**FORMATION ET SUIVI**

**Soins de stomie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 la pratique de soins de stomie | | Expérience dans la pratique de soins de stomie avec cet enfant |

**Formation et suivi**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tâche** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** | **Date** |
| Renseignements sur la stomie examinés par l’infirmière |  |  |  |  |  |
| Démonstration faite par l’infirmière  * Vidange du sac * Changement du sac * Cathétérisme de l’urostomie continente |  |  |  |  |  |
| Répétition de la démonstration effectuée par le membre du personnel  * Vidange du sac * Changement du sac * Cathétérisme de l’urostomie continente |  |  |  |  |  |
| Plan de soins de santé examiné par l’infirmière |  |  |  |  |  |
| *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 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* | | |