

MISE EN SITUATION 1

Il est 10h00 vous prenez les signes vitaux de Colette Ouellette. Elle est au lit et vous devez ensuite lui installer sa contention Pinel prescrite pour la nuit car risquée de chute élevée.

Référez-vous à la documentation jointe pour vous préparer à la tâche.

Colette Ouellette
 Chambre 54
 DDN : 19xx-xx-xx
 #123456
 Dr Haché

CONSTATS DE L'ÉVALUATION

Date	Heure	N°	Problèmes ou besoins prioritaires	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
xx-xx	14h00	1	HTA de novo	J.N.				
xx-xx	14h00	2	Mastectomie totale sein droit (2017)	J.N				
xx-xx	14h00	3	Diabète	J.N				
xx-xx	14h00	4	risque de chute élevé	J.N				

xx-xx

Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE		
					Date	Heure	Initiales
xx-xx	08h00	1	SV QID	J.N			
xx-xx	14:00	2	Respecter les conseils d'usage lors de mastectomie (Inf. - Inf. aux.)	J.N			
xx-xx	14 :00	3	Glycémie capillaire Die en alternance	J.N			
xx-xx	14 :00	4	Ridelles 4/4 la nuit	J.N			
xx	14h00	4	Contention Pinel au lit	J.N			
Signature de l'infirmière	Initiales	Programmes/Service	Signature de l'infirmière	Initiales	Programmes/Service		
<i>Julie Normandin, inf.</i>	J.N	30 / Médecine					

Mise en situation #1

Plan de soins

Colette Ouellette
Chambre 54
DDN : 19xx-xx-xx
#123456
Dr Haché

Âge : 69_ANS		Code : <u>OUI</u>		Médecin traitant : CAROL DIOTTE				
Date d'admission : 20xx/xx/xx		T° : QID + PRN		Consultant(s)		Avisé	Fait	Congé
Diagnostic : Pneumonie		Signes neurologiques :		ERGO.		√	√	<input type="checkbox"/>
Antécédents : Diabète HTA, de novo, Mastectomie droite		Signes neurovasculaires :		PHYSIO.		√	√	<input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale :		Dosage I/E :		T.S.		√		
Allergie(s) : Pénicilline				Autre: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance(s) : AUCUNE								
Surveillances				Alimentation				
Signes Vitaux : QID + PRN		T° : QID + PRN		Diète : S/sel		Assistance : partielle		
Signes neurologiques :		Signes neurovasculaires :		A jeun :		Hydratation :		
				Lim. Liq.: _____ /ml DIE				
Réanimation		Isolement		Élimination				
Date : 20xx/xx/xx		Type :		Assistance :				
Médecin : CAROL DIOTTE		Début :		Incontinence urinaire :				
		Fin :		Sonde vésicale no. :				
		Sécurité		Installé le :				
		Ridelles : 4/4 la nuit		À changer le :				
		Ridelles : 2/4 le jour		Cathétérisme :				
		Contention : Pinel au lit		Incontinence fécale : oui				
		(Risque de chute)		Stomie :				
Glycémie		Respiration		Hygiène				
Type :		O ₂ : <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> LN		Autonome : <input type="checkbox"/> Aide partielle :				
Échelle :		Prot SaO ₂ :		Aide totale : <input type="checkbox"/>				
		Inspiron :		Hygiène buccale : <input type="checkbox"/>				
		Trachéo #:		Bain complet : <input type="checkbox"/> le _____				
		Soins de Trachéo:		Bain partiel : <input type="checkbox"/> le _____				
Intégrité de la peau		Perfusion		Débit		Site/ Date	Tubulure à changer	
Plaie de pression : <input type="checkbox"/>								
Échelle de Braden : le								
Pansement :								
Site :								
Autre type de plaie :								
		Date	Labo	Fait le	Date	Examen	Fait le	
Mobilité								
Ambulant : <input type="checkbox"/> Aide partielle: <input checked="" type="checkbox"/>								
Aide totale : <input type="checkbox"/>								
Repos au lit : <input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/>								
Marchette : <input type="checkbox"/>								
Particularités								
Aucun signes vitaux ou ponction veineuse au bras droit.								

Inna Tendu
 Chambre 54
 DDN : 19xx-xx-xx
 #123456
 Dr Haché

Mise en situation #2
Plan de soins

Âge : 70 ANS		Code : <u>OUI</u>		Médecin traitant : CAROL DIOTTE				
Date d'admission : 20xx/xx/xx		Diagnostic : Insuffisance rénale chronique/ déficit cognitif		Consultant(s)		Avisé	Fait	Congé
Antécédents: HTO, Dialyse 3 jours/semaine		Intervention chirurgicale :		ERGO.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie(s) :		Intolérance(s) :		PHYSIO.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				T.S.		<input type="checkbox"/>		
				Autre: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillances				Alimentation				
Signes Vitaux : QID + PRN		T° : QID + PRN		Diète : S/sel		Assistance :		
TA CAD demain.				A jeun :		Hydratation :		
Signes neurologiques :		Signes neurovasculaires :		Lim. Liq.: _____ /ml DIE				
Dosage I/E :								
Réanimation			Isolement			Élimination		
Date : 20xx/xx/xx			Type :			Assistance :		
Médecin : CAROL DIOTTE			Début :			Incontinence urinaire :		
			Fin :			Sonde vésicale no. :		
			Sécurité			Installé le :		
Massage : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Ridelles : 4/4			À changer le :		
Intubation : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Contention : Pinel au lit.			Cathétérisme :		
Atropine : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						Incontinence fécale : oui		
Xylocaïne : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						Stomie :		
Défibrillation : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Glycémie			Respiration			Hygiène		
Insuline	Fréquence :		O ₂ : <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> LN		Autonome : <input type="checkbox"/> Aide partielle :			
	Type :		Prot SaO ₂ :		Aide totale : <input type="checkbox"/>			
	Échelle :		Inspiron :		Hygiène buccale : <input type="checkbox"/>			
				Trachéo # :		Bain complet : <input type="checkbox"/> le _____		
				Soins de Trachéo :		Bain partiel : <input type="checkbox"/> le _____		
Intégrité de la peau			Perfusion		Débit		Site/ Date	Tubulure à changer
Plaie de pression : <input type="checkbox"/>								
Échelle de Braden : le								
Pansement :								
Site :								
Autre type de plaie :								
			Date		Labo		Fait le	Date
Mobilité							Examen	Fait le
Ambulant : <input type="checkbox"/> Aide partielle: <input checked="" type="checkbox"/>								
Aide totale : <input type="checkbox"/>								
Repos au lit: <input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/>								
Marchette : <input type="checkbox"/>								
Particularités								
Fistule avant-bras gauche								

MISE EN SITUATION 3

Anna Rachelle, jeune femme de 23 ans est hospitalisée pour psychose toxique à la suite d'une prise de drogue. Elle est au lit calme, vous devez lui prendre ses signes vitaux. Pour sa sécurité, le médecin demande de lui installer une contention Pinel au lit. Elle sera réévaluée en cours de journée.

Anna Rachelle
Chambre 8
DDN : 20xx-xx-xx
#123456
Dr Pressé

PTI (Plan Thérapeutique Infirmier)

Date	Heure	N°	Problèmes ou besoins prioritaires	Initiales	RÉSOLU/SATISFAIT			Professionnels/ Services concernés
					Date	Heure	Initiales	
xx-xx	14h00	1	Psychose toxique	J.N.				
xx-xx								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	CESSÉE/RÉALISÉE			
					Date	Heure	Initiales	
xx-xx	14h00	1	Documenter le comportement et hallucination q quart de travail	J.N				
xx-xx	14h00	1	Contention Pinel au lit ad réévaluation	J.N				
Signature de l'infirmière		Initiales	Programmes/Service	Signature de l'infirmière		Initiales	Programmes/Service	
<i>Julie Normandin, inf.</i>		J.N	30 / Médecine					

Mise en situation #3

Anna Rachelle
Chambre 8
DDN : 20xx-xx-xx
#123456
Dr Pressé

Mise en situation #3

Plan de soins

Âge :23 ANS		Code : <u>OUI</u>		Médecin traitant : CAROL DIOTTE				
Date d'admission : 20xx/xx/xx				Consultant(s)		Avisé	Fait	Congé
Diagnostic : Psychose toxique				ERGO.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents :				PHYSIO.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jours/semaine				T.S.		<input type="checkbox"/>		
Intervention chirurgicale :				Autre: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie(s) :		Intolérance(s) :						
Surveillances				Alimentation				
Signes Vitaux : QID + PRN		T° :QID + PRN		Diète : S/sel		Assistance :		
Signes neurologiques :		Signes neurovasculaires :		A jeun :		Hydratation :		
		Dosage I/E :		Lim. Liq.: ____/ml DIE				
Réanimation			Isolement			Élimination		
Date : 20xx/xx/xx			Type :			Assistance :		
Médecin : CAROL DIOTTE			Début :			Incontinence urinaire :		
OUI NON			Fin :			Sonde vésicale no. :		
Massage : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Sécurité			Installé le :		
Intubation : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Ridelles : 4/4			À changer le :		
Atropine : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Contention : Pinel au lit			Cathétérisme :		
Xylocaïne : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						Incontinence fécale : Non		
Défibrillation : <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						Stomie :		
Glycémie			Respiration			Hygiène		
Insuline	Fréquence :		O ₂ :		<input type="checkbox"/> VM	<input type="checkbox"/> LN	Autonome: <input type="checkbox"/> Aide partielle :	
	Type :		Prot SaO ₂ :				Aide totale: <input type="checkbox"/>	
	Échelle :		Inspiron:				Hygiène buccale: <input type="checkbox"/>	
				Trachéo #:		Bain complet : <input type="checkbox"/> le _____		
				Soins de Trachéo:		Bain partiel : <input type="checkbox"/> le _____		
Intégrité de la peau			Perfusion		Débit		Site/ Date	Tubulure à changer
Plaie de pression : <input type="checkbox"/>								
Échelle de Braden : le								
Pansement :								
Site :								
Autre type de plaie :								
			Date	Labo	Fait le	Date	Examen	Fait le
Mobilité			xx-xx	Dépistage drogue urine	hier			
Ambulant : <input type="checkbox"/> Aide partielle: <input checked="" type="checkbox"/>								
Aide totale : <input type="checkbox"/>								
Repos au lit: <input type="checkbox"/>								
Fauteuil roulant : <input type="checkbox"/> Marchette : <input type="checkbox"/>								
Particularités								

Paramètres et fréquence de surveillance de la clientèle

Voie d'administration	Paramètres à évaluer	Fréquence d'évaluation
Voie PER OS ou Intra rectale	<ul style="list-style-type: none"> État respiratoire État de conscience Intensité de la douleur PA et fréquence cardiaque PRN 	<ul style="list-style-type: none"> Avant l'administration de l'opiacé Au pic d'action soit 60 min. post administration et selon l'évaluation de l'infirmière
Voie sous cutanée ou Intramusculaire	<ul style="list-style-type: none"> État respiratoire État de conscience Intensité de la douleur PA et fréquence cardiaque PRN 	<ul style="list-style-type: none"> Avant l'administration de l'opiacé Au pic d'action soit 30 min, Q 1 H X 2, Q 2 H X 1 post administration
Voie intraveineuse	<ul style="list-style-type: none"> État respiratoire État de conscience Intensité de la douleur Prendre le rythme cardiaque radial ou à l'apex <ul style="list-style-type: none"> Moniteur cardiaque ou télémétrie pour un minimum de 45 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> Avant l'administration de l'opiacé Q 5 min X3 Q 15 min X2 Q 1 h X 2 Puis selon l'évaluation de l'infirmière

NOTES

Les paramètres sont à effectuer pendant les 24 premières heures et sont à recommencer de nouveau pour 24 heures quand il y a :

- Augmentation de dose de + de 50%
- Changement de molécule ou de voie d'administration
- Ajout d'un médicament dépresseur SNC

Pic et durée d'action

Médicament	Voie d'administration	Pic d'action (minutes)	Durée d'action (heures)
Codéine	PO	60 à 120	4 à 6
	SC	Inconnu	4 à 6
	IM	30 à 60	4 à 6
Codéine LA 12h	PO	3 H	8 à 12
Fentanyl	IV	5 à 15	30 à 60
	Transdermique	Pour le 1 ^{er} timbre 24h	72
Hydromorphone (Dilaudid)	PO	60	4
	SC	30	4
	IV	15 à 30	2 à 3
Mépéridine (Démérol)	PO	60 à 90	2 à 4
	IM et SC	60 à 90	2 à 4
	IV	5 à 7	2 à 4
Morphine (Statex)	PO	60 à 120	4 à 12
	SC	30	4 à 5
	IV	15	4 à 5
Oxycodone (Supeudol)	PO	30 à 60	3 à 6
	IR	30 à 60	4 à 6

Prendre les signes vitaux chez une personne et installer contention

LISTE DE TÂCHE	OUI	NON	OUI	NON
	1	2	3	
MISE EN SITUATION #				
*Consulter le PTI et le plan de soins				
*Se laver les mains				
*Préparer le matériel et le vérifier et le désinfecter				
Se présenter avec son titre				
*Vérifier l'identité de la personne avec le bracelet et en lui demandant son nom et sa date de naissance				
Expliquer la procédure à la personne				
S'assurer que la personne n'a pas bu de liquide froid ou chaud dans les 20 dernières minutes				
Désinfecter le thermomètre				
Mettre la gaine protectrice sur le thermomètre				
*S'assurer d'avoir le bon embout. Rectal couleur rouge et buccal couleur bleue				
Placer le thermomètre sous la langue en direction des molaires et s'assurer que la personne ferme correctement la bouche jusqu'au signal sonore				
Enlever le thermomètre de la bouche de la personne				
Retirer et jeter la gaine				
Faire la lecture du thermomètre				
*Désinfecter le thermomètre				
Enregistrer les résultats sur la feuille de route				
Placer le bout des doigts à l'intérieur du poignet de la personne du côté du pouce				
Prendre la fréquence du pouls sur 30 sec. si régulier (1 min. si irrégulier)				

LISTE DE TÂCHE	OUI	NON	OUI	NON
Tout en simulant la prise du pouls radial, regarder le thorax de la personne pendant 30 sec. (1 min. si irrégulière)				
Évaluer l'amplitude et le rythme				
Enregistrer les résultats sur la feuille de travail				
Installer le bras de la personne sur un oreiller (Si assise au fauteuil)				
Allonger le bras de la personne				
Palper l'artère brachiale				
Placer le brassard (pas sur le pli du coude)				
Aligner le brassard avec l'artère brachiale à l'aide de la flèche du brassard				
Placer le stéthoscope du bon côté dans les oreilles et tester le tambour				
Placer le tambour sur l'artère brachiale et le tenir				
Fermer la valve de la poire				
Gonfler le brassard				
Ouvrir la valve				
*Ouvrir complètement la valve lorsque vous avez le résultat				
Enregistrer le résultat sur la feuille de route				
Retirer le stéthoscope et le brassard				
Réinstaller la personne confortablement				
*Cloche d'appel à sa portée				
Désinfecter le stéthoscope, le brassard et le thermomètre				
Demander au client de s'installer en position dorsale au centre du lit, sur la ceinture de contention. S'assurer que son alignement corporel est adéquat. L'aider au besoin.				
Verrouiller la ceinture en plaçant le bouton sur la tige en laiton. Le bouton doit être aligné avec le nombril du client.				

LISTE DE TÂCHE	OUI	NON	OUI	NON
S'assurer que la ceinture de contention ne soit pas sur les hanches ni sur le thorax du client.				
S'assurer que seul l'espace d'une main à plat est possible entre la ceinture de contention et l'abdomen du client				
Vérifier le degré de confort du client et sa respiration. S'assurer que les fixations des systèmes de contention et l'immobilité du client ne causent ni lésions ni zones de pression				
Placer une clé magnétique près du client, mais hors de sa portée.				
Recouvrir la personne de ses draps				
S'assurer que toutes les ridelles sont montées.				
Redescendre le lit				
*Cloche d'appel à sa portée				
*Se laver les mains				
*Enregistrer les résultats SV au dossier				
*Compléter la grille de contention				
*Aucun manquement concernant l'hygiène, la sécurité et l'asepsie				
SECTION À COMPLÉTER PAR L'ENSEIGNANT				
RÉSULTAT	Réussite	À refaire	Réussite	À refaire

Aide à l'apprentissage #1

Nom : _____

SECTION À COMPLÉTER PAR L'ENSEIGNANT

Critères de performance attendus :	OUI	NON	Commentaires
<p>2.1• Mobilisation et position appropriées de la personne.</p> <p>2.2• Utilisation de moyens de contention sécuritaires et conformes aux exigences.</p>			
<p>6.1• Sélection des sites appropriés.</p> <p>6.2• Mesures justes.</p> <p>6.3• Référence aux constantes normales.</p>			
<p><i>Et pour l'ensemble de la compétence :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> · Respect de son champ de pratique. · Niveau d'assistance approprié. · Respect manifeste pour la personne. · Respect des fréquences indiquées. · Préparation et utilisation correctes du matériel de soins. · Respect des règles d'hygiène et de sécurité. · Collaboration efficace avec les autres membres de l'équipe de soins. 			



GRILLE DE SURVEILLANCE ET DES SOINS LORS DE L'APPLICATION DE MESURES DE CONTRÔLE

Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Noter le comportement (EC) et Vérifier le positionnement de la contention (Positionnement contention) q 1 h sauf si : <ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle mesure } q 15 min. X 1 h OU modification des mesures - Isolement } q 15 min, OU - EC = 2 ou 3 ou 4 } plus fréquent (pourrait nécessiter garde à vue) 	<p>Echelle de comportement (EC) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calme (se repose, dort) 2. Agité (crie, serre les poings, gesticule, sarcasmes) 3. Destructeur (menaces verbales ou gestuelles, se débat) 4. Passage à l'acte (tente de mordre, frappe, s'automutile)
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vérifier les extrémités (Extrémités vérifiées) q 1 h (si contention aux extrémités) Aviser l'infirmière si les extrémités sont blanches, bleutées, froides OU si l'usager est inconfortable ou présente une perte de sensibilité 	

Soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hydrater (Hydraté) q 1 h ou PRN ✓ Vérifier le besoin d'élimination (Élimination vérifiée) q 1 h ou PRN OU changer l'usager PRN si l'usager porte une culotte d'incontinence ✓ Q 2 h, enlever la contention (Contention enlevée) durant 5 minutes ou plus, faire marcher (A marche) ou repositionner (Repositionné) Si EC = 2 : vérifier auprès de l'infirmière s'il est permis d'enlever la contention Si EC = 3 ou 4 : ne pas enlever la contention ✓ Vérifier l'intégrité de la peau aux points de pression q 2 h. Aviser l'infirmière si rougeur, douleur ou présence d'une plaie
-------	---

Date	Heure	PAB - INFIRMIÈRE - INFIRMIÈRE AUXILIAIRE								Indiquer la mesure de contrôle et si débutée/cessée/modifiée	Initiales		
		Indiquer (O) oui / (N) non											
		q 1 h				q 2 h							
		Echelle de comportement	Positionnement contention	Vérification des extrémités	Hydratation	Élimination vérifiée	Contention enlevée	A marche	Repositionné (indiquer la position)	Vérification de l'intégrité de la peau	Si nouvelle ou modification, noter les SV (VFS) q 8 h X 24 h et les réactions physiques et psychiques (notes infirmières) de l'usager q 8 h		

Signature	Initiales	Signature	Initiales

