

LE CISSS DES LAURENTIDES

complice de votre santé

Les CEPI ne sont pas autorisés à déterminer le plan de traitement d'une plaie.

Rôles et responsabilités		Formulaires et notes aux dossiers	Ressources disponibles	Questions cliniques
30 pts	15 pts	30 pts	10 pts	30 pts
50 pts	25 pts	40 pts	20 pts	40 pts
			40 pts	



Fin du questionnaire

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LES SOINS DE PLAIES FONT PEAU NEUVE!

Orientation à l'embauche (TRONC COMMUN)
INFIRMIÈRES- CEPI- INFIRMIÈRES AUXILIAIRES- CEPIA

DIRECTION ADJOINTE AUX PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Septembre 2018

Compétence

Capacité à assurer les suivis selon la structure et les outils de prise en charge de la clientèle à risque ou atteinte de plaie



Le plan de la formation

L'offre de services en soins de plaies et stomies

- Les rôles et responsabilités professionnels
 - Infirmière, CEPI et externe
 - Infirmière auxiliaire et CEPIA
 - Infirmière ressource
 - L'équipe des conseillères en soins infirmiers (soins de plaies et stomothérapie)
- Le continuum de soins

Les soins de plaies

- Quelques notions sur le traitement
- La documentation au dossier
- Documents pour vous aider en soins de plaies
 - Le portail clinique
 - Les méthodes de soins informatisées



Début du questionnaire

Question 3

Vrai ou Faux

Une infirmière peut débiter l'utilisation d'un pansement à base d'argent si elle le juge pertinent à la situation seulement si elle possède son droit de prescrire.

FAUX

Les rôles et responsabilités: Infirmière

7

Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent.

Le champ d'exercice
et les activités réservées
des infirmières et infirmiers

3^e édition



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

<https://www.oiiq.org/documents/2014/7/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%28282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>

Rôle spécifique:

- Évaluation du risque de lésions de pression (telle que l'échelle de Braden) à l'**arrivée** et selon les **fréquences recommandées**
- Évaluation de la peau et des téguments à l'**arrivée** (cause et cofacteurs, besoins de la personne, plaie), puis selon le plan thérapeutique infirmier
- Réévaluation reliée à la plaie au moins **une fois par semaine**
- Élaboration et ajustement **selon l'évolution** du plan de traitement des plaies et lien avec plan thérapeutique infirmier
- **Soins et traitement** selon l'ordonnance et/ou le plan de traitement infirmier : (surveillance, mesures préventives, analgésie, asepsie, antisepsie, nettoyage, **débridement (formation requise)**, retrait des sutures, agrafes, ponts et drains, pansement avec ou sans mèche, postopératoire ou non, thérapie compressive et **thérapie par pression négative (formation requise)**, enseignement, etc.)
- **Documentation** des observations, soins prodigués, constats et directives pour assurer le suivi

Question 5

Vrai ou Faux;

Les conseillères en soins de plaies et de stomies peuvent aider à déterminer un plan de traitement en présence d'une plaie complexe qui ne guérit pas dans un délai normal.

VRAI

Question 6

Vrai ou faux;

Le congé d'un usager peut être retardé pour permettre une consultation avec la conseillère en soins de plaies.

FAUX

Les rôles et responsabilités: En résumé

L'**infirmière** doit faire l'évaluation clinique initiale reliée à toute plaie, la documenter au dossier de l'usager et déterminer le plan de traitement.

Si l'usager est déjà suivi pour la plaie, l'infirmière doit faire venir l'évaluation ainsi que le plan de traitement en cours et prévoir au plan thérapeutique infirmier les soins requis.

Une requête professionnelle pour une consultation en soins de plaies (AH-248) demandée par un médecin doit d'abord être traitée par l'infirmière responsable de l'usager.

Si l'infirmière a besoin de soutien pour l'évaluation et la détermination ou l'ajustement du plan de traitement, elle doit faire appel à une **infirmière-ressource** en soins de plaies dans son unité de soins. Cette infirmière a reçu une formation reconnue à cet effet et a la responsabilité de promouvoir les pratiques recommandées.

Si la plaie n'évolue pas normalement, l'infirmière peut requérir l'expertise d'une **conseillère** en soins infirmiers (soins de plaies et stomothérapie) en lui demandant simplement conseil ou en remplissant une requête professionnelle (AH-248) qui précise le motif de la consultation.

Une demande de consultation en soins de plaies ne devrait jamais retarder un congé. Elle peut être transférée dans la communauté ou en hébergement où d'autres infirmières ont les compétences pour évaluer et déterminer le traitement d'une plaie.

Question 7

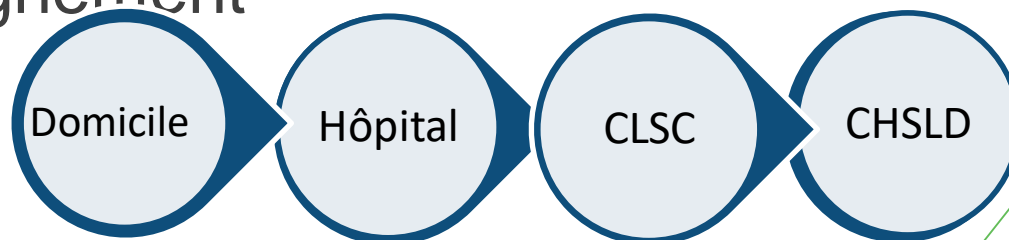
Vrai ou Faux

L'infirmière peut consulter un ergothérapeute pour obtenir son expertise quant au positionnement d'un usager.

VRAI

Le continuum de soins

- Implication d'une infirmière de liaison au besoin (ex.: si TPN)
- Référence au CLSC (ex.: 24/7)
- Suivi médical
- Consultations professionnelles (ex.: ergothérapie, physiothérapie, nutritionniste, travailleur social)
- Prescriptions de départ – Assurances
- Copie du formulaire d'évaluation et suivi des plaies ainsi que du PTI ou de la fiche de liaison.
- Enseignement



Question 12

Vrai ou Faux

Les risques de lésion de pression doivent se retrouver
au plan thérapeutique infirmier.

VRAI

Le plan thérapeutique infirmier

CONSTATS:

- Risque de lésion de pression
- Plaie ou altération de la peau et des téguments

DIRECTIVES:

- Mesures préventives
- Mesures de traitement
- Mesures d'asepsie
- Mesures visant le soulagement de la douleur
- Éléments de surveillance et la fréquence des évaluations
- Éléments d'enseignement
- Consultation à d'autres professionnels
- Référence à une ordonnance individuelle ou collective



Question 13

Nommez deux types de plaies nécessitant une déclaration à l'aide du formulaire d'incident ou d'accident AH-223.

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

DT9034

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée : Aucune (si oui, passez à la section 2) Usager

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

Événement : Évalué Indéterminé

Constat : Évalué Indéterminé

Lieu où s'est produit l'événement : Évalué Indéterminé

Information sur l'usager

Curatelle : Non Oui

Si oui : Privée Publique

Type de déficience : Aucune Auditive Cognitive Intellectuelle Langage Motrice Multicoïennes Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne : Normal Agité Somnolent Inconnu Désorienté/confus Agressif/violent Comateux

Capacité de déplacement : Totale Partielle Dépendance totale Inconnue

Burlescence requise : Usuelle Étroite Continue Inconnue

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

A- Chute : Chute Quasi-chute (décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)

Sans touche Chaire/fuséul civère En roulant Escalier Lève-personne Lit Lors d'activités

Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre Autre (précisez) :

B- Erreur de : Médicament Traitement/intervention Diète

Allergie connue Conservation/entreposage Préparation/décompte Disponibilité Déséquilibre

Heure/date d'administration Identité de l'usager Infiltration/extravasation Non respect d'une procédure/protocole Omission

Périempton Trouvé Type/personne/texture/consistance Voie d'administration

Autre (précisez) :

a) Médicaments/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b) Médicaments/traitement/intervention/diète qui aurait dû être administré			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

Autres renseignements :

C- Test diagnostique :

Laboratoire

Pré-analytique Analytique Post-analytique Description Erreur de saisie liée à l'ordonnance

Erreur liée à l'identification Non respect d'une procédure Autre (précisez) :

Signature :

AN-223-1 DT9034 (rev. 2014-02) RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT DOSSIER DE L'USAGER

La déclaration des plaies nosocomiales

- Toute nouvelle plaie nosocomiale parmi les suivantes:
 - Lésion de pression de stade 2, 3, 4, LTP et indéterminé (X) (*ne pas déclarer les rougeurs sans perte tissulaire de stade 1*)
 - Plaie traumatique (*ex.: hématome, déchirure cutanée*)
- Par l'intervenant qui constate la plaie et au besoin, avec la collaboration de l'infirmière pour l'évaluation de la plaie
- Dans un rapport de déclaration des incidents et accidents avec une copie au dossier de l'utilisateur
- Information sur l'étiologie, le site et la classification de la lésion, le score de Braden, la référence aux mesures inscrites au PTI, la conseillère en soins de plaies avisée
- Analyse et suivi par l'équipe de soins et son gestionnaire



La déclaration des plaies nosocomiales

Exemple de rapport informatisé

Section 3

Pour une lésion de pression, décrire minimalement
Le site précis, le stade de la lésion et
le score de Braden au moment du constat.

Information sur l'utilisateur

Curatelle : Non Oui

Type de déficience : Aucune Auditive Co Motrice

Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne : Capacité placement : Surveillance requise :

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

* Exemple d'une description :
Plaie de stade II constatée lors du changement de culotte d'incontinence. Diminution de la mobilité. Echelle de Braden : 12.

Document disponible dans l'intranet:
Aide-mémoire : Déclaration de plaie dans l'application
SISSS (AH-223)

Question 14

Nommez trois documents accessibles dans l'intranet pouvant vous aider en soins de plaie.



Documents pour vous aider en soins de plaies...

- Portail clinique
 - Plusieurs documents et formations dans la section soins de plaies et de stomies et dans la section prescriptions infirmières

Soins de plaies
et stomies

Prescriptions
infirmières

- Espace clinique



ESPACE
CLINIQUE

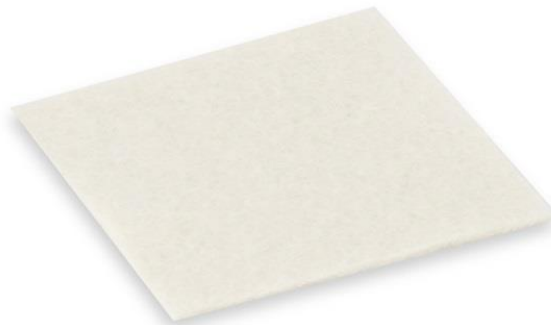
- MSI



MÉTHODES
DE SOINS

Question 15

Quelles sont les contre-indications du pansement à base d'alginate de calcium?




Soins de plaies et stomies

Tableau des produits en soins de plaies

Formations en soins de plaies

- Module 1 : Peau et cicatrisation
- Module 2 : L'évaluation clinique reliée aux plaies
- Module 3 : Le traitement des plaies
- Module 4 : La prévention et le traitement des lésions de pression
- Module 5 : La prise en charge des soins de la peau (humidité et sécheresse cutanées)

PANSEMENT ABSORBANT : ALGINATE DE CALCIUM

NOMS COMMERCIAUX DES PRODUITS	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	ACTIONS ET INDICATIONS	INSTRUCTIONS ET PARTICULARITÉS	CONTRE-INDICATIONS
ALGINATE DE CALCIUM / KENDALL® «Covidien» Composé de fibres d'acide mannurinique 	10 x 10 cm PRIX : \$\$ GRM : 42046564 RAMQ : DE 101 Sans latex	Actions : <ul style="list-style-type: none"> • Absorber l'exsudat en se transformant en un gel de consistance légère au contact de celui-ci • Maintien un milieu humide favorisant la cicatrisation • Favoriser l'hémostase • Comblent une cavité Indications : <ul style="list-style-type: none"> • Plaie produisant exsudat modéré à abondant • Plaie chronique ou aiguë tel qu'escarre, ulcère de jambe, diabétique, ou une plaie postopératoire • Plaie cavitaire à combler • Lit de la plaie friable ou hémorragique 	Instructions : <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer la plaie avec NaCl 0,9% • Assécher le pourtour en l'épongeant • Appliquer un protecteur cutané au besoin • Appliquer sec et directement dans la plaie • Laisser dépasser légèrement des bords de la plaie • Le produit peut être superposé en plusieurs couches • Le recouvrir d'un pansement secondaire ex : mousse hydrocellulaire • Ne pas compacter la plaie, car il augmente de volume en absorbant l'exsudat Particularités : <ul style="list-style-type: none"> • Si le pansement est asséché, l'humidifier avec NaCl 0,9% avant le retrait, afin de réduire les traumatismes et la douleur • S'applique et s'enlève facilement sur une plaie qui produit beaucoup d'exsudat • Bien nettoyer la plaie après le retrait du pansement, car celui-ci peut laisser des débris • Peut être utilisé sur une plaie infectée • S'assurer d'avoir un exsudat suffisant sinon risque d'assécher la plaie • Laisse une odeur de mer et une coloration brunâtre ou verdâtre donc bien nettoyer la plaie avant d'évaluer la plaie • Déconseillé dans un sinus ou tunnel dont on ne peut visualiser le fond, car il peut laisser des débris Fréquence d'utilisation : <ul style="list-style-type: none"> • Réfection q 7 jours + PRN, selon l'évaluation de l'infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie ou sensibilité • Plaie sèche ou avec exsudat léger • Brûlure du 3^{ème} degré

Soins de plaies
et stomies

Question 17

Nommez cinq directives infirmières possibles au niveau de la prévention et du traitement des lésions de pression.

Prévention des lésions de pression

Formulaire CISSS - 6032 - Évaluation du risque de lésion de pression

Aide-mémoire usager **avec** lésion de pression

Aide-mémoire usager **à risque** de lésion de pression

Aide-mémoire : Déclaration de plaie dans l'application SSISS (AH-223)

Dépliant pour la clientèle - Prévention des lésions de pression

Soins de plaies et stomies

Aide-mémoire: Usager à **RISQUE** de lésion de pression

1. ÉVALUER	2. PRÉVENIR ET COLLABORER	3. DOCUMENTER
<p>Facteurs de risques extrinsèques : (Échelle de Braden¹ selon la fréquence recommandée):</p> <ul style="list-style-type: none"> Perception sensorielle Humidité Activité Mobilité Nutrition Friction/cisaillement <p>Facteurs de risques intrinsèques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabète HTA Maladie artérielle périphérique (MAP) MPOC Tabagisme Dénutrition Stress Âge avancé Médication (ex. : cortisone, chimio, etc.) Autres comorbidités 	<p>Si l'Échelle de Braden est inférieure ou égale à 18/23 et selon les facteurs de risques</p> <p>Moyens préventifs²:</p> <ul style="list-style-type: none"> Au lit : mobiliser l'usager toutes les 2 heures, selon l'horloge de positionnement Au fauteuil : mobiliser l'usager toutes les heures et inciter l'usager à faire des changements de pression (balancement latéral, soulèvement avec les bras, etc.) toutes les 15 minutes Lever l'usager, si la condition le permet, au moins 2 fois par jour Éviter de glisser l'usager lors des mobilisations Surveiller les signes de déshydratation et de dénutrition Dégager les talons Inspecter l'intégrité de la peau, de la tête aux pieds incluant les points de pression toutes les 8 heures Élever la tête du lit à environ 30 degrés, sauf sur avis médical contraire Hydrater la peau DIE sauf entre les orteils (lotion ou crème hydratante) Appliquer une crème barrière cutanée (ex : Critic-aid clear) si incontinence³ Viser une glycémie entre 4 et 7 mmol/L à jeun, si diabétique Soulager la douleur Enseigner l'usager et/ou les aidants et offrir le dépliant : La prévention des lésions de pression Si l'Echelle de Braden est inférieure ou égale à 12 aux soins palliatifs : Procurer une surface thérapeutique⁴ et poursuivre les mobilisations toutes les 2 heures Collaboration interprofessionnelle (ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière praticienne spécialisée, nutritionniste, médecin, préposé aux bénéficiaires, auxiliaire aux services de santé et sociaux)* Voir le rôle des différents intervenants au Protocole de prévention et de traitement des lésions de pression 	<p>Notes au dossier</p> <p>+</p> <p>Évaluation du risque de lésion de pression (Échelle de Braden) (FP-CISSS-6032) et refaire selon les fréquences requises</p> <p>+</p> <p>PTI</p>

LE CISSS DES LAURENTIDES complice de votre santé

Formations en soins de plaies

- Module 1 : Peau et cicatrisation
- Module 2 : L'évaluation clinique reliée aux plaies
- Module 3 : Le traitement des plaies
- Module 4 : La prévention et le traitement des lésions de pression
- Module 5 : La prise en charge des soins de la peau (humidité et sécheresse cutanées)

À éviter

- Ne pas utiliser de coussin en forme de beigne pour vous asseoir⁵;
- Ne pas utiliser les « peaux de mouton » pour réduire la pression⁶;
- Ne pas frotter ou masser les rougeurs⁷;
- Ne pas percer les phylotères⁸ (ampoules), à moins que ce ne soit fait par un professionnel dans le but de débrider une plaie infectée, nécrosée ou douloureuse;
- Ne pas porter de chaussures trop serrées;
- Ne pas ignorer les rougeurs, elles sont un avertissement.

*Cela peut aggraver la situation.

Que faire si une lésion se développe?

- **TRAITER LA CAUSE!** Une lésion de pression se soigne en éliminant la pression;
- Si vous êtes hospitalisé ou en centre d'hébergement, aviser votre infirmière;
- Si vous êtes à domicile, consulter une infirmière de votre CLSC ou votre médecin;
- Collaborer au plan de traitement.

Pourquoi s'en faire?

- Risque d'infection;
- Douleur;
- Amputation;
- Diminution de votre qualité de vie;
- Odeur;
- Coûts;
- Réduction des activités sociales;
- Absence au travail et peut même entraîner la mort.

Pour toutes questions ou inquiétudes, veuillez communiquer avec votre équipe de soins.

*Nous faisons équipe!
Le partenariat entre le patient
et son équipe de soins
est un gage de succès.*

Source:
• OIQ 2007. Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier.
• RNAO 2003 - Soulager la pression : Prévention des lésions de pression.
• Wound care Canada 2006 - Recommandations des pratiques exemplaires pour la prévention et la prise en charge des ulcères de pression.
• Perspective infirmière mars/avril 2016 Vol13 No2 - L'importance de la mobilisation.

Direction des soins infirmiers
et de l'éthique clinique

La prévention des lésions de pression



Dépliant d'information à l'intention des usagers à risque, ou ayant une lésion de pression

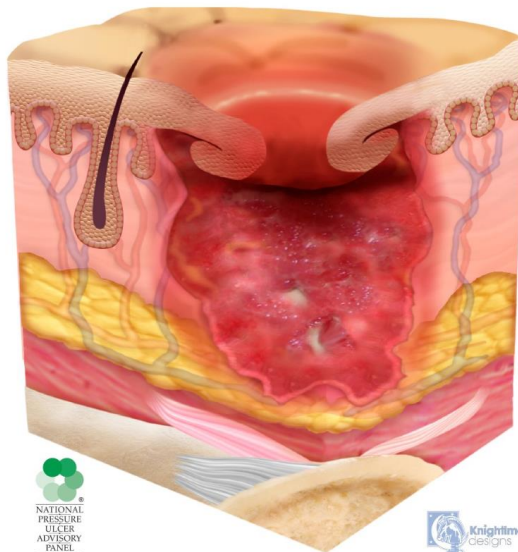
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Question 19

Nommez les stades des lésions de pression sur ces images.



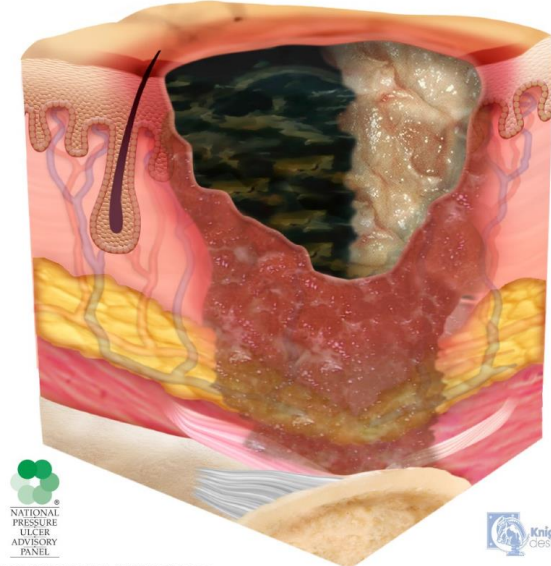
Area of Focus



NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG



NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL

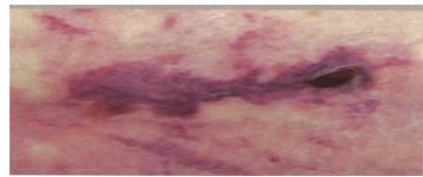


©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG



Soins de plaies
et stomies

LTP



Caractéristiques

Avec bris cutané ou non
Zone de peau avec une coloration pourpre ou marron; phlyctène sanguine rupturée ou non
Dommages causés aux tissus mous sous-jacents
Peut être précédée par la présence de tissus douloureux, indurés ou oedématiés

Formations en soins de plaies

- Module 1 : Peau et cicatrisation
- Module 2 : L'évaluation clinique reliée aux plaies
- Module 3 : Le traitement des plaies
- Module 4 : La prévention et le traitement des lésions de pression
- Module 5 : La prise en charge des soins de la peau (humidité et sécheresse cutanées)

Stade 1



Peau sans bris cutané présentant une rougeur localisée de l'épiderme
Rougeur présente depuis plus de 30 minutes consécutives
Rougeur qui ne blanchit pas à la pression

Stade 2



Bris de l'épiderme et du derme superficiel ou profond
Lésion ouverte peu profonde, lit rouge ou rose
Peut aussi être une phlyctène remplie de liquide séreux, rupturée ou non

Stade 3



Perte tissulaire complète avec exposition du derme et du tissu sous-cutané; espaces sous-jacents ou tunnels peuvent être présents
Différents tissus peuvent recouvrir le lit de la plaie :

- tissu nécrotiques humides ou secs
- tissu de granulation
- tissu adipeux

Stade 4



Perte tissulaire complète
Structures exposées : Os, muscle, tendon, ligaments, vaisseaux
Sinus, espaces sous-jacents, tunnels ou sillons souvent présents



**STRUCTURES EXPOSÉES :
AVISER LE MÉDECIN**

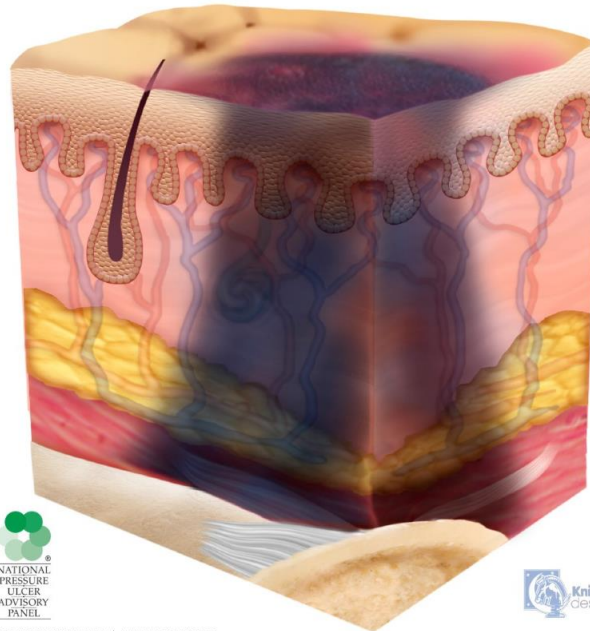
Stade indéterminé (X)



Perte tissulaire complète
Plaie recouverte de tissus nécrotiques (jaune, brun, blanc ou autre) ou d'une escarre
Impossible d'évaluer la profondeur de la plaie

Question 20

Que veut dire l'acronyme LTP?



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

Soins de plaies
et stomies



MÉTHODES
DE SOINS

Formations en soins de plaies

- Module 1 : Peau et cicatrisation
- Module 2 : L'évaluation clinique reliée aux plaies
- Module 3 : Le traitement des plaies
- Module 4 : La prévention et le traitement des lésions de pression
- Module 5: La prise en charge des soins de la peau (humidité et sécheresse cutanées)

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides key user | Centre int



Accueil | Mon Établissement

ACCUEIL / SOINS DE PLAIES / ÉVALUATION ET GESTION DES PLAIES DE PRESSION

Évaluation et gestion des plaies de pression

Cadre général	Techniques de soins	Notes au dossier	Programme d'enseignement	Références	Aide mémoire
---------------	---------------------	------------------	--------------------------	------------	--------------

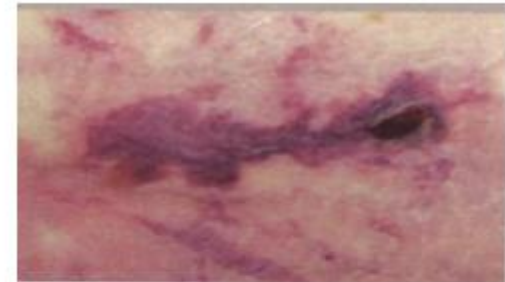
Cadre général

Imprimer cet onglet

Définition

Procéder à l'examen physique et aux tests nécessaires à l'identification du stade de la plaie de pression afin d'instaurer les soins appropriés.

Lésions des tissus profonds (LTP)



Avec bris cutané ou non
Zone de peau avec une coloration pourpre ou marron; phlyctène sanguine rupturée ou non
Dommages causés aux tissus mous sous-jacents
Peut être précédée par la présence de tissus douloureux, indurés ou œdématisés

Des Méthodes de soins informatisées à consulter

- Cadre de référence en soins de plaies*
- Évaluation et gestion des plaies de pression*
- Prévention et prise en charge des lésions de pression*
- Processus de cicatrisation
- Sélection d'un pansement, produit topique
- Application d'un pansement (de tous les types)
- Application et retrait d'une mèche
- Retrait des agrafes, des drains
- Fermeture d'une plaie avec la thérapie par pression négative
- Mesure de l'indice de pression tibio-brachial ou indice de pression systolique cheville bras**
- Application d'une thérapie par compression - Bandages compressifs**
- Débridement de plaies***

*: Lecture obligatoire au cours de la première année suivant l'embauche.

** : Une formation sous forme d'accompagnement est requise pour exercer ces pratiques au CISSS des Laurentides.

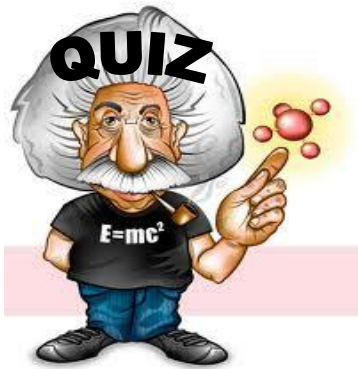
***: Un atelier pratique est nécessaire pour exercer cette pratique au CISSS des Laurentides



MÉTHODES
DE SOINS



Pansement et
soins de plaies



Vrai ou faux:

1. L'infirmière auxiliaire peut recueillir les données d'évaluation du risque de plaies de pression. **VRAI**
2. En établissement de santé, la crème antifongique peut demeurer au chevet d'un usager à condition d'être identifiée correctement et manipulée aseptiquement **FAUX**
3. L'infirmière peut consulter un ergothérapeute pour obtenir son expertise quant au positionnement d'un usager **VRAI**
4. L'infirmière et l'infirmière auxiliaire peuvent appliquer du nitrate d'argent selon l'ordonnance ou le plan de traitement infirmier.

VRAI

Démonstration de la section soins des plaies dans l'intranet...

Soins de plaies
et stomies

Nouveaux documents (stomie)



DT6418

ÉVALUATION ET OBSERVATION DE LA STOMIE

1. INFORMATION RELATIVE À LA CHIRURGIE				
Date de l'intervention : _____		Nom du chirurgien : _____		
aaaa/mm/jj		Lieu de la chirurgie : _____		
2. PROCÉDURE CHIRURGICALE :				
<input type="checkbox"/> Stomie fécale :	<input type="checkbox"/> Colostomie	ou	<input type="checkbox"/> Iléostomie	Dates de retrait de la tige de soutien ou des sondes urétérales, prescrit par le chirurgien : _____ (aaaa/mm/jj)
	<input type="checkbox"/> Terminale	ou	<input type="checkbox"/> Boucle	
	<input type="checkbox"/> Temporaire	ou	<input type="checkbox"/> Permanente	
	<input type="checkbox"/> Fistule muqueuse		<input type="checkbox"/> Stomie urinaire	
Date (aaaa/mm/jj) :				Localiser la stomie sur le schéma :
3. APPARENCE DE LA STOMIE (inscrire la lettre correspondante ou mettre un crochet (✓))				
Rouge (R), Pâle (P), Noire (N), Violacée (V)				
Nécrose humide sur stomie	%	%	%	
Oedématisée				
Lacérée (L) ou Granulome (G) (notule sur stomie)				
Bourgeon d'hypergranulation (localisation schéma)				Schématiser vos observations
Tige de soutien (T) ou sondes urétérales (S) ou Retrait (R) Si retrait, inscrire dans Notes particulières				Date aaaa-mm-jj : _____
4. APPARENCE DE LA PEAU PÉRISTOMIALE (Crochet (✓) lorsque c'est le cas et localiser sur le schéma à droite si requis)				
Intacte				
Érythème/rougeur				
Érosion				Date aaaa-mm-jj : _____
Dermatite allergique : plaque érythémateuse				
Dermatite fongique : papule / pustule / prurit				
Macérée				Date aaaa-mm-jj : _____
Autre (inscrire dans Notes particulières)				
Plaie péristomiale (Compléter FP-CISS5-6278 Évaluation, observation et suivi de la plaie)				
Sutures muco-cutanées				Date aaaa-mm-jj : _____
Déhiscescence muco-cutanée (Compléter FP-CISS5-6278 Évaluation, observation et suivi de la plaie)				
Hernie parastomiale				
Creux / Plis cutanés (localisation schéma)				Date aaaa-mm-jj : _____
Douleur : quantification de la douleur *	_____/10	_____/10	_____/10	_____/10
Initiales (signature requise à la fin du formulaire) :				

Titre	Guide – Évaluation et observation de la stomie
En vigueur	2020-09-16
Révision	« Ne s'applique pas »
Validation	2020-09-16 Anne-Marie Lajeunesse, Conseillère cadre en soins infirmiers (intérimaire) Direction adjointe aux pratiques professionnelles Direction des soins infirmiers
Diffusion	2020-09-16 Dépôt dans l'Espace clinique de l'intranet du CISSS des Laurentides
Application et personnes concernées	Infirmières et infirmières auxiliaires
Document(s) remplacé(s)	Ne s'applique pas
Document(s) initiateur(s)	Évaluation et observation de la stomie (FP-CISS5-6418)
Document(s) en découlant	Ne s'applique pas

Nouveaux documents (stomie)



DT6416

PLAN DE SOINS DE STOMIE

PLAN DE SOINS DE STOMIES (Déterminé par l'infirmière)		
SOINS ET ACCESSOIRES <i>(Cocher et écrire le nom du produit utilisé lorsque requis)</i>	Plan de soins # _____ Date : _____ aaaa-mm-jj	Plan de soins # _____ Date : _____ aaaa-mm-jj
Nettoyer la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper les poils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dissolvant d'adhésif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poudre à stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adhésif médical (vaporisateur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protecteur cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Application de crème (cortisone, antifongique) ou autre traitement pertinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins de la plaie péristomiale	<input type="checkbox"/> Compléter le formulaire <i>Plan de traitement</i> (FP-CISSS-6276)	<input type="checkbox"/> Compléter le formulaire <i>Plan de traitement</i> (FP-CISSS-6276)
Agent de remplissage : <i>(Inscrire la première lettre du mot qui correspond à l'agent de remplissage choisi (T, A ou B) et localiser l'application sur le schéma)</i>		
Barrière cutanée (collerette) : Cocher celle utilisée, inscrire le nom de la compagnie et le numéro de produit	<input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Concave <input type="checkbox"/> Convexe	<input type="checkbox"/> Plate <input type="checkbox"/> Concave <input type="checkbox"/> Convexe
	Compagnie : _____	Compagnie : _____
	Numéro : _____	Numéro : _____
Sac collecteur : inscrire le numéro du produit	Numéro : _____	Numéro : _____
Ceinture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bande herniaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre matériel ou accessoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence des soins (changement de l'appareillage)		
Initiales (signatures requises à la fin du formulaire)		

Titre	Guide - Plan de soins de stomies	
En vigueur	2020-09-16	
Révision	Ne s'applique pas	
Validation	2020-09-16	Anne-Marie Lajeunesse, Conseillère cadre en soins infirmiers (intérimaire) Maude Limoges Lemay, Conseillère en soins infirmiers Direction adjointe aux pratiques professionnelles Direction des soins infirmiers
Diffusion	2020-09-16	Dépôt dans l'Espace clinique de l'intranet du CISSS des Laurentides
Application et personnes concernées	Infirmières du CISSS des Laurentides	
Document(s) remplacé(s)	Ne s'applique pas	
Document(s) initiateur(s)	FP-CISSS-6416	
Document(s) en découlant	Ne s'applique pas	



Merci!

Références

- Bourassa J, Beaulieu M, Gervais F. (2012)** Programme de soins de plaies du CSSS Antoine-Labelle.
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (2016).** Méthode de soins informatisées - Nettoyage d'une plaie.
- Dagenais M, Castonguay I. (2015)** Formation de base en soins de plaies du CSSS de Thérèse de Blainville.
- Gazette officiel du Québec (2015).** Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des infirmières et infirmiers auxiliaires. Repéré à <https://www.oiaq.org/files/content/Infirmiere/reg-activites-cepia-16-12-2015.pdf>
- Godin J-H, Gérard-Lemieux V. (2013)** Programme de formation en soins de plaies du CSSS d'Argenteuil
- Lajeunesse A-M, Dion C. (2015)** Programme de formation sur les rôles et responsabilités en soins de plaies du CSSS du Lac des Deux-Montagnes.
- Lajoie A. (2015)** Programme de formation sur l'asepsie lors des soins de plaies du CSSS Pays d'en Haut.
- Léger M-P, Paquette A. (2015)** Programme de formation de base en soins de plaies du CSSS des Sommets.
- Morse J. (2012)** Programme interdisciplinaire de soins de plaies du CSSS de Saint-Jérôme.
- National pressure ulcer advisory panel (2016)** Pressure injury stages. Repéré à <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>
- OIIAQ (2014).** Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Repéré à https://www.oiaq.org/files/publication/Activites_Pro_Inf_Aux.pdf
- OIIQ (2016).** Le champs d'exercice et les activités réservées de l'infirmière et de l'ifirmier. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- OIIQ (2018).** Rôle et responsabilités de l'externe en soins infirmiers. Repéré à <https://www.oiiq.org/acceder-profession/parcours-etudiant/externat/activites-professionnelles-permises>