ, l'aspirer dans une seringue stérile et poser la seringue sur le champ stérile à portée des mains
- enlever le cathéter de son emballage stérile et y connecter le sac à urine stérile. Poser le système fermé dans le champ stérile
- mettre un peu de gel lubrifiant sur une compresse stérile et lubrifier le bout de la sonde

CHEZ LA FEMME

installer la bds avant d'ouvrir le champ stérile:

- position dorsale (si pas de contre-indication), jambes écartées
- évtl. glisser un bassin ou un coussin sous le siège
- position latérale → alternative chez des personnes très obèses (sondage par derrière)

Phase stérile avec gants stériles:

Si disponible, poser le champ stérile troué sur la personne en laissant la partie intime accessible. Veiller à la stérilité des gants!!!

Mettre le gobelet avec les tampons imbibés dans le lit sur le champ stérile, entre les jambes du bds. Prendre la pince stérile (dans le champ) avec la main dominante et désinfecter les parties génitales externes ; chaque tampon n'est employé qu'une fois. Si disponible, jeter les tampons employés dans le haricot.

Chronologie de la désinfection:

- tampon 1: grande lèvre distale
- tampon 2: grande lèvre proximale
- ensuite écarter les grandes lèvres avec la main non-dominante (depuis lors, ce gant n'est plus stérile)**
- tampon 3: petite lèvre distale
- tampon 4: petite lèvre proximale
- tampon 5: entrée de l'urètre
- tampon 6: mettre devant l'entrée du vagin

Jeter la pince utilisée pour la désinfection.

Garder les lèvres écartées (ne pas lâcher la main non-dominante).

Si disponible, prendre le récipient avec la sonde vésicale et le sac à urines stériles avec la main dominante et déposer sur le champ stérile.

Sinon, saisir la sonde urinaire avec la main dominante et laisser pendre le sachet collecteur des urines.

Introduire la sonde avec un mouvement rotatoire d'environ 3 à 4 cm dans l'urètre. Pour localiser le méat, on peut demander à la personne de presser comme pour déféquer.

En introduisant, veiller à ne pas toucher la peau ou les muqueuses de la personne avec le gant ou la sonde stérile!

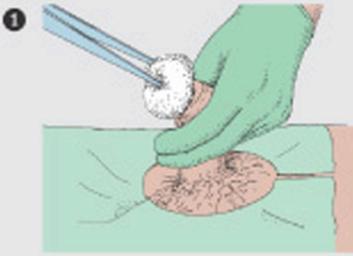
Si les urines sont visibles dans le cathéter, introduire le cathéter encore 2 cm de plus.

Maintenir la sonde avec la main stérile et remplir le ballon avec la quantité de NaCl 0,9% ou d'Aqua stérile prévue dans la seringue.

Tirer légèrement (délicatement) sur la sonde urinaire qui devrait ressortir un peu.

Fixer le sac à urines au crochet.

CHEZ L'HOMME



Glans penis desinfizieren.



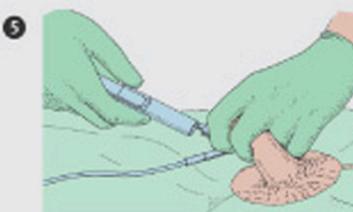
Anästhesierendes Gleitgel auf Harnröhrenmündung geben.



Gleitgel vorsichtig in die Harnröhre spritzen.



Katheter vorsichtig einführen.



Beim Dauerkatheter Ballon blocken.

Copyright © 2007 Elsevier GmbH, Deutschland.

installer le bds:

- position dorsale, légèrement surélevée, jambes étendues
- si on sonde sans champ stérile avec fenêtre, mettre alors une protection de lit sous les fesses et poser le haricot entre les jambes

Installer le plan de travail de manière à ce qu'on puisse facilement atteindre le matériel avec la main dominante sans tordre le dos (p.ex. mettre le clapet de la table de nuit au-dessus des jambes du bds)
désinfection des mains

Phase stérile avec gants stériles:

Décalotter le prépuce déjà pendant la toilette intime.

Tenir le gland avec une compresse stérile (ou avec un gant stérile) dans la main non-dominante et tenir verticalement.

Désinfecter avec 3-4 tampons tenus par une pince stérile (dans la main dominante), chaque fois du méat vers le bas du gland.

Désinfecter le méat avec le 4^{ème} ou 5^{ème} tampon.

Jeter la pince après la désinfection.

Mettre l'Instillagel® stérile: d'abord quelques gouttes sur l'entrée de l'urètre ensuite introduire doucement l'embout de la seringue dans le méat et injecter (2-3 ml), respecter 3-5 minutes pour que l'anesthésie locale puisse agir!

Fermer le méat afin d'éviter que le gel ressorte.

Si disponible, prendre avec la main dominante le récipient stérile avec la sonde urinaire et le sac à urines du champ stérile. Sinon prendre la sonde urinaire dans la main dominante et laisser pendre le sac à urines

Un étirement maximal du pénis favorise le sondage!

Introduire la sonde avec un mouvement rotatoire jusqu'à ce que l'urine s'écoule, ensuite introduire encore 1 cm.

En aucun cas employer de la force lors du sondage!

En cas de résistance, baisser le pénis légèrement ou tourner légèrement le bout du cathéter.

Tenir la sonde avec la main stérile et remplir le ballon avec du NaCl 0,9% ou Aqua stérile.

Tirer légèrement (délicatement) sur la sonde urinaire.

NB. Après le sondage ne pas oublier de remettre le prépuce (sinon danger de paraphimose)!

	III. Suite du soin
	III.1. Pour le BDS / de la chambre <ul style="list-style-type: none"> - enlever le matériel entre les jambes du BDS - installer le BDS confortablement - fixer la sonde avec un sparadrap à la cuisse (éviter de tirer dessus) - contrôler la quantité d'urines. Ne pas laisser s'écouler plus que 500 ml en une fois (clamper entre-temps), car risque de réflexe vagal et d'hémorragie - éducation du BDS concernant l'habillement avec la sonde et la manipulation correcte de la sonde et du système récolteur d'urines - conseiller au BDS de boire > 2 l/jour (sauf contre-indications)
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> - éliminer les déchets - ranger le matériel restant
	III.3. Pour le soignant <ul style="list-style-type: none"> - hygiène des mains
	III.4. Documentation inscrire le sondage vésical dans le dossier des soins: <ul style="list-style-type: none"> - date - type de sonde - charrière - volume de liquide dans le ballon - noter les réactions du BDS (transmissions ciblées) - documenter les jours suivants: diurèse, COQA

56. Lavage vésical

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	<p>I. Préparation</p> <p>I.1. Recueil de données informations concernant le patient: – identité (nom, chambre, lit) – capacité de coopération (mobilité, orientation...) – langue indication du lavage vésical informations sur les protocoles de soins de l'institution – standards hygiéniques – matériel à disposition (Uro-Tainer®...)</p>
	<p>I.2. Préparation du soignant – hygiène des mains</p>
 <p>Uro-Tainer®</p>	<p>I.3. Matériel 1 sachet pour déchets et 1 haricot/bassin réniforme gants non stériles produit de désinfection pour surfaces (Meliseptol, Anios...) produits de désinfection pour les mains (Stérilium...) antiseptique alcoolique (Braunoderm ou Hibitane) compresses stériles solution de lavage (p.ex. Purisol®) + système de transition (trousse) + dispositif de suspension OU Uro-Tainer® OU seringue 50 ml avec embout Luer-Lock / seringue gastrique cupule stérile ou haricot stérile solution de lavage (NaCl 0,9%) sac à urines</p>
	<p>I.4 Préparation du bénéficiaire de soins informer le BDS au sujet de: – l'indication du lavage – la réalisation (sensations possibles)</p>
	<p>II. Exécution prévoir un paravent / tirer le rideau respect des principes de manutention: mettre le lit à bonne hauteur installer le patient confortablement désinfecter le plan de travail ou installer le chariot à pansement désinfecter les mains mettre des gants à usage unique, non stériles <u>mise en place d'un dispositif de lavage en continu</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • connecter la trousse au récipient avec Purisol® • suspendre le récipient Purisol® • désinfecter la connexion de la sonde à lavage avec un antiseptique alcoolique. • ouvrir la connexion et brancher la solution de lavage • régler la vitesse sur ordre médical ou suivant indication <p><u>lavage manuel</u> poser un nouveau sac à urines à portée de main (laisser la protection de l'embout en place) désinfecter la connexion de la sonde avec le sac urinaire avec un antiseptique alcoolique, ouvrir la connexion: <u>- au moyen de l'Uro-tainer®</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • brancher l'Uro-tainer® • comprimer fermement l'Uro-tainer® (produire une pression élevée) et injecter tout le liquide dans la vessie • déconnecter éventuellement l'Uro-tainer® et laisser agir quelques minutes (instillation)

	<ul style="list-style-type: none"> • ensuite, laisser s'écouler la solution de lavage de nouveau dans l'Uro-tainer®, ou alors raccorder le nouveau sac à urines et contrôler que toute la solution de lavage est bien évacuée <p>- <u>au moyen d'une seringue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • préalablement verser la solution de NaCl 0,9% dans un récipient stérile, aspirer avec une seringue • connecter la seringue à la sonde • injecter la solution de lavage avec une pression élevée, et après l'aspirer de nouveau • éliminer le liquide aspiré dans le haricot • en cas de besoin, aspirer de nouveau du NaCl 0,9% et recommencer la procédure <p>pour finir raccorder un nouveau sac à urines</p>
	III. Suite du soin
	III.1. Pour le BDS / de la chambre <ul style="list-style-type: none"> - suspendre le sac à urines de façon à ce que l'embout de vidange ne touche pas le sol - installer le patient confortablement - adapter la hauteur de lit aux besoins et à la sécurité du patient - informer le patient qu'il doit prévenir si la couleur de l'urine change ou s'il ressent des crampes dans la vessie
	III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> - éliminer les déchets - ranger le matériel excédentaire
	III.3. Pour le soignant <ul style="list-style-type: none"> - hygiène des mains
	III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none"> - inscrire le lavage manuel de la vessie dans le dossier des soins: - date, indication, plaintes de la personne - solution de lavage utilisée - résultat - en cas de lavage en continu (fiche de surveillance): <ul style="list-style-type: none"> • bilan des entrées et sorties de la solution de lavage • diurèse et aspect de l'urine (couleur, odeur...)

57. Ponction du PAC

Réalisation de l'activité de soin
I. Préparation
I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none">▪ Nom et chambre du bénéficiaire de soins (BDS), diagnostic, coopération etc.▪ Indication de la ponction du PAC (Perfusion, administration de médicaments, etc.)▪ Indication de la solution de perfusion ou des médicaments
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">▪ Lavage et désinfection des mains
I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none">- 1 champ stérile simple ou troué- 1 seringue (20 ml),- 1 pousseuse- 1 - 2 pince(s)- 2 compresses incisées (si disponibles), ou alors 2 compresses normales- 1-2 compresses normales de 5 x 5 cm ou de 7,5 x 7,5 cm- 4-5 Tampons- 20ml NaCl 0,9% <p>Ce matériel peut être contenu dans un « set de ponction » spécifique (p.ex.: Universalset Lohmann Ref:39221 im HSL) Sinon, on utilise un set de pansement avec champ stérile pour déposer le matériel</p> <ul style="list-style-type: none">- aiguille de Huber (i.d.R. 20G1.00in., alternative: 20G1.50in.)- 2 gants stériles (1 paire de remplacement)- antiseptique cutanée appropriée (p.ex. Cutasept, Isobétadine alcoolique, etc)- matériel de pansement adapté (p.ex. 2x Opsite IV 3000)- 2 masques chirurgicaux- Robinet à trois voies (si nécessaire pour la perfusion ultérieure)- patch EMLA (1gr)- Sterilium
I.4. Préparation du bénéficiaire de soins <ul style="list-style-type: none">▪ Information du BDS▪ Coller le patch EMLA sur PM trois quarts d'heure avant la ponction▪ Positionnement du BDS<ul style="list-style-type: none">✓ Plus ou moins couché à plat, si possible pour le BDS, pour que le champ stérile puisse rester en place▪ Donner un masque à mettre au BDS▪ Enlever les vêtements autour du PAC
II. Exécution <ul style="list-style-type: none">- Palper le site du PAC chez le bénéficiaire de soins- Ouvrir le set spécifique ou le set de pansement <p>Rajouter le matériel nécessaire qui ne se trouve pas dans le « set de ponction »</p> <ul style="list-style-type: none">- Verser la solution de désinfection sur les tampons- Déposer stérilement l'aiguille de Huber et le robinet à trois voies- Déposer stérilement le pansement Opsite <p>Lors de l'utilisation d'un set de pansement simple, il faut aussi:</p> <ul style="list-style-type: none">- déposer stérilement l'aiguille pousseuse- déposer stérilement la seringue de 20ml- ouvrir l'ampoule de NaCl, la placer à un endroit facilement accessible- ouvrir le champ de recouvrement stérile, le laisser sur l'emballage stérile <ul style="list-style-type: none">- mettre les gants stériles- remplir la seringue de 20cc contenue dans le set avec le NaCl 0, 9%- demander au BDS de tourner la tête dans le sens opposé au site (afin de ne pas expirer sur le site de ponction)- désinfecter le site à l'aide de la pince (asepsie!!), recouvrir dans un rayon d'env. 10 cm à partir du site du PAC- Fixer, si nécessaire, le robinet à trois voies à l'aiguille de Huber

- Purger l'aiguille et le robinet à trois voies avec une seringue de NaCl, fermer ensuite la pince, la seringue de NaCl peut être laissée sur l'aiguille. Veiller à ne pas mouiller le champ stérile!
- déposer le champ stérile, faire attention à ne pas stériliser les gants
- prendre l'aiguille de Huber d'une main (maintenir l'aiguille entre le pouce, l'index et le majeur, les doigts restants et la paume sont utilisés pour prendre la seringue)
- tenir fermement la chambre du PAC entre 2 doigts
- informer le bénéficiaire de soins de la ponction imminente
- piquer la chambre en son milieu à angle droit avec la peau, jusqu'à ce que l'on ressente la résistance du fond de la chambre métallique
- desserrer le clamp et contrôler le reflux sanguin avec une seringue de NaCl, puis rincer le PAC avec 5-10 ml de NaCl
- refermer le clamp, et enlever le champ
- les gants stériles peuvent être enlevés maintenant (ce n'est pas obligatoire)

Pansement:

- déposer à l'aide d'une pince 1-2 compresses, pliées ou non suivant la taille, sous l'aiguille de Huber (en cas de compresses incisées en Y, les refermer autour de l'aiguille)
- déposer 1-2 compresses par dessus l'aiguille de Huber
- fermer avec le pansement Opsite, celui-ci doit dépasser la compresse d'au moins 2 cm dans chaque direction
- pousser à nouveau légèrement sur l'aiguille pour s'assurer que celle-ci soit toujours enfoncée jusqu'à fond dans la chambre
- poursuivre les soins (raccorder la perfusion, prise de sang ou administration des médicaments)

III. Finition

III.1. Après le soins pour le BDS / la chambre

- Faire enlever le masque au bénéficiaire de soins
- Réinstaller confortablement le BDS

III.2. Rangement du matériel

- Éliminer le matériel utilisé de façon hygiénique
- Désinfecter le plateau ou le chariot utilisé

III.3. Après le soin pour le soignant

III.4. Documentation

- Documenter les mesures, cocher la ponction du PAC dans le dossier infirmier

58. Prise de sang à partir du PAC

Réalisation de l'activité de soin
I. Préparation
I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none">Nom et chambre du bénéficiaire de soins, diagnostic, coopération etc.Indication de la prise de sang
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">Lavage et désinfection des mains
I.3. Matériel <p>Si le PAC n'a pas encore été ponctionné, même matériel qu'en cas de ponction du PAC En plus:</p> <ul style="list-style-type: none">Porte-TubeAdaptateur Luertube de prélèvement (quantité à éliminer en cas de perfusion en cours: au moins 10-20 ml, donc 2-3 tubes(=8 ml) rouges en plus)2 x seringues de 20ml40 ml NaClbouchon de fermetureSterilium
I.4. Préparation du BDS <ul style="list-style-type: none">Information du BDSInstaller confortablement le BDS, plus ou moins couché,
II. Exécution <p>Si le PAC n'a pas encore été ponctionné, même procédé que lors de la ponction du PAC Ensuite:</p> <ul style="list-style-type: none">Remplir 2 seringues de 20ml avec du NaClfixer le raccord Luer au porte-tubefermer la pince (si elle était ouverte lors d'une perfusion en cours)enlever le bouchon de fermeture de l'aiguille et fixer le porte-tube ou en cas de perfusion en cours, fixation au robinet à trois voies, fermer le robinet en direction de la perfusion),remplir puis jeter les tubes rouges à éliminer d'abord, effectuer le reste du prélèvement sanguin.fermer la pince, ou fermer le robinet à trois voies en direction du porte-tubeenlever le porte-tuberincer avec 40ml de NaClhéparinisation si nécessairenouveau bouchon de fermeture
III. Finition
III.1. Après le soin pour le BDS / la chambre <ul style="list-style-type: none">Réinstaller confortablement le BDSPoursuivre les soins
III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none">Éliminer le matériel utilisé de façon hygiéniqueDésinfecter le plateau ou le chariot utilisé
III.3. Après le soin pour le soignant
III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none">Documenter les mesures, cocher la case prise de sang dans le dossier infirmier

59. Héparinisation du PAC et l'enlèvement de l'aiguille de Huber

Réalisation de l'activité de soin
I. Préparation
I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none">Nom et chambre du bénéficiaire de soins, diagnostic, coopération etc.
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">Lavage et désinfection des mains
I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none">- 3 x seringue de 20 ml- 1 x seringue de 10 ml- 60 ml NaCl- Héparine (25000 IE à 5ml)- petit sparadrap- Sterilium- set de pansement (tampons et pince)- une paire de gants non stériles- un container à objets piquants ou tranchants
I.4. Préparation du BDS <ul style="list-style-type: none">Information du BDSPosition confortable du BDS, plus ou moins couché à plat
II. Exécution <p>Si le PAC n'a pas encore été ponctionné, même procédé que pour la ponction du PAC</p> <p>Ensuite:</p> <ul style="list-style-type: none">- remplir 2 seringues de 20ml de NaCl- remplir une seringue de 20ml avec 0,5ml d'héparine et 19,5ml de NaCl- mettre des gants- si présent, enlever le pansement, enlever les compresses avec une pince- Si nécessaire: raccorder une seringue de 10ml et enlever l'ancienne héparinistaion (aspirer environ 5ml)- rincer avec 2 x 20ml de NaCl- injecter 5ml de la solution héparinisée, fermer la chambre sous pression, c-à-d. fermer le clamp pendant l'injection- maintenir le site entre deux doigts et enlever l'aiguille avec l'autre main <p>!!! Attention: risque de blessure, enlever l'aiguille d'un coup, et l'éliminer immédiatement dans le container prévu</p> <ul style="list-style-type: none">- appliquer le sparadrap sur le site de ponction
III. Finition
III.1. Après le soin pour le BDS / la chambre <ul style="list-style-type: none">Réinstaller confortablement le BDSInformé le BDS qu'il peut enlever le sparadrap le jour suivant
III.2. Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none">Éliminer le matériel utilisé de façon hygiéniqueDésinfecter le plateau ou le chariot utilisé
III.3. Après le soin pour le soignant
III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none">Documenter les mesures, indiquer l'élimination de l'aiguille de Huber dans le dossier

60. Pansement du PAC

Réalisation de l'activité de soin
I. Préparation
I.1. Recueil de données <ul style="list-style-type: none">Nom et chambre du BDS, diagnostic, coopération etc.
I.2. Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none">Lavage et désinfection des mains
I.3. Matériel <ul style="list-style-type: none">- set de pansement (avec pince, tampons, compresses et champ stérile)- désinfectant- pansement Opsite- 2 masques- Sterilium- gants non stériles- Si nécessaire, compresses incisées (sinon ciseaux stériles pour le découpage) <p>Ces soins peuvent aussi être réalisés avec des gants stériles</p>
I.4. Préparation du BDS <ul style="list-style-type: none">Information du BDSInstaller confortablement le BDS, plus ou moins couchéLaisser le BDS mettre le masque
II. Exécution <ul style="list-style-type: none">- mettre le masque- ouvrir le set de pansement- appliquer le désinfectant sur les tampons- déposer le pansement de façon stérile- préparer les ciseaux stériles (si nécessaire)- enlever prudemment l'ancien pansement (si sale, utiliser des gants non stériles) et examiner le site de ponction- désinfection des mains avec le Sterilium- inciser 2 compresses stériles (si nécessaire)- désinfection large (à partir de l'aiguille de Huber vers la périphérie, tout ce qui se trouve sous le pansement)- déposer à l'aide d'une pince 1-2 compresses, pliées ou non suivant la taille, sous l'aiguille de Huber (en cas de compresses incisées en Y, les placer en direction opposée autour de l'aiguille)- déposer 1-2 compresses par dessus l'aiguille de Huber- fermer avec le pansement Opsite, il doit dépasser la compresse d'au moins 2 cm dans chaque direction- pousser à nouveau légèrement sur l'aiguille pour s'assurer que celle-ci soit toujours enfoncée jusqu'à fond dans la chambre
III. Fiinition
III.1. Après le soin pour le BDS / la chambre <ul style="list-style-type: none">Fair enlever le masque au BDSRéinstaller confortablement le BDS
III.2. ranegement du matériel <ul style="list-style-type: none">Éliminer le matériel utilisé de façon hygiéniqueDésinfecter le plateau ou le chariot utilisé
III.3. Après le soin pour le soignant
III.4. Documentation <ul style="list-style-type: none">Documenter les mesures, inscrire le changement du pansement dans le dossier, décrire le site de la ponction

61. Pose d'une transfusion sanguine

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

I.1. Recueil de données

- Nom et chambre du BDS, diagnostic, coopération etc.
- Indication de la transfusion sanguine

I.2. Préparation du soignant

- Lavage et désinfection des mains

I.3. Matériel

- Carte „Bed-Side“
- Préparer le protocole de transfusion
- Sérums-tests Anti-A et Anti-B (dans le réfrigérateur)
- Matériel pour la prise de sang capillaire
- Matériel de pose de cathéter (si possible mettre une voie veineuse spécifique)
- Gants non stériles
- Poche de sang (évtl. solution physiologique de NaCl)
- Trousse de transfusion avec filtre, pour éviter les micro-embols par des micro-aggrégats dans les poumons. Filtre normal: 170-200 microns; Microfiltre: 30-40 microns (changer la trousse après max. 6 heures et / ou changer après max. 4 produits).
- pompe à perfusion ou manchette de pression: souvent nécessaire en cas de concentré
- Appareils de réchauffement: si des anticorps froids sont présents (les anticorps froids ne sont actifs qu'à 18-20 °C) ou si plusieurs transfusions doivent être administrées successivement, et que la quantité transfusée s'élève à plus de 50% du volume sanguin total.

I.4. Préparation du BDS

- Information du BDS
- Installation confortable du BDS

II. Exécution

- Contrôle de la température, du pouls et de la tension artérielle avant la transfusion, ces paramètres sont importants pour la comparaison ultérieure
- Si la T° est supérieure à 37,5 °C ou que la tension est en dehors des limites habituelles: prévenir le médecin
- Contrôle de sécurité de la poche de sang (données du bénéficiaire de soins et de la poche de sang). La poche de sang provient du réfrigérateur et doit être réchauffée +/- 60 minutes à température ambiante.
- Mettre les gants
- Prélever le sang du bénéficiaire de soins pour le BedSide Test (une grosse goutte suffit = prélèvement capillaire)
- Prélever un peu de sang de la poche
- Effectuer le BedSide Test
- Si les 2 groupes sont identiques, alors:
Bien mélanger le contenu de la poche de sang (ne pas secouer)
- Enlever le capuchon de sécurité de la poche de sang et relier la trousse de perfusion de la transfusion dans des conditions stériles
- Déposer la poche de sang à plat, tenir la trousse de transfusion incliné vers le haut. Le stilligoutte est retournée, par une pression douce sur la poche, le stilligoutte est remplie jusqu'à ce que le filtre soit trempé (pour ne pas obstruer le filtre).
- Quand le stilligoutte est remplie jusqu'à la graduation, fermer le clamp/la roulette, suspendre la poche de sang, ouvrir avec précaution le clamp/la roulette, et remplir la tubulure sans bulles d'air
- Ponctionner une veine de grand calibre. Si le bénéficiaire de soins est porteur d'un cathéter central veineux: s'informer si la transfusion peut y être raccordée.
- Relier la trousse de transfusion au cathéter
- Laisser couler 10-15 ml de sang. Pendant les premières minutes, observer le bénéficiaire de soins attentivement et faire attention aux signes suivants :
 - ✓ choc hémolytique
 - ✓ frissons
 - ✓ prurit

- S'il n'y a pas de réaction, continuer la transfusion.
Vitesse d'écoulement en moyenne: 1 poche de sang en 1 à 2 heures (1ml = 15 gouttes). Elle dépend de la situation et de l'objectif de la transfusion. Attention en cas d'hypertonie ou d'insuffisance cardiaque!
- La poche de sang percée doit être transfusée au maximum dans les 6 heures
- Assurer une surveillance continue (toutes les 10-15 minutes): pouls, respiration, état de conscience, point de ponction, éventuellement tension artérielle.
- Laisser couler la transfusion séparément, ne pas y mélanger des médicaments!
- Si d'autres transfusions suivent: rincer avec de la solution physiologique
- Remplir le protocole de transfusion

III. Finition

III.1. Après le soin pour le BDS / la chambre

- Suivant l'indication, arrêter la transfusion 10 ml avant la fin et conserver (pendant 24 heures) la poche pour d'éventuels contrôles.
- Mettre les gants
- Enlever la trousse, laisser le cathéter avec mandrin (pour pouvoir traiter par des médicaments d'éventuelles complications ultérieures, s'il n'y a pas d'autre abord IV; ou pour des transfusions ultérieures). Rincer l'abord veineux avec du NaCl.
- Contrôler la première miction après la connexion de la transfusion
- Chaque poche non transfusée doit être renvoyée au laboratoire avec le formulaire correspondant.
- Continuer l'observation du bénéficiaire de soins

III.2. Rangement du matériel

- Éliminer le matériel utilisé de façon hygiénique
- Désinfecter le plateau ou le chariot utilisé

III.3. Après le soin pour le soignant

III.4. Documentation

- Inscrire la transfusion dans le rapport infirmier:
 - ✓ Numéro de la poche
 - ✓ Produit
 - ✓ Quantité
- Signer
- Rajouter la carte de contrôle du groupe sanguin (Bed Side Test)

62. Prélèvement d'une hémoculture

Réalisation de l'activité de soin

I. Préparation

I.1. Recueil de données

- Nom, et chambre du BDS, diagnostic, coopération etc.
- Indication de l'hémoculture

I.2. Préparation du soignant

- Lavage et désinfection des mains

I.3. Matériel

- Milieu de culture et isolateur
- 1 garrot
- désinfectant alcoolique et compresses stériles
- 1 sparadrap (si nécessaire)
- 2 gants à usage unique
- evtl. protection de lit, coussin de positionnement ou essuie
- 1 aiguille de ponction ou Butterfly (papillon) (+ adaptateur spécial pour l'hémoculture)
- masque

I.4. Préparation du BDS

- Informer le bénéficiaire de soins et lui expliquer que la prise de sang devra être répétée
- Installation confortable du BDS
- Lui demander de tourner la tête dans le sens opposé au site de ponction, de ne pas parler pendant la prise de sang.

II. Exécution

- Mettre le masque
- Désinfecter les mains
- Enlever le bouchon de protection des bouteilles et bien désinfecter l'ouverture.
- Brancher l'adaptateur au Butterfly ou à l'aiguille
- Désinfecter soigneusement le site de ponction
- Ponctionner la veine du bénéficiaire de soins.
- Normalement on place d'abord la bouteille AEROBIE sur l'adaptateur et ensuite la bouteille ANAEROBIE! (respecter le protocole de l'hôpital)
- Éliminer correctement le matériel de ponction
- Envoyer l'hémoculture au laboratoire:
Coller une étiquette sur chaque flacon avec les données suivantes:
 - Nom, prénom du bénéficiaire de soins
 - service
 - Numéro I, II, III
 - Date et heure de la prise de sang
 - Température du bénéficiaire de soins au moment de la prise de sang
 - Antibiothérapie?
 - Remplir le feuille d'analyses
 - Apporter immédiatement les cultures au laboratoire; elles doivent être conservées à 37°C et non au réfrigérateur!

III. Finition

III.1. Après le soin pour le BDS / la chambre

- Réinstaller le BDS suivant son besoin
- Continuer à observer le BDS et contrôler les paramètres vitaux (Température)

III.2. Rangement du matériel

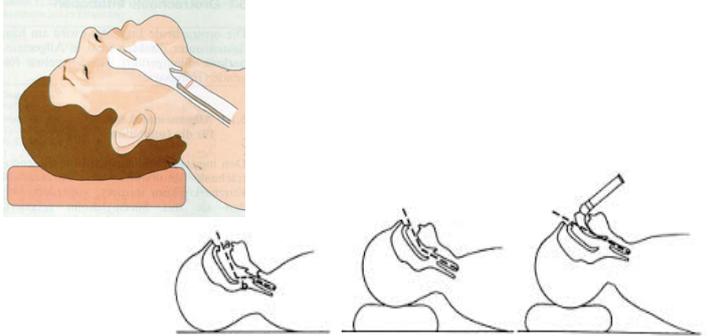
- Éliminer le matériel utilisé de façon hygiénique
- Désinfecter le plateau ou le chariot utilisé

III.3. Après le soin pour le soignant

III.4. Documentation

- Documenter les mesures, cocher la case hémoculture dans le dossier infirmier

63. Assistance du médecin lors de l'intubation

Réalisation de l'activité de soin	
Préparation	
<p>Collecte des données (intubation programmée) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentition du bds : prothèse ? • Allergie éventuelle aux anesthésiques • Pathologies respiratoires : asthme, BPCO, etc. • Pathologies cardiaques : atcd d'infarctus • À jeun ? • Détection de l'intubation difficile 	
<p>Préparation du matériel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ballon Ambu avec masque de taille adaptée au bds (fig1) • Source d'oxygène (contrôler) • Monitoring ECG et TA • Saturomètre • Laryngoscope (Mc Intosh) : surveiller la source lumineuse (fig2) • Tube endotrachéal : contrôle d'étanchéité du cuff en laissant le tube dans son emballage stérile ; minimum 2 tailles différentes • Lubrifiant (discuté) ; • Évtl mandrin souple : permet de modifier la courbure du tube • Canule oropharyngée de type Guedel • Pince de Magill : permet de diriger le tube dans le larynx (fig3) • Seringue de 10ml pour bloquer le cuff • Manomètre pour vérifier la pression dans le cuff (fig1) • Matériel d'aspiration : source de vide mural, sonde d'aspiration stérile (contrôle fonctionnement) • Stéthoscope • Gants stériles • Lunettes de protection • Matériel de fixation du tube • Hypnotique à action rapide (Diprivan®) • Myorelaxant : Curare (Pancuronium) 	
<p>Préparation du bds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer et rassurer le bds • Brancher le bds au monitoring ECG et TA • Placer le capteur du saturomètre • Mettre une perfusion si nécessaire • Dégager les voies respiratoires • Abaisser le lit • Enlever le coussin et tête de lit • Placer soigneusement le bds en position de Jackson • Placer évtl un coussin ou autre sous la tête (permet une meilleure inclinaison et mieux tendre le cou) • Préoxygénation 3-5 minutes 	
Réalisation de l'intubation	
<p>Réalisation : médecin (acte médical)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Injecter l'hypnotique et le myorelaxant • Intubation • Bloquer le cuff (d'abord avec la seringue) • Contrôle positionnement (auscultation) • Brancher le respirateur • Fixation du tube • 	

Soins après l'intubation	
<p>Soins postintubation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler et inscrire les paramètres vitaux • Installation en position semi-élevée (30-45°) • Réglage de la pression du cuff (min. 20mmHg – max.30mmHg) (soviel blocken wie nötig, sowenig blocken wie möglich) • Si néc. aspirer la cavité buccale <p>Rangement du matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon les normes d'hygiène hospitalières en vigueur <p>Hygiène des mains</p>	
<p>Documentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire l'heure d'intubation • Taille du tube (n° charrière) • Longueur du tube en cm • Médicaments utilisé pour l'anesthésie et les autres • Complications ? 	

64. Aspiration endotrachéale, orale ou nasale

Réalisation de l'activité de soin

1. Préparation

1.1 Collecte des données

- **Observation des signes cliniques objectifs indiquant la nécessité d'aspirer :**
 - Râles et ronflements audibles
 - Bruits respiratoires surajoutés lors de l'auscultation (crépitation, sifflement)
 - Respiration (fréquence et rythme)
 - Pulsations (fréquence et rythme)
 - Couleur de la peau
 - Nervosité
 - Troubles de la conscience
- **Complications lors d'aspirations précédentes :** (désaturation, problème cardiovasculaire, nausées/vomissements, etc.)
- **Contreindication à l'aspiration naso bronchique** (en accord avec le médecin) :
 - Obstruction nasale d'origine anatomique
 - Épistaxis
 - Épiglottite
 - Traumatisme aigu au niveau de la tête, du visage ou des vertèbres cervicales
 - Coagulopathie (diathèse hémorragique) ou troubles de la coagulation (Ex. : Sintrom®)
 - Laryngospasme
 - Fragilité bronchique et hypersensibilité bronchique (Ex : état pré-asthmatique)
 - Infection des voies aériennes supérieures
 - Chirurgie trachéale
 - Chirurgie gastrique avec anastomose haute (élevée)
 - Infarctus du myocarde
 - Bronchospasme (chez l'asthmatique par exemple)

1.2. Préparation de l'infirmière

- Désinfection des mains
- Masque et lunettes de protection en cas d'aspiration en système ouvert

1.3. Matériel

- Préparation de l'appareil d'aspiration et contrôle du fonctionnement du système
- Connecter le vase collecteur (souvent récipient en plastique contenant un sachet collecteur interne jetable raccordé au système d'aspiration)



- Mettre une solution saline ou de l'eau distillée à portée → rinçage de la tubulure d'aspiration : livré avec en cas de système fermé
- Gants non-stériles
- Un gant stérile (main opératrice)
- Sonde d'aspiration : Ch 12 à 18 chez l'adulte
- Lubrifiant (spray) → mais attention aux allergies, collecte des données !!!

1.4. Préparation du bénéficiaire de soins:

- Informer le bds sur le déroulement du soin
- Adapter éventuellement l'analgo-sédation (sur PM)

- Installation du bds (aspirations orale et nasale): position assise, tête reposée sur coussin stabilisateur, laisser les barreaux de lit élevés (risque de chute lors de toux extrêmes)
- Respect de l'intimité du bds (isoler du voisin lors du soin)
- Contrôle de la pression du cuff endotrachéal

2. Réalisation du soin:

- Préoxygénation si nécessaire et indiquée
- Régler la force d'aspiration (100-120 mmHg chez l'adulte) et brancher l'appareil d'aspiration
- Préparer un produit lubrifiant en cas d'aspiration naso-pharyngée
- Ouvrir la bouteille d'eau distillée et placer un cathéter (sonde) d'aspiration stérile dans la bouteille pour éviter de contaminer le contenu de la bouteille avec la sonde sâle (jeter la sonde sâle immédiatement après aspiration et connecter le tuyau d'aspiration sur la sonde stérile dans la bouteille)
- Ouvrir l'emballage du cathéter d'aspiration à une des extrémités et connecter la sonde au raccord pour contrôle digital de l'aspiration (Fingertip) voir ci-dessous:



- Vêtir les gants non-stériles (seulement lors d'aspiration naso-bronchique et endotrachéale)
- Mettre le masque et lunettes de protection
- Vêtir la main opératrice du gant stérile
- Veiller à placer le papier d'emballage du gant côté stérile vers le haut pour accueillir le raccord de la tubulure du respirateur, ici dans l'exemple ci-dessous:

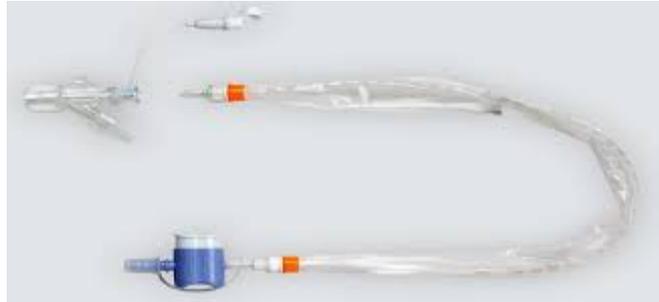


- Sortir la sonde d'aspiration de son emballage avec la main gantée stérile
- En cas d'aspiration naso- et endotrachéale : mettre du spray lubrifiant (discuté car plusieurs cas d'allergie et d'infections par accumulation du gel siliconé/lubrifiant sur les parois de la trachée, par contre le gel de Lidocaïne® aurait des propriétés bactériostatiques et serait préférable) pour faciliter l'introduction du cathéter
- Désactiver l'alarme du respirateur (diminution du bruit de fond)
- Prévenir le bds
- Déconnexion prudente du tube endotrachéal du raccord du système de tubulures et le poser sur le papier stérile du gant.
- Fixer le tube avec la main non-dominante (la main gauche chez le droitier qui tient la sonde d'aspiration de la main droite☺) (pour éviter des mouvements et donc des irritations supplémentaires involontaires) et introduire la sonde d'aspiration rapidement dans le tube (profondeur : longueur du tube + raccord de connexion)
- Retirer rapidement mais pas d'une façon précipitée le cathéter (sonde) d'aspiration en aspirant (raccord contrôle digital d'aspiration fermé avec le pouce) en tournoyant éventuellement avec la sonde durant l'opération ; le tout sans faire de va-et-vient avec la sonde ! Lors de l'opération contrôler **les paramètres vitaux du bds : fréquence cardiaque, tension artérielle, saturation en O₂, tableau clinique du bds.**
- Reconnecter le tube avec le système de tubulures

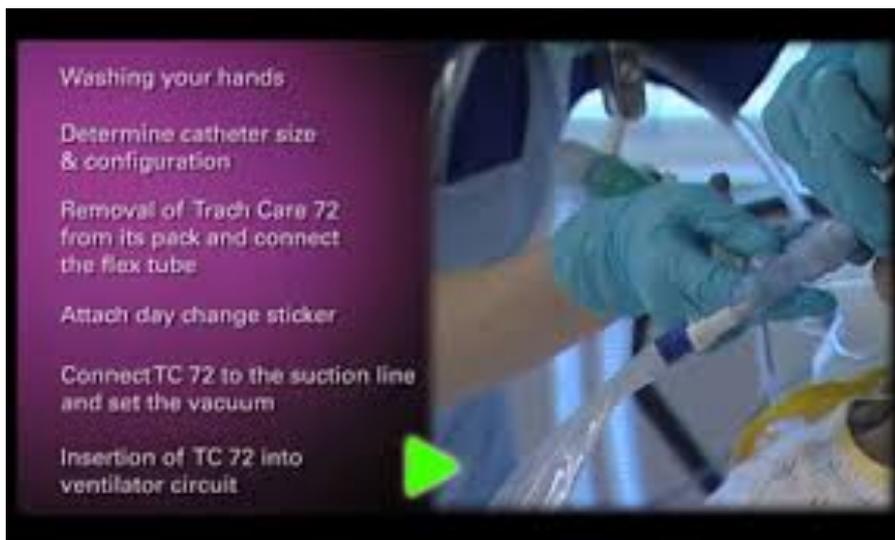
- Emballer le cathéter d'aspiration avec le gant stérile en le prenant en main et en dégantant la main avec le cathéter plié dedans et jeter le tout à la poubelle
- Rincer le tuyau d'aspiration
- Couper la succion et l'appareil d'aspiration
- Contrôle du bdsi : circulation, respiration, aspect extérieur et mine du bds)

Aspiration endotrachéale en système fermé (clos):

- Gants non-stériles à usage unique (discuté à L'institut Robert Koch)
- Valve de contrôle d'aspiration sur « ON » (suivant le fabricant)



- Fixer le tube
- Introduire le cathéter à travers la housse de protection jusqu'à ressentir une résistance puis retirer de 1 à 2 cm
- Retirer sous aspiration
- Rincer le bout du cathéter avec 5-10 ml de NaCl 0,9% sous pression de la valve (soupape) d'aspiration
- En cas de besoin : couper la valve de contrôle d'aspiration
- Reposer le système d'aspiration sur le bras de ventilation



Aspiration oro-pharyngée:

- Si nécessaire retirer la langue du bds vers l'extérieur avec une compresse (analgo-sédation et comas).
- Introduire le cathéter sans aspiration 10-15cm dans l'oropharynx.
- Retirer le cathéter sous aspiration.

Aspiration naso-pharyngée:

- Mesurer la distance entre la pointe du nez et le lobe de l'oreille (Ohrläppchen) du bdsi (valeur moyenne de 13 cm chez l'adulte).
- Introduire le cathéter toujours sans aspiration avec précaution et tout droit dans une narine, le long de la fosse nasale (pour éviter de toucher les cornets : danger de saignement) dans le nez jusqu'à distance mesurée.
- Ne pas forcer en cas de résistance, mais plutôt retirer le cathéter et essayer dans l'autre narine.
- Retirer le cathéter sous aspiration (5-10 secondes) doucement d'une manière constante (un léger mouvement rotatoire permet d'aspirer les sécrétions de toute la région).
- Durée totale de la manœuvre : maximum 10 à 15 secondes.
- Si les voies aériennes ne sont pas tout à fait libérées des sécrétions : alors attendre 20 à 30 secondes avant de répéter la manœuvre.

Aspiration naso-bronchique:

- Séparer la sonde d'aspiration du tuyau d'aspiration
- Introduire la sonde rapidement jusqu'à la glotte (résistance et réflexe de toux)
- Prier le bds de tousser fortement et en même temps avancer le cathéter dans troncus respiratoire (signe que le cathéter est bien positionné : bruit de crépitement/sifflement).
- Connecter rapidement le cathéter au tuyau d'aspiration.
- Retirer rapidement sous aspiration
- Laisser le bds respirer et se reposer en reprenant ses esprits.

3. Rangement, surveillance et documentation**3.1. Du bds / de la chambre**

- Contrôle respiratoire (auscultation et palpation)
- Evtl. réinstallation du bds

3.2. Rangement du matériel

- Suivant les critères de collecte et d'élimination des déchets et du matériel à usage unique.

3.3. Du soignant

- Enlever masque et lunettes de protection.
- Désinfection des mains.

3.4. Documentation

- Inscire l'heure du soin, signer le soin.
- Sécrétions : quantité, aspect, couleur et consistance.
- Documenter d'éventuelles complications respiratoires ou vitales.

65. Nettoyage de la canule interne et changement de compresse

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	<p>1. PRÉPARATION:</p> <p>1.1 Recueil d'information:</p> <ul style="list-style-type: none"> • présence d'un protocole de nettoyage • complications antérieures et précautions à prendre <p>1.2 Préparation du soignant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désinfection des mains • mise de gants stérils / non stérils (voir généralités) • mise d'un masuqe de protection • mise de lunettes de protection (si le bds est fort encombré et toussé) <p>1.3 Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ solution de peroxyde d'hydrogène ○ solution d'eau stérile si en post-op immédiat ou eau bouillie 1 minute et refroidie ○ contenant pour le peroxyde d'hydrogène ○ tiges montées ○ sac à rebuts de plastique ○ canule interne de rechange ○ brosse à trachéotomie ○ compresses stériles à trachéotomie ○ gants (stériles si en post-op immédiat) ○ masque et protecteur pour les yeux ○ set de pansement <p>1.4 Préparation du bds:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ informer le bds ○ installer le bds en position semi-assise selon sa condition ○ faire une légère extension du cou en glissant un oreiller sous les épaules
 <p>immersion de la canule interne</p>	<p>2. EXÉCUTION</p> <p>a. nettoyage de la canule interne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettre des gants - mettre le masque et le protecteur pour les yeux - appuyer le pouce et l'index de la main non dominante sur le collet de la canule externe pour la retenir en place puis ouvrir le loquet pour déverrouiller la canule interne en effectuant une rotation dans le sens inverse des aiguilles d'une montre - sortir la canule interne en tirant avec la main dominante et en effectuant un mouvement vers le bas; la sortir d'un seul coup pour ne pas provoquer de toux, - brosser l'intérieur et l'extérieur de la canule à 2-3 reprises avec une eau froide (l'eau chaude tend à faire coaguler les sécrétions) - immerger la canule dans le peroxyde d'hydrogène et la laisser tremper 3 à 5 minutes pour déloger les croûtes - rincer la canule à l'eau courante (ou stérile si en post-op immédiat), la secouer, la déposer sur une surface propre et l'assécher avec une compresse 10 x 10 à l'intérieur et à l'extérieur avant de la réinstaller <p>b. soins au pourtour de la trachéostomie: Effectuer ces soins pendant le trempage de la canule.</p> <ul style="list-style-type: none"> - enlever la compresse de trachéostomie en place en la tirant vers le bas et la jeter dans le sac à rebuts - nettoyer le pourtour et l'intérieur de la stomie à l'aide d'une compresse stérile imbibé d'un désinfectant aqueux dans un mouvement circulaire à partir du stoma vers l'extérieur et incluant la partie exposée de la canule externe - examiner le pourtour de la stomie pour y déceler des problèmes cutanés - installer une compresse pré-coupée à trachéostomie de type métalline (ne pas couper une compresse car il y a risque de pénétration de charpie dans la trachéo).



ôter la compresse crantée



nettoyer le porteur



c. réinstallation de la canule interne.

- de la main non dominante, tenir délicatement en place la canule externe en appuyant sur son collet
- de l'autre main, insérer doucement la canule interne à l'intérieur de la canule externe en suivant la courbe
- tourner la clef de la canule interne d'un quart de tour dans le sens des aiguilles d'une montre jusqu'au bruit d'enclenchement
- faire tousser le bds pour vérifier s'il est encombré
- s'il ne peut se libérer de ses sécrétions, l'aspirer à nouveau



3. RANGEMENT ET DOCUMENTATION

3.1 Le bds

- réinstaller le bds de façon confortable

3.2 Le matériel

- jeter le matériel à usage unique dans le sacs à rebuts
- après usage, nettoyer la brosse en fonction du protocole du service. La même brosse est conservée aussi longtemps qu'il n'y a pas signe visuel de dégradation ou présence de rouille.

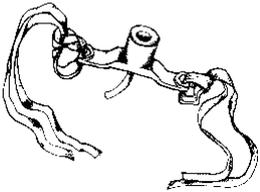
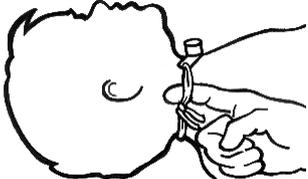
3.3 Pour le soignant.

- se désinfecter les mains après l'enlèvement des gants.

3.4 Documentation

- l'état de la stomie et de la peau au pourtour
- la présence d'écoulement ou de mauvaise odeur
- les soins administrés
- la fréquence de ces soins
- les caractéristiques des sécrétions sur la canule
- le statut respiratoire
- l'enseignement fait au bds et à sa famille et leurs réactions, compréhension, habilité, etc.

66. Changement de cordons de la trachéostomie

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	1. Préparation
	1.1 Recueil d'infos <ul style="list-style-type: none"> - présence d'un écarteur en cas d'expulsion de la canule - ambu et masque disponible ?
	1.2 Préparation du soignant <ul style="list-style-type: none"> - mise de gants à usage unique (précaution standard)
	1.3 Matériel <ul style="list-style-type: none"> - Cordons à trachéostomie (en fonction du service) - evtl. ciseaux s'il n'y a pas de fixation velcro
	1.4 Préparation du bds <ul style="list-style-type: none"> o information o faire une légère extension du cou en glissant un oreiller sous les épaule
<p>Contôle de la fixation du cordon.</p> 	2. Exécution (technique à un cordon) <p>Etant donné la grande variation de fixation disponible, seul cette technique est décrite à titre d'exemple. L'élève devra s'informer au service des fixations et techniques utilisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - laisser les anciens cordons en place - avec le cordon à trachéostomie, mesurer le double de la circonférence du cou et couper le cordon. - introduire une extrémité du cordon dans une ou l'autre des fentes du collet de la canule externe; utiliser une pince si nécessaire. - tirer le cordon jusqu'à son milieu puis laisser un côté de 7 à 10 cm plus long que l'autre - ramener les deux longueurs à l'arrière de la tête puis de l'autre côté du cou et insérer l'extrémité la plus longue dans la fente de l'autre côté du collet de la canule. - tirer pour ajuster les cordons au cou; un cordon trop lâche occasionne le frottement de la canule externe contre la trachée et peut entraîner de la nécrose. - placer un doigt entre les cordons et le cou et attacher les deux extrémités ensemble avec deux à trois nœuds plats (pas de boucle) - éviter de nouer sur la carotide ou sur la colonne cervicale. - couper les surplus de cordons, ne laissant que 2,5 à 5 cm de long - couper délicatement les anciens cordons souillés et les retirer.
	3. Rangement et documentation
	3.1 Pour le bds / de la chambre <ul style="list-style-type: none"> - réinstaller le bds confortablement - vérifier si le bds n'est pas gêné par la fixation
	3.2 Rangement du matériel <ul style="list-style-type: none"> - évacuation de l'ancien cordon dans la poubelle - désinfection de la table utilisée
	3.3 pour le soignant <ul style="list-style-type: none"> - enlever les gants - désinfecter les mains
	3.4 Documentation <ul style="list-style-type: none"> - la date et l'heure du changement - les particularités durant le changement - l'état de la stomie

67. Prélèvement capillaire des gaz du sang

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	<p>1. Vorbereitung</p> <p>1.1 Informationssammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probleme bei vorigen Blutentnahmen <p>1.2 Vorbereitung des Pflegers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Standard Schutzregeln der Hygiene (précautions standard) <p>1.3 Material</p> <ul style="list-style-type: none"> - alkoholisches Desinfektionsmittel - Schutzhandschuhe (unsteril) - steriler Tupfer - Blutlanzette (siehe verwendetes Material der Station) - Glasröhrchen (je nach Krankenhaus mit Verschluss und Magnet) <p>1.4 Vorbereitung des PE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information zur Durchführung der Blutanalyse
	<p>2. Ausführung</p> <p>Bemerkung: wenn nur ein Blutgasapparat zur Verfügung steht sollte sich vor der Ausführung vergewissert werden, ob der Apparat frei ist und kein Kalibrationsvorgang angelaufen ist. Falls die Analyse zum Labor gebracht werden muss, ist sich vorher mit dem Labor abzusprechen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Händedesinfektion - benötigtes Material auf desinfizierter Arbeitsfläche richten (z.B. Sprizentablett) und Vollständigkeit überprüfen. - PE über die geplante Massnahme informieren (auch bewusste PE) - Wenn die Analyse nicht an einem Intensivpflegeempfänger durchgeführt wird (z.B. ambulant, Station), den PE bitten sich hinzusetzen oder hinzulegen. Verletzungsgefahr, wenn ein stehender PE kollabiert. - Punktionsstelle zugänglich machen (z.B. bei Punktion am Ohr läppchen Haare ausreichend zurückstreichen). - Punktionsstelle auswählen: Fingerbeere ist sehr empfindlich, weniger empfindlich ist das Einstechen am äusseren rand der Fingerbeere. Das Ohr läppchen ist schlechter zugänglich, dafür weniger sensibel. - Punktionsstelle durch Reiben (siehe Text) oder Wärmeanwendung hyperämisieren. Eventuell eine hyperämisierende Salbe anwenden, diese muss aber vor dem Einstechen wieder abgewischt werden. - Schutzhandschuhe anziehen und Entnahmestelle desinfizieren. - Mit der Blutlanzette einstechen. - Ersten Blut tropfen abwischen. Entnahmefinger zwischen Daumen und Zeigefinger einklemmen um einen gewissen Blutstau zu bewirken, aber ohne die Durchblutung zu unterbinden (siehe text). Dies ermöglicht ein schnelles Füllen des Glasröhrchens. - Das Glasröhrchen wie einen Kugelschreiber nehmen, wobei der Zeigefinger die obere Öffnung verschliesst. - Glasröhrchen waagrecht an Punktionsstelle halten, zum Aufsaugen des Blutes. Dabei in kurzen Abständen den Zeigefinger von der oberen Öffnung entfernen (Saugung). - Achtgeben, dass keine Luftbläschen in das Röhrchen gelangen. - Sobald das Röhrchen voll ist, zuerst einseitig verschliessen und den Metallstift einlegen, dann die andere Seite luftdicht verschliessen. - Mittels einem eingekerbten Magneten den Metallstift in Bewegung halten (Gerinnungshemmung). - Bei nicht-vorhandensein eines Metallstiftes, das Glasröhrchen langsam hin und her bewegen. - Blutgasanalyse durchführen (Apparatur-abhängig)
	<p>3. Nachbereitung</p> <p>3.1 Des Pflegeempfängers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle ob es zu keiner nachblutung gekommen ist - evtl leichte Kompression der Punktionsstelle durchführen <p>3.2 Des Materials</p> <ul style="list-style-type: none"> - Material nach den Sicherheitsrichtlinien entsorgen <p>3.3 Des Pflegers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Handschuhe ausziehen - Hände desinfizieren <p>3.4 Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultat der Blutgasanalyse dokumentieren (Stationsabhängig) - evtl Arzt informieren

68. Assistance lors de la mise en place d'un drain thoracique

Réalisation de l'activité de soin

1. Vorbereitung

1.1. Informationssammlung:

- Notwendigkeit von spezifischem Material ?
- kardiologische oder pneumologische Erkrankung des Patienten.
- notwendige Medikament

1.2 Material:

a. Benötigtes Material richten

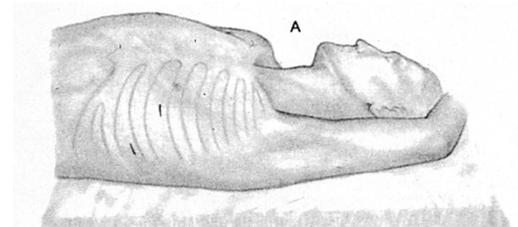
- steril verpacktes Einmalset für die Bülow-Drainage
- steril verpackte Zwischenstücke und Verbindungsschlauch
- sterile Abdecktücher
- 1 Lochtuch
- Kornzange
- 2 Thoraxklemmen
- sterile Handschuhe
- Mundschutz , Haube und steriler Sakko
- Desinfektionsmittel für die Haut
- Seide Nr 0 für die Fixation der Drainage
- nach Bedarf: 2,0 Prolene für die Hautnaht
- Lokalanästhetikum (Lidocain oder Xylocain) in 10 ml Spritzen für die Infiltrationsanästhesie (die parietale Pleura ist stark von den Interkostal- und Diaphragma Nerven innerviert und somit ist die Einführung der Drainage sehr schmerzhaft)
- sterile Kompressen und Schlitzkompressen
- sterile Schere.
- Trokar mit Einführkanüle (Charr nach Arztanweisung)

b. Saugung vorbereiten

- **Bei nasser Saugung** (Pleur-Evac; Sentinal Seal): Wasserschloss (2 cm Wasserpegel) und Saugkontrollkammer (je nach angeordneter Sogstärke, in der Regel bis zur 20-cm Marke) mit sterilem Wasser füllen, Absaugsystem mit Vakuumquelle verbinden und Saugung überprüfen
- **bei trockener Saugung** (Pleur-Evac Sahara): sofortiger Anschluss an die Saugquelle und Sogstärke am Indikator kontrollieren (Sichtbarkeit einer Palme).

1.3 Patient:

- Ablaufinformationen beim bewussten und wachen Patienten
- bei wachen / bewussten Patienten: Prämedikation und einen Hustendämpfer verabreichen
- beim intubierten Patienten: Analgesie erhöhen, eventuell FiO2 auf 100% stellen (Positionierung behindert eine korrekte Beatmung)
- eventuelle Rasur der Punktionsstelle
- Patienten in eine Fowler oder semi-Fowler Position installieren,
- Arm an der Punktionsseite über den Kopf zur gegenüberliegenden Seite lagern (Spreizung des Interkostalraumes). Bei Intensivpatienten sollte dieser Arm zusätzlich fixiert werden.



2. Durchführung

siehe obige Bilder

Aufgabe des Pflegers ist:

- das aseptische Anreichen des Materials
- das Beruhigen des Patienten
- die Überwachung der Vitalparameter (Kreislauf- und Atemfunktion)
- das Anschliessen der Drainage an das Absaugsystem



Figure 1: Fixation der Drainage.

3. Nachbereitung

3.1 Patienten:

- Punktionsstelle desinfizieren und steril verbinden: Schlitzkompressen versetzt um die Drainageaustrittsstelle legen und mit Fixomull fixieren.
- Pflasterzügel anbringen, um Zug an der Drainage mit Schmerzen und eventuell Ausreißen der Drainage zu verhindern. Zwischen den Pflasterzügel und der Wunde sollte so viel Abstand gelassen werden, dass der Verbandwechsel an der Drainage ohne Lösen der Pflasterzügel möglich ist.
- Drainage vor Diskonnektion sichern, z.B. durch Kabelbinder oder längs über die Konnektionsstellen aufgeklebte Pflasterstreifen.
- Patienten zurück in 30° Rückenlage lagern.
- Sog der Drainage kontrollieren.
- Vitalzeichen kontrollieren
- Röntgenaufnahme des Thorax zur Lagekontrolle organisieren.
- Auf Nachblutungen achten.
- Beim beatmeten Patienten. FiO2 auf Ausgangsstellung bringen, idem Analgesie.

3.2 Material

- vorsichtiges Entsorgen des Materials (cave spitze und schneidende Gegenstände)

3.3 Pflegekraft

- Desinfektion der Hände

4. Dokumentation.

- Verlauf der Durchführung
- Drainage Quantität nach der Punktion (bei Hämatothorax)
- Verabreichte Medikamente

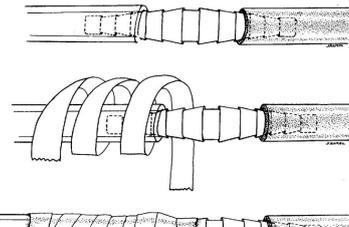


Figure 2: luftdichter Verschluss der Drainage + Diskonnektionsvorbeugung.

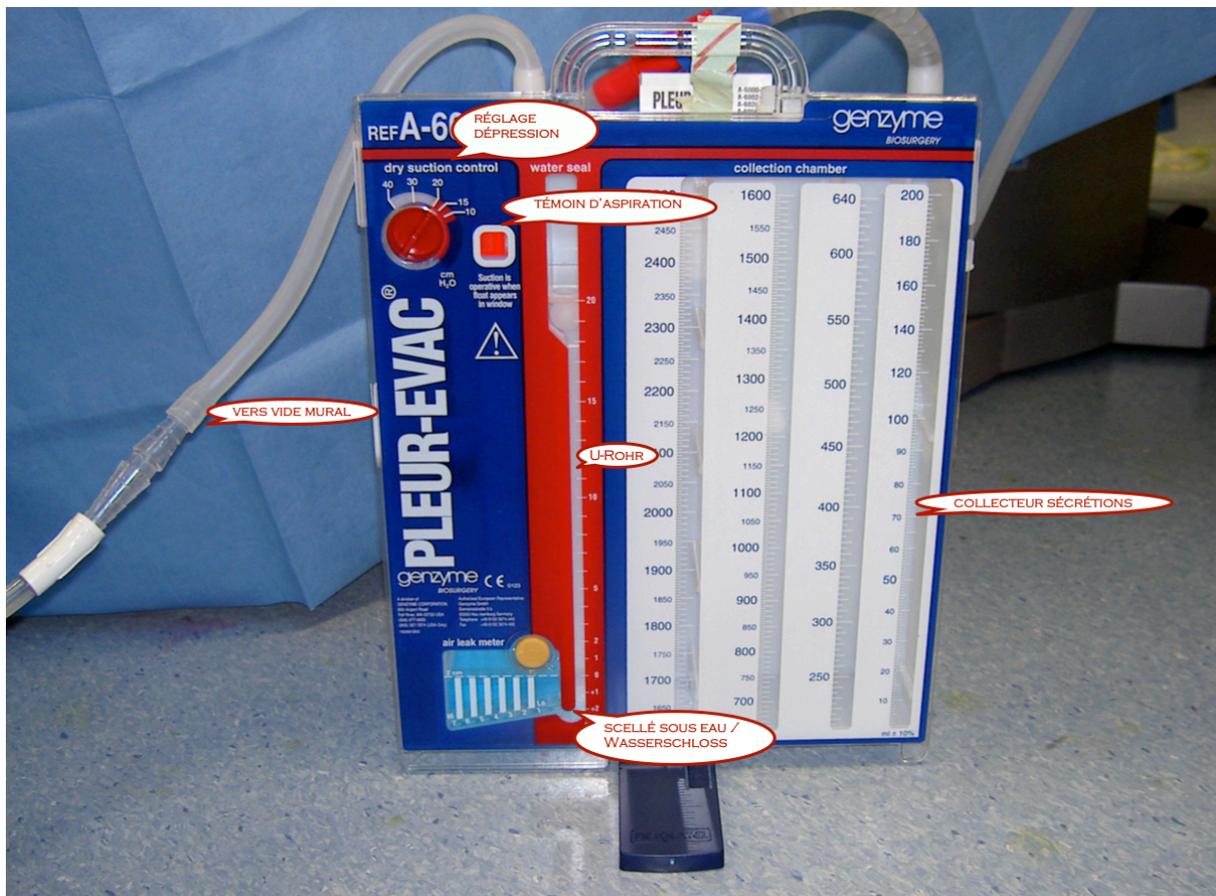


Figure 3: aide à la lecture

Réalisation du soin

Installation

- Prévenir le patient, lui expliquer le processus du soin et ces objectifs
- Installer le patient:
- Position demi-assise, bras en abduction : site d'introduction du drain sur la ligne axillaire moyenne : épanchement gazeux.
- Décubitus dorsal : site d'introduction du drain sur la ligne médio-claviculaire : épanchement liquidien.
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains par frictions avec une solution hydro-alcoolique : hygiène des mains.
- Installer le matériel après vérification des dates de péremptions et de l'intégrité des emballages.
- Installation sur une surface propre et désinfectée au préalable.
- Installer les poubelles de tri des déchets au pied du lit du patient.
- Respecter le triangle d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie : Propre (matériel) – Patient – Sale (poubelles).
- S'habiller (bavette, charlotte).
- Si besoin, épiler la zone à perfuser avec une tondeuse ou aux ciseaux, ne pas raser.
- *La dépilation doit toujours être réalisée dans le sens du poil pour éviter les folliculites.*
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains par frictions avec une solution hydro-alcoolique : hygiène des mains.
- Ouvrir aseptiquement les paquets de compresses et les imbiber avec le savon antiseptique (mettre un peu de sérum ou eau sur le savon antiseptique afin de le diluer), le sérum physiologique, l'antiseptique dermique, laisser un paquet de compresses sèches.

Aide à la réalisation

- Seconde antisepsie avec l'antiseptique dermique réaliser par l'opérateur.
- Anesthésie locale.
- Installation du champ fenêtré.
- Incision au bistouri.
- Introduction du trocart puis retrait du mandrin pour monter le drain.
- Clamage du drain après retrait du trocart.
- Raccorder le drain au système de drainage de façon stérile : manipulation avec des compresses stériles imbibées d'antiseptique.
- Fixation du cathéter à la peau (suture) et ajout d'un fil de rappel qui permettra de rapprocher les berges cutanées lors de l'ablation du drain.
- Réglage du débit de l'aspiration selon prescription:
- 10 cmH₂O : enfant prématuré, nouveau-né, nourrisson de 4 à 10 kg.
- 15 cmH₂O : enfant de 10 à 20 kg.
- 20 cmH₂O : enfant > 20 kg et adulte.
- La force d'aspiration dépend :
- Système Pleur-Evac® :
- Système Pleur-Evac® équipé d'un réglage d'aspiration.
- Système Pleur-Evac® avec niveau d'eau dans la chambre de contrôle d'aspiration (20 cm d'eau permet une aspiration à 20 cmH₂O).
- Soupape de Jeanneret : profondeur de la tige graduée immergée dans le cylindre.
- Réalisation du pansement :
- Enroulement de compresses stériles autour du drain pour assurer une étanchéité.
- Pansement stérile, renforcement avec bandes adhésives.
- Éliminer les déchets contaminés et désinfecter le matériel utilisé ainsi que le plan de travail.
- Effectuer un lavage simple des mains ou effectuer un traitement hygiénique des mains par frictions avec une solution hydro-alcoolique: hygiène des mains.
- Faire prescrire une radiographie pulmonaire pour vérifier la position du drain.
- Transmission : site de ponction, réaction du patient, accidents, complications.

69. Assistance lors de l'enlèvement d'un drain thoracique

Réalisation de l'activité de soin	
<p>1. Vorbereitung</p> <p>1.1 bewusster, nicht intubierter Patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information über das Vorgehen • eventuelle Prämedikation respektive Verabreichung eines Analgetikas. • Installation in eine Foley-Position. Der betroffene Arm soll hinter den Kopf gelegt werden. <p>1.2. Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbandmaterial (sterile kompressen und Fixomull) • Verbandset • Stich-cutter • Hautdesinfektionsmittel • eventuell Nahtmaterial* • eventuell Isobatadine crème* • Entsorgungssack <p>1.3 Pflegende</p> <ul style="list-style-type: none"> • unsterile Handschuhe (zur Assistenz) 	<p>* abhängig von der benutzten Technik.</p>
<p>2. Ausführung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entfernen des Verbandmaterials • Desinfektion der Punktionsstelle • vorhandene Hautnähte durchschneiden AUSSER wenn eine Tabakbeutelnaht angebracht wurde ! • Die intraoperative gelegte Tabakbeutelnaht festhalten (Pfleger), Sog kurzfristig erhöhen. • Um das Eindringen von Luft in den Pleuraspalt beim Entfernen der Drainage zu vermeiden, Pflasterquadrat mit sterilem Tupfer oder Kompresse in der Mitte auf die Drainageeintrittsstelle legen. • wachen, spontan atmenden Patienten tief einzuatmen und während des Ziehens dann pressen (wie bei der Darmentleerung) oder aktiv ausatmen. • Dann Drainage unter Sog rasch entfernen, gleichzeitig <ul style="list-style-type: none"> ○ den Verband fast auf die Eintrittsstelle drücken oder ○ die Tabakbeutelnaht fest zuziehen oder ○ während dem Ziehen Isobetadine crème in die Drainageeintrittsstelle "injizieren" (durch den Fettgehalt wird die Eintrittsstelle abgedichtet) und sofort einen Pflasterverband auf die Eintrittsstelle drücken. • Nach Entfernen der Thoraxdrainage Röntgenkontrolle durchführen. <ul style="list-style-type: none"> ○ ist noch ein geringer Pneumothorax vorhanden, wird der spontan atmende Patient sorgfältig beobachtet und nach 8 Stunden erneut eine Kontroll-Röntgen durchgeführt. 	
<p>3. Nachbereitung</p> <p>3.1 Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> • engmaschige Kontrolle der Atmung und der Vitalzeichen während den ersten 12 Stunden • Reinstallation in eine Atemerleichternde Oberkörperhochlage <p>3.2 Material</p> <ul style="list-style-type: none"> • vorsichtiges Entsorgen des Materials (stechende und schneidende Utensilien isolieren !) • das Einwegdrainagesystem wird in der "Verbrennungstonne" entsorgt. <p>3.3 Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinfektion der Hände. 	
<p>4. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entfernung der Drainage, besondere Ereignisse • Zustand der Drainage Eintrittsstelle • Beobachtungen Patient 	

70. Assistance lors d'une ponction pleurale

Réalisation de l'activité de soin

1. Vorbereitung

1.1 Informationssammlung

- Laborwerte (Koagulation, Hb und Htc, Blutgruppe)
- Thoraxdeformation ?

1.2 Material

- steril abgepacktes Punktionsset
- Hautdesinfektionsmittel
- sterile Kompressen
- steriles Abdecktuch
- Lokalanesthetikum (Lidocain oder Xylocain)
- sterile Handschuhe und Mundschutz
- Untersuchungsröhrchen (nach Klinikstandart)
- Verbandmaterial
- Abwurfbehälter

1.3 Patient (nicht intubiert)

- evtl Prämedikation
- evtl Codein gegen Hustenreiz
- Installation: sitzende Position am Bettrand, Katzenbuckel und aufgestützten Armen (Dehnung der zwischenrippenräume)
- störende Kleidungsstücke entfernen.
- Pulsoxymeter anschliessen
- Pat intubiert: Seitenlage, Arm wird hinter den Kopf überstreckt.

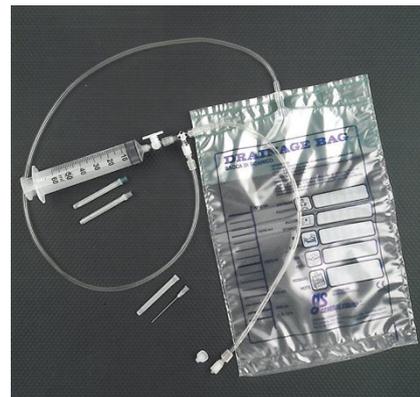


Figure 4: steriler Punktionsset.

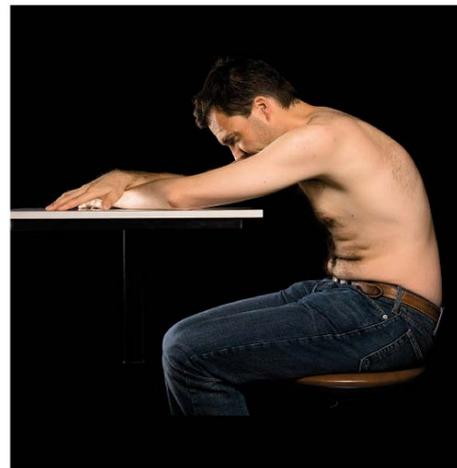


Figure 5: position recommandée dans revue médicale suisse N° 177

2. Durchführung.

- Material auf steril abgedeckten Tisch legen
- Patienten in der Position stützen.
- evtl sonographische Lokalisation des Ergusses.
- Desinfektion der Punktionsstelle
- Lokalanästhesie der Punktionsstelle
- Punktion und Aspiration des Ergusses, grössere Quantitäten werden in den Abflusssack drainiert.
- Entfernen der Kanüle
- Fixation eines sterilen Kompressenverbandes.

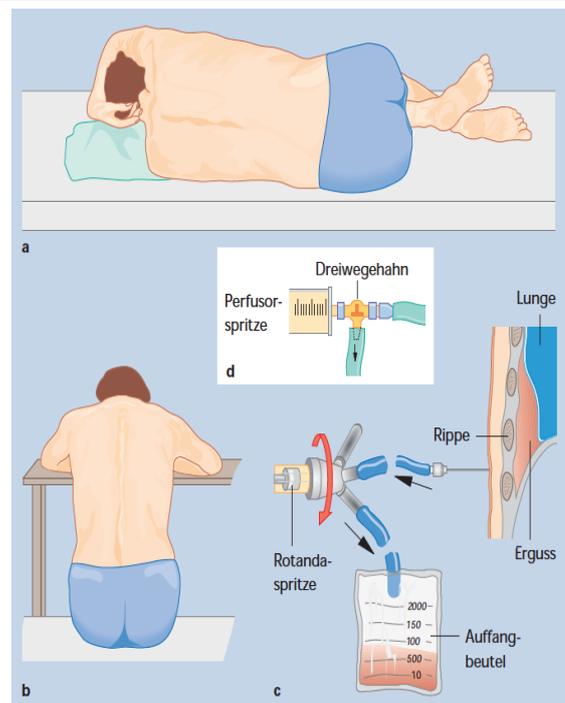


Figure 6: Pleurapunktion aus Kellnhäuser, Thiemes Pflege, 9.Auflage, Thieme Verlag

<p>3. Nachbereitung</p> <p>3.1 Patienten (nicht intubiert)</p> <ul style="list-style-type: none"> • engmaschige Kontrolle der Vitalparameter in den ersten 12 Stunden • auf mögliche Komplikationen achten: <ul style="list-style-type: none"> ○ parietales Hämatom ○ Lipothymie, Zyanose ○ OAP, Husten ○ Pneumothorax ○ Hämoptysie (vorübergehend) • Oberkörper des Patienten erhöht lagern und beim Ankleiden unterstützen • Patienten auf Bettruhe (je nach Situation) für ca 24 St hinweisen. • Patienten informieren, sich sofort zu melden, wenn der Verband feucht wird oder Veränderungen (z.B. Schmerzen bei der Atmung) auftreten. • evtl Röntgenkontrolle organisieren <p>3.2. Material</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebrauchte Materialien sachgerecht ver- bzw entsorgen • Punktat mit Leistungsnaforderungsschein ins Labor schicken <p>3.3 Pfleger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektion 	
<p>4. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • durchgeführte Massnahme dokumentieren • Beobachtungen per- und post Punktion • Punktion: COQA 	