



## Objectifs d'apprentissage

Cette liste identifie les objectifs relatifs aux **compétences et connaissances minimales requises** pour effectuer les soins nécessités par votre enfant. Votre équipe de soins et vous pouvez l'utiliser comme guide et aide-mémoire pour votre apprentissage.

**Consigne :** Lorsque l'apprentissage est satisfaisant aux yeux de l'infirmière et du parent, tous deux inscrivent leurs initiales dans le tableau et apposent leur nom et leur signature à la fin de celui-ci.

La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>connaissent</b> :	Date	Initiales Infirmière	Initiales Parent
les conseils pour les activités de la vie quotidienne de l'enfant (habillement, alimentation, hydratation, hygiène, sommeil, activités et transport)			
le matériel requis pour les soins de la stomie			
les soins d'hygiène de la stomie et de la peau autour de la stomie			
le type d'appareil collecteur requis (sac et barrière cutanée)			
les indications et la fréquence de vidange du sac et du changement de l'appareil collecteur			
toutes les étapes de la vidange du sac de l'appareil collecteur			
toutes les étapes du changement de l'appareil collecteur			
les problèmes potentiels et les solutions recommandées			
les motifs de consultation de la stomothérapeute et de l'équipe de soins			
<b>Commentaires :</b>			

La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>maîtrisent</b> de façon <u>sécuritaire</u> et <u>compétente</u> :	Date	Initiales Infirmière	Initiales Parent
les soins d'hygiène de la stomie et de la peau autour de la stomie			
toutes les étapes de la vidange du sac de l'appareil collecteur			
toutes les étapes du changement de l'appareil collecteur			
<b>Commentaires :</b>			



La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>tiennent compte</b> :	Date	Initiales Infirmière	Initiales 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>			

La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>ont reçu l'information et la comprennent</b> au sujet :	Date	Initiales Infirmière	Initiales Parent
des modalités pour l'obtention du matériel et de l'équipement requis (ex : coordonnées des distributeurs)			
de la couverture du matériel et de l'équipement (assurance privée, RAMQ, etc.)			
des ressources à leur disposition et à celle de leur enfant			
de la date et du lieu du prochain rendez-vous, si requis			
des coordonnées des personnes ressources, au besoin			
du 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 :