**FORMATION ET SUIVI**

**Aspiration**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’enfant :** | | | **Date de naissance :** | |
| Programme communautaire : | | | | |
| Membres du personnel formés : | | | | |
| Connaissances et compétences du personnel (avant la formation) | Aucune | Expérience de l’aspiration | | Expérience de l’aspiration sur cet enfant |

**Formation et suivi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâche** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** |
| Examen, par l’infirmière, de l’information sur l’aspiration |  |  |  |  |  |
| Démonstration, par l’infirmière, de l’aspiration et d’autres interventions pertinentes |  |  |  |  |  |
| Démonstration en retour par le personnel du programme communautaire |  |  |  |  |  |
| Examen, par l’infirmière, du plan de soins de santé |  |  |  |  |  |
| *Signature de l’infirmière* |  |  |  |  |  |

**À remplir par le personnel du programme communautaire après la formation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Pas sûr(e) |
| J’ai confiance en ma capacité à effectuer les interventions qui sont nécessaires pour l’enfant dont je prends soin. |  |  |  |
| J’ai confiance en ma capacité à reconnaître les signes de situations urgentes et à réagir convenablement. |  |  |  |
| J’ai confiance en ma capacité à reconnaître les signes de problèmes potentiels et à réagir convenablement. |  |  |  |
| Je sais quels renseignements sont inscrits dans le plan des soins de santé de l’enfant et je sais combien il est important que ce plan soit mis en œuvre de façon constante. |  |  |  |
| *Signature du personnel du programme communautaire* | *Date* | | |