**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Alimentation par gastrostomie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** | | |
| **Nom du programme communautaire :** | | **L’enfant porte-t-il un dispositif d’identification Medic-Alert?**  **OUI  NON** | | |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | | | |  |
| **Tél. à la maison :** | **N° de cellulaire :** | | | **Tél. au travail :** |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | | |  | |
| **Tél. à la maison :** | **N° de cellulaire :** | | | **Tél. au travail :** |
| **Personne à joindre en cas d’urgence :** | | | | |
| **Tél. à la maison :** | **N° de cellulaire :** | | | **Tél. au travail :** |
| **Spécialiste de l’alimentation :** | | | **N° de téléphone :** | |
| **Pédiatre ou médecin de famille :** | | | **N° de téléphone :** | |
| **Maladies :** | | | | |
| **Allergies :** | | | | |
| **Médicaments prescrits :** | | | | |
| **Renseignements sur l’enfant :**   * *Raison de la gastrostomie :* * *Type de gastrostomie :* * *Taille du tube :* * *Date d’insertion :* * *Autres renseignements :* | | | | |

**Le plan de soins personnel et les médicaments d’urgence doivent accompagner l’enfant en cas d’excursion hors de l’établissement.**

**ALIMENTATION PAR GASTROSTOMIE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Date de naissance : |
| Type : | Source : |
| Horaire : | Durée des séances d’alimentation : |
| Type de préparation nutritionnelle : | Quantité de préparation : |
| Entreposage de la préparation nutritionnelle : | |
| Type de rinçage et quantité d’eau : | |
| Matériel requis : | |
| Autres renseignements : | |

**RELEVÉ DES SÉANCES D’ALIMENTATION**

Instructions :

Notez la date et l’heure dans le coin supérieur gauche de chaque case.

Les initiales sont celles de la personne qui a administré le médicament.

La signature complète doit figurer sur chaque page où apparaissent les initiales.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mois** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature :** |  | **Initiales :** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**MÉTHODE D’ALIMENTATION PAR GASTROSTOMIE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Date de naissance : |

|  |
| --- |
|  |

**SOINS QUOTIDIENS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Date de naissance :** |

|  |
| --- |
| **Soins de la stomie -** la stomie doit être nettoyée si elle est mouillée ou souillée.   1. Lavez-vous les mains et enfilez des gants. 2. Organisez les fournitures sur une surface propre. 3. Lavez la peau autour de la stomie et de la sonde ou du bouton, avec de l’eau savonneuse tiède. Soulevez doucement le bord du disque ou du tube pour nettoyer toutes les zones de la peau. Ne tirez pas trop sur le tube, car cela pourrait endommager l’intérieur de l’estomac ou du jéjunum. Des cotons-tiges sont parfois utiles pour nettoyer autour du disque ou du bouton. 4. Rincez la peau et le disque ou le bouton à fond, avec de l’eau claire. 5. Asséchez la peau avec une serviette propre, une gaze ou un coton-tige. Il est préférable de laisser la peau à l’air libre pour qu’elle reste sèche et pour éviter qu’elle ne se dégrade. |
| **Soins de la bouche** |
| **Fournitures de gastrostomie**  Nettoyage   1. Assurez-vous que l’évier est propre avant de nettoyer les fournitures. 2. Séparez les fournitures (seringue, sonde, embout de cathéter) avant le nettoyage. 3. Lavez chaque pièce à l’eau tiède et au savon doux, en vous assurant qu’il ne reste aucun résidu de préparation nutritionnelle dans le tube. Une petite brosse à biberon peut être utile pour retirer les résidus de préparation. 4. Rincez toutes les pièces jusqu’à qu’aucune trace de savon ou de résidu ne soit visible. Il sera peut-être nécessaire de rincer le tube trois ou quatre fois. 5. Retirez le plus d’eau possible du tube. 6. Laissez les fournitures sécher à l’air libre sur une serviette propre.  * *Laissez la pince à roulette et l’extrémité du sac d’alimentation ouvertes jusqu’à ce que le sac soit sec.* * *Ne remettez pas les pièces ensemble avant la séance d’alimentation suivante.*   Si l’équipement ne semble pas propre après le nettoyage et un rinçage à fond, il doit être remplacé. Une solution de vinaigre et d’eau (une partie de vinaigre pour quatre parties d’eau) peut être utilisée pour nettoyer les fournitures qui semblent recouvertes d’une pellicule. L’équipement nettoyé avec une solution de vinaigre doit être rincé à fond.  Entreposage - Entreposez le sac d’alimentation, la seringue et le tube de raccordement dans un contenant propre étiqueté et gardez le contenant au réfrigérateur entre les séances d’alimentation, pour éviter la croissance de bactéries.  Remplacement des fournitures  Les parents ou tuteurs sont responsables du remplacement des fournitures.   * On doit remplacer le sac d’alimentation ou la tubulure de pompe une fois par semaine. * Le tube de raccordement des sondes discrètes est remplacé mensuellement. * La seringue est remplacée une fois par mois, ou lorsque le piston commence à coller ou ne glisse plus correctement. * L’adaptateur d’embout du cathéter (le cas échéant) doit être remplacé en cas de fuite.   Entreposage de la préparation nutritionnelle   * Vérifiez toujours la date d’expiration de la préparation nutritionnelle avant l’utilisation. N’utilisez pas une préparation nutritionnelle après sa date d’expiration. * Essuyez le dessus de la boîte de conserve avec un linge propre avant de l’ouvrir. * Il faut utiliser la préparation nutritionnelle moins de quatre heures après l’avoir versée dans le sac d’alimentation. * La préparation non utilisée qui a été ouverte doit être conservée au réfrigérateur et utilisée dans les 24 heures. Couvrez la boîte de conserve d’une pellicule de plastique ou gardez dans un contenant scellé propre avec une étiquette indiquant la date et l’heure. * Si vous utilisez de la préparation qui était au réfrigérateur, retirez-la du réfrigérateur de 15 à 20 minutes avant l’alimentation ou placez-la dans un contenant d’eau tiède pour l’amener à la température de la pièce. Il NE FAUT PAS utiliser un four à micro-ondes pour réchauffer la préparation nutritionnelle, car les micro-ondes dégradent les protéines. |

##### **PLAN D’INTERVENTION D’URGENCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Date de naissance : |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| **Aspiration**   * accélération de la respiration * évasement des narines * enfoncement de la poitrine * wheezing ou respiration sifflante et bruyante * bleuissement des lèvres, de la bouche et des ongles * respiration bruyante | 1. Cessez immédiatement l’alimentation. 2. Si le problème persiste une fois l’alimentation interrompue, communiquez avec les services médicaux d’urgence/911. 3. Avertissez le parent ou tuteur. 4. Restez avec l’enfant jusqu’à l’arrivée des intervenants du service médical d’urgence. |
| **Détachement de la sonde de gastrostomie**  Si la sonde de gastrostomie tombe, elle doit être replacée en moins d’une ou deux heures, pour empêcher la stomie de se refermer. Les employés d’un programme communautaire ne doivent PAS tenter de réinsérer un tube de gastrostomie. | 1. Couvrez le site de la stomie à l’aide d’un pansement propre et collez-le. 2. Avisez immédiatement le parent ou le tuteur. 3. Si vous n’êtes pas en mesure de communiquer avec le parent ou tuteur ou avec la personne à joindre en cas d’urgence, composez dans les 10 à 15 minutes le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. |

##### **PROBLÈMES POTENTIELS**

|  |  |
| --- | --- |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| **Enfant qui a des haut-le-cœur ou qui vomit pendant l’alimentation** | 1. Cessez immédiatement l’alimentation. 2. Placez l’enfant de manière à ce que le vomi puisse s’écouler de sa bouche, pour l’empêcher de s’étouffer. 3. Lorsque l’enfant va mieux, reprenez l’alimentation à un rythme plus lent. Les vomissements peuvent être causés par l’introduction trop rapide de nourriture dans l’estomac. 4. Si l’enfant recommence à vomir, cessez l’alimentation et communiquez avec les parents/tuteurs. |
| **Nausées ou crampes pendant l’alimentation** | 1. Cessez l’alimentation. 2. Vérifiez la vitesse d’alimentation qu’il faut peut-être réduire. 3. Vérifiez la température de la préparation qui est peut-être trop froide. La préparation doit être à la température ambiante. 4. Assurez-vous qu’il n’y a pas d’air qui s’infiltre dans la préparation, car cela peut causer des gaz. 5. Reprenez l’alimentation. 6. Si le problème persiste, cessez l’alimentation et communiquez avec les parents/tuteurs. |

##### **PROBLÈMES POTENTIELS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Date de naissance : |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| Le **blocage d’une sonde de gastrostomie** peut être attribuable à un pli dans le tube, à un rinçage inadéquat ou à l’utilisation de liquides ou de médicaments très épais. | 1. Vérifiez que le tube n’est pas plié ou tordu. 2. Fixez une seringue avec un piston au tube de raccordement ou à l’ouverture d’alimentation. 3. Aspirez lentement à l’aide du piston de la seringue. 4. Si cette méthode ne fonctionne pas, introduisez LENTEMENT jusqu’à 10 ml d’eau tiède dans le tube à l’aide de la seringue. 5. Si vous ne parvenez pas à débloquer le tube, communiquez avec les parents/tuteurs. |
| **Le disque ou le bouton n’est pas au ras de la peau -** il est possible que le ballon ne soit pas assez gonflé dans l’estomac, donc le tube pourrait se détacher de la stomie. | 1. Vérifiez la position de la sonde de gastrostomie en tirant doucement sur le tube ou le bouton pour vous assurer qu’il repose bien contre la paroi de l’estomac. 2. Si le disque ou le bouton est au ras de la peau et ne tombe pas, on peut procéder à l’alimentation ou à l’administration de médicaments. 3. Si le disque ou le bouton n’est pas au ras de la peau, communiquez avec les parents ou tuteurs. Ne donnez PAS d’aliments ou de médicaments à l’enfant. 4. Si la sonde se détache de la stomie, avertissez immédiatement les parents ou les tuteurs. Si vous n’êtes pas en mesure de communiquer avec le parent ou tuteur ou avec la personne à joindre en cas d’urgence, composez dans les 10 à 15 minutes le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. |
| **Enfant qui semble inconfortable ou a le ventre gonflé**  Une accumulation de gaz peut se produire lorsque de l’air pénètre dans l’estomac pendant les séances d’alimentation. | 1. Fixez une seringue de 30 ml (sans piston) à l’ouverture pour l’alimentation de la sonde de gastrostomie ou au tube de raccordement. Ouvrez la pince, le cas échéant. 2. Laissez la seringue ouverte à l’air libre pendant 10 à 15 minutes pour laisser l’air s’échapper. Maintenez le niveau de la seringue au-dessus de l’estomac, afin d’éviter le refoulement des aliments. |
| **La fièvre (visage rouge ou chaud), les nausées, les vomissements ou la diarrhée** peuvent être des signes d’infection gastro-intestinale. | Avertissez le parent ou tuteur. |
| **Une rougeur, l’enflure, un changement dans la couleur ou l’odeur du site de la stomie** peuvent être des signes d’infection. | 1. Assurez-vous que la peau autour du site de la stomie est propre et sèche. 2. Avertissez le parent ou tuteur. |
| **La préparation nutritionnelle s’écoule autour de la sonde de gastrostomie.** | 1. Cessez l’alimentation si l’enfant éprouve de la douleur ou un malaise. 2. Assurez-vous que la peau autour du site de la stomie est propre et sèche. 3. Avertissez le parent ou tuteur. |
| **Saignements ou écoulements autour de la stomie.** | * 1. Saignements ou écoulements autour de la stomie.   2. Si l’écoulement autour du tube est important, découpez une gaze pour former un « Y » et placez-la autour du tube.   3. Avertissez le parent ou tuteur. |
| **Problèmes avec la pompe** | Consultez le manuel de la pompe. |

**RELEVÉ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** |
| **DATE** | **CONSIGNATION AU DOSSIER ET SIGNATURE** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

## SIGNATURES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | Date de naissance : | |
|  | | | | |
| **Le plan de soins de santé a été rempli et examiné avec le parent ou le tuteur par** | | | | |
| Signature de l’infirmière ou de l’infirmier | Date | Signature de l’infirmière ou de l’infirmier | | Date |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

#### *J’ai examiné le présent plan de soins de santé et je consens à ce qu’il soit mis en œuvre dans le cadre du programme communautaire.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature du parent ou du tuteur** |  | **Date** |

W:\Edueas\TRANSLATION\_BUREAU\Traductions 2020-2021\Translation Services\15\20-21-0199 - Feed - Gastrostomy Health Care Plan - July 2020\_FR.docx