**GASTROSTOMIE
FORMATION ET SURVEILLANCE**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 des soins de gastrostomie | [ ]  Expérience avec l’enfant |

**Formation et suivi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâche** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** |
| Démonstration(s) faite par un membre du personnel infirmier |  |  |  |  |  |
| Répétition de la démonstration effectuée par le membre du programme communautaire |  |  |  |  |  |
| Plan de soins de santé examiné par l’infirmière ou l’infirmier |  |  |  |  |  |
| *Signature de l’infirmière ou de l’infirmier* |  |  |  |  |  |

**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 de reconnaître les situations d’urgence et de faire ce qu’il faut. |       |       |       |
| J’ai confiance en ma capacité de reconnaître les problèmes potentiels et de faire ce qu’il faut. |       |       |       |
| Je connais les renseignements qui figurent dans le plan de soins de santé de l’enfant et je sais à quel point il est important de mettre ce plan en œuvre de manière constante. |       |       |       |
| *Signature du membre du personnel du programme communautaire* | *Date* |

**Relevé**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Consignation au dossier | Signature de l’infirmière/ infirmier |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |