

# PROTOCOLE D'ÉLIMINATION INTESTINALE

## • FICHE MENSUELLE D'ENREGISTREMENT •

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**ALERTE : AVISER LE MÉDECIN SI :**

- Signes d'occlusion intestinale : fièvre, ballonnements avec nausées et/ou vomissements, douleurs abdominales ou en présence de diarrhée;
- Utilisation du protocole 2 fois à l'intérieur d'une période de 31 jours.

Journée avec selle = journée 0

Dernière date de l'utilisation du protocole (mois précédent) = \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS	HRES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>4<sup>e</sup> JOUR (3 jours sans selle)</b>																																	
Lait de magnésie 30 ml Matin ou midi	AM																																
Lait de magnésie 15 ml	HS																																
Nutrition clinique avisée (PRN)																																	
<b>5<sup>e</sup> JOUR (4 jours sans selle)</b>																																	
1 à 2 suppositoires glycérine 30 à 60 min. après déjeuner	AM																																
Si supp. de Bisacodyl 10 mg (Dulcolax). Si Bisacodyl non toléré, Microlax lavement	HS																																
<b>6<sup>e</sup> JOUR (5 jours sans selle) : Toucher rectal positif (+) avec selles molles OU toucher rectal négatif (-)</b>																																	
Lavement Fleet régulier avec tube rectal	AM																																
<b>PROTOCOLE FECALOME - 6<sup>e</sup> JOUR (5 jours sans selle) : Toucher rectal positif (+) avec selles dures</b>																																	
1. Xylocaïne 2% gelée Laisser agir 5 minutes																																	
2. Toucher rectal et curage																																	
3. Si inefficace, lavement Fleet huileux avec tube rectal																																	
4. Si inefficace, répéter 2 heures plus tard, les opérations 1, 2 & 3																																	

# PROTOCOLE D'ÉLIMINATION INTESTINALE

## • FICHE MENSUELLE D'ENREGISTREMENT •

Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_



**ALERTE : AVISER LE MÉDECIN SI :**

- Signes d'occlusion intestinale : fièvre, ballonnements avec nausées et/ou vomissements, douleurs abdominales ou en présence de diarrhée;
- Utilisation du protocole 2 fois à l'intérieur d'une période de 31 jours.

Journée avec selle = journée 0

Dernière date de l'utilisation du protocole (mois précédent) = \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS	HRES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<b>4<sup>e</sup> JOUR (3 jours sans selle)</b>																																		
Lait de magnésie 30 ml Matin ou midi	AM																																	
Lait de magnésie 15 ml	HS																																	
Nutrition clinique avisée (PRN)																																		
<b>5<sup>e</sup> JOUR (4 jours sans selle)</b>																																		
1 à 2 suppositoires glycérine 30 à 60 min. après déjeuner	AM																																	
Si supp. de Bisacodyl 10 mg (Dulcolax). Si Bisacodyl non toléré, Microlax lavement	HS																																	
<b>6<sup>e</sup> JOUR (5 jours sans selle) : Toucher rectal positif (+) avec selles molles OU toucher rectal négatif (-)</b>																																		
Lavement Fleet régulier avec tube rectal	AM																																	
<b>PROTOCOLE FÉCALOME - 6<sup>e</sup> JOUR (5 jours sans selle) : Toucher rectal positif (+) avec selles dures</b>																																		
1. Xylocaïne 2% gelée Laisser agir 5 minutes																																		
2. Toucher rectal et curage																																		
3. Si inefficace, lavement Fleet huileux avec tube rectal																																		
4. Si inefficace, répéter 2 heures plus tard, les opérations 1, 2 & 3																																		



**PROGRAMME DE MARCHÉ**

UNITÉ :

AILE :

MOIS :

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																
<b>AIDE :</b>																																		
<b>MARCHETTE :</b>																																		
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																

DISTANCE :

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																	
<b>AIDE :</b>																																			
<b>MARCHETTE :</b>																																			
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																	

DISTANCE :

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																		
<b>AIDE :</b>																																				
<b>MARCHETTE :</b>																																				
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																		

DISTANCE :

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																			
<b>AIDE :</b>																																					
<b>MARCHETTE :</b>																																					
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																			

DISTANCE :

ÉGENDE : (F) F. • (R) Refus • (H) Hospitalisé • (A) Absent, sorti • (M) Malade, m... • Si décès, faire un trait pour le reste du mois.

**PROGRAMME DE MARCHÉ**

UNITÉ :

AILE :

MOIS :

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																
<b>AIDE :</b>																																		
<b>MARCHETTE :</b>																																		
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																

**DISTANCE :**

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																	
<b>AIDE :</b>																																			
<b>MARCHETTE :</b>																																			
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																	

**DISTANCE :**

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																		
<b>AIDE :</b>																																				
<b>MARCHETTE :</b>																																				
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																		

**DISTANCE :**

<b>NOM / N° CHAMBRE :</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
<b>NBRE PERSONNES</b>	1	2																																		
<b>AIDE :</b>																																				
<b>MARCHETTE :</b>																																				
<b>FAIRE SUIVRE F.R.</b>	OUI	NON																																		

**DISTANCE :**

ÉGENDE : (F) F. • (R) Refus • (H) Hospitalisé • (A) Absent, sorti • (M) Malade, m... • Si décès, faire un trait pour le reste du mois.