

2021

Ateliers pratiques sur les soins
d'assistance
À l'intention des externes en soins infirmiers
/ préposés aux bénéficiaires

TABLE DES MATIÈRES

Station 1 : Soins d'hygiène (1 H)	Station 5 : Soins de bouche (15 MIN)
<ul style="list-style-type: none"> • Produits de nettoyage (peau et cheveux) • Soins d'hygiène au lit • Soins d'hygiène au lavabo • Soins d'hygiène au bain (et désinfection du bain) • Soins d'hygiène à la douche (précisions si appareillage tel que soluté) • Changement de jaquette avec tubulure 	<ul style="list-style-type: none"> • Produits pour soins de bouche et des lèvres • Brossage des dents • Soins des prothèses dentaires
Station 2 : Incontinence (45 MIN)	Station 6 : Soins variés (1 H)
<ul style="list-style-type: none"> • Types de culotte d'incontinence et autres produits • Changement de culotte • Crèmes protectrices • Échantillon de selles 	<ul style="list-style-type: none"> • Rasage du visage avec rasoir électrique • Rasage du visage avec lame • Rasage pré-op (avec tondeuse) • Soins des ongles • Lavage des cheveux avec un bain de tête (guitare) • Mesure du poids (en kg) • Oxygénothérapie • Utilisation d'un cylindre d'oxygène
Station 3 : Élimination (45 MIN)	Station 7 : Drainage urinaire, gastrique et thoracique (1 H)
<ul style="list-style-type: none"> • Installation d'un bassin de lit • Installation d'un bassin de lit orthopédique • Utilisation de sacs pour bassin de lit, chaise d'aisance, urinal homme et urinal femme (sac «hygie») • Utilisation de la balance suspendue cylindrique avec un sac «hygie» 	<ul style="list-style-type: none"> • Vidange du sac collecteur d'urine ou de liquide gastrique • Échantillon d'urine obtenu par la méthode mi-jet • Filtration des urines • Collecte d'urine des dernières 24 h • Remplacement du récipient de drainage gastrique avec appareil à succion • Particularités avec un drainage thoracique • Gestion des déchets biomédicaux
Station 4 : Alimentation (30 MIN)	Station 8 : Routine de soins (30 MIN)
<ul style="list-style-type: none"> • Particularités selon niveau d'autonomie • Distribution des repas et aide à l'alimentation • Principes d'alimentation si usager avec dysphagie • Informations à transmettre à l'infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotation du positionnement aux 2 heures au lit • Positionnement de l'usager hémiparétique • Principes de base dans l'utilisation des contentions • Routine du matin, du soir et de la nuit

Consignes générales lors des soins apportés aux usagers

- Prendre note que dans toute procédure, la désinfection de la surface de travail doit être faite ainsi que l'hygiène des mains avant et après une procédure
- Respecter l'intimité de l'utilisateur en fermant la porte ou en tirant les rideaux en tout temps
- S'assurer de l'accessibilité des objets courants : cloche d'appel, urinal, verre d'eau, mouchoirs, téléphone et autres.
- S'assurer de la sécurité des usagers en tout temps et prendre les moyens pour prévenir les accidents
- Informer l'infirmière des réactions de l'utilisateur et de son niveau de collaboration
- S'assurer que les orthèses et prothèses sont en place et fonctionnelles : lunettes propres, appareils auditifs ouverts, propres et avec pile qui fonctionne, marchette ouverte et à la portée de la personne, etc.
- Appliquer les mesures pour prévenir les escarres de décubitus : surveiller les points de pression, encourager ou assister l'utilisateur à alterner ses positions et à marcher s'il en a la capacité
- Vérifier les dates de péremption des fournitures le cas échéant

Station 1




Soins d'hygiène

<p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyant avec rinçage pour corps et cheveux • Nettoyant sans rinçage pour soins d'incontinence • Hydratant pour la peau • 3 serviettes • 3 débarbouillettes • 1 couverture • Jaquette avec soluté et tubulure • Gants jetables 	
---	--

Produits de nettoyage (peau et cheveux)

Voici les produits les plus susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle lors de soins d'hygiène

(Le type de produit pourrait être différent d'une installation à l'autre) :

<p>Nettoyant avec rinçage pour corps et cheveux</p>		<p>Utiliser au bain ou à la douche. Utiliser 3 pulvérisations sur une débarbouillette humide, essorée et tiède.</p>
<p>Nettoyant sans rinçage pour soins d'incontinence</p>		<p>Appliquer 2-3 pulvérisations ou jets sur une débarbouillette humide, essorée et tiède. Nettoyer délicatement toute la région de l'avant vers l'arrière. Assécher en épongeant délicatement.</p>
<p>Hydratant pour la peau</p>		<p>Appliquer une petite quantité sur la peau tous les jours, idéalement dans les minutes suivant le bain. Éviter l'application dans les plis cutanés et entre les orteils.</p>

N.B. L'utilisation du savon en pain a un effet asséchant et laisse un résidu sur la peau pouvant être la cause d'irritation.

Soins d'hygiène au lit

- Rassembler le matériel
- Vous assurer de fournir un niveau de confort et d'intimité (fermer les rideaux ou la porte)
- Déposer le matériel sur la table et ajuster la hauteur du lit
- Déshabiller l'usager et le couvrir immédiatement avec une couverture pour le garder au chaud et garder sa dignité.
- Mettre les gants au besoin
- Expliquer les étapes au fur et à mesure
- Vérifier les capacités d'autonomie de l'usager et encourager ce dernier à participer.
- La meilleure façon de laver un usager quand il est au lit, est de plier la débarbouillette autour de votre main
- Débuter par le visage. Une fois que vous avez terminé, sécher le visage avec une serviette. Aller à l'un de ses bras, ne retirer la couverture que de la zone à laver, laissant le reste de son corps couvert. Vous pouvez placer une serviette sous la zone que vous lavez.
- Une fois que le bras est lavé, rincé et séché, passez à l'autre bras. Continuez ce processus pour l'ensemble du corps
- Changer l'eau si elle est devenue tiède ou très sale.
- Éviter de mettre la lingerie souillée par terre, la déposer plutôt sur le piqué

Soins d'hygiène au lavabo

La toilette au lavabo consiste en une aide partielle à la toilette du patient.

- Rassembler le matériel (piqué, jaquette, savon, serviette, débarbouillette, solution hydro alcoolique, gants)
- Placer une chaise devant le lavabo si l'usager souhaite s'asseoir
- Placer un piqué sur la chaise
- Donner la cloche d'appel
- Inviter l'usager à débuter la toilette par le plus propre puis finir par le plus sale
- Assister l'usager pour les choses qu'il ne peut pas faire seul (ex. jambe, dos), le stimuler
- Surveiller l'état cutané, les capacités physiques et l'état psychique
- Finaliser la toilette et habiller l'usager, s'il y a lieu
- Nettoyer, désinfecter et ranger le matériel

Soins d'hygiène au bain (et désinfection du bain)

- Rassembler le matériel (piqué, jaquette, savon, serviette, débarbouillette, solution hydroalcoolique, gants)
- Recouvrir les cathéters, plâtre ou pansements à l'aide d'une pellicule transparente. Aviser de ne pas les mouiller ni les submerger. Vérifier avec l'infirmière la possibilité qu'elle débranche au préalable la ou les tubulures, le cas échéant
- Remplir la baignoire au 1/3
- Contrôler la température
- Demander à l'usager de s'installer dans la baignoire ou utiliser le lève- personne pour bain
- S'assurer que l'usager peut maintenir la position sans glisser ; assurer la surveillance requise le cas échéant
- Expliquer à l'usager comment utiliser la cloche d'appel, au besoin
- Lorsque le bain est terminé, soulever de nouveau l'usager, le recouvrir d'une couverture et l'installer au fauteuil roulant ou au lit
- Désinfecter le bain avec «Oxyvir» ou un produit équivalent ou «Ed» pour les bains en pédiatrie

Soins d'hygiène à la douche

- Vérifier auprès de l'infirmière que l'usager a les capacités pour utiliser la douche
- Recouvrir les cathéters, plâtre ou autres pansement à l'aide d'une pellicule transparente ; aviser l'usager de ne pas les mouiller ni les submerger
- Contrôler la température au besoin
- Expliquer à l'usager comment utiliser la cloche d'appel, au besoin
- Désinfection de la douche avec Oxyvir ou un produit équivalent

Changement de jaquette avec tubulure

Procéder seulement si la tubulure n'est pas installée sur une pompe à perfusion. Dans cette éventualité, faire appel au personnel infirmier pour manipuler la tubulure.

- Manipuler toujours le soluté en position verticale (afin d'éviter l'introduction de bulles dans la tubulure)
- Faire passer le soluté de l'extrémité de la manche de la jaquette vers le niveau du cou
- Par la suite faire passer la nouvelle jaquette du niveau du cou vers l'extrémité de la manche
- Accrocher le sac de perfusion sur la tige à soluté
- Prioriser les jaquettes à bouton pression pour les usagers avec un soluté sur pompe (évite d'avoir à retirer la tubulure de la pompe)




Station 2

Incontinence

<p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culottes d'incontinence • Sous-vêtement («pull-up») • Coussinet absorbant • Savon sans rinçage • Crème barrière • (protéger la peau : critic aid3 Serviettes, 3 débarbouillettes • Chapeau 	
---	--

Types de culotte d'incontinence et autres produits

Voici les produits les plus susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle qui présente de l'incontinence:

<p>Culotte d'incontinence</p>		<p>Plusieurs variantes (capacité d'absorption, ajustée («stretch») ou non et de tailles différentes (petite, moyenne, régulière, grande, très grande ou bariatrique)</p>
<p>Sous-vêtements («pull-up»)</p>		<p>Sous-vêtement absorbant en alternative à la culotte d'incontinence pour les usagers mobiles. Plusieurs grandeurs (petite, moyenne, grande et très grande)</p>
<p>Coussinets absorbant</p>		<p>À insérer dans le sous-vêtement ; solution en présence de perte urinaire réduite</p>

Changement de culotte

- Rassembler le matériel
- Ajuster la hauteur du lit
- Détacher la culotte souillée et rabattre la culotte vers l'avant
- Appliquer 2-3 pulvérisations ou jets du savon sans rinçage sur une débarbouillette humide, essorée et tiède
- Nettoyer délicatement toute la région de l'avant vers l'arrière
- Assécher en épongeant délicatement
- Si présence d'irritation de la peau légère ou modéré, étendre une mince couche de barrière cutanée protectrice (voir section suivante pour complément d'information)
- Une crème hydratante peut être appliquée après évaluation et directives de l'infirmière
- Faire tourner l'usager sur le côté, rabattre la culotte dans le lit puis déposer la nouvelle culotte
- Faire tourner l'usager de l'autre côté
- Disposer la culotte souillée sur une serviette que vous avez au préalable déposée dans le lit de l'usager
- Disposer la culotte à la poubelle

Crèmes protectrices

Prévient l'apparition de rougeurs en présence d'incontinence.

Soulage l'irritation légère à modérée de la peau causée par l'humidité.

Crée un film protecteur contre les irritants (ex. : selles, diarrhée, urines, exsudat).

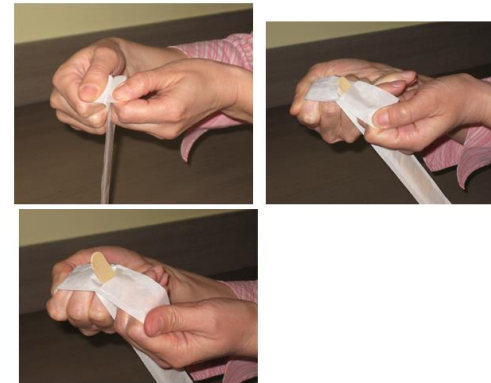
- Obtenir l'accord de l'infirmière avant d'appliquer la crème barrière cutanée protectrice
- Nettoyer et assécher la peau
- Étendre une mince couche de barrière cutanée protectrice
- Répéter l'application après chaque épisode d'incontinence ou après le soin d'hygiène, au besoin
- Éviter d'essuyer le surplus dans la culotte de protection
- Éviter de frotter pour faire pénétrer dans la peau
- Si diarrhées fréquentes (par exemple en cas de C.difficile), utiliser dès l'apparition des diarrhées et jusqu'à la résolution pour prévenir la dermatite d'incontinence

Échantillon de selles

- L'infirmière vous précisera le contenant dans lequel les selles devront être prélevées, si le contenant est différent du contenant stérile (certains contenants intègrent une spatule pour prélever le spécimen)
- Certains tests requièrent plusieurs échantillons.
- Le spécimen de selles ne doit pas avoir trempé dans l'eau ni dans l'urine (demander à l'usager de vider sa vessie avant l'obtention du spécimen, si possible)
- Remettre l'échantillon prélevé directement à l'infirmière
- Procéder à la double identification de l'usager avant d'effectuer le prélèvement
- Une fois le spécimen obtenu, ouvrir le contenant en plaçant le bouchon avec l'intérieur vers le haut (l'intérieur doit demeurer stérile)



- Ouvrir l'extrémité de l'abaisse-langue sans toucher l'intérieur et saisir l'extrémité par la main dominante



- Prendre la quantité requise de selles avec l'abaisse-langue (ou la spatule)
- Prélever directement l'échantillon dans le chapeau, le bassin ou la culotte d'incontinence
- Certains contenants exigent un remplissage limite bien indiqué sur l'étiquette
- Refermer le contenant et le remettre à l'infirmière

Voici les particularités selon la façon d'obtenir l'échantillon de selles :

Si prélevé dans un bassin de lit :

- S'assurer que le bassin est parfaitement propre et exempt de résidus de savon, de détergent, de désinfectant, d'eau ou de papier hygiénique (afin de ne pas modifier le résultat du test)
- Aviser l'utilisateur de ne pas jeter de papier dans le bassin de lit

Si usager capable de se déplacer à la toilette :

- Soulever le siège de toilette et placer le chapeau, puis rabattre le siège
- Aviser l'utilisateur de ne pas jeter de papier dans le chapeau

Si usager incontinent :

- Si une culotte d'incontinence est en place, vérifier qu'elle est au sec, sinon la changer avant de prélever l'échantillon de selles
- Retirer la culotte d'incontinence le plus rapidement possible après l'émission des selles (afin d'éviter un contact prolongé des selles avec l'urine possiblement présente dans la culotte)

Station 3

Élimination

<p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none">• Chaise d'aisance• Bassin pour lit régulier et orthopédique• Urinal homme et urinal femme• Sacs pour bassin de lit et chaise d'aisance (sac «hygiène»)• Sacs pour urinal homme et femme (sac «hygiène»)	
--	--

Installation d'un bassin de lit

- Rassembler le matériel (bassin, culotte, gants, débarbouillette)
- Abaisser la hauteur de la tête du lit (le patient pourra se relever ou se tourner plus facilement)
- Si l'utilisateur peut soulever ses hanches :
 - Demander à l'utilisateur de plier les genoux en poussant dans le lit avec ses talons
 - Placer la paume de votre main au niveau du sacrum de l'utilisateur
 - Demander à l'utilisateur de soulever les fesses
 - Placer un piqué propre sous l'utilisateur, au besoin et placer le bassin à l'aide de votre deuxième main (centrer la courbure du bassin et assurez-vous que l'ouverture du bassin est vers les pieds de l'utilisateur)

- Si usager à mobilité réduite :
 - Demander à l'utilisateur de se tourner sur le côté (assister l'utilisateur ou demander l'aide d'une deuxième personne, au besoin)
 - Placer un piqué sous l'utilisateur, au besoin
 - Appuyer fermement le bassin de lit sur les fesses de l'utilisateur (centrer la courbure du bassin et assurez-vous que l'ouverture du bassin est vers les pieds de l'utilisateur)
 - Demander ensuite à l'utilisateur de se retourner sur le dos tout en maintenant le bassin de lit
- Relever avec précaution la tête du lit pour ramener le corps de patient à la verticale, dans une position plus naturelle pour faire ses besoins
- Placer à portée de main de l'utilisateur le papier hygiénique et la cloche d'appel
- Éviter de laisser l'utilisateur sur un bassin de lit plus de 10 à 15 minutes (prévient les blessures cutanées)
- Pour retirer, abaisser la tête de lit le plus possible et enlever le bassin dans l'ordre inverse de lorsqu'il a été installé (tenir fermement le bassin de lit et le retirer délicatement) ; couvrir le bassin avec une serviette et le placer sur une chaise ou au pied du lit
- Laver la région périnéale et anale
- Retirer ou changer le piqué
- Vous Assurer que l'hygiène des mains de l'utilisateur a été faite
- Nettoyer et désinfecter le bassin et ranger à l'endroit prévu, ou si à usage unique, disposer selon la procédure

Installation d'un bassin de lit orthopédique

Utilisé auprès d'utilisateur ayant une condition l'empêchant de se tourner sur le côté (ex. blessure de la colonne vertébrale, de la hanche ou du bassin)

- Effectuer les mêmes étapes que lors de l'installation d'un bassin de lit régulier à l'exception de l'étape où l'utilisateur est mobilisé ; le bassin se glisse sous l'utilisateur.

Utilisation de sacs pour bassin de lit, chaise d'aisance, urinal homme et urinal femme (sac «hygiène»)

Solution pour gérer et contenir efficacement les liquides biologiques sur le lieu des soins. Le tampon super-absorbant contenu dans un sac pour chaise d'aisance absorbe et gélifie 700 ml et plus de liquides biologiques en quelques secondes. Il permet de diminuer les risques d'éclaboussures, de renversements et de dispersions des germes nocifs, aidant ainsi à prévenir les infections nosocomiales et la contamination croisée.

- Utiliser la chaise d'aisance quand l'utilisateur a de la difficulté à faire son pivot et qu'il a la capacité de se tenir debout (ou faire une mise en charge)
- Utiliser le sac adapté au matériel (format bassin ou format urinal) et recouvrir la zone intérieure avec le sac
- Après avoir utilisé le sac, fermez-le en faisant un nœud et jetez-le.

Utilisation de la balance suspendue cylindrique avec un sac «hygiène»


- Accrochez le sac rempli sur le crochet
- Tenir la balance de sorte que la tige mobile est libre
- Lire la mesure (1 gram = 1 mL d'urine)
- Disposez le sac «hygiène» à la poubelle
- Désinfecter la balance avec une languette désinfectante

Calibration

- Accrochez la balance
- Placez le sac «hygiène» vide sur le crochet
- Régler à l'aide du bouton de calibration afin d'aligner l'indicateur de poids au repère "0". Cela permettra à l'échelle de déduire la valeur du poids du sac lors de la prise de mesure

Station 4

Alimentation

<p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Table d'alimentation • Plateau d'alimentation • Exemple du menu d'un plateau • Oreiller et taie • Bavette • Bracelet d'identification • Exemple de formulaire d'ingesta/excreta 	
---	--

Particularités selon niveau d'autonomie

Voici le type de précision susceptible d'être présente dans le plan de travail du PAB concernant le besoin d'assistance lors des repas :

Préparer plateaux	Consiste à assister l'utilisateur à l'ouverture des contenants et à s'assurer que les ustensiles sont accessibles.
Aide partielle	Assistance à l'utilisateur qui n'a pas l'autonomie complète pour s'alimenter. L'aide peut différer et pourrait consister à effectuer les interventions suivantes : Préparer le plateau, diriger/stimuler l'utilisateur, combler l'autonomie pour les aliments plus difficile à manipuler (ex. soupe), accompagnement pour l'utilisation d'ustensiles adaptés, ajuster les prothèses dentaires, etc.
Aide totale	Assistance à l'utilisateur qui n'a pas l'autonomie pour s'alimenter. Consiste à être présent durant toute la durée du repas. L'utilisateur pourra parfois s'alimenter par lui-même, mais nécessitera une présence pour être dirigé.

Distribution des repas et aide à l'alimentation

- Toujours installer au fauteuil pour les repas, à moins d'une directive contraire de l'infirmière. En cas de doute, vérifier avec l'infirmière.
- S l'usager ne peut pas être assis au fauteuil, l'assoier au lit à 90° avec la tête légèrement penchée vers l'avant. Bien placer les oreillers dans le dos pour soutenir le tronc
- S'assurer du port des prothèses dentaires, des lunettes et prothèses auditives
- S'assurer de la propreté de la table d'alimentation et désinfecter les mains des usagers avant le repas
- Assurez-vous que la table est à la bonne hauteur
- Vérifier si l'usager souhaite avoir une bavette
- Distribuer le plateau et s'assurer de la concordance du nom et prénom (double identification) avec le menu du plateau à nourriture et la diète/consistance prévue
- Respecter les limites en apport hydrique, le cas échéant
- Placer les ustensiles et couvercles du côté sain de l'usager, le cas échéant

Si l'usager requiert une assistance, se placer à la même hauteur que l'usager afin de maintenir un contact visuel. Durant toute la durée du repas, respecter les principes suivants :

- S'assurer de respecter les directives de l'infirmière (ex. verres et ustensiles adaptés, pas d'eau durant le repas, commencer par le repas, liquide épaissi, etc.)
- Commencer par de petites quantités. Prendre des pauses entre les déglutitions
- Insister sur les aliments à haute valeur nutritionnelle (ex. : viande, aliments enrichis, desserts au lait, etc.)
- Encourager verbalement la personne à bien mastiquer les aliments
- Administrer séparément les liquides et les solides
- Éviter de mélanger les aliments ensemble afin de garder la saveur propre à chaque aliment
- Être attentif aux signes suivants et aviser l'infirmière le cas échéant: toux, difficulté à dégager les sécrétions, douleur, sensation d'obstruction, écoulement nasal ou salivaire excessif

- Après le repas, indiquer à l'endroit approprié la quantité de nourriture ingérée (habituellement quantité sur 4)
- Si un décompte nutritionnel est demandé, conserver le menu joint au plateau et l'insérer dans la pochette prévue à cet effet

- Si une mesure des ingérés est nécessaire, indiquer sur le formulaire dédié à cet effet, la quantité de liquide ingérée en précisant l'aliment et la quantité (des chartes sont disponibles dans les unités)
- Éviter de recoucher l'usager dans les 30 minutes suivant le repas

Principes d'alimentation si usager avec dysphagie

- S'assurer d'un bon positionnement à 90° au fauteuil ou au lit
- Donner de petites bouchées
- Ne jamais donner du liquide quand il y a du solide dans la bouche
- Couper les aliments en petits morceaux pour les rendre plus faciles à mastiquer
- S'il refuse de s'alimenter, faire une autre tentative après 10 minutes
- Cesser d'alimenter si un des signes de dysphagie suivant survient : Toux grasse spontanée en mangeant ou buvant ; difficulté à garder les aliments ou les liquides dans la bouche ; difficulté à amorcer la déglutition ; présence de nourriture dans la bouche après le repas ; besoin fréquent de se racler la gorge ; voix rauque ou modifiée après avoir mangé ou bu
- Aviser l'infirmière de toute complication ou de tout changement dans la condition de l'usager
- Après le repas, faire une bonne hygiène buccale afin de vous assurer qu'il ne reste pas de nourriture dans la bouche

Informations à transmettre à l'infirmière

Voici une liste non exhaustive des informations à transmettre à l'infirmière concernant l'alimentation :

- Changement significatif dénotant une aggravation ou une amélioration de l'état de la personne
- Changement significatif dans le niveau d'autonomie de l'usager
- La survenue d'une douleur ou d'une blessure aux gencives, une perte d'appétit, une difficulté à avaler des aliments, des limitations physiques affectant l'autonomie, des prothèses dentaires mal ajustées, une personne qui s'alimente très lentement, qui mastique ou déglutit difficilement, qui s'étouffe régulièrement pendant le repas, ou qui garde longtemps des résidus d'aliments dans la bouche
- Présence de diarrhées, nausées ou vomissements ainsi que d'une urine concentrée ou malodorante (signe de déshydratation)




Station 5

Soins de bouche

<p>Matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviette ou piqué • 1 débarbouillette • Brosse à dent • Brosse éponge («toothette») • Bassin de type haricot • Contenant pour prothèses dentaires 	
---	--

Produits pour soins de bouche

Voici les produits les plus susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle lors des soins de bouche et des lèvres :

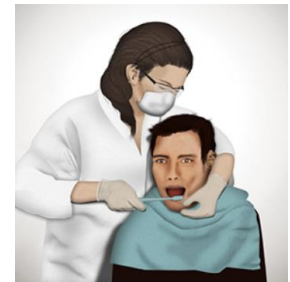
Brosse à dents		Idéalement, opter pour une brosse à dents à petite tête et à soies douces ou ultra-douces.
Brosse éponge («Toothette»)		N'élimine pas la plaque dentaire. Utiliser seulement selon les directives de l'infirmière car risque que l'utilisateur morde et s'étouffe avec l'éponge (utilisée dans les cas suivants : brosse à dents contre-indiqué, pour humecter ou hydrater les lèvres et muqueuse).
Rince-bouche		Au besoin, utiliser un rince-bouche sans alcool. Certaines recettes spécifiques en soins de bouche prévoient le mélange de solutions dont un rince-bouche sans alcool.

Brossage des dents

- Rassembler le matériel (gants, dentifrice, brosse à dents, bassin (haricot), serviette, piqué au besoin, rince-bouche)
- Placer au besoin une serviette sur la poitrine de l'utilisateur
- Placer le bassin sous le menton de l'utilisateur ou à proximité durant les soins d'hygiène
- Si possible, se placer derrière l'utilisateur ; placer un bras à l'arrière de la tête avec la main non dominante et brosser les dents avec la main dominante ; demander à l'utilisateur de se pencher légèrement vers l'avant
- Débuter par les dents supérieures puis poursuivre pour l'ensemble de la bouche
- Brosser d'abord les dents sur toute leur surface, puis les gencives et la langue ; pour les usagers édentés, brosser doucement les gencives, la langue et le palais
- Rincer la bouche avec de l'eau (utiliser une brosse éponge au besoin pour retirer l'excédent de dentifrice)
- Rincer la brosse à dents et disposer le matériel
- L'hygiène buccale doit être réalisée 2 fois par jour minimalement et aux 2 à 4 heures pour les usagers inconscients

Soins des prothèses dentaires

- Procéder au retrait des prothèses en débutant par la prothèse du haut puis celle du bas (demander à l'utilisateur de le faire s'il est autonome)
- À l'aide du pouce et de l'index, agripper la prothèse au niveau des dents et effectuer de légers mouvements du haut vers le bas pour briser la succion et faciliter le retrait ; au besoin, utiliser une compresse pour augmenter l'adhérence
- Vérifier si présence de crème adhésive et la retirer le cas échéant
- Procéder au nettoyage des prothèses au lavabo en utilisant une eau tiède et un dentifrice sans abrasif
- Remplacer la prothèse en débutant par celle du haut



Au coucher :

- Déposer les prothèses dans un contenant à prothèses dentaires, identifié au nom de l'utilisateur
- Au besoin, ajouter un comprimé nettoyant pour prothèses dentaires
- Recouvrir complètement d'eau tiède
- Au matin, retirer les prothèses de la solution et jeter
- Rincer les prothèses à l'eau tiède et nettoyer le contenant

- Selon les directives, appliquer une crème adhésive
- Les prothèses dentaires partielles doivent être nettoyées à la même fréquence que les dents naturelles.
- Les prothèses dentaires partielles doivent être trempées à chaque nuit. Ajouter un comprimé nettoyant de l'utilisateur ou utiliser de l'eau tiède avec moitié vinaigre blanc.
- Les prothèses dentaires composées de crochets métalliques doivent tremper seulement dans l'eau tiède.

Station 6

Soins variés

Matériel :

- Produit de rasage (rasoir avec lame et mousse à raser)
- Bol d'eau
- Débarbouillette
- Serviette
- Tondeuse électrique
- Bain de tête (guitare)
- Débitmètre
- Lunette nasale
- Masque à oxygène
- Venti-masque
- Pèse-personne



Rasage du visage avec rasoir électrique

- Utiliser un rasoir électrique dédié à l'utilisateur
- Utiliser le rasoir électrique si les poils ne sont pas trop long car l'efficacité est réduite et les poils auront tendance à être arrachés au lieu d'être coupés
- S'assurer que la peau du visage est propre, sinon la nettoyer ; idéalement, utiliser une eau chaude pour dilater les pores et assouplir les poils
- Avec un rasoir avec une tête plane, raser dans le sens du poil, généralement de haut en bas ; pour un rasoir à tête rotative, effectuer des mouvements circulaires pour un résultat optimal
- Apporter une précaution additionnelle pour les régions du cou (la peau est relâchée) et de la mâchoire (proéminence osseuse) afin de réduire les risques de couper la peau
- Nettoyer le rasoir en retirant la tête de l'appareil et en brossant les poils qui se trouvent sur les lames

Rasage du visage avec lame

- Utiliser un rasoir avec lame dédiée à l'usager ou un rasoir jetable
- S'assurer que la peau du visage est propre, sinon la nettoyer ; idéalement, utiliser une eau chaude pour dilater les pores et assouplir les poils
- Utiliser une mousse ou un gel à rasage et appliquer sur toute la région du visage à raser
- Prendre le rasoir dans votre main dominante et utiliser votre autre main pour tendre la peau, afin que la surface de peau que vous travaillez soit aussi lisse que possible
- En plaçant la lame presque parallèlement avec le visage de l'usager, raser d'abord une section dans le sens du poil, puis raser la même section dans le sens opposé, en prenant soin de rincer souvent la lame (éviter de boucher la lame)
- Rincer le visage à l'eau tiède et tamponner avec une serviette propre pour sécher
- Nettoyer le rasoir et sécher soigneusement ; si le rasoir est jetable, le jeter dans un contenant à objets piquants

Rasage pré-opératoire (avec tondeuse)

- L'utilisation du rasoir conventionnel n'est pas recommandée pour un rasage pré-opératoire (risque de micro-lésions et d'infection)
- Vérifier avec l'infirmière la zone à raser
- Placer un piqué propre sous la zone où les poils seront retirés
- Placer la lame sur la tête de la tondeuse (en tenant dans vos mains ou sur une surface plane)



Fig. A



Fig. B

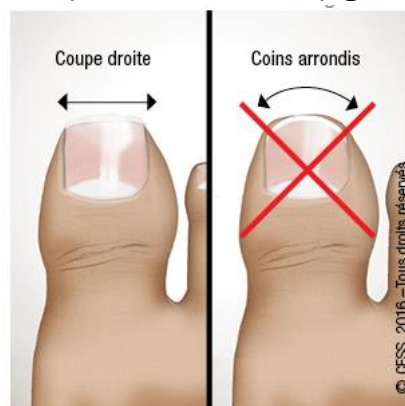


- Le site à préparer peut être tondu à l'état sec ou humide
- Garder toujours la lame à plat sur la peau
- Travailler dans le sens contraire de l'implantation des poils ou de haut en bas
- Étirer la peau pour qu'elle reste tendue pendant que la tondeuse est glissée en surface
- Faire preuve de douceur sur la peau délicate (les parties génitales et les aisselles par exemple). Dans ces régions, étirer toujours la peau et veiller à garder la tondeuse bien à plat sur la surface
- Dans les régions difficiles d'accès, ne jamais tondre des poils que vous ne voyez pas. Exposer plutôt la peau et l'étirer pendant que vous tondez
- Retirer la lame : en plaçant la tondeuse au-dessus d'un contenant pour objet piquant, pousser la lame avec le pouce posé sur l'encoche réservée à cette fin
- Rincer la tondeuse à l'eau tiède du robinet
- Sécher la surface de la tondeuse avec une serviette propre
- Essuyer la tondeuse avec un essuie-tout désinfectant
- Insérer la tondeuse dans le chargeur à batterie lorsqu'elle n'est pas utilisée

Soins des ongles

- La coupe et le limage des ongles n'est pas systématique pour tous les usagers, il faut donc suivre les directives de l'infirmière avant de procéder
- Le coupe -ongle est à l'usage exclusif d'un seul usager et ne peut pas être partagé
- Rassembler le matériel (gants, lime à ongle, coupe ongles)
- Mettre une serviette sous les mains ou les pieds
- Débuter les soins par les ongles des mains puis des pieds
- Retirer le vernis à ongle à l'aide d'un dissolvant conçu à cet effet, le cas échéant
- Mettre des gants non stériles au besoin
- Selon les directives de l'infirmière, faire tremper les extrémités dans l'eau tiède à légèrement chaude savonneuse durant 10 minutes dans un haricot ou un bol. Si le trempage n'est pas possible, enrouler le bout des doigts ou des orteils dans une compresse ou une débarbouillette humide tiède à légèrement chaude

- Assécher les extrémités et entre les doigts et les orteils
- Couper l'ongle droit, en suivant la courbure naturelle
- Ne pas couper plus court que le bout du doigt ou de l'orteil et éviter les coins afin d'éviter les ongles incarnés
- Limer les extrémités des ongles de l'extérieur vers l'intérieur (lime jetable) ; arrondir les coins pour ne pas blesser le doigt ou l'orteil adjacent
- Au besoin, et selon les recommandations de l'infirmière, appliquer une lotion hydratante ou l'huile minérale
- Selon le milieu, procéder au nettoyage ou la désinfection du matériel
- Informer l'infirmière de toutes anomalies (ex. si présence de champignons, de verrues ou autres)



Lavage des cheveux avec un bain de tête (guitare)

Le lavage des cheveux peut se faire à la baignoire ou la douche. Aussi un shampooing sec peut être utilisé.

- Rassembler le matériel (serviette, débarbouillette, shampooing, démêlant au besoin, peigne, piqué, guitare, 2 contenants : un pour l'eau claire et un pour l'eau récupéré, gants)
- Remplir 1 contenant d'eau tiède
- Positionner l'utilisateur à plat dans le lit, enlever les oreillers et placer un piqué sous les épaules et la tête de l'utilisateur



- Placer la guitare sous la tête de l'utilisateur et
- Glisser sous les épaules de l'utilisateur le bain de tête pour qu'il tienne fermement la nuque dans le bassin (une partie du bassin doit sortir du lit pour l'égouttement)
- Déposer le deuxième contenant sous l'extrémité du bain de tête pour recueillir l'eau souillée
- Verser doucement de l'eau sur les cheveux, faire mousser le shampooing, puis rincer complètement (utiliser plusieurs contenant d'eau tiède)
- Sécher et peigner les cheveux
- Désinfecter le bain de tête

Mesure du poids (en kg)

- Habituellement, la pesée se fait toujours à la même heure (à jeun le matin) et sur la même balance afin de comparer les données
- Mesurer le poids au 0,1 kilogramme près
- Faire retirer les chaussures et le plus de vêtements possible
- Plusieurs variétés de balances peuvent être utilisées (ex. électronique, pèse-personne, etc.)
- Si la balance est mobile, assurez-vous de bloquer les roues
- Assurez-vous que l'utilisateur est capable de tolérer la position debout
- Faire monter l'utilisateur sur la balance avec les pieds légèrement écartés
- Désinfecter la balance




Oxygénothérapie

Vérifier que l'oxygène est en fonction lorsque requis par l'utilisateur. Le débit d'oxygène administré doit être conservé en tout temps. Si un changement doit être apporté dans la concentration d'oxygène, le personnel infirmier doit procéder au changement. La manipulation de l'oxygène par le PAB n'est pas permise. Lors d'un déplacement de l'utilisateur et que l'oxygène doit être débranché et rebranché sur un cylindre d'oxygène, le personnel infirmier doit procéder à l'ajustement du débitmètre.

Attention : En milieu hospitalier, le débitmètre mural est toujours à proximité d'une prise d'air médical, qui ne contient pas d'oxygène en quantité suffisante. L'installation d'un dispositif sur cette prise pourrait être fatale.



Voici les dispositifs les plus susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle :

<p>Lunette nasale</p>		<p>Débit variant entre 0,5 et 10 litres par minute.</p> <p>Assèche les muqueuses nasales.</p>
<p>Masque facial simple</p>		<p>Débit variant entre 5 et 8 litres par minute.</p> <p>Utilisé lorsque le besoin en oxygène est plus important.</p>
<p>Venti-masque</p>		<p>Débit entre 4 à 15 litres par minute.</p> <p>Diffuse une concentration d'oxygène précise.</p>

Utilisation d'un cylindre d'oxygène

En l'absence d'une prise à oxygène murale, ou lors d'un transport d'un usager, il faut avoir recours à un cylindre d'oxygène.

Un cylindre est considéré plein quand il indique au moins 2000 psi ; est considéré vide quand il indique moins de 500 psi.

Habituellement utilisé avec une lunette nasale (possibilité d'utiliser un masque ou tente faciale).

Installer l'appareil à plus de 1,5 m d'une source de chaleur (ex. source de chauffage).

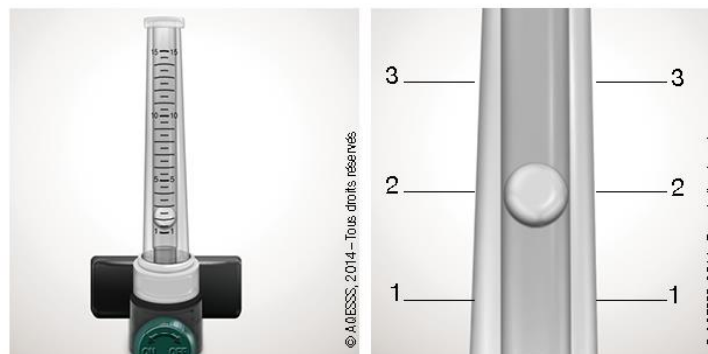
Pour les formats moyens et grands, utiliser le support ou le chariot fourni par le fabricant.

Éviter de transporter le cylindre par le manodétendeur (pour prévenir la contamination ou l'ouverture du robinet).

Maintenir le cylindre en position verticale, ne jamais le coucher, pour prévenir la pénétration de particules dans le manodétendeur.

L'utilisation de produits à base de pétrole est à proscrire puisqu'ils sont inflammables.

- L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire est responsable de placer l'oxygène au débit requis par l'utilisateur
- L'ajustement du débitmètre sera fait avant l'installation du dispositif au visage de l'utilisateur
- Vous devez vous assurer que ce débit soit maintenu lors d'un déplacement ou du transport d'un usager
- Le centre de la boule du débitmètre doit être aligné avec le nombre de litres par minute désiré
- Vous pouvez effectuer le montage du cylindre d'oxygène selon l'image



Station 7

Drainage urinaire, gastrique et thoracique

Matériel :

- Sac collecteur
- Sac à cuisse
- Pot de prélèvement
- Appareillage et succion murale
- Contenant gradué (au nom de l'usager)
- Serviette de papier
- Contenant gradué
- Gants jetables
- Bracelet d'identification
- Appareil à drainage thoracique (si disponible)
- Sac pour déchets biomédicaux



Vidange du sac collecteur d'urine ou de liquide gastrique

- Rassembler le matériel (gants, contenant gradué, serviette de papier, blouse au besoin)
- Placer la serviette de papier sur le plancher, puis le contenant gradué
- Sortir le tube de vidange au bas du sac de la pochette et ouvrir la pince tube
- Ne pas toucher les bords du contenant gradué pour éviter la contamination
- Une fois terminé, fermer la pince tube et replacer le tube dans la pochette
- S'assurer que le sac ne touche pas le sol



- Observer et mesurer l'urine ou le liquide gastrique puis vider dans la toilette
- Vider le contenu dans la toilette
- Documenter la quantité sur le formulaire dédié à cet effet

Échantillon d'urine obtenu par la méthode mi-jet

Effectuer les mêmes étapes que lors de la vidange du sac collecteur d'urine en ajoutant ces particularités :

- Procéder à la double identification de l'utilisateur
- L'utilisateur doit d'abord nettoyer les organes génitaux soit à l'eau et au savon ou à l'aide d'une lingette conçue à cet effet
- Expliquer à l'utilisateur de ne pas toucher la partie interne du contenant stérile et du couvercle
- L'échantillon d'urine est obtenu selon les étapes suivantes : l'utilisateur commence à uriner dans la toilette puis dans le contenant stérile et termine sa miction à la toilette
- Si un tube d'analyse est demandé par l'infirmière, une partie de l'urine contenue dans le pot stérile doit être versé dans le tube d'analyse (remplir au complet)
- Remettre les échantillons à l'infirmière afin qu'elle les identifie et les achemine au laboratoire

Filtration des urines

- Les urines doivent être recueillies dans un urinal, un chapeau ou un bassin
- Passer les urines dans le filtre conçu à cet effet en déversant les urines dans la toilette
- Le filtre permettra de retenir un calcul («pierre»), qu'il faudra déposer dans un contenant propre conçu à cet effet
- Mentionner à l'infirmière l'heure de la miction et remettre le calcul à l'infirmière afin que cette dernière l'identifie et l'achemine au laboratoire



Collecte d'urine des dernières 24h

- Assurez-vous d'avoir obtenu les directives de l'infirmière quant au début de la collecte urinaire en respectant le principe que la première urine est jetée et que l'heure de cette miction est considérée comme le début de la collecte (temps zéro). Inscrire l'heure sur le contenant préalablement identifié au nom de l'utilisateur
- Si le contenant de collecte contient un produit chimique, manipuler le contenant avec soin
- Aviser l'utilisateur de ne pas uriner directement dans le contenant et de ne pas y déposer de papier
- Bien refermer le couvercle à chaque fois
- Il est essentiel que la collecte soit complète. Si une miction est omise, la collecte doit être recommencée du début. Si le contenant ne contient aucun agent de conservation, rincer le contenant et débiter une autre collecte sinon faire venir un autre contenant du laboratoire avec le même agent de conservation
- Pour la plupart des analyses, le contenant de collecte doit être conservé au réfrigérateur ou sur glace. Parfois l'échantillon doit être conservé à l'abri de la lumière
- Une fois la collecte terminée, informer l'infirmière. Celle-ci apposera sur le contenant l'étiquette d'identification et les informations requises, si non déjà fait et vous pourrez acheminer le contenant au laboratoire



Remplacement du récipient de drainage gastrique avec appareil à suction

- Effectuer le remplacement après en avoir reçu la directive de l'infirmière
- Arrêter la suction
- Désabouter la tubulure reliée à l'appareil à suction et le tube de drainage du récipient
- Fermer le tube de drainage à l'aide d'un bouchon
- Mesurer les liquides dans le récipient et noter le résultat à l'endroit prévu à cet effet, selon les directives de l'infirmière
- Certains récipients sont jetables (jeter dans un sac jaune de type biorisque et d'autres réutilisables (vider le contenu du liquide et nettoyer le récipient)
- Remplacer un nouveau récipient, ou mettre celui que vous aurez préalablement nettoyé
- Abouter la tubulure au récipient
- Régler la pression requise sur l'appareil à suction
- Mettre la suction en marche
- Vérifier la pression exercée par l'appareil en obstruant l'orifice de drainage du récipient
- Retirer le bouchon du tube de drainage
- Fixer le tube de drainage au récipient



Particularités avec un drainage thoracique



- La manipulation d'un appareil à drainage thoracique demeure sous la responsabilité de l'infirmière, en aucun temps il ne faut faire une vidange du contenu
- Lors de vos soins, s'assurer qu'il y a absence de torsion ou d'obstruction au niveau du tube de drainage et que le pansement demeure solidement fixé au thorax, sinon, informer l'infirmière
- La manipulation de l'ensemble de l'appareil pourrait être nécessaire lors de la mobilisation de l'utilisateur. S'assurer de respecter les principes suivants :
 - maintenir le système de drainage à la verticale sous le site d'insertion du drain thoracique
 - veiller à ne pas clamber ou arracher accidentellement la tubulure du drain



Gestion des déchets biomédicaux et pharmaceutiques



Voici les contenants les plus susceptibles de se trouver dans les milieux de soins et leur utilisation spécifique :

(Le type de produit pourrait être différent d'une installation à l'autre) :


<p>Déchets biomédicaux (non-anatomiques)</p>		<p>Tous les articles jetables non piquants, non tranchants et non cassables, pouvant contenir du sang ou un autre liquide biologique, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Types de drains (Hémovac^{MD}, Jackson-Pratt^{MD}, etc.) ▪ Appareil à drainage thoracique ▪ Contenant à drainage/aspiration mural jetable ▪ Contenant de sang et matériel imbibé¹ de sang (ex. : pansement et champ bleu saturé de sang) <p>*Si partiellement souillé² : déchets généraux (sac à poubelle noir)*</p> <p>N.B. : Le culot globulaire sanguin, plasma, plaquettes et cryoprécipité vides ne doivent pas être jetés, mais acheminés à la banque de sang.</p>
<p>Déchets biomédicaux (non-anatomiques) piquants ou tranchants <u>sans résidu de médicaments</u></p>		<p>Les objets piquants, tranchants ou cassables, <u>sans résidu de médicament</u>, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seringues vides avec aiguille (rétractables ou non rétractables) ▪ Aiguilles ▪ Ampoules ou fioles n'ayant pas été en contact avec des médicaments (ex. : électrolytes, vaccins) ▪ Ciseaux ou pinces à usage unique ▪ Stylos injecteurs ▪ Rasoirs jetables ▪ Lames ou bistouris

¹ Imbibé de sang : matériel ou pansement laissant suinter le sang ou pouvant libérer du sang, lorsque pressé.

² Partiellement souillé : matériel ou pansement souillé en partie ou de quelques gouttes de sang, ne libérant pas de sang lorsque pressé.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tubes de prélèvement <p>Bouteilles en verre vides ayant été en contact avec un produit sanguin ou avec un autre liquide qui n'est pas un médicament (ex. : albumine, immunoglobuline, etc.)</p>
<p>Déchets pharmaceutiques Non dangereux</p>		<p>Les déchets ou restants de médicaments non cytotoxiques incluant piquants, tranchants ou cassables, tels que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprimés ou les médicaments, sous toutes ses formes ▪ Ampoules, fioles, bouteilles avec résidu ou ayant contenu un médicament ▪ Seringues avec médicaments résiduels ou ayant contenu un médicament <p>Sacs de soluté ou les tubulures avec des médicaments résiduels, ou ayant contenu un médicament (ex. : antibiotique IV)</p>
<p>Double sac rouge Cytotoxique et boîte de carton pour disposition finale</p>		<p>Les déchets qui peuvent contenir une solution cytotoxique ou qui ont été en contact avec des liquides biologiques d'un usager ayant reçu des médicaments dangereux du G1³, mais qui ne sont pas piquants ou tranchants, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gants, blouses, protections faciales utilisés lors de l'administration de médicaments dangereux du G1 ▪ Organes anatomiques (ex : tissu, membre et organe humains) <p>Déchet contaminé d'un usager sous médicaments dangereux du G1 (ex. : contenant jetable de liquide de ponction d'ascite ou autre drainage, culotte d'incontinence, sonde urinaire, etc.)</p>

³ Médicaments dangereux du Groupe 1 (G1) <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2016-161/pdfs/2016-161.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB2016161>

<p>Bac rouge/rose rigide Cytotoxique</p>		<p>Les déchets piquants, tranchants, cassables ou sous forme liquide contenant ou ayant été en contact avec des médicaments dangereux du G1, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seringues ou aiguilles ▪ Médicaments périmés ou déchets pharmaceutiques cytotoxiques liquides (résidus de médicaments) ▪ Sacs de soluté ou tubulures ayant servi à l'administration de médicaments dangereux du G1 <p>Pour les déchets cytotoxiques liquides, il est recommandé de placer une matière absorbante dans le bac.</p>
<p>Sac à ordures</p>		<p>Tous les déchets (non recyclables et non cytotoxiques) qui n'ont pas été énumérés dans une autre catégorie, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seringues vides (sans aiguille) ▪ Sacs de soluté ou les tubulures sans médicament (ex. : solution de nutrition parentérale) ▪ Sondes urinaires, fécales ou nasogastriques avec sac collecteur ▪ Champs bleus partiellement souillés ▪ Pansements partiellement souillés ▪ Culottes d'incontinence ▪ Blouses de protection, gants souillés, protections oculaires ou masques de protection <p>Médicaments en aérosols (ex. : Ventolin^{MD}, Flovent^{MD} et nitroglycérine). (Ceux-ci pourraient exploser à l'incinération)</p>

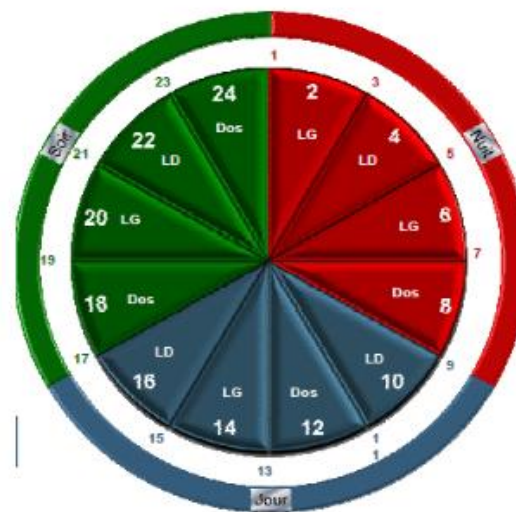
Station 8

Positionnement

Rotation du positionnement aux 2 heures au lit

Dès l'obtention d'une directive infirmière consistant à la mobilisation de l'utilisateur aux 2 heures, respecter les principes suivants :

- Instaurer un horaire de positionnement (voir exemple de l'horloge de positionnement) qui permet de changer la pression effectuée sur les zones à risque
- Au changement de position, surveiller les points de pression (ex. sacrum, ischion, trochanters, talon, malléole et aux 24h pour les genoux, coudes et omoplates) et informer l'infirmière si apparition de rougeur ou de plaie
- Éviter la position de 90°, limiter la hauteur de la tête du lit à 30°
- Ne pas frictionner les zones à risque
- Au lit, conserver les talons surélevés en tout temps, peu importe la position
- Favoriser au maximum le rehaussement au lit à 2 PAB pour réduire la friction
- Éviter les plis dans les draps
- Utiliser adéquatement les produits de soins d'hygiène selon la routine
- Lorsque l'utilisateur est au fauteuil, il est important de changer le positionnement aux heures

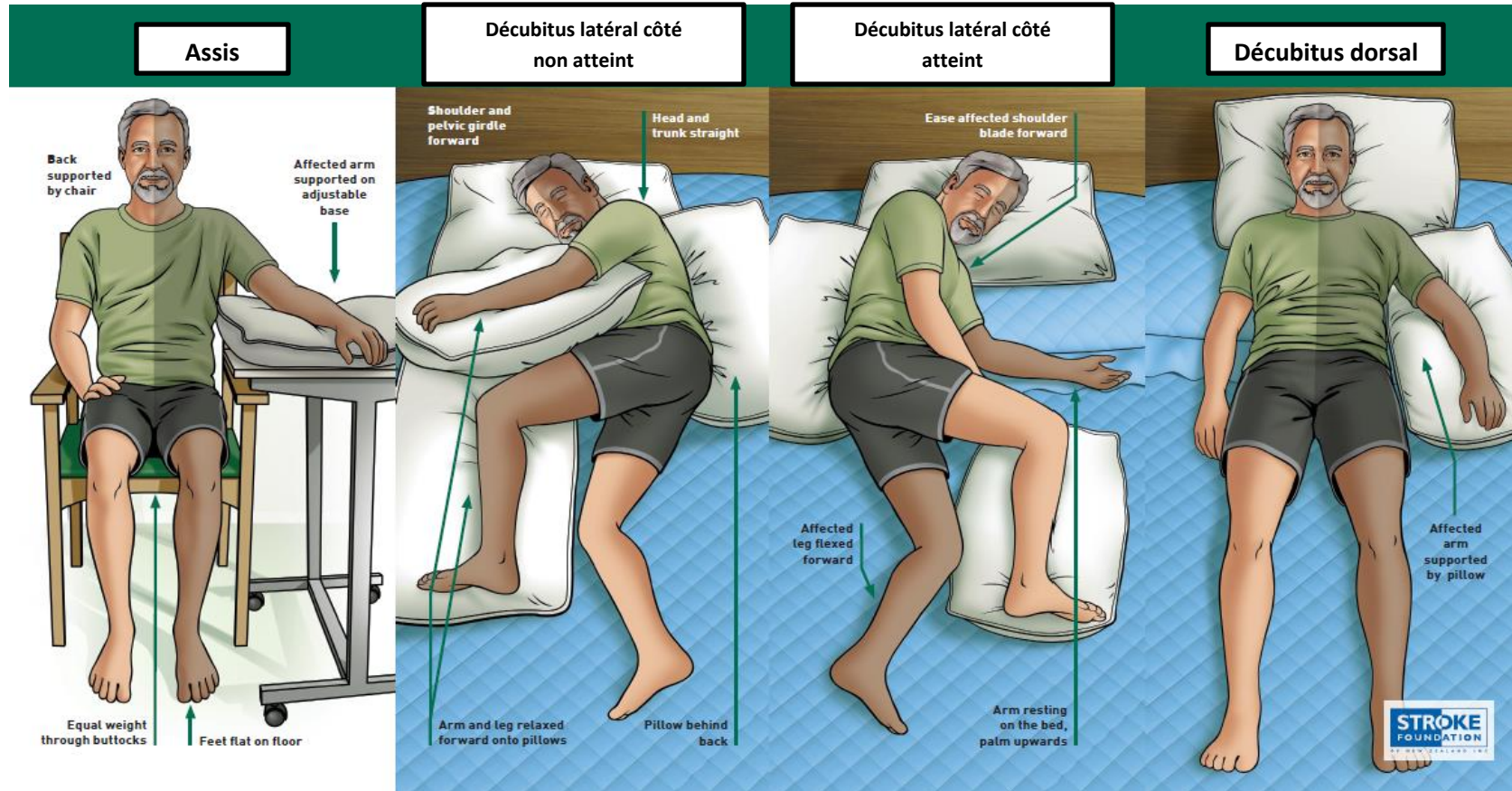


Positionnement de l'utilisateur hémiplégique

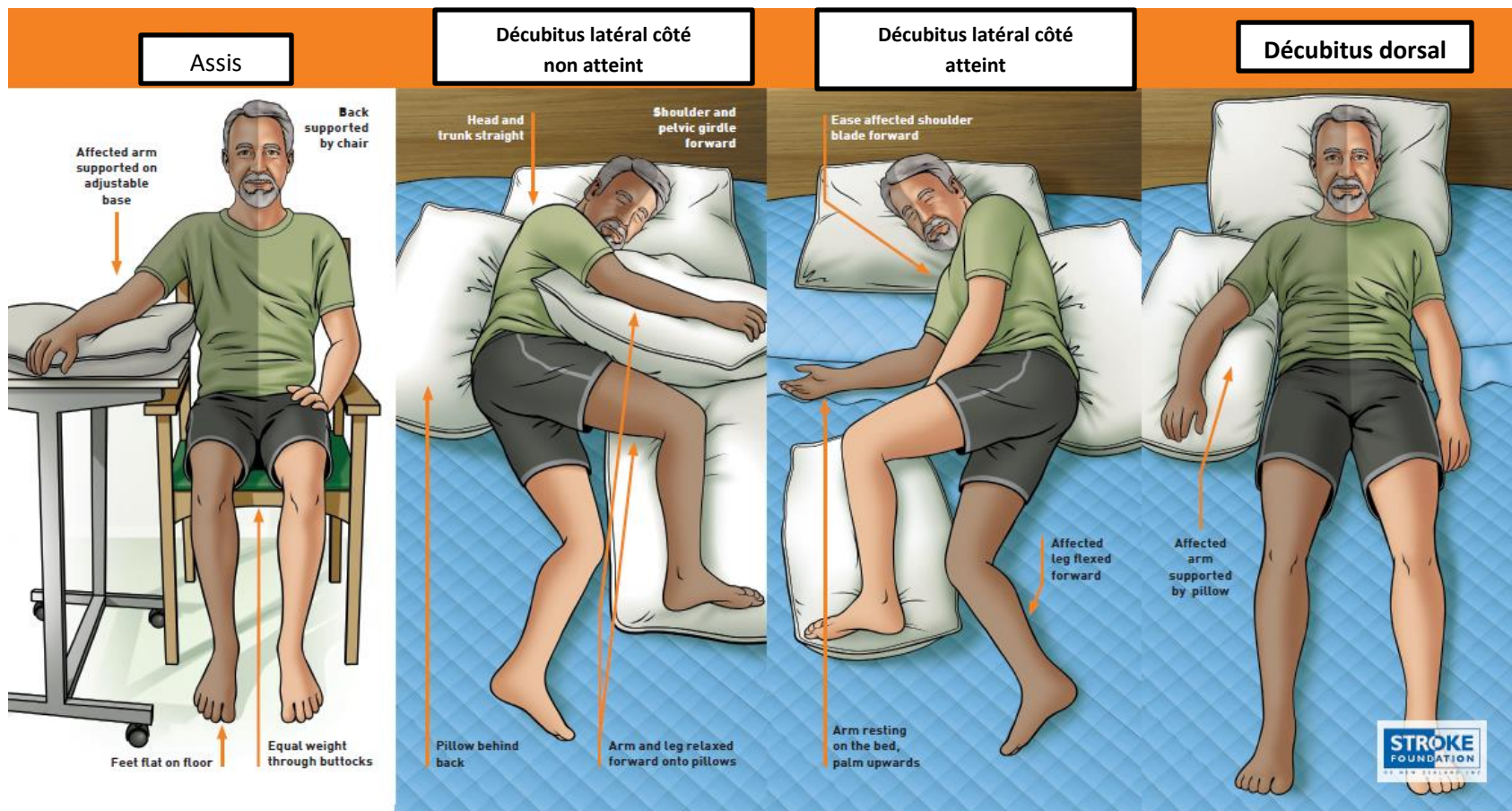
<p>Positionnement assis :</p>	<p>Au centre de la chaise ou du fauteuil roulant, ses bras sont placés vers l'avant sur des oreillers sur ses genoux ou sur une table. Les pieds sont placés à plat sur le sol ou dans des repose-pieds avec les genoux fléchis directement au-dessus des pieds.</p>
<p>Positionnement assis au lit :</p>	<p>Recommandé pour de courtes périodes seulement. La personne s'assoira droite, bien soutenue par des oreillers, au besoin. Ses bras sont placés sur des oreillers de chaque côté du corps et les jambes sont étendues confortablement.</p>
<p>Positionnement couché du côté non atteint :</p>	<p>Un ou deux oreillers sont placés sous la tête, tandis que l'épaule faible est placée vers l'avant avec le bras faible soutenu par des oreillers. La jambe faible est placée vers l'avant sur des oreillers.</p>
<p>Positionnement couché du côté atteint :</p>	<p>En position couchée du côté faible, un ou deux oreillers sont placés sous la tête, l'épaule faible est positionnée en position avant, la jambe non atteinte est vers l'avant sur un ou deux oreillers, et la jambe faible est légèrement fléchie. Des oreillers sont également placés derrière le corps.</p>
<p>Positionnement pendant les transferts :</p>	<p>Durant les transferts sur une chaise ou d'une chaise à une autre, le positionnement de l'épaule faible et du membre supérieur est important. Le bras faible doit toujours être soutenu pendant les transferts, et il est important que personne ne tire sur le bras car cela peut provoquer une douleur dans votre épaule qu'il sera difficile d'éliminer ensuite. Pour sortir du lit, il peut être utile d'installer une barre, à laquelle l'utilisateur pourra se tenir avec son bras fort pour l'aider à s'élever en position debout.</p>

Source : www.strokengine.ca

Hémiplégie droite



Hémiplégie gauche



Principes de base lors de l'utilisation des contentions physiques

- Solution de dernier recours
- Vérifier l'état du matériel avant l'application
- S'assurer que la surveillance est effectuée selon l'horaire prévu
- S'assurer que les besoins physiologiques (exemple : hygiène, hydratation et élimination) et psychologiques de la personne sont comblés
- Vérifier l'intégrité de la peau aux zones de pression à toutes les 2 heures minimalement
- Si présence de contention aux poignets ou aux chevilles, vérifier la présence de rougeur, cyanose ou froideur des extrémités et aviser l'infirmière le cas échéant
- Informer l'infirmière du comportement : agitation physique ou verbale, comportement inhabituel, des réactions physiques et psychologiques de la personne face à la mesure de contrôle
- S'assurer de la posture et du confort
- Toujours fixer les courroies latérales
- Toujours fixer les courroies principales à la structure du lit qui est amovible



Routine du matin, du soir et de la nuit

Voici les principales actions à poser lors de la tournée du matin :

(Des différences peuvent exister d'un milieu à l'autre)

- Ouvrir les rideaux
- Mobiliser les usagers au fauteuil en prévision du déjeuner (sauf indication contraire)
- Accompagner au besoin les usagers aux toilettes
- S'assurer du port des prothèses dentaires, appareils auditifs et lunettes
- Assister au besoin les usagers dans les soins d'hygiène
- Changer au besoin la literie
- Distribuer et ramasser les plateaux d'alimentation
- Assister au besoin les usagers pour l'alimentation
- Assister au besoin les usagers pour les soins buccaux post-repas

Voici les principales actions à poser lors de la tournée du soir :

(Des différences peuvent exister d'un milieu à l'autre)

- Fermer les rideaux
- Effectuer les soins d'hygiène buccaux et des prothèses dentaires
- Accompagner au besoin les usagers aux toilettes
- Installer les usagers au lit pour la nuit
- Effectuer la vidange des sacs collecteurs (vers la fin du quart de soir)

Voici les principales actions à poser lors des tournées dans la nuit (en collaboration avec les membres de l'équipe soignante):

(Des différences peuvent exister d'un milieu à l'autre)

- S'assurer que chaque usager respire normalement et est confortable (minimalement à toutes les heures)
- Si l'usager est incontinent, vérifier le besoin de le changer à toutes les 2 heures minimalement
- Assurer le dégagement des aires de circulation dans les chambres