**FORMATION ET SUIVI**

**Sondage intermittent propre**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’enfant :**          | **Date de naissance :**        |
| Programme communautaire :        |
| Membre du personnel du programme communautaire ayant suivi la formation :        |
| Connaissances et compétences du membre du personnel (avant la formation) | [ ]  Aucune | [ ]  Expérience dans l’exécution de sondages | [ ]  Expérience dans l’exécution de sondages chez cet enfant  |

**Formation et suivi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâche** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** |
| Renseignements cliniques fournis par l’infirmière |  |  |  |  |  |
| Renseignements particuliers à l’enfant fournis par l’infirmière |  |  |  |  |  |
| Démonstration d’un sondage intermittent propre par l’infirmière |  |  |  |  |  |
| Répétition de la démonstration effectuée par le membre du personnel |  |  |  |  |  |
| *Signature de l’infirmière* |  |  |  |  |  |

**À remplir par le membre du personnel du programme communautaire une fois que la formation est achevée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Je ne sais pas |
| J’ai confiance en ma capacité de pratiquer les interventions nécessaires pour l’enfant dont je m’occupe.  |  |  |  |
| J’ai confiance en ma capacité à reconnaître les signes de problèmes potentiels et à réagir adéquatement. |  |  |  |
| Je suis au courant des renseignements qui figurent dans le plan de soins de santé de l’enfant et je connais l’importance de le mettre en œuvre de manière constante. |  |  |  |
| *Signature du membre du personnel du programme communautaire* | *Date* |