Version I2021/06/17

LIVRET D'ACCUEIL DU PÔLE HORG

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE – RHUMATOLOGIE – HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

IFSI IFAS IFA – 7 rue Philippe Desportes – 28000 CHARTRES
N° SIRET 26280004800023 et TVA Intracommunautaire FR64262800048
Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 2428P000928 auprès Préfet de la Région Centre Val-de-Loire
Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat (Article L.6352-12 du Code du Travail

PÔLE HORG

INTRODUCTION 5
1 GENERALITES 7
1.1 **Modalités générales de stage pour le pôle HORG** 8
La tenue professionnelle : 8
Le vestiaire : 8
Les repas : 8
Un entretien d'accueil ..... **Erreur ! Signet non défini.**
Conditions attendues : 8
Conduites pour consultation des procédures internes : 9
Conduites à tenir en cas d'urgence vitale : 9
Conduites à tenir en cas d'absence (lieu de stage + IFSI/IFAS) : 9
1.2 Notions générales en lien avec les missions du pôle HORG en référence à des textes réglementaires 9

2 OUTILS D'ENCADREMENT 11
2.1 Fiche de suivi des activités 12
2.2 Démarche clinique 14
2.3 Analyse d'activités rencontrées en stage : progression du niveau attendu à l'IFSI de chartres 15

3 LIVRET D'ACCUEIL EN HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE 18
3.1 Généralités sur les services d'hématologie - oncologie 19
3.2 Service de HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE 20
3.3 Tutorat des étudiants dans le service 22
3.4 Identification du service Hématologie-Oncologie 26
3.5 Présentation de 2 situations apprenantes prévalentes et complexes 28
3.6 Prise en charge de la douleur d'un patient atteint d'une tumeur cancéreuse (situation 1) 29
3.7 Accueil et prise en soin d'un patient atteint d'aplasie fébrile (situation 2) 31
3.8 Liste des abréviations 34

4 LIVRET D'ACCUEIL EN RHUMATOLOGIE 35
4.1 Généralités sur les services de rhumatologie 36
4.2 Service de RHUMATOLOGIE 37
4.3 Tutorat des étudiants dans le service 38
4.4 Identification du service de RHUMATOLOGIE 41
4.5 Présentation de 2 situations apprenantes prévalentes et complexes 44
4.6 Admission d'une personne en poussée de polyarthrite rhumatoïde (PPR)**Erreur ! Signet non défini.**
4.7 Préparation de la sortie d'une personne prise en soin pour une atteinte de polyarthrite rhumatoïde (PR)
4.8 Liste des abréviations..... 50

5 LIVRET D'ACCUEIL HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE 51
5.1 Généralités sur les services de hépato-gastro-entérologie..... 52
5.2 Service de HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE..... 53
5.3 Tutorat des étudiants dans le service 54
5.4 Identification du service d'hépato-gastro-entérologie 59
5.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe 62
5.6 Prise en soin d'un patient présentant une décompensation oedemato-ascitique (DOA) quelle que soit l'origine 63
5.7 Patient dans un contexte de dépistage de cancer colorectal 65
5.8 Liste des abréviations..... 68

6 PARTICPANTS 69
Comité de pilotage 70
Membres du groupes de travail..... 70
Tous les membres des équipes des différentes unités du pôle 70

CONCLUSION..... 71

ANNEXES 73
ANNEXE 1 : **Compétences des étudiants en soins infirmiers en formation** 74
TEMPS DE REGROUPEMENT : ANALYSE DE PRATIQUE..... 78
ANALYSE D'ACTIVITE 78
ATTESTATION EN SOINS PALLIATIFS 78
SERVCIE SANITAIRE 78
PREPARATION DE STAGE : une demi-journée environ 48h avant le début du stage 78
EXPLOITATION DE STAGE / SIMULATION EN SANTE 78

ANNEXE 2 : **Compétences des élèves aides-soignants en formation**..... 79
TEMPS DE REGROUPEMENT : ANALYSE DE PRATIQUE..... 83
PREPARATION DE STAGE 83
EXPLOITATION DE STAGE EN 2 TEMPS 83
VALIDATION DES STAGES 83

ANNEXE 3 : **Fiche de suivi des actes pendant le stage – Format A3**..... 84

ANNEXE 4 : Livret des examens en Hépato-Gastro-Entérologie..... 87

Abdomen Sans préparation 2
Echographie abdominale..... 3
TomoDensitoMétrie Thoraco-Abdomino-Pelvien 4
Transit Oeso-GastroDuodénal..... 5
TomoDensitoMétrie par Emission de Position..... 6
Imagerie par Résonnance Magnétique 7
Scintigraphie 8
Coloscopie..... 9
Recto-Sigmoïdoscopie..... 12
Fibroscopie Oeso-GastroDuodénale..... 13
Echo-Endoscopie 14
+/- CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique..... 14
Ponction Biopsie Hépatique 15
Fibroscan 16
Gastrostomie Endoscopique Percutanée..... 17
Examen de l'intestin grêle par Vidéo Capsule 19
Bibliographie 20

INTRODUCTION

Ce travail s'inscrit dans une continuité, déjà amorcé par les travaux des hôpitaux de Chartres dès 2002.

La réorganisation des pôles a induit l'élaboration de livrets d'accueil par pôle. Ce livret de pôle s'inscrit notamment dans 3 des 5 axes du plan d'actions dans le cadre du partenariat Institut-CH Chartres. Il s'agit des axes suivants :

- Axe 1 : Prendre en compte le niveau de formation par semestre et le parcours de stage dans l'évaluation des compétences mobilisées dans le service.
- Axe 2 : Evaluer les activités et actes réalisés par l'étudiant, en fonction des spécificités du service.
- Axe 3 : Accompagner et évaluer l'étudiant dans l'acquisition des compétences tout au long du stage à travers les situations et les activités rencontrées

Au regard des axes du plan d'action prédéfini en 2015 et dans le but qu'un livret d'accueil de pôle soit réalisé en partenariat, le groupe de travail s'est fixé comme objectif d'offrir un outil structuré et harmonisé, un livret d'accueil par pôle, pour l'accueil et l'accompagnement formalisés des apprenants, étudiants en soins infirmiers et élèves aides-soignants.

1 GENERALITES

1.1 Modalités générales de stage pour le pôle HORG

Au préalable, l'étudiant contacte l'unité de stage pour signifier son arrivée et connaitre l'heure d'arrivée du premier jour.

La tenue professionnelle :

Il est convenu que l'étudiant prévoit une tenue professionnelle conforme à la procédure institutionnelle.

http://appliged:8080/ennov/psprod/document/ref/GQ-PROC-CLIN-13-2017/attachment

Le vestiaire :

Pour les unités de gastro-entérologie et de rhumatologie, le vestiaire se situe au 5eme étage du pavillon Fontenoy à l'hôpital Louis Pasteur. Le code est à demander lors de votre arrivée au sein de l'unité de soins. Un cadenas est à prévoir. Les sacs à main ou sacoches sont rangés dans un placard au sein de l'unité de préférence. Pour le service d'hématologie – oncologie, le vestiaire se situe au rez de chaussée dans le couloir des urgences.

Les repas :

Tous les services disposent d'une salle de pause équipée où les repas peuvent être pris. Les étudiants peuvent avoir accès au self situé au premier étage, à des distributeurs (tables à disposition) situés au premier étage et à la cafétéria située au rez-de-chaussée.

Les modalités d'accueil sont spécifiques à chaque unité de soins. Néanmoins, lors de l'entretien d'accueil, il y aura :

- Remise du planning
- Remise code DxCare
- Echanges sur les objectifs de stage
- Réponses aux questions de l'étudiant
- Echange sur le livret d'accueil si nécessaire…

Conditions attendues :

- Développement de l'esprit d'équipe
- Respect des professionnels, des personnes accueillies, des valeurs soignantes
- Respect du code de déontologie infirmier
  https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html
- Positionnement discret et dynamique
- Respect du secret professionnel
- Respect des règles d'hygiène
  http://appliged:8080/ennov/psprod/view/33748
  http://appliged:8080/ennov/psprod/view/30707
  http://appliged:8080/ennov/psprod/document/ref/GQ-PROC-CLIN-184-2017/attachment
- Savoir utiliser la gestion documentaire institutionnelle accessible sur intranet depuis tous les PC des Hôpitaux de Chartres (onglet Qualité/Procédures)
- http://appliged:8080/ennov/psprod/document/ref/GQ-PROC-MQR-01-2017/attachment
- Prendre connaissances en totalité de ce livret d'accueil

Modalités de consultation des procédures internes :

Mozilla FireFox, puis « cellule qualité-gestion des risques », procédures (possibilité de recherche par mot clé).

Conduites à tenir en cas d'urgence vitale :

À chaque arrivée en stage, l'étudiant doit s'informer des conduites à tenir en cas d'urgences instaurées dans l'unité.
http://appliged:8080/ennov/psprod/document/ref/GQ-PROC-PECUV-01-2017/attachment

Conduites à tenir en cas d'absence (lieu de stage + IFSI/IFAS) :

- Informer obligatoirement et immédiatement le lieu de stage :
  - Se munir des adresses mails du poste infirmier et du cadre de santé
  - Avoir les numéros de téléphone du cadre de santé et du service
  - **Informer de l'absence par mail et/ou par téléphone cadre de santé et infirmiers, systématiquement**

- Informer obligatoirement et immédiatement l'IFSI / IFAS :
  - Se munir des adresses mails du secrétariat et du formateur référent de suivi pédagogique
  - Connaître les numéros de téléphone de l'IFSI et de l'IFAS
  - **Informer de l'absence par mail et/ou par téléphone le secrétariat de l'IFSI / IFAS, obligatoirement**
  - Puis apporter **les justificatifs au secrétariat de l'IFSI/IFAS obligatoirement**

1.2 Notions générales en lien avec les missions du pôle HORG en référence à des textes réglementaires

Les décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue définissent les règles d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement minimales auxquelles doivent se conformer les établissements de santé pour l'exercice de ces activités.

La définition de l'activité de **surveillance continue** (activité non soumise à autorisation) est fixée à l'article D. 6124-117 : "la surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une **observation clinique et biologique répétée et méthodique**".

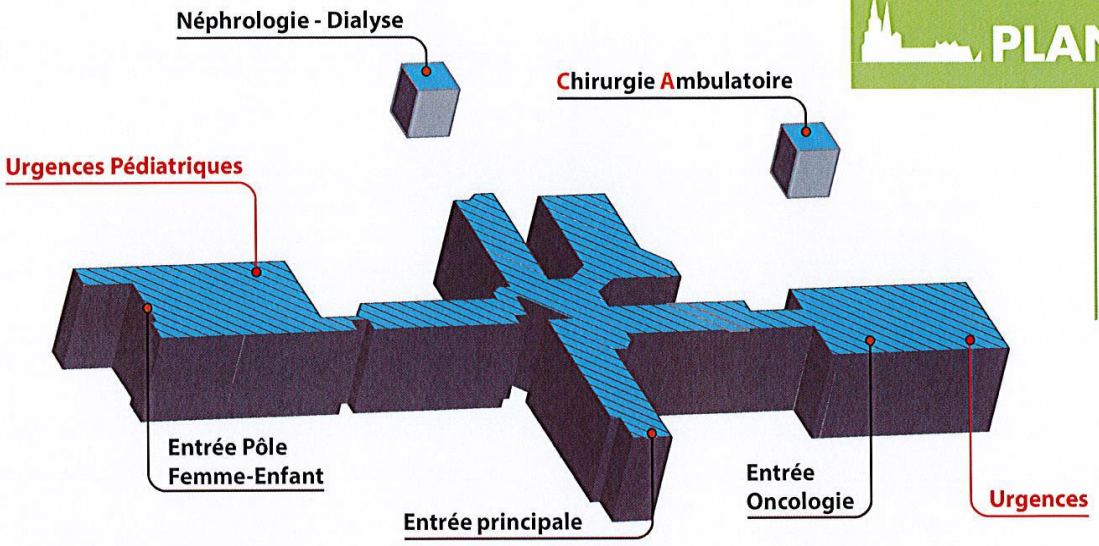
L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une **maladie chronique**. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Les **soins palliatifs** sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. [Source : code de santé publique]

Le chef de ce pôle est le Dr ROYANT, le Directeur référent M. GUILLAUME.

Le Cadre Supérieur de Santé est Mme ROPITAL, CSS FF.

PLAN



NIVEAU 5

- Diabétologie – Endocrinologie – Nutrition
- Gastro-entérologie
- Rhumatologie et Médecine Interne
- Neurologie et UNV (Unité Neuro-Vasculaire)

NIVEAU 4

- Pneumologie (1 et 2)
- UER (Unité d'Evaluation et de Réhabilitation des insuffisants respiratoires) et Unité du sommeil
- Cardiologie 3 et 4
- USIC
- Epreuves d'effort
- Plateau technique cardiologie

NIVEAU 3

- Chirurgie B1 (chirurgie de semaine)
- Chirurgie B2 (orthopédie – traumatologie)
- Chirurgie A4 (viscérale et urologie)
- Cardiologie 5

NIVEAU 2

- Gynécologie - Médecine Gériatrique (G1) – Médecine Gériatrique (G2)
- Hôpital de jour thérapeutique
- Unité Péri-Opératoire Gériatrique (UPOG)
- 3C (Centre de Coordination en Cancérologie)
- EGAL (Equipe Gérontologique d'Appui et de Liaison)
- Service Social

NIVEAU 1

- Oratoire – Aumônerie
- Rééducation fonctionnelle
- Stérilisation centrale

NIVEAU 0

- Accueil – Admissions – Consultations externes –
- Facturation - Frais de séjour
- Réanimation – USC (Unité de Surveillance Continue)
- Unité d'évaluation et de traitement de la douleur
- Equipe Mobile de Soins Palliatifs (E.M.S.P.)
- Blocs opératoires
- Laboratoires
- Imagerie Médicale
- Cafétéria

NIVEAU -1

- Pharmacie
- Service Mortuaire
- CESU 28
- Laboratoire d'Explorations Fonctionnelles Neurologiques
- Radiothérapie (COREL)
- Scintigraphie (CISEL)
- Brancardage
- Direction des Travaux et de la Maintenance – Service biomédical
- Recherche Clinique

PÔLE FEMME-ENFANT

Rez-de-chaussée

- Accueil
- Urgences pédiatriques
- Urgences gynécologiques
- Consultations gynécologiques et obstétricales
- Hôpital de jour pédiatrie

1er étage

- Grossesses pathologiques
- Bloc obstétrical

2ème étage

- Maternité

3ème étage

- Médecine enfants
- Néonatologie

BATIMENT URGENCES-ONCOLOGIE

Niveau 0

- Urgences

Niveau 1

- Oncologie-Hématologie

PLAN DE L'ÉTABLISSEMENT

HÔPITAL LOUIS PASTEUR

2
OUTILS D’ENCADREMENT

2.1 Fiche de suivi des activités

Unité de .....

Nom Prénom de l'étudiant : IFSI de rattachement :

Stage n°:

Semaine 1	Situation et/ou activités	Compétence mobilisée	Auto-évaluation en regard des critères du port folio	Remarques avec un professionnel de proximité
Jour :				
Jour :				
Jour :				

2.2 Démarche clinique

La démarche clinique réalisée auprès des patients se décline d'une part avec le raisonnement clinique et d'autre part avec le projet de soins.

Le raisonnement clinique :

A l'IFSI de Chartres, les attributs du raisonnement clinique sont mobilisé par :

- **La pertinence des connaissances**
- **L'utilisation d'une méthodologie de raisonnement** : le modèle clinique trifocal
  - ✓ Par anticipation : ➔ plan de soins type
  - ✓ Hypothético-déductive
- **La relation d'aide :**
  - ✓ Lien de confiance
  - ✓ Counseling
- **Les niveaux de jugement clinique :**
  - ✓ Bas : observation➔ actions
  - ✓ Haut : observation➔ formulation d'hypothèses de problèmes de santé ➔ recueil de données complémentaires ➔ infirme ou confirme une hypothèse de problème de santé ➔ émission d'un jugement clinique➔ actions ➔ évaluation.

2.3 Analyse d'activités rencontrées en stage : progression du niveau attendu à l'IFSI de chartres

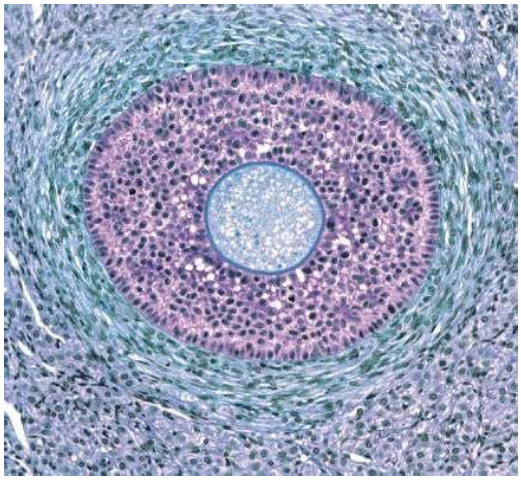
	Étudiant en SI 1° année		Étudiant en SI 2° année		Étudiant en SI 3° année	
	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	SEMESTRE 4	SEMESTRE 5	SEMESTRE 6
Présentation de l'activité	Description de l'activité Une description des faits complétée d'une verbalisation et formalisation de l'étonnement et des représentations (plus détaillés par rapport à l'activité).	Description de l'activité Idem semestre 1 + un questionnement dans le champ des 5 domaines d'exploration selon Vermersch - contextuel - déclaratif - procédural - l'intentionnel - évaluatif (ressentis)	Description exhaustive de l'activité selon les 5 domaines d'exploration de Vermersch	Présentation de l'analyse de l'activité.	Présentation de l'analyse de l'activité.	Présentation de l'analyse de l'activité.
Remarques et questionnement	Étonnement suscité	Étonnement et questionnement	Étonnement et questionnement	Étonnement et questionnement	Étonnement et questionnement	Étonnement et questionnement
Difficultés, point à approfondir, réajustements envisagés (Axes d'amélioration possibles formulés avec le tuteur et/ou formateur)	En fonction des attentes dans la présentation de l'activité et vécu de l'étudiant	En fonction des attentes dans la présentation de l'activité et vécu de l'étudiant	En fonction des attentes dans la présentation de l'activité et vécu de l'étudiant	En fonction des attentes dans l'analyse de l'activité de l'étudiant	En fonction des attentes dans l'analyse de l'activité de l'étudiant	En fonction des attentes dans l'analyse de l'activité de l'étudiant

Analyse : recherche de connaissances appropriées, propositions d'hypothèses...	Le tuteur amène l'étudiant à repérer les données manquantes de l'activité décrite. Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant	Le tuteur amène l'étudiant à repérer les données manquantes de l'activité décrite. L'étudiant recherche des données (connaissances) pour compléter la description de son activité. Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant	Le tuteur amène l'étudiant à analyser l'activité. L'analyse consiste à croiser (faire les liens, mesurer les écarts) la description de son activité avec les données (connaissances) lui ayant permis de compléter celle-ci. Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant	Le tuteur amène l'étudiant à analyser l'activité. L'analyse consiste à croiser (faire les liens, mesurer les écarts) la description de son activité avec les données (connaissances) lui ayant permis de compléter celle-ci. L'étudiant propose des axes d'amélioration. Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant	L'étudiant propose une analyse d'activité, la met en lien avec les compétences requises. Le tuteur amène l'étudiant à réfléchir sur la transférabilité des savoirs et compétences acquis par cette analyse. L'étudiant propose des axes d'amélioration Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant	L'étudiant propose une analyse d'activité, la met en lien avec les compétences requises. L'étudiant propose les axes d'amélioration L'étudiant argumente la transférabilité des savoirs et compétences acquis par cette analyse Si la situation le permet, il propose des outils permettant l'amélioration des pratiques.
Validation par le tuteur	Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité)	Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité)	Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité)	Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité) Le tuteur valide les axes d'amélioration proposés par l'étudiant et l'accompagne pour y répondre.	Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité). Le tuteur valide les savoirs et compétences transférables	Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité). Le tuteur valide les savoirs et compétences transférables ainsi que les axes d'amélioration proposés.

2.4 Liens entre les attendus et le niveau de formation sur le pôle

Semestre 1 (ESI) Stage 1 (EAS) :	Anatomie Grandes fonctions du système Signes cliniques physiologiques Signes d'alerte ou anormaux Recueil de données exhaustif Classement des données : modèle trifocal (ESI) manifestations de dépendance et d'indépendance (EAS) Accompagnement dans les soins au quotidien (soins) Soins relevant du rôle infirmier en ayant connaissance des indications et des recommandations de bonnes pratiques (exemple : protocoles..) Hygiène des mains et de l'environnement du patient Secret et discrétion professionnels
Semestre 2 (ESI) Stage 2 (EAS) :	Anatomie Grandes fonctions du système Signes cliniques physiologiques Signes d'alerte ou anormaux Définition des pathologies des patients pris en soin (étiologie, signes pathologiques, examens diagnostics) Indication des thérapeutiques Démarche clinique : recueil de données, modèle trifocal, projet de soins, programmation des soins (ESI) Démarche de soins : recueil des données, manifestations de dépendance et d'indépendance (EAS), actions de l'aide-soignant et évaluation des actions (EAS). Accompagnement dans les soins au quotidien (soins) Surveillance des signes cliniques en fonction des pathologies et des thérapeutiques Ergonomie // Secret et discrétion professionnels // Droit des personnes (dignité) Capacité à se remettre en question (à questionner sa pratique)
Semestre 3 (ESI) Stage 3 (EAS) :	Pré-requis 1 : Anatomie, Grandes fonctions du système, Signes cliniques physiologiques, Signes d'alerte ou anormaux, Accompagnement dans les soins au quotidien (soins), communication (émotions, humanitude), Secret et discrétion professionnels. Pathologies prévalentes du service et présentées par les patients pris en soin Démarche clinique : Raisonnement clinique et macrocibles (ESI) Démarche de soins du recueil de données à l'évaluation des actions : introduction des pathologies (EAS) Pharmacologie Analyse des pratiques de soins (ESI) – Réflexion sur les pratiques rencontrées (EAS) Capacité à se remettre en question (à questionner sa pratique)
Semestre 4 (ESI) Stage 4 (EAS) :	Pré-requis 1 + pré-requis 2 : Démarche clinique et de soins. Communication : soins relationnels (émotions, techniques de communication – types de relation dans le soin – techniques de communication). Pathologies prévalentes + Pharmacologie // Démarche d'éducation thérapeutique (ESI) // Droits des personnes soignées (projet de vie, soins adaptés, information)
Semestre 5 (ESI) Stage 5 (EAS) :	Démarche clinique : Raisonnement clinique, macrocibles, organisation et programmation des soins, prescription infirmière selon les modalités pratiques des services (ESI) / démarche de soins complète (EAS) avec tous les liens somatiques, psychologiques et sociaux (ESI + EAS).
Semestre 6 (ESI) Stage 6 (EAS) :	Autonomie, réflexivité et responsabilité (ESI) Compétence, réflexivité et responsabilité (EAS) // Droits des personnes soignées (soins palliatifs et fin de vie)

3
LIVRET D'ACCUEIL EN HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE



Source : http://www.janssen.com/france/sites/www_janssen_com_france/files/slide-images/oncologie-cellule_0.jpg

3.1 Généralités sur les services d'hématologie - oncologie

Numéros de téléphone utiles : Les Hôpitaux de Chartres : 02 37 30 30 30

MEDECINS	**SERVICES**
AUTRES	**IMAGERIE**
Brancardage : 77106 regul 41667 Sécurité : 41603 Pharmacie : 41750 Odile informatique : 77619 Biomédical : 77362 Atelier : 41923 Biochimie : labo 41163 (fax : 33778) / secrétariat 33044 (fax : 33036) Hémato : labo 41186 (fax : 33076) / secrétariat 33046 EFS : 41191 GDS : 77333 Diet : 41957	Radio: 41013 manipulateur de garde 77182 Scanner : 41721 RDV secrétariat : 41745 Échographie : 33238 Cisel : 44500 IRM : 33325
AUTRES ETABLISSEMENTS	

3.2 Service de HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE

Dr ROYANT	chef de pôle, chef de service
Dr CHARVERIAT	médecin vacataire consultant en sénologie
Dr DE LABARTHE	médecin hématologue praticien hospitalier
Dr DURIEZ	médecin généraliste praticien hospitalier
Dr KONE	médecin hématologue praticien hospitalier
Dr MICLEA	médecin hématologue praticien hospitalier
Dr RAJPAR	médecin oncologue praticien hospitalier
Dr SOLUB	médecin oncologue praticien hospitalier
Dr TOSSEN	médecin oncologue praticien hospitalier
Internes	
Cadre supérieur de Santé FF	Madame ROPITAL Corinne (77 559)
Cadre de Santé	Madame THALUET Chantal (poste 77 455)
IDE poste IDE 41450	16 IDE (14.4 ETP) de jour 2 IDE en poste fixe de nuit et 2 AS en poste fixe de nuit, sous la responsabilité des cadres de santé de nuit
AS	9 AS (8 ETP) de jour
ASH	4 ASH (3.8 ETP)
Secrétaires médicales	5 secrétaires (4.6 ETP)
Acteurs soins de support rattachés au service	1 biographe 1 psychologue (0.5 ETP) 2 esthéticiennes (1 dont l'activité est financée par le 3C et 1 dont l'activité est financée par l'association du service AERAO)
Autres intervenants dans le service	Les patients suivis dans le service peuvent bénéficier de l'intervention d'autres partenaires, soit sur prescription médicale soit sur sollicitation de l'équipe paramédicale ; ces intervenants sont : L'assistant du service social Le kinésithérapeute La diététicienne Le représentant du culte Les bénévoles visiteurs hospitaliers (VMEH) et les bénévoles de l'association JALMALV

Le service accueille des patients : priorité est donnée, lorsque cela est possible, aux admissions directes dans le service, afin de limiter les passages via le service des Urgences et limiter ainsi des délais et des conditions d'attente inappropriés à l'état de santé des patients.

L'organisation de travail est prévue selon une sectorisation durant la journée.

<u>Les horaires sont</u> :

Chacun des membres de l'équipe paramédicale exerce sur les secteurs d'HC et d'HDJ ; l'affectation à chacun des secteurs est matérialisée sur les plannings. Ces plannings sont élaborés par le cadre de santé via le logiciel institutionnel OCTIME, et répondent à l'obligation de continuité des soins impliquant la présence continue de soignants 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 en HC, et à une couverture de 8h00 à 19h00 en HDJ.

Les apprenants peuvent faire un stage de nuit après avis de responsable pédagogique de l'étudiant ou sur demande de l'IFSI.

IDE :

·HC : 2 de 6h30 – 14h30 ; 2 de 14h00 – 21h30
·HDJ : 1 de 8h00 – 16h00 ; 1 de 8h30 – 16h30 ; 1 de 9h00 – 17h00 ; 2 de 10h00 – 18h00, dont une sur le poste de régulation ; 1 de 11h00 – 19h00.
AS :

·HC : 2 de 6h30 – 14h30 ; 2 de 14h00 – 21h30
·HDJ : 1 de 8h00 – 16h00
ASH :

Couvrent les besoins sur l'HC et l'HDJ
En semaine : 8h00 – 16h00 ; 9h00 – 17h00 ; 12h – 20h.
Le week-end et les jours fériés : 8h00 – 16h00.

Secrétaires :

·Accueil, HC et consultations : 1 de 8h00 – 16h00 ; 1 à 2 de 9h00 – 17h00 ; 1 de 10h00 – 18h00
·HDJ : 1 de 8h30 – 16h30
Les sorties « retour à domicile » se font dans la journée.

Au titre de l'année 2017, le service compte :
· **En HC** :
- 5611 journées d'hospitalisation
- 932 entrées totales (priorité est donnée, lorsque cela est possible, aux admissions directes dans le service, afin de limiter les passages via le service des Urgences et limiter ainsi des délais et des conditions d'attente inappropriés à l'état de santé des patients)
- Une durée moyenne de séjour (DMS) de 5.23 jours
- Un taux d'occupation de 76.9%

· **En HDJ** :
- 7469 venues et séances
- Un taux d'occupation de 122% (69% onco – 12% pneumo – 19% hémato)

· **En consultations** :
- 6309 consultations (51% onco – 36% hémato – 13% localisées en HDJ)

La moyenne d'âge de la population accueillie est de 66.37 ans en hospitalisation traditionnelle et de 64.77 ans en hospitalisation de jour.

Il est impératif que l'étudiant soit acteur de sa formation durant le stage. Un outil de suivi d'évaluation, mis à disposition de l'étudiant, doit être renseigné et suivi par l'étudiant (CF fiche de suivi d'activité). Il lui est demandé de réaliser des planifications de soins quotidiennes et des démarches de soins pour chaque patient qu'il aura en charge et analyses de pratique. Il en présentera régulièrement aux professionnels.

3.3 Tutorat des étudiants dans le service

Un contact téléphonique en amont de votre stage vous permettra de connaître votre heure d'arrivée pour le 1er jour de votre stage, ainsi que les modalités de repas et de vestiaire.

3.3.1 Accueil

Votre accueil :

Vous serez accueilli le jour de votre arrivée par le cadre de santé ; un agent vous accompagnera au vestiaire pour vous désigner une armoire pour vos vêtements. Ne laissez pas d'objet de valeur dans votre vestiaire.

Un entretien est prévu avec le cadre de santé de l'unité, afin de :

- Vous présenter le service
- Avoir un historique de votre cursus et un aperçu de votre projet professionnel
- Vous présenter à l'équipe soignante en poste
- Vous faire une visite du service
- Vous transmettre votre planning
- Vous transmettre la feuille de suivi de stage et vous montrer où vous en procurer
- Vous montrer où vous procurer les feuilles de programmation de soins

En cas d'absence du cadre de santé, vous serez accueilli par les membres de l'équipe.

Les objectifs de stages seront affichés à l'issue de la 1ère semaine de stage, afin qu'une période d'observation puisse permettre, en plus des objectifs globaux, la construction d'objectifs spécifiques au service.

Vous devez vous munir de votre Port Folio, afin que les professionnels vous encadrant puissent le consulter et le compléter si nécessaire.

3.3.2 Accompagnement

Pendant votre stage, vous devrez avoir une tenue professionnelle adaptée et propre ; vos cheveux, s'ils sont longs, devront être attachés. Vous ne porterez ni bijoux pendants (boucles d'oreilles, collier, bracelet…), ni vernis sur les ongles de mains.

Vous aurez, pour les repas, plusieurs possibilités :

- Accès au self, en tenue civile
- Accès à la cafétéria
- La possibilité de manger en salle de pause où frigo et micro-ondes sont à votre disposition.

Le temps de repas est de 30 minutes tout compris (se changer, accès au lieu de prise, retour dans le service)

En cas d'absence, merci de prévenir le service **et** l'IFSI-IFAS dans les plus brefs délais par mail, par téléphone.

Nombre de patients attribués :

Le nombre de patients pris en charge :

- 1er stage : 1 à 2 patient(s)
- 2ème et 3ème stage : 2 à 3 patients
- A partir du 4ème stage : minimum 4 patients

Pour les étudiants en soins infirmiers de 3ème année, l'objectif est la prise en charge d'un secteur de soins dans sa totalité (maximum 10 patients), afin de vous préparer à ce qui vous attend dans les mois à venir. Les soins de nursing étant sensés être validés à ce stade de votre cursus, vous ne réaliserez pas de toilettes de patients, afin de vous octroyer le temps nécessaire à une organisation pour la prise en charge du secteur attribué.

Les patients sont attribués par l'équipe soignante du service.

Anticiper et prévoir avec l'équipe une date pour le bilan ½ stage et la date pour le bilan de stage.

Engagement de l'équipe soignante :

L'équipe soignante du service d'oncologie et hématologie vous encadrera tout au long de ce stage, en vous sollicitant pour la prise en charge de patients du service.

Ce stage a pour objectif l'acquisition de connaissances et de compétences ; vous êtes acteur à part entière dans cette démarche de formation ; n'hésitez donc pas à solliciter les soignants. Chaque membre de l'équipe répondra à vos questions dans la mesure de ses compétences, ou vous orientera vers la personne ressource en cas d'impossibilité à vous répondre de façon fiable.

Attentes de l'équipe soignante :

Afin que votre stage vous soit le plus profitable possible, nous avons quelques attentes à votre égard :

- Communiquer avec tous les membres de l'équipe sur les actions réalisées, sur un vécu difficile pouvant impacter le stage, et avec l'aide-soignant sur des soins en collaboration
- S'impliquer dans la vie du service : répondre aux sonnettes des patients pris en soin, prendre des initiatives
- Nous transmettre des objectifs adaptés à l'issue de votre 1ère semaine de stage
- Nous transmettre vos difficultés ou vos lacunes le plus rapidement possible
- Collaborer avec l'ensemble de l'équipe
- Utiliser les outils et supports du service
- Faire la demande pour anticiper votre participation ou observation sur d'autres secteurs que le service (pharmacie, radiothérapie, consultation infirmière, …)
- Faire remplir votre fiche de suivi de stage afin d'avoir un support pour vos évaluations
- De solliciter l'équipe pour vos évaluations
- Faire vos feuilles de programmation de soins
- Faire vos transmissions écrites (sous la responsabilité et l'identifiant du soignant vous encadrant en précisant « transmission faite par …. »)
- Participer activement aux transmissions orales
- Ne pas être un simple exécutant, bien comprendre les soins et pourquoi vous les faites

Une fois encore nous vous souhaitons la bienvenue dans notre service d'oncologie et hématologie et espérons vous apporter un encadrement de qualité.

Outre les professionnels du service tous responsables de votre encadrement, vous disposez de :

- dossiers de soins du patient dans lesquels sont consignées toutes les informations nécessaires à la compréhension et à la mise en œuvre des soins. Il est essentiel de tout tracer dans ces dossiers, selon les règles de traçabilités institutionnelles.
- outils informatiques : PC, logiciels (DxCare, Chimio, Intranet, …)
- procédures institutionnelles disponibles dans Intranet
- fiches de poste de chaque grade que vous pourrez obtenir auprès du cadre de santé
- protocoles de service rangés dans un classeur spécifique
- règlement et charte de fonctionnement du service

Par ailleurs, au cours de votre stage, vous pourrez assister :

- Aux transmissions (participation obligatoire)
- Au staff pluridisciplinaire concernant les situations complexes
- Aux topos éventuellement proposés par les laboratoires pharmaceutiques

Vous pourrez également si vous en faites la demande, observer :

- La préparation des cytotoxiques au niveau de l'unité de reconstitution de la pharmacie
- La pose ou dépose de chambre implantable au bloc opératoire
- Une séance de radiothérapie
- Une consultation infirmière dans le cadre du dispositif d'annonce répondant aux critères du Plan Cancer avec une IDE du 3 C

Cette observation sera possible selon la disponibilité des équipes concernées et après

1) Accord du patient
2) Accord des équipes

Il vous sera également possible d'accompagner un patient lors d'examens (imagerie, endoscopie, …), toujours après accord du patient

Les bilans de stage s'organisent de la manière suivante :

Pour le bilan intermédiaire : il se fera avec le tuteur et si possible avec le maître de stage. L'apprenant doit préparer son bilan. La feuille de suivi sera étudiée, des questions théoriques sur les prérequis seront posées à l'apprenant. Une analyse d'activité et une DDS seront demandées. Si des axes d'amélioration sont demandés, ils seront communiqués à l'étudiant pour lui permettre d'améliorer ses pratiques et ses prises en charge. La date sera fixée entre l'apprenant et le tuteur en début de stage.

Pour le bilan de fin de stage : il se fera également avec le tuteur et si possible le maitre de stage (CDS). L'apprenant assiste à la réalisation de ce bilan qui se fait sous forme d'échanges. Un point sur les connaissances théoriques sera fait, une analyse de pratique et une DDS seront présentées. Les axes d'amélioration pointés lors du bilan de mi stage seront réévalués. Il aura lieu lors de la dernière semaine de stage.

L'apprenant prépare les bilans écrits en amont. Il réalise 2 copies pour lui-même et coche les compétences en comparant les items attendus et sa feuille de suivi des activités réalisés dans le service (soins, surveillances, alertes, soins relationnels, transmissions orales et écrites…). Il écrit des compétences développées et les axes d'amélioration selon lui au niveau de l'appréciation. Ainsi l'apprenant et l'équipe peuvent échanger sur les items de façon argumentée.

3.3.3 En amont du stage

1) Rechercher les définitions des termes ci-dessous

- Oncologie
- Aplasie
- Chimiothérapie
- Dispositif d'annonce d'un cancer
- Chambre implantable (CCI)

2) Elaborer des fiches sur 4 pathologies prévalentes du service

- Définition de la pathologie
- Facteurs favorisants des pathologies
- Signes cliniques pathologiques
- Signes cliniques physiologiques
- Traitements en lien avec la pathologie
- Actions soignantes (en fonction de la formation)

3) Elaborer des fiches sur 4 thérapeutiques prévalentes dont l'injection dans une CCI

- Définition de la thérapeutique
- Indications de la thérapeutique (population, pathologie…)
- Etapes de la thérapeutique
- Effets thérapeutiques attendus

3.4 Identification du service Hématologie-Oncologie

I – IDENTIFICATION DU SERVICE HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE		
Dénomination du service :	**HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE**	
Spécialité :	**HEMATOLOGIE-ONCOLOGIE**	
Capacités :	Lits ⇨ Chambres individuelles (HC)	**20**
	Places ⇨ Places pour accueil et traitement en ambulatoire des patients d'oncologie, pneumologie et hématologie (HDJ)	**24**
Modalités d'hospitalisation :	Hospitalisation TEMPS PLEIN / Secteur d'hospitalisation conventionnelle (HC) : UF	**OUI**
	Hôpital de JOUR / Secteur d'hôpital de jour (HDJ) : Ouvert aux patients du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30, sauf les jours fériés.	**OUI**
	Hôpital de SEMAINE : UF 7328	**NON**
	Autre modalités : Secteur des consultations : Les consultations d'oncologie et hématologie ont lieu dans les bureaux médicaux, au sein même du service.	**OUI**
Motifs d'hospitalisation prévalents :	-Accompagnement de fin de vie Altération de l'état général (AEG) Asthénie majeure Atteintes des différentes lignées sanguines (anémie sévère, thrombopénie sévère, aplasie) -Effets secondaires induits par les traitements anti-cancéreux : -Evolution de maladie tumorale, avec AEG -Hospitalisation de répit pour les aidants -Maintien au domicile difficile Mycoses digestives avec risques de dénutrition -Prise en charge de la douleur -Prise en charge des symptômes inconfortables (dyspnée, insomnie, -anorexie, dépression, …) -Prises en charges palliatives, soins de confort Troubles digestifs avec risques de déshydratation et dénutrition	
Pathologies prévalentes :	➢ **En HC :** Pathologies cancéreuses d'origines mammaires, gynécologiques, digestives, ORL, dermatologiques (mélanomes). Pathologies hématologiques (lymphomes, leucémies, hyperglobulies) ➢ **En HDJ :** Prise en charge en ambulatoire des patients suivis dans le service (oncologie, hématologie et oncologie thoracique)	

Examens diagnostics :	- Bilans sanguins - Biopsie ostéo-médullaire (BOM) - Myélogrammes

Problèmes de santé dominants :	- Altération de la communication - Déficit en soins personnels - Diminution de l'estime de soi (alopécie,…) - Douleur - Image corporelle perturbée - Motivation à prendre en charge sa santé - Non-observance - Perte d'élan vital - Plaie chronique - Prise en charge efficace de sa santé - Prise en charge inefficace de sa santé - Risque de mucite - Risque infectieux

Thérapeutiques prévalentes :	- Aérosols - Entretien de soutien - Pansements - Ponctions d'ascite - Relation d'aide / entretien d'aide - Traitements anti-cancéreux et traitements associés - Transfusions/saignées

Activités de soins prévalentes :	- Accueil - Administration médicamenteuse - Education à la santé (soins éducatifs et préventifs) - Education thérapeutique - En cas de décès du patient - Information au patient - Mobilisation / ergonomie - Organisation et préparation de la sortie du patient - Pansements - Prélèvements non stériles et stériles - Prise en charge de douleur - Soins aux patients dénutris ou à risque de dénutrition - Soins aux patients diabétiques et sous corticothérapie à haute dose - Soins aux patients en isolement - Soins aux patients en soins palliatifs et en fin de vie - Soins aux patients en syndrome occlusif - Soins aux patients sous chimiothérapie - Soins de bien-être et de confort - Soins de sonde vésicale - Soins indirects : Préparations des piluliers, Prise de rendez-vous et Transmissions dans dossiers de soins - Soins liés à l'administration de produits sanguins labiles

3.5 Présentation de 2 situations apprenantes prévalentes et complexes

1/ Prise en charge de la douleur d'un patient atteint d'une tumeur cancéreuse - Accueil du patient douloureux - Prise en soin du patient douloureux - Accompagnement de l'entourage	<u>Compétences mobilisées dans chaque situation :</u> Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations (cf. annexes : situations prévalentes)

2/ Accueil d'un patient présentant une aplasie fébrile - Accueil du patient en aplasie - Prise en soin du patient en aplasie	<u>Compétences mobilisées dans chaque situation :</u> Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations (cf. annexes : situations prévalentes)

Le suivi et l'accompagnement des patients débute dès le diagnostic et se poursuit tout au long de la maladie, de l'initiation de l'administration des thérapeutiques jusqu'à l'accompagnement de fin de vie (153 décès accompagnés dans le service en 2016[1]).

[1] Source : service de l'analyse de gestion des Hôpitaux de Chartres

3.6 Prise en charge de la douleur d'un patient atteint d'une tumeur cancéreuse (situation 1)

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
Accueil du patient douloureux			
1. Accueil	- Arrivée du patient dans le service accompagné du brancardier et/ou des proches et /ou de l'ambulancier - Accueil du patient et transmission concise de la situation clinique du patient - Entretien d'information : Se présenter au patient, lui dire tous les gestes réalisés au fur et à mesure - Installation du patient dans le lit médicalisé ou au fauteuil, sur un matelas anti-escarre (à air) si besoin, dans une chambre seule. - Vérification du port du bracelet d'identification si transfert d'un autre service. - Vérification de l'identité du patient (faire décliner l'identité par le patient si possible)	1, 3, 6, 7, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.
2. Etat clinique de référence	- Surveillance des paramètres : prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, poids et éventuellement taille // évaluation de la douleur et du confort - Analyse de la douleur se fait au regard des quatre composantes de la douleur : o la composante sensori-discriminative « ce que sent le patient ». Elle permet au patient de localiser sa douleur et d'en identifier les caractéristiques (type, durée, intensité). o La composante affective et émotionnelle « ce que le patient ressent ». Elle correspond notamment aux sentiments et émotions associées : anxiété, tristesse. o La composante cognitive « ce que le patient comprend ». Elle est liée aux antécédents douloureux, à l'anticipation de la douleur. o La composante comportementale « ce que dit et montre le patient ». Elle se réfère aux manifestations verbales et/ou non verbales (plaintes, mimiques, gémissements…). - Réalisation du bilan sanguin d'entrée selon prescription médicale (PM) - Pose et surveillance de la voie d'abord.	1, 2, 4, 6, 10	2, 3, 5, 7

3. Admission administrative	- Admission du patient sur le logiciel DxCare - Impression d'étiquettes nominatives et mise en place du bracelet d'identité si absent - Réalisation de la macrocible d'entrée, du recueil de données, et recueil des coordonnées des personnes à prévenir. - Distribution du formulaire de personne de confiance.	2, 7	1, 3, 7
<u>Prise en soin du patient douloureux</u>			
4. Administration médicamenteuse	- Vérification de la prescription médicale - Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Respect de la règle des 5B : bon patient, bon médicament, bon dosage, bonne voie d'administration, bon moment - Information des traitements administrés et des gestes réalisés au patient - Administration des traitements (IDE), aide à la prise des médicaments (AS) - Surveillance des effets thérapeutiques et des effets secondaires des traitements - Transmettre dans le dossier de soins patient	1, 2, 4, 6, 7, 8	1, 3
5. Pose des dispositifs médicaux	- Pose de voie veineuse (vvp ou cip) selon PM. - Information des gestes réalisés au patient	4	2, 3
6. Surveillance et suivi de l'état clinique	- Evaluation de la douleur et du confort - Soins antalgiques : Installation antalgique, vessie de glace - Réception et interprétation des résultats du bilan sanguin (évaluation d'urgence) - Soins relationnels : écoute active, toucher-massage, entretien de soutien (anxiété) - Entretien d'information.	1, 2, 4, 7, 8	1, 2, 3, 5
<u>Accompagnement de l'entourage du patient douloureux</u>			
7. Entourage : Famille et proches	- Accueil de la famille par l'équipe en poste. - Entretien avec le médecin et l'IDE	6	5
8. Surveillance et suivi de l'état clinique	- Evaluation de la douleur et du confort. - Proposition de méthode non médicamenteuse de prise en charge de la douleur (changement de position, toucher massage, relaxation,…)	1, 2, 4, 7, 8	2, 3, 7

3.7 Accueil et prise en soin d'un patient atteint d'aplasie fébrile (situation 2)

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
Accueil du patient en aplasie			
1. Accueil	- Arrivée du patient dans le service accompagné du brancardier et/ou des proches et /ou de l'ambulancier - Accueil du patient et transmission concise de la situation clinique du patient - Se présenter au patient, lui dire tous les gestes réalisés au fur et à mesure - Vérification de l'identité du patient (faire décliner l'identité par le patient si possible) - Installation du patient dans le lit médicalisé ou au fauteuil, sur un matelas anti-escarre (à air) si besoin, dans une chambre seule. - Vérification du port du bracelet d'identification si transfert d'un autre service. - Mise en place du dispositif d'isolement protecteur avec les blouses, les masques, les gants, le nécessaire pour la prise des constantes, pancarte informative sur la porte, selon protocole du service. Se référer à l'extrait du PROTOCOLE DES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES	1, 3, 6, 7, 9	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.
2. Etat clinique de référence	- Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) // évaluation de la douleur et du confort - Surveillance de la voie d'abord si transfert d'un autre service	1, 2, 4	2, 3, 5, 7
3. Admission administrative	- Admission du patient sur le logiciel DxCare / Impression d'étiquettes nominatives - Réalisation de la macrocible d'entrée	2, 7	1, 3, 7
Prise en soin du patient en aplasie			
4. Administration médicamenteuse	- Vérification de la prescription médicale - Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Respect de la règle des 5B - Administration de l'antibiothérapie selon PM, surveillance des effets thérapeutiques et des effets secondaires des traitements - Réalisation d'une radio pulmonaire selon PM - Information des gestes réalisés au patient	1, 2, 4, 6, 7, 8	1, 3

5. Pose des dispositifs médicaux	- Réalisation du bilan sanguin d'entrée selon pm et constantes du patient , réalisation des examens bactériologiques (ECBU, hémocultures couplées) - Pose voie d'abord (vvp, cip) selon pm	4	2, 3
6. Entourage : Famille et proches	- Accompagnement de la famille et des proches, - Explications données à la famille sur les mesures de protections de l'isolement. - Evaluation succincte de l'état psychologique et proposition d'orientation vers les personnes ressources.	6	5

VIII. Déroulement de la procédure

Précautions complémentaires de type « CONTACT »

Sont concernées les patients infectés et/ou colonisés par une BMR commune
Ne sont pas concernées : *Clostridium difficile*, gale, BMR exceptionnelles (Cf. procédures spécifiques)

Objectif : prévenir la transmission de micro-organismes par contact direct (mains) ou indirect (matériel, surfaces souillées, tenues).

Ces mesures sont à prendre en complément des précautions "Standard" (les précautions standard)

SIGNALEMENT	• Signalement sur la porte • Logo sur le dossier médical et infirmier du patient • Signalement si transfert ou déplacement (examen, consultation, radio) • Information du patient
CHAMBRE	• Chambre individuelle ou regroupement des malades infectés par le même micro-organisme
MAINS	• Précautions "Standard"
GANTS EN VINYL	• Précautions "Standard"
MASQUE/LUNETTES	• Précautions "Standard" • Masque chirurgical : en cas de BMR réservoir pulmonaire chez un patient symptomatique (présence de toux) lors de soins directs.
TABLIER PLASTIQUE A USAGE UNIQUE	• A revêtir lors de tout soin direct avec le patient
UMP	• Informe le personnel des mesures complémentaires à mettre en place • A mettre en place à **l'intérieur** de la chambre • Placer la feuille de consigne disponible en **Annexe 1**
MATERIEL INDIVIDUALISE	• Thermomètre à patient unique et ses couvres thermomètre (Entretien des thermomètres électroniques), stéthoscope, tensiomètre décontaminable, glucomètre, garrot, collecteur pour perforants • Pour le matériel impossible à individualiser, procéder à un nettoyage et/ou une désinfection aussitôt après utilisation
BIONETTOYAGE	• Bionettoyage quotidien de la chambre du patient avec un **détergent-désinfectant** • Les chiffonnettes et les rasants sont évacués par le circuit habituel • Les balais seront nettoyés et désinfectés **dès la sortie** de la chambre
DECHETS	• « Précautions standard » : Tri des déchets selon la procédure institutionnelle
LINGE	• Evacuation par le circuit habituel en respectant les précautions standard
VAISSELLE	• A ramasser en dernier • Evacuation par le circuit habituel • Désinfection de l'adaptable réalisée avec une chiffonnette à patient unique
EAU DE BOISSON	• Eau embouteillée sur prescription médicale
VISITES	• A informer et éduquer à la réalisation d'une friction avec PHA **en sortant** de la chambre • Pas de port de tablier, ni de gants
TRANSPORTS	• A limiter • Pansement "étanche" si colonisation ou infection cutanée • Signalement aux transporteurs (ambulanciers et/ou brancardiers), au service (imagerie, consultations …) et/ou à l'établissement receveur

3.8 Liste des abréviations

(A remplir par l'apprenant au fur et à mesure du stage)

4
LIVRET D'ACCUEIL EN RHUMATOLOGIE-MEDECINE INTERNE

Source : http://www.masseur-kinesitherapeute-croguennec-rachel.fr/wp-content/uploads/2016/10/rhumatologie-kine-nantes-vig.jpg

4.1 Généralités sur les services de rhumatologie-médecine interne

Les Hôpitaux de Chartres : 02 37 30 30 30

MEDECINS	**SERVICES**
	Hospitalisation conventionnelle : 41550 ou 0237303637 Secrétariat : 41156
AUTRES	**IMAGERIE**
Brancardage : 77106 regul 41667 Pharmacie : 41750 Biochimie : labo 41163 (fax : 33778) / secrétariat 33044 (fax : 33036) Hémato : labo 41186 (fax : 33076) / secrétariat 33046 EFS : 41191 GDS : 77333 Diet : 41957 Sécurité : 41603	Echo/Radio: 33052/41706 Scanner : 33053/41721 IRM : 33325
AUTRES ETABLISSEMENTS	

4.2 Service de RHUMATOLOGIE

Dr ROYANT Valerie	chef de pôle, chef de service, médecin rhumatologue
Dr DAMADE Richard	médecin rhumatologue interniste
Dr OULD HENNIA Ahmed	médecin rhumatologue
Dr KARRA-ZBIDI Nésrine	médecin rhumatologue
Dr ENACHE Cristina	médecin rhumatologue
Dr BOURDY-HIEBEL Loraine	médecin rhumatologue
Dr MARTCHENKO-VANDAME Laetitia	médecin dermatologue
Cadre supérieur de Santé FF	Mme ROPITAL Corinne
Cadre de Santé FF	Mme POUSSET Caroline
IDE /AS/ASH	
Secrétaires médicales	
Equipe pluridisciplinaire	· office alimentaire et service des cuisines · service brancardage · service kinésithérapie · service social · service diététique · équipe douleur · équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) · équipe de psychiatrie de liaison · service addictologie · socio-esthéticienne · stomathérapeute · consultation pansements complexes

L'organisation de travail est prévue selon une sectorisation durant la journée.

Les horaires sont :

Chacun des membres de l'équipe paramédicale exerce sur les secteurs d'HC et d'HDJ. Leur affectation est matérialisée sur les plannings. Ces plannings sont élaborés par le cadre de santé via le logiciel institutionnel 'Octime. Ceux-ci répondent à l'obligation de continuité des soins impliquant la présence continue de soignants 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 en HC.

- Matin : 6h45 – 14h45
- HDJ : 8h 16h
- Soir : 13h-20h30 et 14h00 – 21h30
- Nuit : 21h00 – 7h00

Les étudiants peuvent faire un stage de nuit après avis de responsable pédagogique de l'étudiant ou sur demande de l'IFSI.

Les sorties « retour à domicile » se font plutôt en début d'après-midi sauf exception.

La durée moyenne de séjour est de 8,29 jours en hospitalisation traditionnelle.

Il est impératif que l'étudiant soit acteur de sa formation durant le stage. Un outil de suivi d'évaluation, mis à disposition de l'étudiant, doit être renseigné et suivi par l'étudiant (CF fiche de suivi d'activité). Il lui est demandé de réaliser des planifications de soins quotidiennes et des démarches de soin pour chaque patient qu'il aura en charge et analyses de pratique et qu'il présentera régulièrement aux professionnels.

4.3 Tutorat des étudiants dans le service

4.3.1 Accueil

L'accueil est généralement réalisé par le maître de stage ou le tuteur de stage.

Le maître de stage organise une visite du service et une présentation des outils disponibles (classeurs, plannings de travail). Un point est fait sur les dates d'évaluation (MSP), dates de suivi pédagogique et de regroupement et autres dates sur l'IFSI. Les objectifs de stage sont présentés lors de la première semaine de stage par l'apprenant puis discutés et réajustés. Un code d'accès est remis aux apprenants pour DxCare et ENNOV Process.

Le tuteur de stage accompagne l'apprenant dans son apprentissage en stage au regard des objectifs personnels, des travaux à réaliser en stage et des attendus du service.

4.3.2 Accompagnement

La première semaine de stage, l'apprenant a un temps d'observation afin de s'adapter au fonctionnement du service. Les étudiants en soins infirmiers de 1ère année sont un temps avec les aides-soignants.

Les attendus de la part des étudiants et élèves sont :

- Réaliser une programmation des soins réajustée chaque jour
- Tracer les soins et activités réalisés et à faire valider par un soignant (aide-soignant et infirmier)
- Savoir argumenter les soins réalisés
- Adopter une posture professionnelle : tenue professionnelle conforme aux bonnes pratiques, relation professionnelle mais pas familière.

Les ressources dans le service à disposition de l'étudiant sont :

- Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire
- Plannings, classeurs de protocoles et des pathologies, documentation en HDJ
- DxCare, ENNOV Process

Pendant votre période de stage vous pouvez demander à assister aux différents examens, notamment ceux des consultations externes, sénologie.
Pour cela, il est important de prévenir la cadre de service et le médecin opérateur.

Les bilans intermédiaires et de fin de stage s'organisent de la manière suivante.

L'apprenant prépare les bilans par écrits en amont en s'auto évaluant et en cochant ses compétences.

Ainsi l'apprenant et l'équipe peuvent échanger sur les items de façon argumentée. Il se fait en présence du stagiaire, du ou des tuteurs et du maître de stage.

Votre stage en Rhumatologie –Médecine Interne

Vous allez effectuer un stage de …… semaines dans le service de Rhumatologie-Médecine Interne.

Durant ce stage vous allez être en contact avec plusieurs professionnels :

- Des professionnels de proximité : infirmiers, *aides-soignants*, *agents des services hospitaliers* qui vous encadrent tous les jours.
- Votre ou vos tuteur (s) de stage : ……..
- ⇨ Accueil dans le service.
- ⇨ Encadrement & Evaluation durant le stage

  Agents présents lors du bilan de mi stage : …… & date : ……

  Agents présents lors du bilan de fin de stage : …… & date : ……..
- Votre maitre de stage : cadre de santé, présent lors de l'accueil et de la visite du service ainsi que lors du bilan de fin de stage : ……..

Vous aurez à présenter vos objectifs de stage lors de la première semaine, à votre maitre de stage et tuteur. Ils seront réévalués et affichés ainsi que vos horaires dans le bureau du cadre de santé.

Pendant votre stage, vous devrez avoir une tenue professionnelle adaptée, cheveux attachés, absence de bijoux et de vernis à ongles, ongles courts et propres, port de gants et tablier de soins si nécessaire et utilisation du PHA, comportement et discrétion professionnelle, vocabulaire adapté et respectueux. Nous vous demandons de bien vous présenter aux équipes et aux patients et de toujours recueillir leur consentement.

Vous pouvez prendre vos repas dans le service directement, dans la salle de pause (micro-ondes et frigo à disposition), au niveau du self de l'établissement situé au 1er étage ou à la cafétéria au rdc. Votre temps de pause est de 30 minutes.

En cas d'absence, pensez à prévenir le service par téléphone au 02.37.30.36.37 en plus de l'IFSI/IFAS.

Lors de votre stage, le service vous demandera de présenter :

- ⇨ Une/des démarches de soins par semaine à partir de la deuxième semaine
- ⇨ Une analyse d'activité sur une situation posée toutes les 5 semaines de stage.

A vous d'être acteur de votre stage, d'être curieux par rapport aux différentes pathologies, à la prise en charge du patient dans le service, aux examens, à la pharmacologie. Vous devez apporter votre port folio afin que les professionnels puissent le consulter à tout moment.

4.3.3 En amont du stage

1) Rechercher les définitions des termes ci-dessous

- Rhumatologie
- Douleur
- Inflammation
- Infection

2) **Elaborer des fiches sur 4 pathologies prévalentes :**

- **Les lombosciatiques/lombocruralgies**
- **L'arthrite**
- **Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC)**
- **L'arthrose**

- Définition de la pathologie
- Facteurs favorisants des pathologies
- Signes cliniques pathologiques
- Signes cliniques physiologiques
- Traitements en lien avec la pathologie

3) Elaborer des fiches sur 4 thérapeutiques prévalentes :

- **Les antalgiques**
- **Les antiinflammatoires stéroïdiens**
- **Les antiinflammatoires non stéroïdiens**
- **Les biothérapies**

- Définition de la thérapeutique
- Indications de la thérapeutique (population, pathologie…)
- Etapes de la thérapeutique
- Effets thérapeutiques attendus

4.4 Identification du service de RHUMATOLOGIE

I – IDENTIFICATION DU SERVICE RHUMATOLOGIE		
Dénomination du service :	**RHUMATOLOGIE**	
Spécialité :	**RHUMATOLOGIE**	
Capacités :	Lits ⇨ S1 (6 chambres doubles)	**12**
	Lits ⇨ S2 (5 chambres doubles et 2 chambres seules)	**12**
	Places ⇨ une chambre avec 2 méridiennes, une chambre comportant 2 lits et une chambre avec 1 lit	**5**
Modalités d'hospitalisation :	Hospitalisation TEMPS PLEIN / Hospitalisation traditionnelle ou conventionnelle : UF / - SECTEUR 1 (S1) - SECTEUR 2 (S2)	**OUI**
	Hôpital de JOUR :	**OUI**
	Hôpital de SEMAINE : UF	**NON**
	Autre modalités :	**NON**

Pathologies prévalentes :	- Lombosciatiques - Lombocruralgies - Fibromyalgies - Polyarthrite rhumatoïde (PR) - Ostéoporose - Arthrose - Lumbago - Arthrites septiques - Spondylarthrites ankylosantes - Arthropathies microcristallines - Maladie de Horton - Pseudo-polyarthite rhizomélique (PPR)

Problèmes de santé dominants : **(autres que les pathologies)**	- Douleur aigue - Douleur chronique - Déficit en soins personnels - Nausées - Constipation - Altération état cutané - Risque de rétention aigüe urine - Risque thromboembolique - Risque de confusion

Thérapeutiques prévalentes : médicaments	- AINS - Corticoïdes - Antalgiques dont morphiniques - Kétamine - Biothérapies - Biphosphonates - Antibiotiques - HBPM - Laxatifs
Thérapeutiques prévalentes : régimes	- Régime sans sel - Régime sans sucres Si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez appeler la diététicienne référente du service

Examens complémentaires prévalents / Examens biologiques	- NFS/VS - Ionogramme sanguin - CRP/hémocultures/ECBU - Bilan hépatique - Protéinurie urinaire - Facteur rhumatoïde - Marqueurs tumoraux
Examens complémentaires prévalents / Examens d'imagerie médicale et autres	- Radiographie - Scanner TAP/ rachis dorso-lombaire - IRM rachis cervico-dorso-lombaire - Ostéo-densitométrie - Ponction ostéo-articulaire - Scintigraphie osseuse - TEP-scanner

Activités de soins prévalentes :	- Accueil d'un patient - Soins de confort et de bien être - Service des repas en tenant compte des différents régimes alimentaires prescrits - Bio nettoyage : hygiène et contrôle de l'environnement - Mesure des paramètres vitaux (TA, Poults, Température, sat o^2, FR) - Préparation des piluliers du lundi au vendredi - Administration des thérapeutiques médicamenteuses - Prélèvement capillaire - Prélèvement veineux - Pose et surveillance des voies veineuses périphériques - Surveillance et soins sur voies centrales (picc line, ktc, cip) - Surveillance et réfection de pansements simples - Surveillance et réfection de pansements complexes - Pose et surveillance des sondages urinaires - Utilisation du matériel pour perfusions auto-pulsées (PSE, PCA, pompes OPTIMA) - Préparation des patients pour des examens radiologiques, biologiques, fonctionnels - Entretien éducation thérapeutique HDJ et hors HDJ

	- Soins auprès des patients en isolement (signalement, organisation des soins,…) - Organisation sortie du patient (en collaboration avec secrétariat, cadre de santé et assistante sociale référente du service - Assister le médecin lors des gestes médicotechniques (ponction, infiltrations, biopsies) - Connaissance et vérification du chariot d'urgence Soins auprès d'un défunt

4.5 Présentation de 2 situations apprenantes prévalentes et complexes

1/ Accueil d'une personne ayant une lombosciatique aigüe - Accueil du patient - Prise en charge de la douleur du patient, soins de confort et bien-être - Informations données au patient et à son entourage	<u>Compétences mobilisées dans chaque situation :</u> Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations (cf. annexes : situations prévalentes)

2/ Accueil et prise en charge d'une personne atteinte d'une arthrite septique du genou gauche - Accueil du patient - Prise en charge de l'arthrite septique et de la douleur - Soins de confort et de bien-être - Information patient et son entourage - Préparation au bloc opératoire pour lavage articulaire - Surveillance post-opératoire - Suite de prise en charge de l'arthrite septique stable	<u>Compétences mobilisées dans chaque situation :</u> Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations (cf. annexes : situations prévalentes)

Le patient est convoqué en hospitalisation conventionnelle, le matin, à jeun. Il va être pris en charge par l'équipe paramédicale et médicale. Il sera prélevé, perfusé pour l'administration de traitement dont un antalgique, et il recevra des examens d'imagerie médicale.

4.6 Accueil d'une personne ayant une lombosciatique aigüe

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
1. Accueil	- Arrivée du patient dans le service de rhumatologie - Accueil du patient et installation dans un lit d'HC, dans une chambre seule ou double selon l'état du patient précautions complémentaires - Vérification de l'identité du patient et lui faire décliner son identité si possible - Vérification du port du bracelet d'identification ou mise en place de celui s'il n'est pas mis - Donner le livret d'accueil - Installation du pichet d'eau - Faire l'admission du patient sur le logiciel DxCare et impression des étiquettes nominatives - Faire remplir les fiches : personne de confiance, dépôt de valeurs, fiche repas - Prise des paramètres vitaux : TA, pouls, Température, poids, taille, évaluation de la douleur avec l'aide d'une échelle adaptée au patient L'évaluation de la douleur comprend les éléments suivants : localisation(s), durée, intensité, fréquence et vécu de la douleur. L'analyse de la douleur se fait au regard des quatre composantes : - La composante sensiro-discriminative « ce que sent le patient ». Elle permet au patient de localiser la douleur et d'en identifier les caractéristiques (type, durée, intensité) - La composante affective et émotionnelle « ce que le patient ressent ». Elle correspond notamment aux sentiments et émotions associées : anxiété, tristesse. - La composante cognitive « ce que le patient comprend ». Elle est liée aux antécédents douloureux, à l'anticipation de la douleur. - La composante comportementale « e que dit et montre le patient ». Elle se réfère aux manifestations verbales et/ou non verbales (plaintes, mimiques, gémissements…). - Réaliser le recueil de données auprès du patient et/ou de son entourage - Réaliser la macrocible d'entrée	1, 4, 6, 7, 9	1, 3, 4, 5, 7, 8.
2. Prise en charge de la douleur, et soins de confort et de bien être	- Pose d'une VVP selon prescription médicale avec réalisation d'un bilan sanguin selon la prescription médicale en informant en amont le patient sur l'acte qui va être réalisé - Administration des thérapeutiques médicamenteuses en appliquant la règle des 5B : Bon patient ; Bon dosage, Bon moment, Bonne voie d'administration et Bon médicament	1, 2, 3, 4, 6, 9	2, 3

	- Surveillance de l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses en réévaluant la douleur avec une échelle adaptée au patient et surveillance des effets secondaires attendus - Surveillance des autres paramètres vitaux - Surveillance de la VVP - Réalisation d'examen complémentaire selon prescription médicale : information sur l'examen et la préparation de celui-ci à donner au patient et /ou entourage - Si absence de réponse aux traitements médicamenteux (per os et/ou IV), une ou plusieurs infiltrations peuvent être réalisées par les médecins - Prodiguer des soins de confort et de bien être : les soins sont à adapter en fonction de l'état clinique du patient et de son degré d'indépendance et d'autonomie. Le consentement verbal et/ou non verbal du patient est systématiquement recherché pour chaque soin. Les soins pouvant être prodigués sont : • Toilette (partielle ou complète) / prévention des escarres / Soins de bouche / Change de protections / Capiluve / Pédiluve. • Aide au maintien de l'autonomie (mobilisation, aide au lever, utilisation du matériel ergonomique) • Si jugée nécessaire, demande de kinésithérapie sur prescription médicale		
3. Information patient et entourage	Informations données par l'IDE et/ou AS auprès du patient et/ou entourage, personne de confiance, tuteur dans la limite de leurs compétences Entretien avec le médecin et le patient et/ou entourage, personne de confiance, tuteur.	2, 6, 9	1, 3, 7

4.7 Accueil d'une personne ayant une arthrite septique

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
4. Accueil	- Arrivée du patient dans le service de rhumatologie - Accueil du patient et installation dans un lit d'HC, dans une chambre seule ou double selon l'état du patient précautions complémentaires - Vérification de l'identité du patient et lui faire décliner son identité si possible - Vérification du port du bracelet d'identification ou mise en place de celui s'il n'est pas mis - Donner le livret d'accueil - Installation du pichet d'eau - Faire l'admission du patient sur le logiciel DxCare et impression des étiquettes nominatives - Faire remplir les fiches : personne de confiance, dépôt de valeurs, fiche repas - Prise des paramètres vitaux : TA, pouls, Température, poids, taille, évaluation de la douleur avec l'aide d'une échelle adaptée au patient L'évaluation de la douleur comprend les éléments suivants : localisation(s), durée, intensité, fréquence et vécu de la douleur. L'analyse de la douleur se fait au regard des quatre composantes : - La composante sensiro-discriminative « ce que sent le patient ». Elle permet au patient de localiser la douleur et d'en identifier les caractéristiques (type, durée, intensité) - La composante affective et émotionnelle « ce que le patient ressent ». Elle correspond notamment aux sentiments et émotions associées : anxiété, tristesse. - La composante cognitive « ce que le patient comprend ». Elle est liée aux antécédents douloureux, à l'anticipation de la douleur. - La composante comportementale « e que dit et montre le patient ». Elle se réfère aux manifestations verbales et/ou non verbales (plaintes, mimiques, gémissements…). - Réaliser le recueil de données auprès du patient et/ou de son entourage - Réaliser la macrocible d'entrée	1, 4, 6, 7, 9	1, 2, 3, 5, 7, 8
5. Prise en charge de l'arthrite septique et de la douleur	- Réalisation d'hémocultures et d'un bilan sanguin selon la prescription médicale en informant en amont le patient sur l'acte qui va être réalisé - Réalisation par le médecin d'une ponction articulaire à visée diagnostic (cf protocole disponible dans le service) - Réalisation d'examen complémentaire selon prescription médicale : information sur	1, 2, 4, 6, 9	2, 5, 7

	l'examen et la préparation de celui-ci à donner au patient et /ou entourage - Pose d'une VVP selon prescription médicale en informant en amont le patient sur l'acte qui va être réalisé - Administration des thérapeutiques médicamenteuses en appliquant la règle des 5B : Bon patient ; Bon dosage, Bon moment, Bonne voie d'administration et Bon médicament - Surveillance des paramètres vitaux (température, tension artérielle, fréquence cardiaque) - Surveillance de l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses en réévaluant la douleur avec une échelle adaptée au patient et surveillance des effets secondaires attendus - Surveillance locale du genou (œdème, rougeur, chaleur) - Surveillance de la VVP - Surveillance biologique et radiologique selon prescription médicale -		
6. Soins de confort et bien être	- Prodiguer des soins de confort et de bien être : les soins sont à adapter en fonction de l'état clinique du patient et de son degré d'indépendance et d'autonomie. Le consentement verbal et/ou non verbal du patient est systématiquement recherché pour chaque soin. Les soins pouvant être prodigués sont : • Toilette (partielle ou complète) / prévention des escarres / Soins de bouche / Change de protections / Capiluve / Pédiluve. • Aide au maintien de l'autonomie (mobilisation, aide au lever, utilisation du matériel ergonomique) - Si jugé nécessaire et autorisé par le médecin, demande de kinésithérapie sur prescription médicale	1, 2, 3, 6, 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
7. Information patient et son entourage	- Informations données par l'IDE et/ou AS auprès du patient et/ou entourage, personne de confiance, tuteur dans la limite de leurs compétences - Entretien avec le médecin et le patient et/ou entourage, personne de confiance, tuteur	2, 6, 9	5, 7
8. Préparation au bloc opératoire (lavage articulaire)	- Décision après l'avis du chirurgien suite à l'absence d'amélioration clinique et/ou biologique et/ou radiologique, d'une intervention chirurgicale pour un lavage articulaire - Demande d'une consultation anesthésiste via DxCare par le médecin - Remplir la fiche de liaison « unité fonctionnelle/bloc » durant toutes les étapes de la préparation - Réalisation du bilan biologique pré opératoire selon prescription médicale - Réalisation d'un électrocardiogramme	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

	- Préparation du dossier anesthésiste et s'assurait que la consultation a été bien faite - Préparation cutanée pré opératoire selon le protocole la veille et le jour même de l'intervention chirurgicale en informant en amont le patient et en l'aidant s'il a besoin - Mettre le patient à jeun à minuit le jour de l'intervention - Administration de la prémédication selon la prescription médicale de l'anesthésiste - Effectuer les dernières vérifications ultimes au moment du transfert du patient au bloc opératoire. S'assurer que la fiche de liaison est incluse au dossier du patient lors du transfert		
9. Surveillance post-opératoire	Au retour du patient : - surveillance et traçabilité des paramètres vitaux, de la douleur avec une échelle adaptée, du pansement et du drain - Application des prescriptions médicales de l'anesthésiste (traitements, horaire de la reprise de l'alimentation,…) - Rédiger la macrocible de retour de bloc Les jours suivants : - surveillance et traçabilité des paramètres vitaux, de la douleur avec une échelle adaptée. - Surveillance et réfection du pansement tous les deux jours et en fonction des besoins (souillures, décollement,…). Ablation des fils selon prescription médicale. - Surveillance et ablation du drain selon prescription médicale. Veillez à quantifier et tracer le volume aspiré au minimum toutes les 24 heures	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	1, 2, 3, 5, 7, 8
10. Suite de prise en charge de l'arthrite septique stable	- Poursuivre l'administration des thérapeutiques médicamenteuses en appliquant la règle des 5B : Bon patient ; Bon dosage, Bon moment, Bonne voie d'administration et Bon médicament A noter que la durée et le choix de l'antibiothérapie dépendent du germe identifié, des résultats biologiques et de la clinique du patient - Surveillance des paramètres vitaux (température, tension artérielle, fréquence cardiaque) - Surveillance de l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses en réévaluant la douleur avec une échelle adaptée au patient et surveillance des effets secondaires attendus - Surveillance locale du genou (œdème, rougeur, chaleur) - Surveillance de la VVP si maintenue - Surveillance biologique et radiologique selon prescription médicale	4, 6	2, 5, 7

4.8 Liste des abréviations

Abréviations	
PR	Polyarthrite rhumatoïde
RIC	Rhumatisme inflammatoire chronique
TV	Tassement vertébral
SPA	Spondylarthrite ankylosante
PPR	Pseudo polyarthrite rhizomélique
CRDL	Cervico-rachis-dorso-lombaire
DMO	Ostéodensitomètrie
EOA	Echographie ostéo articulaire
BGSA	Biopsie des glandes salivaires
ECBU	Examen cytobactériologique des urines
BOM	Biopsie ostéo médullaire
HTA	Hypertension artérielle

5
LIVRET D'ACCUEIL HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Source : http://hopital-stjoseph.com/images/gastro.jpg

5.1 Généralités sur les services de hépato-gastro-entérologie

Numéros de téléphone utiles : Les Hôpitaux de Chartres : 02 37 30 30 30

MEDECINS	**SERVICE**
Cf plaquette remise en début de stage	A2 41525 / 41548 fax 0237303234 A2 HDJ 41894 Secrétariat 33160 / 41843 Secrétariat consultations gastro 40808 Chir ambulatoire 41115
AUTRES	**IMAGERIE**
Brancardage : 77106 régul 41667 Sécurité : 41603 Pharmacie : 41750 Odile informatique : 77619 Urgence informatique 45678 Biomédical : 77362 ou 41912 Atelier : 41923 Biochimie : labo 41163 (fax : 33778) / secrétariat 33044 (fax : 33036) Hémato : labo 41186 (fax : 33076) / secrétariat 33046 Bactério 41184 Anapath 33048 EFS : 41191 GDS : 77333 Office alimentaire 41955 Accueil 41600 / Admission 33180	Radio: 41013 manipulateur de garde 77182 Scanner : 41721 RDV secrétariat : 41745 Échographie :41706 Demandes RDV examens 33052 Cisel : 44500 IRM : 33325 Coro 41711 Bloc 33840 Bloc colo 41145
AUTRES ETABLISSEMENTS	**AVIS**
	Diet : 77467 3 C 77316 secrétariat 33321 Ide référente douleur 40857 EGAL 77258 Addicto 77346 Psy ide de liaison 77241 AS 77415 secrétariat 33257 Stomathérapeute 77184 EOH 33127

5.2 Service de HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

	Chef de pôle, chef de service
	spécialiste
	Internes
Mme ROPITAL	Cadre supérieur de Santé
Mme MUKAM	Cadre de Santé
IDE	AS
ASH	AMA

Le service accueille des patients en provenance de URGENCES / DOMICILE / AUTRES ETABLISSEMENTS.

L'organisation de travail est prévue selon une sectorisation durant la journée.

Horaires

Chacun des membres de l'équipe paramédicale exerce sur les secteurs d'HC (hospitalisation conventionnelle) et d'HDJ (hospitalisation de jour). L'affectation à chacun des secteurs est matérialisée sur les plannings. Ces plannings sont élaborés par le cadre de santé via un logiciel institutionnel, et répondent à l'obligation de continuité des soins impliquant la présence continue de soignants 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 en HC.

- Matin : 6h45 – 14h45 **6j2J**
- Coupure : 7h30 15h30 ou 7h 15h ou 8h 16h ou 9h 17h **7G3G** ou **8A4A** ou **HDJ**
- Soir : 14h00 – 21h30 **2A9G**
- Nuit : 21h00 – 7h00 **N**

Les étudiants font trois de ces créneaux horaires : 6h45-14h45 / 8h-16h/14h-21h30

Ils peuvent faire un stage de nuit après avis de responsable pédagogique de l'étudiant ou sur demande de l'IFSI.

Les sorties « retour à domicile » se font le matin sauf exception.

La durée moyenne de séjour est de 1.72 jours en hospitalisation programmée et de 6.97 jours en hospitalisation traditionnelle.

La moyenne d'âge de la population accueillie : en hospitalisation traditionnelle Patients de 64.83 ans, en semaine Patients accueillis de 65.17 ans et en hospitalisation de jour Patients de 53.10 ans. Ce qui établit une moyenne d'âge en comptant les 3 UF à 61.86 ans.

Il est impératif que l'étudiant soit acteur de sa formation durant le stage. Un outil de suivi d'évaluation, mis à disposition de l'étudiant, doit être renseigné et suivi par l'étudiant (CF fiche de suivi d'activité). Il lui est demandé de réaliser des planifications de soins quotidiennes, des démarches de soin et une analyse de sa pratique, pour chaque patient qu'il aura en charge. Il en présentera régulièrement aux professionnels.

5.3 Tutorat des étudiants dans le service

5.3.1 Accueil

L'accueil est généralement réalisé par le maître de stage (cadre de santé). Le stage repose sur un contrat entre le lieu de stage et l'apprenant.

5.3.2 Accompagnement

L'accompagnement se réalise tout au long du stage.

Les attendus de la part des étudiants et des élèves sont une connaissance des pathologies prévalentes (curiosité intellectuelle), une demande de découvrir les activités du service et les examens complémentaires, de pratiquer les soins techniques (curiosité professionnelle) et de réaliser des démarches cliniques complètes avec des liens.

Les outils et ressources dans le service à disposition de l'étudiant et de l'élève sont :

Nous vous conseillons vivement de vous documenter à travers les documents disponibles sur :

- les dossiers médicaux des patients,
- Dx Care *: identifiant et mot de passe fournis dès votre arrivée,*
- la recherche documentaire ENNOV : *procédures validées par le CLIN, le service qualité,*
- le portail intranet,
- VIDAL Hoptimal,
- Vigilink et déclaration des évènements indésirables,
- le classeur « plans de crise ».

Votre présence aux transmissions paramédicales et médicales est indispensable, et nous vous proposons aussi d'assister aux staffs proposés par les prestataires ou laboratoires pharmaceutiques.

Au regard de la spécialité du service, votre stage vous permettra d'effectuer et de valider un certain nombre de compétences en matière de :

- évaluation clinique, para-clinique, diagnostique,
- conception et réalisation de projet de soins
- accompagnement dans les soins
- mise en œuvre traitement et évaluation de son efficacité,
- éducation et prévention
- communication et entretien d'aide, distance thérapeutique
- analyse qualité et pratique professionnelle
- recherches
- organisation et coordination
- transmissions, transmissions de savoir

Nous nous engageons à notre tour à assurer un encadrement de qualité, à vous solliciter pour la prise en soins des patients. L'équipe soignante vous guidera au mieux dans l'attribution des patients dont vous aurez la charge.

Nous répondrons à toutes vos interrogations ou nous vous dirigerons vers la personne compétente en cas d'impossibilité. Nous attendons de votre part des sollicitations et une participation active. Mettez du sens dans vos actions !

« Dis-moi et j'oublie
Montre-moi et je me souviens
Implique-moi et je comprends. »

Encore une fois, bienvenue et excellent stage !

Pendant votre période de stage, vous pouvez demander à assister aux différents examens, notamment ceux des consultations externes et du bloc opératoire. Il est également possible selon vos objectifs et le déroulement du stage d'effectuer un temps d'observation en stomathérapie.

Les équipes paramédicale et médicale ainsi que votre tuteur seront avisés au préalable pour ces demandes.

Les bilans de stage s'organisent de la manière suivante.

Pour le bilan intermédiaire : il se fera avec le tuteur et si possible avec le maître de stage. L'apprenant doit préparer son bilan. La feuille de suivi sera étudiée, des questions théoriques sur les prérequis seront posées à l'apprenant. Une analyse d'activité et une DDS seront demandées. Si des axes d'amélioration sont demandés, ils seront communiqués à l'étudiant et à l'élève pour lui permettre d'améliorer ses pratiques et ses prises en charge. La date sera fixée entre l'apprenant et le tuteur en début de stage.

Pour le bilan de fin de stage : il se fera également avec le tuteur et si possible le maitre de stage (CDS). L'apprenant assiste à la réalisation de ce bilan qui se fait sous forme d'échanges. Un point sur les connaissances théoriques sera fait, une analyse de pratique et une DDS seront présentées. Les axes d'amélioration pointés lors du bilan de mi stage seront réévalués. Il aura lieu lors de la dernière semaine de stage.

L'apprenant prépare les bilans écrits en amont. Il réalise 2 copies pour lui-même et coche les compétences en comparant les items attendus et sa feuille de suivi des activités réalisés dans le service (soins, surveillances, alertes, soins relationnels, transmissions orales et écrites…). Il écrit des compétences développées et les axes d'amélioration selon lui au niveau de l'appréciation. Ainsi l'apprenant et l'équipe peuvent échanger sur les items de façon argumentée.

Contrat de stage Hépato Gastro Entérologie

Vous allez effectuer un stage de …… semaines dans le service, durant ce stage vous allez être en contact avec plusieurs professionnels :

- Professionnels de proximité : infirmiers, *aides-soignants*, *agents des services hospitaliers* qui vous encadrent tous les jours.
- Tuteur(s) de stage.

⇨ Accueil dans le service.

⇨ Présent lors du bilan de mi stage : ……..& date : ……..

⇨ Présent lors du bilan de fin de stage : …….. & date : ……..

⇨ Présent lors de l'examen endoscopique : ……& date : ……

- Maitre de stage : cadre de santé, présent lors de l'accueil et de la visite du service ainsi que lors du bilan de fin de stage.

⇨ Afficher vos objectifs de stage dans la salle de pause ou dans le bureau du cadre de santé à la fin de la première semaine de stage.

Tenue Professionnelle : pendant votre stage, vous devrez avoir une tenue professionnelle adaptée, cheveux attachés, absence de bijoux et de vernis à ongles, ongles courts et propres, port de gants et tablier de soins si nécessaire et utilisation du PHA, comportement et discrétion professionnelle, vocabulaire adapté et respectueux. Nous vous demandons de bien vous présenter aux équipes et aux patients et de toujours recueillir leur consentement. Les vestiaires sont situés au sous-sol, le code d'accès vous est fourni à votre arrivée.

Les repas : vous pouvez prendre vos repas dans le service directement dans la salle de pause (micro-ondes et frigo à disposition), au niveau du self de l'établissement situé au 1er étage ou à la cafétéria au RDC. Temps de pause : 30 minutes.

En cas d'absence : pensez à prévenir le service par téléphone au 02.37.33.42.97 en plus de l'IFSI.

Travaux et écrits à réaliser et rencontres : lors de votre stage, le service vous demandera de présenter :

⇨ une/des démarches de soins lors de votre ……semaine.

⇨ une réflexion sur une situation posée lors de votre ……..semaine.

- analyse d'activités,
- analyse de pratique (aucune obligation de la présenter, présentée à l'IFSI)

Un entretien est déterminé avec le cadre ou tuteur lors de votre ……..semaine.

Vous êtes acteur de votre stage, soyez curieux par rapport aux différentes pathologies, aux prises en soin, aux examens, à la pharmacologie ! Pour rappel, ce qui a été abordé à l'IFSI est acquis ! Et n'oubliez pas votre portfolio afin que les professionnels puissent le consulter à tout moment !

- Le tuteur :
- Le maître de stage :
- L'étudiant :

Médecine A2 Hépato Gastro Entérologie

Ce service dépend du pôle HORG Hémato-Onco-Rhumato-Gastroentérologie.

Votre stage se déroule du : ……. au ……
Votre (vos) référent(s) pendant le stage est (sont) : …….
…….

I Présentation du service

Le service est composé : *Plaquette téléphonique fournie pendant le stage*

- ***Equipe paramédicale*** **:**

⇨ cadre de service
⇨ infirmiers
⇨ aides-soignants
⇨ agents hospitaliers

- ***Equipe médicale*** **:**

⇨ chef de service
⇨ médecins spécialistes
⇨ internes

- ***Personnel non médical :***

⇨ secrétaires

- ***Equipe pluridisciplinaire : liste non exhaustive***

⇨ service diététique
⇨ service social
⇨ service addictologie
⇨ stomathérapeute
⇨ socioesthéticienne
⇨ équipe mobile de soins palliatifs et douleur 3C
⇨ équipe de psychiatrie de liaison
⇨ service kinésithérapie
⇨ office alimentaire et service des cuisines
⇨ service brancardage

5.3.3 En amont du stage

1) Connaître : recherches et fiches à réaliser en amont du stage

- Anatomie de l'appareil digestif
- Physiologie de l'appareil digestif : mécanique et chimique
- Normes biologiques (cf. examens complémentaires biologiques prévalents)
- Notion de douleur : douleur physique, évaluation de la douleur
- Normes de paramètres : température, pouls, pression artérielle

2) Elaborer des fiches sur 4 pathologies prévalentes dont
- **la cirrhose hépatique**
- **les pancréatites aigües**
- **les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)**

- Définition de la pathologie
- Facteurs favorisants des pathologies
- Signes cliniques pathologiques
- Signes cliniques physiologiques
- Traitements en lien avec la pathologie
- Actions soignantes

3) Elaborer des fiches sur 4 thérapeutiques prévalentes dont les corticoïdes

- Définition de la thérapeutique
- Indications de la thérapeutique (population, pathologie…)
- Etapes de la thérapeutique
- Effets thérapeutiques attendus

5.4 Identification du service d'hépato-gastro-entérologie

I – IDENTIFICATION DU SERVICE DE GASTRO-ENTEROLOGIE		
Dénomination du service :	**HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**	
Spécialité :	**Hépato-gastroentérologie-proctologie**	
Capacités :	**Lits** ⇨ Hospitalisation conventionnelle / secteur 1	**12**
	Lits ⇨ Hospitalisation de semaine (HDS) / secteur 1	**2**
	Lits ⇨ Hospitalisation conventionnelle / secteur 2	**14**
	Lits ⇨ Hospitalisation de semaine (HDS) / secteur 2	**2**
	Places ⇨ Hôpital de jour (HDJ) / fauteuils	**5**
	Places ⇨ Hôpital de jour (HDJ) / Lits	**2**
Modalités d'hospitalisation :	Hospitalisation TEMPS PLEIN : UF	**OUI**
	Hôpital de JOUR :	**OUI**
	Hôpital de SEMAINE : UF 7328	**OUI**
	Autre modalités : …….	

Pathologies prévalentes :	- Anémie ferriprive - Angiocholite - Cancer du foie, des voies biliaires, du pancréas, estomac, œsophage,… - Cholécystite - Cirrhose du foie - Conduites addictives (syndrome de sevrage, troubles des conduites alimentaires) - Dénutrition - Encéphalopathie hépatique et décompensation oedémato-ascitique - Hémorragies digestives haute et/ou basse, savoir les reconnaitre et les différencier - Hépatites - Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) - Pancréatite et ses différents stades - Pathologies du système digestif (ulcère, oesophagite,…) - Pathologies en proctologie

Examens complémentaires biologiques prévalents	- Albuminémie - Bilan hépatique - Bilan martial - Bilan pré-transfusionnel - COAG fibrinogène et facteurs de la coagulation - CRP hémoculture - Examens de selles : fécalogramme, coproculture - Examens urinaires : ionogramme, ECBU, protéinurie - Ionogramme sanguin - Marqueurs tumoraux - NFS FS - Recherche anticorps - Sérologies
Autres examens complémentaires prévalents	- ASP : abdomen sans préparation - Coloscopie - CPRE : cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique - Echographie abdominale - EE : écho-endoscopie - Fibroscan - FOGD : fibroscopie oeso-gastro duodénale - GEP : gastrostomie endoscopique percutanée - IRM hépatique - PBH : ponction biopsie hépatique - Rectosigmoïdoscopie - Scanner TAP/ TEP - Scintigraphie - TOGD : Transit oeso-gastro-duodénal - Vidéocapsule endoscopique grêlique

Thérapeutiques prévalentes : médicaments	- Antalgiques-analgésiques - Antibiotiques - Béta bloquant - Biothérapies - Dérivés synthétique de la somatostatine - Inhibiteur de la pompe à protons (IPP) - Laxatifs - Produits sanguins et dérivés du sang - Psychotropes - Vitamines, oligoéléments
Thérapeutiques prévalentes : régimes	- Régime sans sel - Régime Normal - Régime BYC (Bouillon, yaourts, compotes) - Régime lacté froid (uniquement des desserts) - Régime sans résidus - Régime diabétique - Régime hypo protidique, hyper protéiné, hyper calorique. NB : textures et variantes selon habitudes de vie : sans porc ou viande, mouliné, mixé. Si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez appeler la Diététicienne référente du service.

<u>Problèmes de santé dominants</u> : **(autres que les pathologies)**	- Déficit en soins personnels - Diminution de l'estime de soi - Douleur aigue - Douleur chronique - Image corporelle perturbée - Isolement social - Motivation à prendre en charge sa santé - Non observance - Prise en charge efficace de sa santé

<u>Activités de soins prévalentes :</u>	- Accueil d'un patient - Administration des médicaments (connaissance) - Aide au maintien de l'autonomie : mobilisation, aide au lever, utilisation du matériel ergonomique - Aide opératoire avant ponction d'ascite et surveillance - Bilan des entrées et sorties + diurèse - Bio nettoyage : hygiène et contrôle de l'environnement - Changement de poche de stomie - Connaissance et vérification du chariot d'urgence - Dossier administratif complet - ECG - Examens de selles, examens d'urines - Glycémie capillaire, hémoglobine capillaire - Injections IV IM SC - Organisation sortie du patient (en collaboration avec secrétariat, cadre de santé et assistante sociale référente du service) - Pansement complexe (drainage, méchage) - Pansement simple - Pansement voies centrales (KTC, chambre implantable et Picc line) - Perfusions (traitement sur PM) - Pesée tous les mercredis - Pose de KTP et/ou aiguille de Hubert - Pose de sonde naso-gastrique et/ou de sonde lestée - Pose de sonde urinaire - Pose et surveillance alimentation entérale - Pose et surveillance alimentation parentérale - Préparation colique - Préparation des piluliers - Prévention et éducation thérapeutique HDJ - Prise de sang, gaz du sang, hémocultures - Prise de température à chaque prise de service - Service des repas en tenant compte des différents régimes alimentaires présents (fiche jaune dans le classeur bleu) - Soins auprès d'un défunt - Soins auprès des patients en isolement (signalement, organisation des soins,…) - Soins de confort et de bien être : Toilette, douche préopératoire, dépilation, prévention d'escarres, soins de bouche, change de protections : adapter les soins selon l'état général du patient et son degré d'autonomie

	- Soins techniques avec connaissance du matériel biomédical au préalable - Surveillance aspiration - Surveillance effets secondaires, efficacité - Surveillance post-opératoire - Surveillance prise médicamenteuse - Surveillance transit - Transport des examens biologiques si urgence - Vérification pré-transfusionnelle, pose et surveillance d'une transfusion (CP, CG, PFC)

5.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe

1/ Prise en soin d'un patient présentant une décompensation oedémato-ascitique (DOA) quelle que soit l'origine - Accueil du patient - Patient en état de décompensation - Suivi du patient en état clinique stable	Compétences mobilisées dans chaque situation : Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations (cf. annexes : situations prévalentes)

2/ Prise en soin d'un patient dans un contexte de dépistage de cancer colorectal - Accueil du patient - Patient en phase d'exploration - Annonce du cancer au patient	Compétences mobilisées dans chaque situation : Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations (cf. annexes : situations prévalentes)

5.6 Prise en soin d'un patient présentant une décompensation oedemato-ascitique (DOA) quelle que soit l'origine

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
Accueil du patient			
Accueil	- Arrivée du patient dans le service de Hépato-gastroentérologie via les urgences, une autre structure du GHT ou du domicile ou autres - Entretien d'information - Accueil du patient et installation dans un lit d'HC, dans une chambre seule ou double selon l'état du patient - Vérification du port du bracelet d'identification et mise en place de celui-ci sur le lit du patient - Vérification de l'identité du patient (faire décliner l'identité par le patient si possible) - Entretien de recueil de données avec identification des besoins (recherche des causes de la cirrhose qui peuvent être hépatites, NASH-maladies du foie non alcoolique, obésité, œnolisme), Prévision d'examens : FIBROSCAN (appréciation du stade cirrhose) FOGD peut être aussi évoqué (à la recherche de varice, hypertension portale….) - Rédaction de la macrocible d'entrée par l'IDE, présence ou pas d'ictère cutanéomuqueux - Expliquer puis faire remplir fiches (personne à prévenir, personne de confiance, dépôt de valeur, renseignements dossier médical, livret d'accueil) + Fiche repas - Prise de paramètres vitaux : pression artérielle, température, pouls, FR, évaluation des fonctions supérieures – conscience par le flapping® (évaluation de la cohérence des mouvements) - Prise d'autres paramètres : poids initial, taille, évaluation de la douleur, état cutané, présence des œdèmes, mesure du périmètre abdominal - Calcul du score de CUSHMAN selon la situation, selon l'origine de la cirrhose, sur PM	1, 3, 5, 6, 7, 9	1, 3, 4, 5, 7, 8.
Evaluation de la douleur	- Evaluation de la douleur comprend les éléments suivants : localisation(s), durée, intensité (avec l'aide d'une échelle adaptée), fréquence et son vécu de la douleur. - Analyse de la douleur se fait au regard des quatre composantes de la douleur : o la composante sensori-discriminative « ce que sent le patient ». Elle permet au patient de localiser sa douleur et d'en identifier les caractéristiques (type, durée, intensité). o La composante affective et émotionnelle « ce que le patient ressent ». Elle correspond notamment aux sentiments et émotions associées : anxiété, tristesse. o La composante cognitive « ce que le patient comprend ». Elle est liée aux antécédents douloureux, à l'anticipation de la douleur. o La composante comportementale « ce que dit et montre le patient ». Elle se réfère aux manifestations verbales et/ou non verbales (plaintes, mimiques, gémissements…).	1, 2, 4	2, 3

Admission administrative	- Admission du patient sur le logiciel DxCare / Impression d'étiquettes nominatives - Vérification de l'affectation de la bonne UF (unité fonctionnelle)	2, 7	1, 3, 7
<u>Prise en soin du patient en décompensation</u>			
Bilan initial et actes initiaux	- Bilan biologique : albuminémie, facteurs de coagulation, bilan hépatique, bilan cardiologique (par rapport aux œdèmes), créatinémie (fonction rénale pour adapter les traitements), bilan nutritionnel, bilan standard (NFS, iono état clinique général) - Pose d'une voie veineuse périphérique - Autres examens complémentaires : ponction d'ascite à la recherche d'un liquide stérile (connaître les normes des polynucléaires neutrophiles) et éliminer l'infection du liquide ; échographie abdominale - Diurèse bilan entrée/sortie - Régime sans sel - Information sur les actes réalisés au patient	1, 2, 4, 6, 7, 8, 9	1, 2, 3, 8
Information Patient et entourage	- Entretien avec le médecin et l'IDE auprès du patient	6	5
Administration thérapeutique	- Vérification de la prescription médicale / Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Respect de la règle 5B : bon patient, bon médicament, bonne dose, bonne voie et bon moment - Prise en charge du traitement de la DOA - Perfusion : hydratation - Administration d'antalgique, d'antibiotique, de diurétique (en fonction de la situation) - Reprise du traitement habituel en fonction de la situation - Compensation en fonction du volume de l'ascite - Ponction d'ascite : apprécier le volume et la couleur, mesure de la PA et du pouls avant et après - Surveillance des effets thérapeutiques des thérapeutiques - Surveillances effets secondaires des thérapeutiques - Tri des déchets selon les recommandations de bonnes pratiques	2, 4, 7, 8	2, 3
<u>Suivi du patient stable</u>			
Suivi médical et paramédical	- 3 éléments de surveillance : Poids, ponction d'ascite, bilan nutritionnel - Prévoir des suivis en HDJ avec un médecin hépatologue - Bilan nutritionnel (dénutrition, poids) - Risque de coma à cause de l'encéphalopathie	1, 2, 4, 7, 8	1, 2, 3

5.7 Patient dans un contexte de dépistage de cancer colorectal

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
Accueil du patient			
Accueil	- Arrivée du patient dans le service accompagné du brancardier et/ou des proches et /ou de l'ambulancier - Accueil du patient et transmission concise de la situation clinique du patient - Entretien d'information : Se présenter au patient, lui dire tous les gestes réalisés au fur et à mesure - Installation du patient dans le lit médicalisé ou au fauteuil, sur un matelas anti-escarre (à air) si besoin, en HC ou en HDS programmée - Vérification du port du bracelet d'identification - Vérification de l'identité du patient (faire décliner l'identité par le patient si possible) - Recueil de données : perte de poids, ATCD familiaux, maux de ventre - Patient mis en régime sans résidu	1, 3, 6, 7, 9, 10	1, 3, 4, 5, 7, 8.
Etat clinique de référence	- Surveillance des paramètres : prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène, poids et éventuellement taille // évaluation de la douleur et du confort - Analyse de la douleur se fait au regard des quatre composantes de la douleur : o la composante sensori-discriminative « ce que sent le patient ». Elle permet au patient de localiser sa douleur et d'en identifier les caractéristiques (type, durée, intensité). o La composante affective et émotionnelle « ce que le patient ressent ». Elle correspond notamment aux sentiments et émotions associées : anxiété, tristesse. o La composante cognitive « ce que le patient comprend ». Elle est liée aux antécédents douloureux, à l'anticipation de la douleur. o La composante comportementale « ce que dit et montre le patient ». Elle se réfère aux manifestations verbales et/ou non verbales (plaintes, mimiques, gémissements…). - Réalisation du bilan sanguin d'entrée selon prescription médicale (PM) - Pose et surveillance de la voie d'abord.	1, 2, 4, 6, 10	2, 3

Admission administrative	- Admission du patient sur le logiciel DxCare - Impression d'étiquettes nominatives et mise en place du bracelet d'identité si absent - Réalisation de la macrocible d'entrée, du recueil de données, et recueil des coordonnées des personnes à prévenir. - Distribution du formulaire de personne de confiance - Distribution du formulaire de dépôt de valeur - Récupération des coordonnées du médecin traitant, de la personne à prévenir - Remise du livret d'accueil de l'hôpital	2, 7	1, 3, 7
<u>Patient en phase d'exploration</u>			
Bilan d'exploration	- Bilan standard - Marqueurs tumorux - Sigmoïdoscopie/coloscopie (suivre le protocole de préparation colique) - Scanner - Attente des résultats si biopsie réalisée - Préparation préopératoire - Surveillance préopératoire - Consultation du dossier anesthésique - Surveillance postopératoire - Respect de la règle des 5B : bon patient, bon médicament, bon dosage, bonne voie d'administration, bon moment - Information des traitements administrés et des gestes réalisés au patient - Administration des traitements (IDE), aide à la prise des médicaments (AS) - Surveillance des effets thérapeutiques et des effets secondaires des traitements - Transmettre dans le dossier de soins patient	1, 2, 4, 6, 7, 8	
<u>Annonce du cancer au patient</u>			
En amont de l'annonce du diagnostic	- Attente des résultats d'anatomopathologie avant de communiquer toute information : l'annonce d'un cancer est un acte médical réalisé à la suite d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) - Lecture des résultats - Partage de l'information en équipe pluridisciplinaire	4	

	Notions sur le dispositif d'annonce Le dispositif d'annonce s'articule autour de **4 temps** : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, l'accès à une équipe impliquée dans les soins de support et un temps d'articulation avec la médecine de ville. Le 1er temps est le **temps médical** correspond à une ou plusieurs consultations. Ces consultations permettent l'annonce du diagnostic du cancer ainsi que des propositions de thérapeutiques définies lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire. « Les **Réunions de concertation pluridisciplinaire** (RCP) sont des réunions régulières entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les réunions de concertation pluridisciplinaire rassemblent au minimum trois spécialistes différents. Le médecin informe ensuite le patient et lui remet son programme personnalisé de soins (PPS). » selon les recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de sante. mesure 40 du plan cancer. Des **conditions d'annonce** sont réfléchies en amont pour améliorer le temps de l'annonce au patient : endroit prévu pour un entretien, au calme, en présence d'un proche selon le souhait et/ou la connaissance de la vie du patient.		
Annonce du cancer	- IDE ou médecin appelle l'équipe des 3C - Inscription en réunion de concertation pluridisciplinaire pour passage en RCP : staff onco-hépatologie pour prendre la décision thérapeutique, pour préciser les conditions d'annonce du cancer au patient - Entretien du médecin pour l'annonce au patient en présence d'une IDE puis organiser le passage dans le service d'oncologie - Prévoir le bilan d'extension TEPscann afin de savoir s'il s'agit d'un cancer (k) primaire ou secondaire - Entretien d'information du patient des examens réalisés - Vérification de la présence du consentement du patient - Vérification pour examen : dossier anesthésique complet, consentement signé, identitovigilance, régime sans résidu sur PM	1, 2, 4, 7, 8	
Suivi du patient en cas d'absence de cancer	- Le patient est informé par le médecin de l'absence de cancer - Programmation d'un suivi par coloscopie selon les recommandations et la situation clinique du patient avec le médecin - Selon les antécédents et le diagnostic (même bénin) : information de l'entourage pour un dépistage précoce, par le patient - Faire remplir la fiche de satisfaction	5, 6, 8, 9	3, 5

5.8 Liste des abréviations

	Vocabulaire spécifique
	Ascite
	Hématémèse
	Méléna
	Nutrition entérale
	Nutrition parentérale
	Rectorragie
	Abréviations
CD	Clostridium difficile
COPRO	Coproculture
DOA	Décompensation Oedémato-ascitique
DT	Délirium Tremens
HTP	Hypertension portable
OH	Alcool
PM	Prescription médicale
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
VHB	Hépatite B
VHC	Hépatite C
VO	Varice Œsophagienne

6
PARTICPANTS A L'ELABORATION DU LIVRET D'ACCUEIL

Participants

Comité de pilotage

Pilote : M. Pascal DUFOUR, coordonnateur général des soins

Co-pilote :
Mme Catherine CHUFFART, cadre supérieur de santé – IFSI / IFAS
Mme ROPITAL Corinne, cadre supérieur de santé FF – cadre du pôle HORG

Chef de groupe partenariat : Mme Maureen ATLAN, cadre de santé

Chefs du groupe de travail :
Mme Carole CHASTANT, cadre de santé formateur
Mme Mireille MALAFA-PISSARRO, cadre de santé formateur

Membres du groupes de travail

Mme THALUET Chantal, cadre de santé Hématologie - Oncologie
Mme NEVEU Sophie, infirmière d'hématologie-oncologie
Mme RENARD Estelle, infirmière d'hématologie-oncologie
Mme VITEL Marion, infirmière d'hématologie-oncologie
Mme CARTIGNY Lena, 1 aide-soignante

Mme OLLIVIER-HENRY Sandrine, cadre de santé Rhumatologie

Mme MEGRET Perrine, cadre de santé Gastro-entérologie
Mme BLANLOEIL Camille, infirmière de gastro-entérologie
Mme BRUN Camille, infirmière de gastro-entérologie
Mme HUBERT Delphine, aide-soignante de gastro-entérologie
Mme LY Mélodie, aide-soignante de gastro-entérologie

<u>Tous</u> les membres des équipes des différentes unités du pôle

CONCLUSION

Ce livret de pôle est un outil élaboré par les participants grâce à l'implication de chacun, la participation de tous les membres des équipes des unités du pôle mais également grâce aux réflexions et travaux réalisés ultérieurement par les équipes.

Ce livret 2018 constitue une version 1, diffusé pour la rentrée 2018.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Compétences des étudiants en soins infirmiers en formation

1) Tableau récapitulatif des compétences en formation en lien avec les UE évaluées par semestre
2) Exemplaire des items des compétences en formation (copie d'un bilan des compétences en stage)
3) Informations sur des activités à l'IFSI en lien avec le stage

1) Tableau récapitulatif des compétences en formation en lien avec les UE évaluées par semestre

TABLEAU DES LIENS ENTRE COMPETENCES ET UNITES D'ENSEIGNEMENT PAR SEMESTRE

N°	COMPETENCES	S1	S2	S3	S4	S5	S6
1	Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	UE3.1	UE2.3 UE3.1 UE5.2				
2	Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers		UE3.2	UE3.2 UE5.3			
3	Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	UE2.10 UE4.1 UE5.1					
4	Mettre en oeuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique	UE2.1 UE2.2 UE2.4 UE2.11	UE2.6 UE4.3 UE4.4	UE2.5 UE2.8 UE2.11	UE2.7 UE4.3 UE4.4	UE2.6 UE2.9 UE2.11 UE4.4 UE4.7 UE5.5	
5	Initier et mettre en oeuvre des soins éducatifs et préventifs		UE1.2	UE1.2 UE4.6	UE4.6 UE5.4		
6	Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins	UE1.1	UE1.1 UE4.2	UE4.2 UE5.3		UE4.2	
7	Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle	UE1.3	UE4.5		UE1.3 UE4.5		UE4.8 UE5.6
8	Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques				UE3.4		UE3.4 UE5.6
9	Organiser et coordonner des interventions soignantes			UE3.3		UE3.3 UE5.5	
10	Informer et former des professionnels et des personnes en formation				UE3.5 UE5.4		
		UE 1 UE 2	UE 3	UE 4	UE 5		

DESCRIPTION DES UE

TYPES D'UNITE	UNITES D'ENSEIGNEMENT	SOUS UNITES D'ENSEIGNEMENT
UNITES CONTRIBUTIVES	UE 1 SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET DROIT	UE 1.1 Psychologie, sociologie, anthropologie UE 1.2 Santé publique et économie de la santé UE 1.3 Législation, éthique, déontologie
	UE 2 SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES	UE 2.1 Biologie fondamentale UE 2.2 Cycle de la vie et grandes fonctions UE 2.3 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie UE 2.4 Processus traumatiques UE 2.5 Processus inflammatoires et infectieux UE 2.6 Processus psychopathologiques UE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs UE 2.8 Processus obstructifs UE 2.9 Processus tumoraux UE 2.10 Infectiologie, Hygiène UE 2.11 Pharmacologie et thérapeutiques
UNITES CONSTITUTIVES	UE 3 SCIENCES ET TECHNIQUES INFIRMIERES FONDEMENTS ET METHODES	UE 3.1 Raisonnement et démarche clinique infirmière UE 3.2 Projet de soins infirmiers UE 3.3 Rôles infirmiers organisation du travail et interprofessionalité UE 3.4 Initiation à la démarche de recherche UE 3.5Encadrement des professionnels de soins
	UE 4 SCIENCES ET TECHNIQUES INFIRMIERES INTERVENTIONS	UE 4.1 Soins de confort et de bien-être UE 4.2 Soins relationnels UE 4.3 Soins d'urgence UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical UE 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques UE 4.6 Soins éducatifs et préventifs UE 4.7 Soins palliatifs et de fin de vie UE 4.8 Qualité des soins, évaluation des pratiques
UNITE INTEGRATIVE	UE 5 INTEGRATION DES SAVOIRS ET POSTURE PROFESSIONNELLE INFIRMIERE STAGES	UE 5.1 Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens UE 5.2 Evaluation d'une situation clinique UE 5.3 Communication et conduite de projet UE 5.4 Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires UE 5.5 Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins UE 5.6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles UE 5.7 Optionnelle (non reliée à une compétence spécifique) UE 5.8 Stages professionnels
UNITE TRANSVERSE	UE 6 METHODE DE TRAVAIL	UE 6.1 Méthodes de travail UE 6.2 Anglais

2) Exemplaire des items des compétences en formation (copie d'un bilan des compétences en stage)

DIPLOME D'ETAT INFIRMIER _ semestre
EVALUATION DES COMPETENCES EN STAGE Secteur extra hospitalier

NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : DATES du AU
IFSI/IFAS CHARTRES
7 rue Desportes
28000 CHARTRES
NOM DE L'ETUDIANT : DUREE (en heures) :
PRENOM : DUREE DES ABSENCES :
SERVICE :
DISCIPLINE / NATURE DU STAGE

Eléments de compétences		BILAN INTERMEDIAIRE Evaluation par le TUTEUR			BILAN FINAL Evaluation par le TUTEUR				Synthèse du FORMATEUR			
		Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non Acquis	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non Acquis	A améliorer	Acquis
Compétence 1	**Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier**								☐	☐	☐	☐
Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence du diagnostic de situation clinique posé		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 2	**Concevoir et conduire un projet de soins infirmier**								☐	☐	☐	☐
Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence des réactions en situation d'urgence		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 3	**Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens**								☐	☐	☐	☐
Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 4	**Mettre en oeuvre des actions à visée diagnostique ou thérapeutique**								☐	☐	☐	☐
Justesse dans les modalités de mise en oeuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifestes		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Exactitude du calcul de dose		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et des examens		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Justesse d'utilisation des appareillages et dispositifs médicaux conforme aux bonnes pratiques		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence de mise en oeuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Fiabilité et pertinence des données de traçabilité		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 5	**Initier et mettre en oeuvre des soins éducatifs et préventifs**								☐	☐	☐	☐
Pertinence de la séquence éducative		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence dans la mise en oeuvre des soins éducatifs et préventifs		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence de la démarche de promotion de la santé		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 6	**Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin**								☐	☐	☐	☐
Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Cohérence dans la mise en oeuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Justesse dans la recherche de consentement du patient		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				

IDE15_SRb_V5

Pour chaque ligne de critère évaluable, mettre une croix dans la colonne appropriée.

Eléments de compétences		BILAN INTERMEDIAIRE Evaluation par le TUTEUR			BILAN FINAL Evaluation par le TUTEUR				Synthèse du FORMATEUR			
		Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non Acquis	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non Acquis	A améliorer	Acquis
Compétence 7	**Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle**								☐	☐	☐	☐
Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence de l'analyse dans l'application des règles, de qualité, sécurité, ergonomie, de traçabilité, liées aux circuits d'entrée, de sortie, et de stockage du linge, des matériels et des déchets		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilises		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 8	**Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques**								☐	☐	☐	☐
Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 9	**Organiser et coordonner les interventions soignantes**								☐	☐	☐	☐
Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Cohérence dans la continuité des soins		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Fiabilité et pertinence des informations transmises		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Compétence 10	**Informer, former des professionnels et des personnes en formation**								☐	☐	☐	☐
Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				

Commentaires du tuteur

En première partie de stage	Date: Nom et signature du tuteur: Cachet du lieu de stage:
En fin de stage	Date: Nom et signature du tuteur: Cachet du lieu de stage:

Points positifs	Axes d'amélioration

Date	Nom et signature du maître de stage	Nom et signature du Tuteur	Nom et signature de l'étudiant

Avis du formateur

L'ETUDIANT ☐ répond aux critères de présence en stage
☐ a analysé les activités mentionnées dans le portfolio

Proposition de validation des crédits de stage : _____ /_____

NOM,DATE ET SIGNATURE DU FORMATEUR	NOM,DATE ET SIGNATURE DE L'ETUDIANT

IDE15_SVb_V5

3)

3) Informations sur des activités à l'IFSI en lien avec le stage

TEMPS DE REGROUPEMENT : ANALYSE DE PRATIQUE

Dans un cadre de confidentialité et de bienveillance instauré en début de séance, les apprenants exposent une situation vécue pendant le stage. L'analyse est centrée sur la pratique professionnelle. Elle questionne la pratique et donc le savoir-être, le savoir-faire et/ou les savoirs. Le temps de regroupement permet aux étudiants d'exprimer leurs étonnements, leurs difficultés et leurs réussites, de repérer les émotions ressenties (joie, tristesse, colère, dégoût et/ou peur) et d'élaborer une réflexion sur leur pratique professionnelle.

ANALYSE D'ACTIVITE

Les apprenants approfondissent une activité prévalente du service ou de la structure. La prévalence de l'activité est validée par le tuteur de stage. Ils décrivent une situation clinique dans laquelle une activité prévalente s'exerce. Les apprenants en soins infirmiers réalisent des recherches pour mieux connaître et comprendre une activité. Ils peuvent notamment rechercher les indications et contre-indications de l'activité, les bénéfices et risques de l'activité pour le patient, les protocoles et recommandations liés à l'activité pour identifier la « bonne » pratique.

ATTESTATION EN SOINS PALLIATIFS

Les apprenants réalisent un stage d'observation auprès de patients admis en soins palliatifs, au cours de leur formation. A l'issue de ce stage, les étudiants doivent identifier leur représentation puis élaborer une réflexion personnelle dans ce domaine.

SERVICE SANITAIRE

Les apprenants doivent d'une part développer une culture de la promotion de la santé et d'autre part s'inscrire dans une approche d'interdisciplinarité. Le service sanitaire est obligatoire pour tous les étudiants en santé (étudiants infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, sages-femmes, médecins, pharmaciens…). Il s'agit d'élaborer un programme de prévention sur une période totale correspondant à 60 demi-journées. Ce service sanitaire s'intègre notamment dans les unités d'enseignement en lien avec la santé publique.

PREPARATION DE STAGE : une demi-journée environ 48h avant le début du stage

L'affectation des stages est connue des étudiants en amont. Les étudiants préparent leur stage avec le formateur référent de leur suivi pédagogique. En amont de ce temps de préparation de stage, les apprenants contactent le lieu de stage, réalisent des recherches et rédigent leurs objectifs personnels de stage. Lors de la préparation, ils récupèrent tous les documents et informations liés au stage.

EXPLOITATION DE STAGE

Les apprenants restituent les documents le jour de la reprise des cours à l'IFSI. Ce temps d'exploitation de stage permet aux étudiants d'exprimer leur vécu du stage, leurs réussites et leurs difficultés.

SIMULATION EN SANTE

Les apprenants participent d'une part à une simulation en santé une fois par semestre en lien avec l'unité d'intégration du semestre et d'autre part à des séances par ateliers.

ANNEXE 2 :

Compétences des élèves aides-soignants en formation

1) Tableau de présentation des compétences et des modules correspondant
2) Exemplaire des items des compétences en formation (copie d'un bilan des compétences en stage)
3) Informations sur des activités à l'IFAS en lien avec le stage

1) Tableau de présentation des compétences et des modules correspondant

Compétences par modules formation aide-soignante

Découpage sous forme de **huit modules** permettant l'acquisition de **huit compétences** avec cours magistraux, travaux dirigés (17 semaines soit 595 heures). Présence obligatoire aux enseignements (temps d'enseignement entre parenthèse).

Module 1 - Compétence 1 : Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne (4 semaines)
Module 2 - Compétence 2 : L'état clinique d'une personne (2 semaines)
Module 3 - Compétence 3 : Les soins (5 semaines)
Module 4 - Compétence 4 : Ergonomie (4 semaines)
Module 5 - Compétence 5 : Relation – Communication (2 semaines)
Module 6 - Compétence 6 : Hygiène des locaux hospitaliers (1 semaine)
Module 7 - Compétence 7 : Transmission des informations (1 semaine)
Module 8 - Compétence 8 : Organisation du travail (1 semaine)

Dispenses de formation pour devenir aide-soignant

Auxiliaire de puériculture pour devenir aide-soignante, modules à valider
Module 1: accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne140 heures
Module 3 : formation AS les soins 175 h

Auxiliaire de vie sociale pour devenir aide-soignante, modules à valider
Module 2 : l'état clinique d'une personne 70 h
Module 3 : formation AS les soins 175 h
Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers 35 h
Module 8 : organiser son travail dans une équipe pluri professionnelle 35 h

Aide médico-psychologique pour devenir aide-soignante, modules à valider
Module 2 : l'état clinique d'une personne 70 h
Module 3 : formation AS les soins 175 h
Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers 35 h

Ambulancier ou personne ayant un certificat de Capacité d'Ambulancier pour devenir aide-soignante, modules à valider
Module 1: accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne140 heures
Module 3 : formation AS les soins 175h
Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers 35h
Module 8 : organiser son travail dans une équipe pluri professionnelle 35h

Titre Professionnel d'Assistant(e) de Vie aux Familles pour devenir aide-soignante, modules à valider
Module 2 : l'état clinique d'une personne 70 h
Module 3 : formation AS les soins 175 h
Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers 35 h
Module 7 : transmission des informations 35 h
Module 8 : organiser son travail dans une équipe pluri professionnelle 35 h

2) Exemplaire des items des compétences en formation (copie d'un bilan des compétences en stage)

DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT
EVALUATION DES COMPETENCES

***LES HOPITAUX DE CHARTRES - MEDECINE GERIATRIQUE G2**

4 rue Claude Bernard 28630 LE COUDRAY

NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS :

IFSI/IFAS CHARTRES
7 rue Desportes
28000 CHARTRES

NOM DU STAGIAIRE :

PRENOM :

HOPITAL OU STRUCTURE D'ACCUEIL :

DISCIPLINE OU NATURE DU LIEU DE STAGE :

DATES

DUREE (en heures) :

DUREE DES ABSENCES (heures) :

Compétence 1	Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et son degré d'autonomie				
I - Identification des besoins d'une personne		**0**	**1**	**2**	**3**
. Le recueil des informations liées à la situation de la personne est pertinent					
. Les besoins essentiels sont identifiés avec fiabilité et exhaustivité					
. La culture, les habitudes de vie et les choix de la personne sont pris en compte					
. L'autonomie et les capacités de la personne sont repérées					
. Des actions visant à maintenir l'autonomie de la personne sont proposées					
II - Mise en oeuvre des activités d'aide		**0**	**1**	**2**	**3**
. Les activités mises en oeuvre prennent en compte les capacités d'autonomie de la personne					
. L'aide à la personne est efficace					
. Les règles d'hygiène et de sécurité sont appliquées					
. Le confort et la pudeur sont respectés					
. La personne est stimulée					
Total *		-- / --			

Compétence 2	Apprécier l'état clinique d'une personne				
I - Evaluation de l'état clinique d'une personne		**0**	**1**	**2**	**3**
. L'observation de l'état clinique est fiable					
. Les changements de l'état clinique de la personne sont identifiés					
. Les situations d'urgence sont repérées et l'alerte est donnée					
II - Mesure des paramètres vitaux		**0**	**1**	**2**	**3**
. Les outils de mesure des paramètres vitaux sont utilisés correctement					
. La mesure des paramètres vitaux est exacte					
. La retranscription des paramètres vitaux est correcte					
Total *		-- / --			

Compétence 3	Réaliser des soins adaptés				
I - Respect des règles d'hygiène		**0**	**1**	**2**	**3**
. La technique de lavage des mains est maîtrisée					
. Les règles d'hygiène pour la réalisation des soins sont respectées					
II - Réalisation des soins		**0**	**1**	**2**	**3**
. Les soins sont réalisés avec efficacité					
. Les soins réalisés sont adaptés à l'état de la personne					
. Les règles de sécurité sont respectées					
. Les ressources de la personne sont prises en compte					
Total *		-- / --			

Compétence 4	Utiliser des techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes	**0**	**1**	**2**	**3**
. Les gestes et postures sont adaptés à l'état de santé de la personne					
. Le matériel est choisi de façon correcte					
. Les méthodes de manutention pour le transfert ou le transport de la personne sont appliquées					
. Les règles de confort et de sécurité de la personne sont respectées					
Total *		-- / --			

Pour chaque ligne de critère évaluable, mettre une croix dans la colonne appropriée.
0 = non acquis, 1 = en cours d'acquisition,2 = acquis, 3 = maîtrisé
* Chaque compétence est notée sur la base du nombre de critères évaluables x 3.

Compétence 5	Etablir une communication adaptée à la personne et son entourage	0	1	2	3
	. La communication est effective				
	. La technique d'écoute est adaptée				
	. Le langage est adapté				
	. L'information donnée est comprise par la personne et/ou son entourage				
	. Les attentes de la personne sont prises en compte				
	. L'élève fait preuve de maîtrise de soi				
	Total *	-- / --			

Compétence 6	Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	0	1	2	3
	. Les techniques de nettoyage ou désinfection ou stérilisation sont appliquées correctement				
	. Les matériels et produits de nettoyage sont correctement utilisés				
	. Les circuits (linge, matériels et déchets) sont respectés				
	Total *	-- / --			

Compétence 7	Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins	0	1	2	3
	. Les informations communiquées sont fiables et exactes				
	. L'élève fait preuve de discernement pour la transmision des informations				
	. Les règles et modes de transmission de l'unité de travail sont respectés				
	. Le secret professionnel et les règles déontologiques sont respectés				
	Total *	-- / --			

Compétence 8	Organiser son travail dans une équipe pluriprofessionnelle	0	1	2	3
	. Les limites de la fonction d'aide-soignant sont connues et respectées				
	. Les outils de planification des activités et de soins de l'unité de travail sont utilisés				
	. Le travail est organisé en fonction des priorités				
	. La collaboration avec l'équipe est effective				
	Total *	-- / --			

Pour chaque ligne de critère évaluable, mettre une croix dans la colonne appropriée.
0 = non acquis, 1 = en cours d'acquisition,2 = acquis, 3 = maîtrisé
* Chaque compétence est notée sur la base du nombre de critères évaluables x 3.

Appréciation générale
. Implication de l'élève aide-soignant pour l'acquisition de capacités dans les unités de compétence (curiosité intellectuelle, dynamisme et ponctualité) :

Date :

Nom et Signature du (des) responsable(s) de l'accueil en stage :

Signature de l'élève :

:

Cachet du lieu du stage

Formeis - 6.54a

3) Informations sur des activités à l'IFAS en lien avec le stage

TEMPS DE REGROUPEMENT : ANALYSE DE PRATIQUE

Les apprenants exposent une situation vécue pendant le stage et qui les a interpellé (ressentie comme satisfaisante et insatisfaisante). Le groupe aide l'élève aide-soignant pour analyser cette situation pour mieux la comprendre et la transférer.

PREPARATION DE STAGE

L'affectation des stages est connue des étudiants en amont. Les élèves aides-soignants préparent leur stage avec le formateur référent de leur suivi pédagogique. En amont de ce temps de préparation de stage, les apprenants contactent le lieu de stage et rédigent leurs objectifs personnels de stage.
Lors du temps de préparation de stage, les apprenants récupèrent tous les documents nécessaires pour le stage. Des informations générales sont transmises et les objectifs personnels de stage sont réajustés. Ce temps représente environ une demi-journée, souvent 48h avant le début du stage.

EXPLOITATION DE STAGE EN 2 TEMPS

Les apprenants restituent les documents le jour de la reprise des cours à l'IFAS. Ce temps d'exploitation de stage est organisé en 2 temps.

1er temps : rencontre des élèves aides-soignants en groupes restreints avec un coach en communication ou un psychologue. Ce temps permet aux apprenants de travailler sur la relation et la communication (patients et équipe).

2ème temps : rencontre des élèves aides-soignants avec le formateur référent de suivi pédagogique. Ce temps permet de travailler la démarche de soins en lien avec les situations apprenantes des lieux de stage.

VALIDATION DES STAGES

La validation des stages est basée sur le calcul de la moyenne des notes obtenues à chaque stage.

Chaque élément de compétence doit être évalué en fonction du niveau de formation. Des éléments peuvent donc être maîtrisés dès le 1er stage.

Dès le 1er stage, les notes sont prises en compte dans le calcul de la moyenne.

ANNEXE 3 :

Fiche de suivi des actes pendant le stage – Format A3

1) Noter tous les actes réalisés dans le service tels que perfusion, administration médicamenteuse…
2) Noter les soins relationnels, soins éducatifs et soins préventifs réalisés
3) Noter les démarches de soins et démarches cliniques exposées
4) Noter les transmissions orales et écrites faites
5) Préciser la qualité de l'organisation pour un nombre de patients/résidents
6) Tous autres actes

Fiche de suivi de stage service de
Nom de l'apprenant :

Date et Identité du soignant	Observation et commentaires du référent	Observation et commentaires du référent	Observation et commentaires du référent	Observation et commentaires du référent
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis
	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis	Observé pratiqué A améliorer acquis

LES 9 ENGAGEMENTS POUR LA QUALITÉ DE VIE DES STAGIAIRES PARAMÉDICAUX

La présente charte s'applique à toute personne en formation clinique, que cette formation soit initiale ou continue, dès lors que cette personne exerce dans l'établissement ou la structure pendant un stage et quelle qu'en soit la durée. La charte intégrale est disponible sur les sites de la FHF et de la FNESI.

1 L'ACCUEIL DU STAGIAIRE

- Un livret d'accueil est adressé au stagiaire en amont de son arrivée sur le lieu de stage.
- Un temps d'accueil dédié est prévu par la structure de stage.

2 L'INTÉGRATION DU STAGIAIRE

- L'intégration commence par l'appréhension de l'organisation, elle s'organise au niveau institutionnel et au niveau de la proximité par le maitre de stage ou le tuteur.

3 LES CONDITIONS DE TRAVAIL, DE SANTÉ AU TRAVAIL ET DE SÉCURITÉ POUR LE STAGIAIRE

- Pour chaque stagiaire, le lieu de stage s'engage à fournir :
  - ▸ Un **espace décent** pour se changer et d'un espace individuel et sécurisé pour entreposer ses effets personnels.
  - ▸ Des **conditions de restauration** nécessaires à une réelle pause journalière.
  - ▸ Des moyens lui permettant d'**accéder** au lieu de stage.
  - ▸ Un **accès individuel aux logiciels** utilisés par les équipes de soins, afin notamment de faciliter la traçabilité des soins réalisés dans le respect des procédures informatiques et règles relatives au dossier de soins informatisé.
  - ▸ Un **espace de travail** adapté permettant l'accès aux documents nécessaires à la prise en charge des usagers.
  - ▸ Lorsque cela est possible, un **accès au parking** de l'établissement dans les mêmes conditions que les professionnels.
  - ▸ Un **dispositif de protection du travailleur isolé** s'il est prévu que chaque professionnel en porte un.

4 LA FORMATION REÇUE PENDANT LE STAGE

- Le stagiaire doit avoir la possibilité de recourir à un encadrant de sa spécialité le cas échéant, désigné au préalable pendant la totalité du stage.
- Au plus tard le 1er jour du stage, les objectifs d'apprentissage formulés par le stagiaire et son institut de formation sont présentés à la structure d'accueil.
- L'encadrant organise le stage afin de répondre aux objectifs d'apprentissage et de compétences attendues.

5 LA GESTION DU TEMPS DE STAGE

- L'encadrant et le stagiaire s'accordent sur le parcours du stage, en début de stage.
- Au cours du stage, l'encadrant veille à consacrer du temps dédié au stagiaire pour répondre à toutes questions ou besoins d'approfondir un point.

6 L'IMPLICATION DU STAGIAIRE

- L'établissement met en œuvre une organisation qui permet l'implication des stagiaires dans leurs temps d'apprentissage.
- Le stagiaire assume sa place d'acteur dans sa formation sur le lieu de stage.

7 LES CONDITIONS POUR L'ÉVALUATION

- Un temps dédié est identifié, au début du stage, pour les évaluations de mi et fin de stage.
- Le stagiaire doit être présent lors de son évaluation, il doit pouvoir s'exprimer.
- La structure de stage fait également l'objet d'une évaluation de satisfaction par le stagiaire.

8 LA PARTICIPATION À LA VIE INSTITUTIONNELLE

- Le stagiaire a accès, s'il le souhaite, aux ordres du jour et PV des instances et assiste aux réunions pluridisciplinaires de la structure de stage.

9 L'APPLICATION DE LA CHARTE

- La présente charte est largement diffusée par tous les moyens à tous les lieux de formation et tous les lieux de stage.
- Elle est une référence de la qualité du stage.

ANNEXE 4 :

Livret des examens en Hépato-Gastro-Entérologie

Livret réalisé par les hôpitaux de Chartres – service de Médecine A2.

Les examens en Hépato-gastro-Entérologie

Jessy
Les Hôpitaux de Chartres

Sommaire

Abdomen Sans préparation 2
Echographie abdominale 3
TomoDensitoMétrie Thoraco-Abdomino-Pelvien 4
Transit Oeso-GastroDuodénal 5
TomoDensitoMétrie par Emission de Position 6
Imagerie par Résonnance Magnétique 7
Scintigraphie 8
Coloscopie (sous anesthésie générale) 9
Recto-Sigmoïdoscopie 12
Fibroscopie Oeso-GastroDuodénale 13
Echo-Endoscopie 14
+/- CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique 14
Ponction Biopsie Hépatique 15
Fibroscan 16
Gastrostomie Endoscopique Percutanée 17
Examen de l'intestin grêle par Vidéo Capsule 19
Bibliographie 20

Abdomen Sans préparation

Radiographie simple prise de face

Examen généralement de première intention face à des douleurs abdominales permettant d'orienter le diagnostic et demander, si besoin, des examens complémentaires

Prescription	→ Remplir bon de radio → Si URGENT, le noter sur le bon ➔ Y préciser les renseignements cliniques
Prise RDV	→ Descendre le bon directement en radiologie centrale et appeler si URGENT ou le déposer dans la bannette agent de liaison
Préparation patient	→ Pas de préparation particulière → Pas de dossier médical nécessaire → Le patient descend avec les brancardiers sur demande de l'imagerie

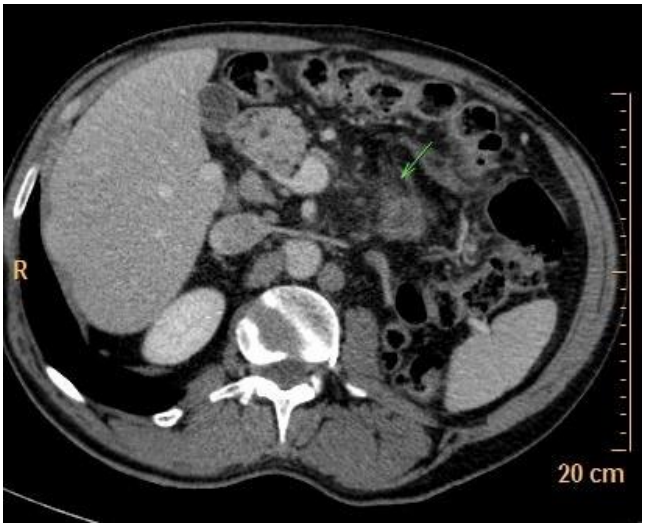
Echographie abdominale

Examen non invasif et indolore permettant de détecter des anomalies biliaires, des adénopathies, des thromboses, appendicites, cholécystites, apprécier l'état des organes abdominaux (foie, pancréas, rate, vésicule)

Prescription	→ Remplir bon de radio → Si URGENT, le noter sur le bon ➔ Y préciser les renseignements cliniques
Prise RDV	→ Appeler les échographies et descendre le bon directement à l'échographie si URGENT Sinon le déposer dans la bannette agent de liaison
Préparation patient	→ Si examen programmé, patient à jeun (minuit si examen le matin, petit déjeuner léger si examen programmé dans l'après-midi) →Joindre dossier médical quand le patient part à son examen → Après l'examen, le patient peut être réalimenté suivant son régime prescrit

TomoDensitoMétrie Thoraco-Abdomino-Pelvien

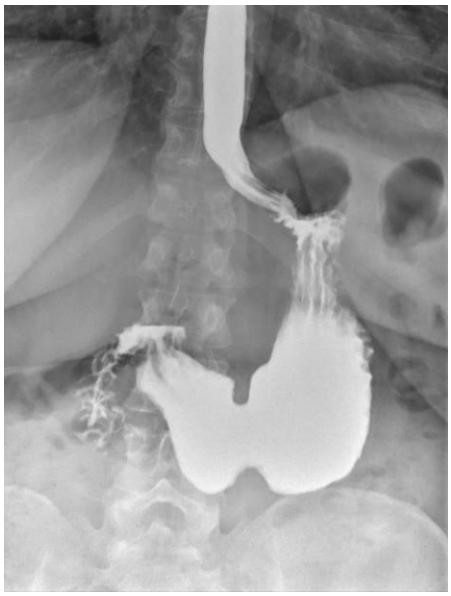
Prescription	→ Remplir bon de scanner (Vérification du taux de créatinine si demande de scanner avec injection ainsi que les allergies) → Si **URGENT**, le noter sur le bon, appeler et le descendre directement en salle de scanner
Prise RDV	→ Déposer le bon dans bannette agent de liaison → Si **URGENT**, le noter sur le bon et le descendre directement en salle de scanner
Préparation patient	→ Pas de nécessité d'être à jeun quel que soit le scanner → Poser une VVP si demande de scanner avec injection de produit de contraste → Risque : Si allergie, faire une préparation anti allergie →Après l'examen, le patient reprend sa vie normale avec une bonne réhydratation



Transit Oeso-GastroDuodénal

Le transit oeso-gastroduodénal est un examen radiologique permettant de visualiser l'œsophage, l'estomac et le duodénum. Il est effectué à l'aide d'une substance opaque aux rayons X (contenant de la baryte) ingérée par le patient par voie orale

Prescription	→ Remplir le bon de radio avec les renseignements cliniques → Déposer le bon dans la bannette des agents de liaison → Donner les feuilles d'informations et de consentement au patient → S'assurer de l'absence d'allergie
Organisation	→ Le patient doit être à jeun 6 heures avant l'examen → Préparer dossier médical (étiquettes et consentement signé) → Examen qui se déroule en deux temps : cliché radio sans préparation et clichés radio avec ingestion d'un produit radio-opaque
Surveillance	→ Après l'examen, le patient peut être réalimenté et réhydraté normalement



TomoDensitoMétrie par Emission de Positions

Le TEP TDM est un examen demandé lors d'une recherche de tumeur ou d'un bilan d'extension lorsqu'une tumeur est diagnostiquée.

Le patient reçoit une injection de produit de contraste. Ce dernier se fixera sur les cellules tumorales et elles seront visualisées avec le scanner

Prescription	→ Remplir bon de radio, si URGENT, noter sur le bon → Faxer la demande au numéro indiqué sur le bon et la réserver dans le dossier de soins infirmiers → S'assurer d'une absence d'allergie au produit de contraste
Organisation	→ Le patient doit être à jeun 5 heures avant l'examen mais doit boire de l'eau ou du thé sans sucre → Toutes perfusions contenant du glucose doivent être arrêtées dans les 24 heures avant l'examen (le glucose peut fausser les résultats) → S'assurer que le patient possède une voie d'abord intraveineuse fonctionnelle pour l'injection du produit
Surveillance	→ Après l'examen, le patient peut être réalimenté et doit s'hydrater pour éliminer le produit

Imagerie par Résonnance Magnétique

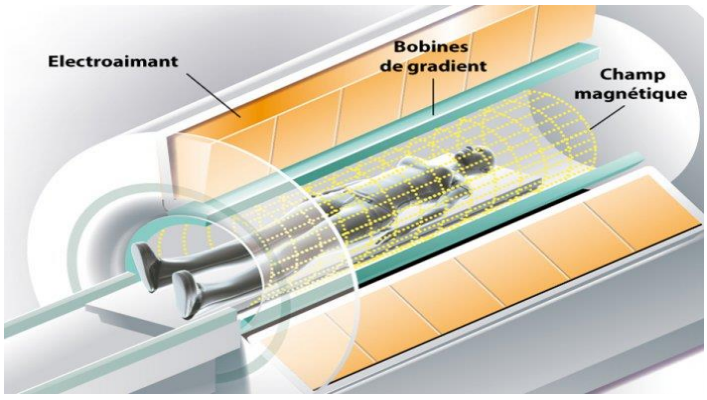
Examen utilisant un champ magnétique (aimant) et des ondes de radiofréquences

Le but est de réaliser des images très précises du corps humain (cerveau, colonne vertébrale, articulations et tissus mous) grâce aux nombreux atomes d'hydrogène qu'il contient. Grâce au champ magnétique, les protons d'hydrogène s'orientent dans la même direction, ils résonnent selon une certaine fréquence : c'est le principe de la résonnance magnétique.

L'IRM donne des informations sur des lésions qui ne sont pas visibles sur les radiographies standards, l'échographie ou le scanner.

L'IRM la plus utilisée en médecine HGE est la bili-IRM : imagerie des voies biliaires

Prescription	→ Remplir le bon d'IRM avec renseignements cliniques → Faxer le bon RECTO VERSO au N° de fax de l'IRM → Réserver le bon dans le dossier de soins infirmiers → Préparer le dossier médical avec des étiquettes « patient »
Organisation	→ La plus courante en médecine A2 est la « bili-IRM » : le patient doit être à jeun 6 heures avant l'examen → Pour une autre IRM telle que cérébrale, articulaires, etc il n'est pas nécessaire d'être à jeun → Vérifier toutes les contre-indications liées à l'IRM comme le stimulateur cardiaque (pace maker), claustrophobie, grossesses…



Scintigraphie

La scintigraphie est une technique d'imagerie médicale permettant d'explorer les organes afin d'y détecter des lésions (poumons, reins, os, foie thyroïde etc)

Pour se faire, on injecte des produits radioactifs (isotopes radioactifs) dans le corps des patients avant de réaliser les images. Ces produits se fixent sur l'organe et émettent des rayonnements

En médecine HGE, l'octreoscan est demandé afin de diagnostiquer les tumeurs de type neuro endocrine (utilisées au niveau du tube digestif)

Prescription	→ Remplir bon de scinti avec les renseignements cliniques → Déposer le bon dans la bannette des agents de liaison → Donner les feuilles d'informations et de consentement au patient → S'assurer de l'absence d'une allergie quelconque
Organisation	→ Le patient doit être à jeun 6 heures avant l'examen (pour les scintigraphies digestives) → Préparer dossier médical (avec étiquettes) → L'examen se déroule en deux temps : injection du radiotraceur et imageries par la suite → Pour OCTREOSCAN : (A JEUN), examen sur deux jours J1 : injection du radiotraceur, et imageries 4 heures après J2 : 2eme imagerie identique à J1 associée à un scanner
Surveillance	→ Après l'examen, le patient peut être réalimenté et réhydraté normalement

Coloscopie

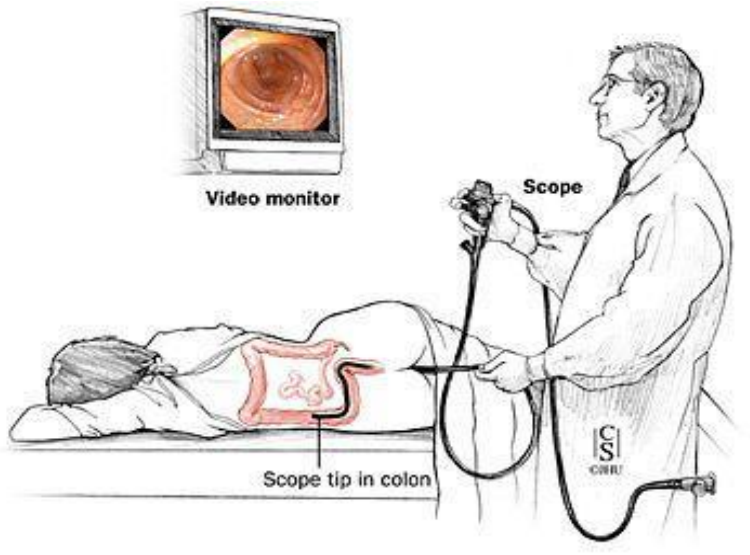
Prescription	→ Remplir la demande d'exploration digestive en précisant le délai souhaité de l'examen par le médecin → Si URGENT, le noter sur le bon → Remplir demande de consultation anesthésie sur DX Care, imprimer la demande → Feuille d'informations sur l'examen et feuille de consentement à donner et à faire signer par le patient → Informer le patient sur le régime sans résidu a effectuer idéalement 3 à 5 jours avant l'examen
Prise RDV	→ Faxer le bon de coloscopie au secrétariat de cs gastro-entérologie et envoyer ce bon au secrétariat via la bannette du coursier → Si HDS : donner le bon au secrétariat du service pour programmation (ex + cs anesth) → Faxer la demande de consultation d'anesthésie au secrétariat d'anesthésie AVEC la date de la coloscopie notée dessus, la ranger dans le DSI (si urgences en WE, faxer la demande de consultation anesthésiste au bloc opératoire)
Préparation patient	→ Vérifier arrêt de la prise d'anticoagulant par le patient la veille de l'examen (ou arrêt AVK avec relai HBPM) → Vérifier et faire demande de l'anesthésiste (prémédications, demande de BS, ECG etc… sur dossier d'anesthésiste)

Préparation patient	→ S'assurer qu'une voie d'abord veineuse pour l'anesthésie générale est fonctionnelle (reco bloc) → Préparation colique, purge : **Au PEG (polyéthylène glycol) : *cf. procédure institutionnelle*** Si examen le lendemain matin : 4L de préparation minimum le soir (2L en 2 h-pause 1h- 2L en 2h, adaptation à la tolérance du patient)) jusqu'à obtention de selles claires : à contrôler++ Patient ne prenant pas de repas le soir et est à jeun strict à minuit (sauf traitement le matin et prémédications cf. feuille anesthésiste) Si examen le lendemain après-midi : 4L de préparation le soir, et 2L tôt le matin de l'examen Patient ne prenant pas de repas le soir de la préparation, à jeun strict 6 heures avant l'examen (sauf prémédications ou traitements, cf. feuille anesthésiste) **Au MOVIPREP® :** Si examen le lendemain matin : 1L de préparation + 1L d'eau, pause et 1L de préparation + 1L d'eau (idem heures PEG)) Patient ne prenant pas de repas le soir, à jeun strict à minuit (sauf traitement et prémédication cf. feuille anesthésiste) Si examen le lendemain après-midi : 1L de préparation + 1L d'eau le soir, et 1L de préparation + 1L d'eau le matin de l'examen Patient ne prenant pas de repas le soir, et est à jeun strict 6h avant examen (sauf traitement et prémédication cf. feuille anesthésiste) Si préparation insuffisante pour les deux types de purge, possibilité de faire un grand lavement rectal sur prescription médicale → prévenir le médecin responsable de la préparation

Examen, le jour J	→ préparation bloc : douche ou toilette bétadinée + tenue de bloc (blouse UU, charlotte, sur-chaussures), réfection de lit, bracelet d'identification de patient au poignet + sur le lit → Au départ du patient pour le bloc, dernières vérifications : identité, VVP, prémédication ok, dossier anesthésiste (résultats BS), consentement patient signé, étiquettes patients, feuille de liaison de bloc renseignée
Retour de bloc	→ Surveillance paramètres vitaux → Surveillance risques (hémorragiques, douleurs, infectieux, perforation) → Reprise alimentation suivant gestes effectués et prescription médicale Si le patient sort le jour de l'examen, s'assurer qu'il soit accompagné

RAPPEL

Il est possible de faire une coloscopie sans anesthésie générale, avec la même préparation. L'examen se fera sous MEOPA. Souvent indiqué chez les patients ne pouvant bénéficier d'une anesthésie générale.



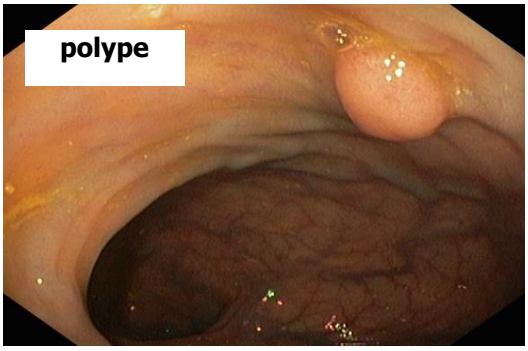
Recto-Sigmoïdoscopie

Examen endoscopique sans anesthésie générale permettant de visualiser les parois et muqueuses du rectum, sigmoïde (et canal anal) et colon descendant

Examen de première intention indiqué le plus souvent lors de rectorragies, hémorroïdes, suspicion de tumeur ou sténose rectale, et surveillance de MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin)

Examen pouvant être complété par une coloscopie

Prescription	→ Remplir la demande d'exploration digestive en précisant le délai souhaité, si URGENT, le noter sur le bon → Faxer la demande au secrétariat de consultation de gastro et envoyer la demande dans la bannette du coursier → Donner la feuille d'informations sur l'examen et le consentement au patient
Organisation et préparation	→ Si l'examen est prévu le matin : Normacol® à faire la veille au soir et 1h avant l'examen → Si l'examen est prévu l'après-midi : Normacol® à faire le matin et 1 heure avant l'examen → Pas de jeûne nécessaire (petit déjeuner ou repas léger)
Risques	→ Peur, douleur, hémorragie
Surveillance	→ Après l'examen, le patient peut être réalimenté → Paramètres vitaux à surveiller



Fibroscopie Oeso-GastroDuodénale

Prescription	→ Remplir la demande d'exploration digestive, si URGENT, noter sur le bon → Faxer la demande au secrétariat de consultation de gastro et envoyer la demande dans la bannette du coursier → Donner la feuille d'informations sur l'examen et le consentement au patient
Organisation et préparation	→ Le patient doit être à jeun minimum 6 heures avant l'examen → Si l'examen a lieu le matin : à jeun à minuit (sauf traitement) → Si l'examen a lieu l'après-midi, petit déjeuner léger et jeûne
Risques	→ Peur, douleur, hémorragie suivant le geste, perforation œsophagienne
Surveillance	→ Après l'examen, le patient peut être réalimenté suivant la prescription médicale → Paramètres vitaux à surveiller
Particularité	→ L'examen peut être réalisé sous anesthésie générale s'il est associé à une coloscopie le même jour, ou à un geste particulier comme la ligature de varices œsophagiennes par exemple. La différence est que le patient doit subir une préparation au bloc opératoire (douche Bétadine, tenue de bloc, consultation anesthésiste à demander sur le logiciel et à faxer au secrétariat avec la date de l'examen)

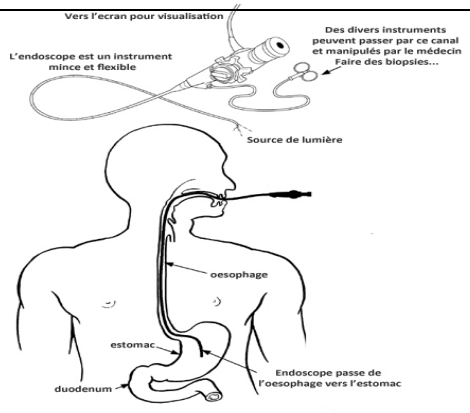
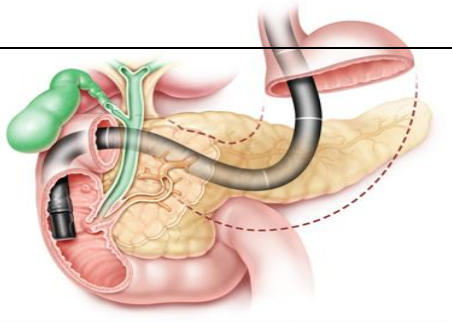


Fig.01 - Fibroscope Œso-Gastro-Duodénale

Echo-Endoscopie
+/- CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique

Prescription	→ Remplir la demande d'exploration digestive, si URGENT, noter sur le bon → Envoyer la demande dans la bannette du coursier → Faire demande de consultation anesthésiste sur le logiciel et la faxer au secrétariat d'anesthésie AVEC la date de l'examen notée → Donner la feuille d'informations sur l'examen et le consentement au patient
Organisation et préparation	→ Le patient doit être à jeun minimum 6 heures avant l'examen, à jeun à minuit si examen le matin → Vérifier arrêt des anticoagulants ou le relais HBPM en cas d'AVK → Vérifier dossier d'anesthésie avec demande de BS (coag NFS, Groupe sanguin / RAI) + Prémédication + feuille de liaison de bloc + consentement + étiquettes patient → Voie veineuse fonctionnelle → Préparation bloc opératoire (douche bétadinée, tenue de bloc UU, sur-chaussures, charlotte, réfection de lit, bracelet d'identification patient et lit) → Antibioprophylaxie à administrer le jour même de l'examen suivant le protocole du service
Risques	→ Douleur, hémorragie, infection, perforation, pancréatite post CPRE
Surveillance	→ Paramètres vitaux à surveiller au retour du patient → Après l'examen, le patient peut être réalimenté suivant l'horaire indiqué sur la prescription médicale, suivant le geste effectué et suivant la clinique du patient



Ponction Biopsie Hépatique

C'est un prélèvement du tissu hépatique par voie trans-jugulaire ou sous échographie pour obtenir un examen histologique du foie dans le cadre d'une suspicion de tumeur hépatique, d'une hépatite, cirrhose…

Prescription	→ Remplir bon de radio, si URGENT noter sur le bon et joindre la demande anatomo-pathologie. → Déposer le bon au secrétariat de l'imagerie → Donner la feuille d'informations de l'examen et la feuille de consentement au patient ⇨ Noter les renseignements cliniques → Possibilité de faire la PBH en trans-jugulaire ou en pariétal sous échographie (choix du radiologue suivant la clinique du patient)
Organisation et préparation	→ Le patient doit être à jeun minimum 6 heures avant l'examen → Arrêt total des anticoagulants, des HBPM, des AVK, des antiagrégants plaquettaires 7 jours avant → Vérification des résultats du bilan de coagulation récent (jour même ou veille de l'examen) → Faire LE JOUR de l'examen un temps de saignement à joindre au BS dans le dossier médical (+ étiquettes, informations et consentement du patient) → Voie veineuse périphérique fonctionnelle → Préparation comme pour un bloc opératoire (douche béta dinée, tenue de bloc, …)
Risques	→ Douleur, hémorragie du péritoine, pneumothorax, céphalées, saignements…
Surveillance	→ Paramètres vitaux à surveiller toutes les heures pendant 6h + pansement +++/ Si douleur, prévenir le médecin référent → Le patient doit garder la position allongée **pendant 6h minimum** avant un 1er lever pour éviter tout saignement intra abdominal +++ → Après l'examen, le patient peut être réalimenté et réhydraté 4h après l'examen ou suivant l'horaire indiqué sur la prescription médicale

Fibroscan

Cet examen a deux objectifs :

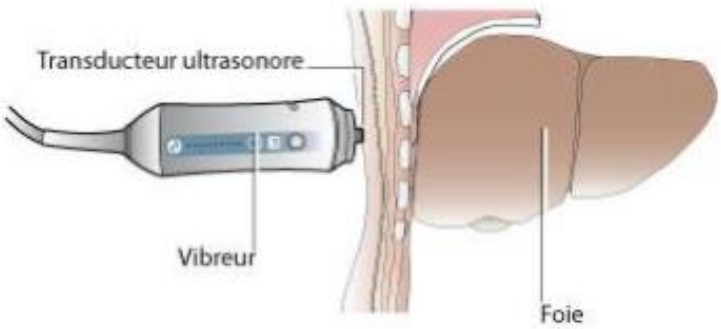
- Evaluer la dureté du foie pour estimer le degré de fibrose du foie (exprimée en kilo Pascal)
- Evaluer l'atténuation ultrasonore pour estimer la surcharge en graisse du foie (exprimée en décibel par mètre)

Il y a 4 stades de fibrose :

- stade F0 ou F1 : absence de fibrose ou fibrose minime
- stade F2 : fibrose modérée
- stade F3 : fibrose sévère
- stade F4 : du tissu cicatriciel envahi tout le foie, et une cirrhose est présente

C'est une technique non invasive et rapide

Prescription	→ Remplir bon, si URGENT, noter sur le bon → Faxer la demande au secrétariat de consultation de gastro et envoyer la demande dans la bannette du coursier
Organisation et préparation	→ Le patient doit être à jeun → Pas de préparation particulière. Au moment de l'examen, le patient est allongé sur le dos, le bras droit derrière sa tête afin de procéder aux mesures
Surveillance	→ Après l'examen, le patient peut être réalimenté



Gastrostomie Endoscopique Percutanée

L'objectif de la GEP est de créer une communication entre la paroi abdominale et l'estomac en y insérant une sonde. Il existe également des jéjunostomies, où la sonde débouche dans le jéjunum, au niveau de l'intestin grêle

Les indications sont d'apporter une nutrition par voie entérale chez un patient présentant des troubles de déglutition, des dysphagies, des dénutritions, cancers ORL ou digestifs etc.

Prescription	→ Remplir la demande d'exploration digestive, si URGENT, noter sur le bon → Envoyer la demande dans la bannette du coursier → Faire demande de consultation anesthésiste sur le logiciel et la faxer au secrétariat d'anesthésie AVEC la date de l'examen notée → Donner la feuille d'informations et le consentement au patient
Organisation et préparation	→ Le patient doit être à jeun minimum 8 heures avant l'examen, à jeun à minuit si examen le matin → Vérifier arrêt des anticoagulants, antiagrégants plaquettaires ou le relais HBPM en cas d'AVK → Vérifier dossier d'anesthésie avec demande de BS (coag NFS, Groupe sanguin / RAI) + Prémédication + feuille de liaison de bloc + consentement + étiquettes patient → Voie veineuse fonctionnelle (côté gauche de préférence–reco Bloc) → Préparation au bloc opératoire : douche bétadinée, rasage paroi abdo si nécessaire (✋ attention au risque de lésion cutanée !) tenue de bloc, sur-chaussures, charlotte, réfection de lit, bracelets d'identification) → Pratiquer un bain ou soin de bouche : polyvidone iodée « bain de bouche » ou autre solution antiseptique

	→ Antibioprophylaxie à administrer 30 min avant l'examen (suivant le protocole du service)
Risques	→ Douleur, hémorragie, infection, perforation, péritonite
Surveillance	→ Paramètres vitaux à surveiller au retour du patient → Surveillance de l'EVA, absence d'hémorragie, de signes d'infection, et propreté du pansement. Réfection de ce dernier le lendemain du geste et tous les jours suivant l'état + surveillance fixation → Test de la perméabilité de la sonde avec une injection d'eau dans la GEP minimum 6h après le geste / Rinçage à l'eau indispensable entre chaque utilisation → Alimentation entérale sur prescription médicale

Examen de l'intestin grêle par Vidéo Capsule

Examen non invasif permettant d'explorer l'intestin grêle et détecter des lésions pouvant causer une anémie, une hémorragie, diarrhées etc.

L'objectif est d'avaler une capsule qui va, prendre des photos des voies digestives. Ces dernières vont être transmises à l'aide d'une ceinture ou de capteurs collés sur l'abdomen à un boitier enregistreur d'images, l'examen dure 8h environ

Prescription	→ Remplir la demande. → Envoyer la demande dans la bannette du coursier → Le RDV sera donné en externe ou en HDJ → Donner/envoyer feuille d'informations sur l'examen + régime sans résidu + ordonnance et consentement.
Organisation et préparation	→ Arrêt de tous les médicaments à base de fer et AINS 10 jours avant l'examen → La veille, prépa colique de deux litres de PEG (cf. procédure institutionnelle) → Le jour J, à jeun, installation du matériel par l'IDE et ingestion de la capsule. Réhydratation autorisée deux heures après l'ingestion, réalimentation autorisée quatre heures après l'ingestion. → Le patient doit bouger, être occupé durant la journée de l'examen
Risques	→ Blocage de la capsule dans les intestins → Mauvais fonctionnement de l'appareil (surveiller les voyants)
Surveillance	→ Surveiller l'élimination de la capsule par les voies naturelles (par le patient dans les 72 h) → Une fois l'examen terminé, enlever le dispositif du patient (ceinture, boitier) et déposer le boitier sur station d'accueil de manière à créer la vidéo.

Bibliographie

Sites Internet

http://hepatoweb.com/

http://www.centre-endoscopie.info/fiche-dinformation-gastrostomie-percutanee-endoscopique-173.html

http://guide-ide.com/gastrostomie-percutanee-endoscopique-gpe/

http://www.hepato-gastroenterologues-nantes.fr/explorations-examens/capsules-endoscopiques

http://www.bordeauxnord-scintigraphie.fr/examens-imagerie-fonctionnelle-traitements.html

Livres

Anatomie, physiologie, biologie, 4ème édition, *Nicole Menche*, ED Maloine

Le tout en un, Révisions IFSI, ED Masson

Document réalisé par Camille JARDAT, infirmière diplômée d'Etat.
Avec la participation de Dr Anne HERBER, chef de service d'hépato-gastro-entérologie, Perrine MEGRET, faisant fonction de cadre de santé d'hépato-gastro-entérologie, Bertrand MOUTOUSSAMY, cadre de santé d'imagerie médicale.

Version 1 – Septembre 2017

Hôpital Louis Pasteur
Service diététique
02 37 30 30 30
Poste : 41957

Régime sans résidu strict (préparation avant examen)
A faire pendant : jours

Objectif du régime :

Il s'agit d'avoir un colon le plus propre possible. Pour cela il faut :

- Supprimer les aliments riches en fibres
- Eliminer le lactose (sucre contenu dans le lait)
- Cuisiner léger afin de faciliter la digestion

Conseils culinaires :

- Cuire la viande au grill, à la poêle antiadhésive, au four ou au court-bouillon.
- Cuire les poissons au court-bouillon, au four, au micro-ondes, au grill ou en papillote.
- Cuire les œufs, durs, mollets, pochés, à la coque, sur le plat ou en omelette dans une poêle antiadhésive
- Bien cuire les produits céréaliers (pâtes, riz…) à l'eau ou à la vapeur
- Les matières grasses (huile, beurre, margarine) sont de préférence ajoutées à l'état cru sur les aliments après cuisson

Autorisés	Catégories	Interdits
Fromage à pâte dure (gruyère, emmental, cantal…) Fromage frais à tartiner Lait délactosé Lait de soja, desserts à base de soja	 **Produits laitiers**	Lait et dérivés, yaourt, fromage blanc, petits suisses, crème dessert… et autres fromages
Toutes le viandes de préférence maigre (bœuf, volaille sans peau, jambon, veau..) Tous les poissons et œufs Les crustacés décortiqués, les moules, les huitres…	 **Viande, Poisson, Œufs**	Viande grasse (mouton, canard…), morceaux gras des viandes, charcuterie, gibiers, viande marinées, plats cuisinés du commerce, préparations telles que : quiche, tourte, pâté… Conserve de poissons et poissons panés, œufs frits
Biscottes au froment (farine blanche) Pâtes non complètes, riz, semoule, tapioca, Farine, fécule, maïzena Boulgour Pommes de terre (à manger de préférence rapidement après cuisson), entières ou écrasées	 **Produits céréaliers**	Pain blanc, pain de mie, pain complet, au son…biscottes au blé complet, au son…Céréales pour petit déjeuner, muesli, avoine et ses dérivés, viennoiseries Céréales complètes, Blé, Quinoa, Maïs, Mélange de céréales Les légumes secs : lentilles, haricots, fèves, pois chiches, pois cassés
Bouillons de légumes Pulpe pomme-coing	 **Fruits et Légumes**	Tous les légumes et fruit frais, surgelés ou même lyophilisés, crus ou cuits, en purée ou en potage
Beurre, huile, margarine, crème fraîche, mayonnaise nature sans grains	 **Les matières grasses**	Matières grasses cuites, lard, saindoux…Friture, autres mayonnaises
Sucre, miel, gelée, pâtes de fruits, bonbons, meringue, chocolat non fourré noir ou au lait Biscuit secs sans céréales complètes, Génoise, biscuit de Savoie	 **Les produits sucrés**	Confiture, glace, sorbets, pâte à tartiner, chocolat aux noisettes ou fruits secs…pâte d'amande, gâteaux et tartes aux fruits, beignets, pâtisserie, confiseries aux polyols
Sel, moutarde sans grains, jus de citron, vinaigre, poivre	 **Epices, sauces et condiments**	Cornichons, câpres, ail, échalote, oignons, épices, herbes Sauce tomate ou pimentées ou à base d'alcool

Eaux plates, café et thé légers, tisanes, jus de fruits sans pulpe, sirop	 Les boissons	Café turc, café et thé forts Boissons gazeuses, boissons alcoolisées Jus de fruits avec pulpe Potage