**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Urostomie ou cystostomie continente**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | **Date de naissance :** | |
| **Nom du programme communautaire :** | | | **L’enfant porte-t-il un dispositif d’identification Medic-AlertMD?**  **OUI  NON** | |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | | |  | |
| **Tél. (domicile) :** | **Tél. (cellulaire) :** | | **Tél. (travail) :** | |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | |  | | |
| **Tél. (domicile) :** | **Tél. (cellulaire) :** | | | **Tél. (travail) :** |
| **Personne à joindre en cas d’urgence :** | | | | |
| **Tél. (domicile) :** | **Tél. (cellulaire) :** | | | **Tél. (travail) :** |
| **Spécialiste :** | | **Tél. :** | | |
| **Pédiatre ou médecin de famille :** | | **Tél. :** | | |
| **Troubles médicaux :** | | | | |
| **Allergies :** | | | | |
| **Médicaments sur ordonnance :** | | | | |
| **Renseignements propres à l’enfant**   * *Type d’urostomie :* * *Raison de l’urostomie :* * *Renseignements de base concernant l’urine (p. ex. couleur, quantité, continence) :* * *Autres renseignements :* | | | | |

**Lorsque l’enfant participe à des excursions hors de l’établissement, son plan de soins de santé doit le suivre.**

**PROCÉDURE**

**Cathétérisme d’une urostomie ou cystostomie continente**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Date de naissance : |
| Heure ou fréquence : | Lieu : |
| Matériel requis : | |
| 1. Lavez-vous les mains avec du savon doux et de l’eau chaude. 2. Rassemblez les fournitures. 3. Positionnez l’enfant de manière à respecter son intimité et à faciliter le cathétérisme. S’il en est capable, l’enfant peut s’asseoir sur la toilette lorsque vous procédez à l’évacuation de l’urostomie continente. 4. Mettez les gants. 5. Lavez la stomie avec du savon doux et de l’eau chaude. 6. Lubrifiez le bout du cathéter avec le produit hydrosoluble. N’utilisez pas de vaseline. 7. Insérez le cathéter dans la stomie jusqu’à ce que l’urine commence à s’écouler spontanément. Vous pourriez sentir une résistance alors que vous poussez le cathéter à travers la paroi de la vessie. En douceur, forcez cette résistance jusqu’à ce que l’urine s’écoule. Veillez à ce que l’autre extrémité du cathéter soit dans la cuvette des toilettes ou dans un récipient. Demandez à l’enfant de respirer lentement en inspirant par le nez et en expirant par la bouche afin d’atténuer la douleur et l’inconfort. 8. Laissez le cathéter dans la stomie jusqu’à ce que l’écoulement d’urine s’arrête. Puis insérez lentement le cathéter d’un demi-pouce à un pouce plus loin, jusqu’à ce que l’urine arrête de s’écouler. 9. En douceur, pincez le cathéter et enlevez-le de la stomie. 10. Mettez le cathéter dans la poubelle ou dans un sac jetable en plastique. 11. Remettez le bandage sur la stomie. 12. Enlevez vos gants et lavez-vous les mains avec du savon doux et de l’eau chaude. 13. Lavez le matériel avec du savon doux et de l’eau chaude. 14. Consignez les détails pertinents.   Nettoyage du cathéter   1. Après chaque utilisation, nettoyez le cathéter avec de l’eau chaude et un savon doux. Rincez soigneusement le cathéter en faisant couler de l’eau à l’intérieur jusqu’à ce que celle-ci soit claire et que tout le savon soit parti. 2. Séchez le cathéter avec un linge ou une serviette en papier et mettez-le dans le récipient en plastique. 3. Si l’enfant a une infection du tractus urinaire, jetez le cathéter. Ne réutilisez pas le cathéter.   Vous pouvez utiliser le même cathéter pour une durée maximale d’un mois, selon la fréquence d’utilisation, le soin appliqué au nettoyage et d’autres facteurs. | |

**RELEVÉ**

**Cathétérisme d’une urostomie ou cystostomie continente**

Instructions :

Notez la date dans le coin supérieur gauche de chaque case.

Inscrivez l’heure des soins et les initiales de la personne les ayant administrés.

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | | Date de naissance : | | |
| **Mois** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

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

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

**Soins de stomie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Date de naissance :** |
| L’objectif des soins est de veiller à ce que la peau et la stomie restent propres et saines. Il est essentiel de prendre bien soin de la peau de la stomie et autour de celle-ci, car les écoulements peuvent entraîner des irritations.   * Il est important de bien se laver les mains. * Veillez à ce que le matériel soit propre pour éviter les infections. * Une protection (p. ex. crème, vaporisateur, pommade) devrait être appliquée sur la peau autour de la stomie afin de la préserver des fuites. * Assurez-vous que la peau autour de la stomie reste propre et sèche. Nettoyez-la en utilisant du savon doux et de l’eau chaude. Si vous utilisez du savon, veillez à ce que la peau soit bien rincée. * N’utilisez pas de lotions, de pommades, de poudres, d’huiles ou de lingettes pour bébés autour de la stomie, car ces produits peuvent empêcher la barrière cutanée d’adhérer à la peau. * Évitez de frotter trop vigoureusement la stomie. * Évitez d’érafler accidentellement la stomie avec vos bijoux ou vos ongles. | |

##### **PROBLÈMES POTENTIELS**

##### **Urostomie ou cystostomie continente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : | | Date de naissance : |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI |  | FAITES CE QUI SUIT |
| Le cathéter ne peut pas être introduit dans la stomie.  Cela peut se produire quand la vessie est trop pleine et que l’extrémité du passage est prise dans le muscle de la vessie. | | 1. Allongez l’enfant car cela peut permettre de relâcher les muscles de l’abdomen et de laisser passer le cathéter. 2. Si cela ne fonctionne pas, laissez l’enfant se détendre pendant 20 ou 30 minutes et réessayez. 3. Si vous n’arrivez toujours pas à insérer le cathéter, prévenez le parent ou le tuteur. |
| Douleurs ou crampes abdominales  Ces symptômes peuvent se produire si la vessie est trop pleine. | | 1. Cathétérisez l’enfant. 2. Si les crampes ou les douleurs persistent, avertissez le parent ou le tuteur. |
| Seule une petite quantité d’urine est extraite.  Du mucus pourrait bloquer le cathéter. | | 1. Insérez le cathéter un peu plus loin ou sortez-le légèrement. 2. Si vous n’arrivez toujours pas à évacuer l’urine, prévenez le parent ou le tuteur. |
| Il y a des fuites d’urine entre les cathétérismes.  Cela peut se produire quand la vessie n’a pas été complètement vidée lors du précédent cathétérisme. | | 1. Refaites le cathétérisme. Veillez autant que possible à extraire toute l’urine. 2. S’il y a toujours des fuites, avertissez le parent ou le tuteur. |
| Urine malodorante ou trouble, douleurs abdominales, pertes urinaires, douleurs lors de l’insertion du cathéter, présence de sang dans l’urine, frissons ou fièvre.  Ces symptômes pourraient être le signe d’une infection du tractus urinaire. | | Avisez le parent ou le tuteur. |
|  | |  |

**DOCUMENTATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** |
| **DATE** | **DOCUMENTATION 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 Date Signature de l’infirmière 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** |