



## Objectifs d'apprentissage

Cette liste précise la liste des **compétences et connaissances minimales requises** pour effectuer les soins nécessités par votre enfant. Elle permet à l'équipe de soins d'ajuster les apprentissages nécessaires.

**Consigne** : L'infirmière qui vérifie l'apprentissage inscrit ses initiales dans le tableau puis appose son nom et sa signature au bas de celui-ci.

| La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>connaissent</b> :  | Date | Initiales<br>Infirmière | Initiales<br>Parent |
|--|------|-------------------------|---------------------|
| les particularités de la trachéostomie de l'enfant   |      |                         |                     |
| les conseils pour les activités de la vie quotidienne de l'enfant (habillement, nutrition, hydratation, hygiène, sommeil, activités et transport, communication) |      |                         |                     |
| la façon d'évaluer l'état respiratoire de l'enfant et les signes de détresse respiratoire  |      |                         |                     |
| les façons de maintenir un taux d'humidité adéquat dans l'environnement  |      |                         |                     |
| les principes pour éviter les irritants dans l'air et prévenir les infections  |      |                         |                     |
| les problèmes potentiels et les solutions recommandées   |      |                         |                     |
| les procédures en cas d'urgence et la RCR  |      |                         |                     |
| le matériel requis pour les soins quotidiens et d'urgence  |      |                         |                     |
| les motifs de consultation de l'équipe de soins  |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour les soins de la trachéostomie (nettoyage de la peau, changement du pansement et de la canule interne, si présente)                        |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour le changement de la bande de fixation de la canule  |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour le changement de la canule trachéale simple   |      |                         |                     |
| les indications pour l'administration de médicaments d'aérosolthérapie par la trachéostomie, si pertinent  |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour l'administration de médicaments par nébuliseur à petit format par la trachéostomie, si pertinent  |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour l'administration de médicaments par inhalateur-doseur avec chambre d'espaceur par la trachéostomie, si pertinent.                         |      |                         |                     |
| les modalités pour l'entretien et le nettoyage du matériel et de l'équipement requis pour tous les soins   |      |                         |                     |
| <b>Commentaires :</b>  |      |                         |                     |



| La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>maitrisent</b> de façon <u>sécuritaire</u> et <u>compétente</u> :               | Date | Initiales<br>Infirmière | Initiales<br>Parent |
|---|------|-------------------------|---------------------|
| l'évaluation de l'état respiratoire de l'enfant   |      |                         |                     |
| les actions en cas de détresse respiratoire   |      |                         |                     |
| les procédures en cas d'urgence et la RCR   |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour les soins de la trachéostomie<br>(nettoyage de la peau, changement du pansement et de la canule interne, si pertinent) |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour le changement de la bande de fixation de la canule   |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour le changement de la canule trachéale simple  |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour l'administration de médicaments par nébuliseur à petit format<br>par la trachéostomie, si pertinent                    |      |                         |                     |
| toutes les étapes pour l'administration de médicaments par inhalateur-doseur avec<br>chambre d'espacement par la trachéostomie, si pertinent. |      |                         |                     |
| les modalités pour l'entretien et le nettoyage du matériel et de l'équipement requis<br>pour tous les soins                                   |      |                         |                     |
| <b>Commentaires :</b>   |      |                         |                     |

| La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>tiennent compte</b> :     | Date | Initiales<br>Infirmière | Initiales<br>Parent |
|---|------|-------------------------|---------------------|
| de la préparation de l'enfant, du parent et de l'environnement avant de débiter le soin |      |                         |                     |
| de l'approche pédiatrique dans le soin fourni   |      |                         |                     |
| du niveau d'autonomie de l'enfant dans sa participation au soin                         |      |                         |                     |
| du besoin de réajustement dans les procédures de soins, lorsque nécessaire              |      |                         |                     |
| du soutien nécessaire à l'enfant avant, pendant et après le soin                        |      |                         |                     |
| <b>Commentaires :</b>   |      |                         |                     |



| <b>La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) ont reçu l'information et la comprennent au sujet de:</b> | <b>Date</b> | <b>Initiales Infirmière</b> | <b>Initiales Parent</b> |
|---|-------------|-----------------------------|-------------------------|
| des coordonnées des distributeurs pour le matériel requis   |             |                             |                         |
| les ressources à leur disposition et à celle de leur enfant   |             |                             |                         |
| la date et le lieu du prochain rendez-vous, si requis   |             |                             |                         |
| les coordonnées des personnes ressources, au besoin   |             |                             |                         |
| le numéro à composer en cas d'urgence   |             |                             |                         |
| <b>Commentaires :</b>   |             |                             |                         |
|   |             |                             |                         |

|                       |             |             |
|-----------------------|-------------|-------------|
| Nom de l'infirmière : | Signature : | Initiales : |
| Nom de l'infirmière : | Signature : | Initiales : |
| Nom de l'infirmière : | Signature : | Initiales : |
| Nom de l'infirmière : | Signature : | Initiales : |

|                 |             |             |
|-----------------|-------------|-------------|
| Nom du parent : | Signature : | Initiales : |
| Nom du parent : | Signature : | Initiales : |