**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Stomie**

|  |  |
| --- | --- |
| **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*** *Raison de la stomie :*
* *Type de stomie :*
* *Renseignements de base concernant les selles (p. ex. couleur, quantité, consistance, fréquence, volume) :*
* *Système de sac utilisé :*
* *Barrières cutanées utilisées :*
* *Autres renseignements :*
 |

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

**PROCÉDURE**

**Vidange du sac pour stomie**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :       | Date de naissance :       |
| **Indications** :       | **Lieu de préférence :**       |
| **Matériel requis :**       |
| **Procédure**1. Utilisez de l’eau chaude savonneuse pour vous laver les mains.
2. Rassemblez les fournitures :
* gants;
* récipient pour recueillir les écoulements;
* serviettes en papier.
1. Positionnez l’enfant de manière à respecter son intimité et à faciliter la vidange du sac. S’il en est capable, l’enfant peut s’asseoir sur la toilette lorsque vous videz le sac.
2. Mettez les gants.
3. Tenez le sac par le haut et ouvrez-le par le bas. Vous devrez peut-être plier l’extrémité du sac sur elle-même afin d’éviter qu’elle se salisse.
4. Abaissez l’ouverture du sac pour permettre au contenu de se déverser, puis pressez le sac pour évacuer le reste du contenu.
5. Nettoyez l’extrémité du sac avec une serviette en papier.
6. Fermez l’ouverture du sac.
7. Si vous avez utilisé un récipient pour recueillir le contenu du sac, nettoyez-le soigneusement au savon doux et à l’eau chaude, rincez-le bien puis essuyez-le à l’aide d’une serviette en papier propre. Mettez les serviettes en papier à la poubelle.
8. Enlevez vos gants et jetez-les aussi.
9. Lavez-vous les mains.
10. Consignez les détails pertinents.
 |

**PROCÉDURE**

**Changement du sac pour stomie**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :       | Date de naissance :       |
| **Indications** :       | **Lieu de préférence :**       |
| **Matériel requis :**       |
| **Procédure**1. Lavez-vous les mains.
2. Rassemblez les fournitures.
3. Positionnez l’enfant de manière à respecter son intimité et à faciliter le changement du sac. S’il en est capable, l’enfant peut s’asseoir sur la toilette lorsque vous videz le sac.
4. Mettez les gants.
5. Videz le sac.
6. Avec soin, enlevez le sac et la barrière cutanée en écartant la peau du sac. Ne tirez pas sur la barrière pour la décoller de la peau.
7. Nettoyez la peau autour de la stomie avec de l’eau chaude et un savon doux. Rincez et séchez délicatement en tapotant.
8. Inspectez la peau pour vérifier qu’il n’y a pas de rougeurs, d’irritation, de saignements ou de boursouflures. Si vous remarquez l’un de ces symptômes, avertissez les parents ou le tuteur.
9. Si possible, appliquez de la poudre protectrice sur les rougeurs autour de la stomie. Éliminez tout excédent de poudre sur la peau.
10. Si la barrière cutanée doit être ajustée, mesurez la stomie et découpez la barrière en suivant le guide de mesure. Découpez l’ouverture de manière à ce qu’elle soit un huitième de pouce plus grande que la stomie.
11. Enlevez le papier au dos de la barrière cutanée. Si nécessaire, utilisez la crème, la pommade ou le vaporisateur autour de l’ouverture pour protéger la peau. Laissez sécher à l’air libre.
12. Pour le système à une pièce, centrez le nouveau sac directement sur la stomie, et appuyez fermement sur le sac et la barrière cutanée afin d’éviter les plis ou les fuites.
13. Pour le système à deux pièces, centrez la barrière cutanée directement sur la stomie, appuyez fermement, puis fixez le sac sur l’anneau de plastique.
14. Mettez le sac utilisé dans un récipient revêtu de plastique.
15. Enlevez vos gants et lavez-vous les mains avec du savon doux et de l’eau chaude.
16. Consignez les détails pertinents.
 |

**RELEVÉ**

**Vidange ou changement du sac pour stomie**

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 :**       |
| **Soins de la stomie**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.
* Videz le sac lorsqu’il est rempli aux deux tiers ou à moitié au maximum.
* Changez le sac si celui-ci fuit ou se détache.
* On peut baigner un enfant avec ou sans le sac attaché à son abdomen. L’eau ne rentrera pas par la stomie. Elle ne l’endommagera pas non plus. Évitez les lotions ou les savons gras autour de la stomie car ils peuvent empêcher la barrière cutanée d’adhérer à la peau. Si l’enfant se baigne avec le sac, séchez-le bien après le bain et vérifiez qu’il n’y a pas de fuites au niveau de la fermeture.
* L’enfant peut nager avec le sac attaché. Pour une question d’hygiène, on recommande que l’enfant garde son sac attaché lorsqu’il nage. On peut utiliser une ceinture de stomie ou un ruban résistant à l’eau pour fixer le sac plus solidement. Le ruban résistant à l’eau devrait être enlevé une fois que l’enfant a fini de nager, car il peut provoquer des irritations de la peau.
* Il est conseillé de vider le sac avant la sieste ou le coucher.
 |

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

##### **Stomie**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :       | Date de naissance :       |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI |  | FAITES CE QUI SUIT |
| Occlusion intestinaleLes symptômes suivants peuvent indiquer la présence d’une occlusion intestinale : douleurs à l’estomac, fuites liquides et irrégulières de la stomie, écoulements suivis d’une absence ou d’une diminution de selles, odeur forte émanant des selles, nausées, vomissements ou fièvre.Il pourrait s’agir d’une urgence. | 1. Avisez immédiatement le parent ou le tuteur.
2. S’il est impossible de joindre les parents, le tuteur ou l’autre personne à aviser en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
 |

##### **PROBLÈMES POTENTIELS**

##### **Stomie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI |  | FAITES CE QUI SUIT |
| Un gonflement de la stomie pourrait se produire si l’appareillage gêne la stomie. | 1. Enlevez le sac et couvrez la stomie avec une serviette propre afin d’absorber les fuites.
2. Avisez immédiatement le parent ou le tuteur.
3. S’il est impossible de joindre les parents, le tuteur ou l’autre personne à aviser en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
 |
| La stomie est plus longue que d’habitude (l’intestin fait l’objet d’un prolapsus ou sort par la stomie). La stomie pourrait paraître enflée et l’enfant pourrait avoir des crampes ou des vomissements. | 1. Avisez immédiatement le parent ou le tuteur.
2. S’il est impossible de joindre les parents, le tuteur ou l’autre personne à aviser en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
 |
| Des fuites pourraient se produire si le sac est trop rempli ou si l’ouverture du sac est cassée. Il pourrait y avoir d’autres causes : des soins inappropriés ou inefficaces de la stomie, une taille de sac non adaptée à la stomie, une erreur de mesure ou un mauvais découpage de la barrière cutanée, ou un changement dans les selles (p. ex. : diarrhées). | 1. Videz le sac.
2. S’il y a toujours des fuites, changez le sac. Si vous n’avez pas suivi de formation concernant le changement de sac, communiquez avec le parent ou le tuteur.
 |

##### **PROBLÈMES POTENTIELS**

##### **Stomie**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :       | Date de naissance :       |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI |  | FAITES CE QUI SUIT |
| Des saignements provenant de la stomie peuvent se produire s’il y a eu des frottements trop vigoureux durant le nettoyage, des entailles causées par un ongle ou un bijou, des irritations dues à une ceinture ou un coup porté accidentellement. D’habitude, les saignements s’arrêtent rapidement et spontanément. | 1. S’ils ne s’arrêtent pas automatiquement, appuyez légèrement dessus et prévenez le parent ou le tuteur.
2. Si une partie importante de la stomie saigne, couvrez-la et appuyez légèrement dessus. Avisez immédiatement le parent ou le tuteur.
3. S’il est impossible de joindre les parents, le tuteur ou l’autre personne à aviser en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
 |
| Des rougeurs ou des irritations cutanées autour de la stomie peuvent être dues à des soins inappropriés de la stomie, à une mauvaise taille de sac, à des fuites, à l’absorption d’aliments acides, à une allergie ou à une peau sensible. | 1. Prenez convenablement soin de la stomie.
2. Veillez à ce que la barrière cutanée soit appliquée de manière appropriée et de la bonne taille (un huitième de pouce plus grande que la stomie).
3. Changez le sac si celui-ci n’est pas bien adapté. Si vous n’avez pas suivi de formation concernant le changement de sac, communiquez avec le parent ou le tuteur.
4. Informez le parent ou le tuteur.
 |
| Un changement dans les selles peut être causé par une modification des habitudes alimentaires ou une maladie. | Si les selles de l’enfant sont plus molles or plus fréquentes, prévenez le parent ou le tuteur. |
| OdeurQuand on prend correctement soin de la stomie, il ne devrait pas y avoir d’odeur persistante lorsque le sac est fermé. Les sacs protègent des odeurs, à condition qu’ils soient vidés lorsque cela est nécessaire, nettoyés convenablement et changés régulièrement. | 1. Vérifiez qu’il n’y a pas de fuites autour de la stomie ou sur le sac lui-même.
2. Communiquez avec 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** |