**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Gastrostomie — Sans alimentation**

|  |  |
| --- | --- |
| **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.**

##### **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 les parents ou tuteurs 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**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :       | Date de naissance :       |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| **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 les parents ou tuteurs. |
| **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.
 |

**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 du disque 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** |

**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** |