



Version I2021/06/17

LIVRET D'ACCUEIL DU PÔLE PRUN PNEUMOLOGIE – REANIMATION – URGENCES – NEUROLOGIE MEDECINE POLYVALENTE



IFSI IFAS IFA – 7 rue Philippe Desportes – 28000 CHARTRES
N° SIRET 26280004800023 et TVA Intracommunautaire FR6426280048
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)

LIVRET D'ACCUEIL DU PÔLE PRUN

INTRODUCTION	5
1 GENERALITES.....	7
1.1 Modalités générales de stage pour le pôle PRUN	8
La tenue professionnelle :	8
Le vestiaire :	8
Les repas :	8
Un entretien d'accueil	8
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 sur les missions du pôle PRUN en référence à des missions décrites par décret	9
2 OUTILS D'ENCADREMENT	11
2.1 Fiche de suivi des activités	12
2.2 Démarche clinique	14
Le raisonnement 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 PNEUMOLOGIE.....	18
3.1 Généralités sur les services de pneumologie :	19
3.2 Service de PNEUMOLOGIE.....	20
3.3 Tutorat des étudiants dans le service	21
3.4 Identification du service pneumologie.....	27
3.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe	29
3.5 Prise en soin d'un patient en insuffisance respiratoire aigüe	30
3.7 Liste des abréviations.....	33

4	LIVRET D'ACCUEIL EN REANIMATION	34
4.1	Généralités sur les services de réanimation/USC :.....	35
4.2	Service de Réanimation/USC.....	36
4.3	Tutorat des étudiants et des élèves dans le service.....	37
4.4	Identification du service de réanimation / USC	44
4.5	Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe	46
4.6	Prise en soin d'un patient en sepsis sur pneumopathie évoluant vers un état de choc septique puis stabilisé : Situation prévalente apprenante prévalente et complexe.....	47
4.7	Liste des abréviations.....	52
5	LIVRET D'ACCUEIL AUX URGENCES	53
5.1	Généralités sur les services de urgences	54
5.2	Service des urgences	55
5.3	Tutorat des apprenants dans le service.....	58
5.4	Identification du service des urgences	61
5.7	Liste des abréviations.....	68
6	LIVRET D'ACCUEIL EN NEUROLOGIE	69
6.1	Généralités sur les services de neurologie	70
	Numéros de téléphone utiles : Les Hôpitaux de Chartres : 02 37 30 30 30	70
6.2	Service de neurologie.....	71
6.3	Tutorat des apprenants dans le service.....	72
6.4	Identification du service de neurologie.....	75
6.5	Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe	76
6.6	Prise en soin d'un patient présentant un AVC ischémique	77
7	LIVRET D'ACCUEIL EN MEDECINE POLYVALENTE	80
7.1	Généralités sur les services de médecine polyvalente.....	81
7.2	Service de médecine polyvalente	82
7.3	Tutorat des apprenants dans le service.....	83
7.3.1	Accueil	83
7.3.2	Accompagnement	83
7.3.3	En amont du stage	84
7.4	Identification du service de médecine polyvalente	85
7.5	Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe	86
7.6	87
	Prise en soin d'un patient agressif présentant un alcoolisme chronique et une addiction au tabac.....	87
7.7	Liste des abréviations.....	90

8 PARTICIPANTS	91
Comité de pilotage	92
Membres du groupes de travail.....	92
Tous les membres des équipes des différentes unités du pôle	92
9 CONCLUSION.....	93
10 ANNEXES	95
10.1 ANNEXE 1 :.....	96
Compétences des étudiants en soins infirmiers en formation	96
TEMPS DE REGROUPEMENT : ANALYSE DE PRATIQUE	100
ANALYSE D'ACTIVITE	100
ATTESTATION EN SOINS PALLIATIFS	100
SERVICE SANITAIRE	100
PREPARATION DE STAGE : une demi-journée environ 48h avant le début du stage	100
EXPLOITATION DE STAGE	100
10.2 ANNEXE 2 :.....	101
Compétences des élèves aides-soignants en formation	101
TEMPS DE REGROUPEMENT : ANALYSE DE PRATIQUE.....	105
PREPARATION DE STAGE	105
EXPLOITATION DE STAGE EN 2 TEMPS	105
VALIDATION DES STAGES	105
10.3 ANNEXE 3 :.....	106
Fiche de suivi des actes pendant le stage – Format A3	106

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 PRUN

Au préalable, l'étudiant contacte l'unité de stage pour signifier son arrivée et connaître 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://applied:8080/ennov/psprod/document/ref/GQ-PROC-CLIN-13-2017/attachment>

Le vestiaire :

Pour le service des urgences, le vestiaire est au rez-de-chaussée juste après le SAS du service d'oncologie. Pour les services de pneumologie et de médecine polyvalente, le vestiaire se situe à côté des ascenseurs des brancardiers au 4^{ème} étage. Pour le service de réanimation, le vestiaire est au sous-sol. Pour le service de neurologie, le vestiaire se situe au 5^{ème} étage et à gauche en sortant de l'ascenseur visiteur, puis à gauche dans le couloir commun au service de gastrologie. Une fois devant les ascenseurs de l'hôpital, le vestiaire se situe à droite.

Un code vous sera communiqué le jour de votre arrivée.

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.

Un entretien d'accueil

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://applied:8080/ennov/psprod/view/33748>
<http://applied:8080/ennov/psprod/view/30707>
<http://applied:8080/ennov/psprod/document/ref/GQ-PROC-CLIN-184-2017/attachment>
- Savoir utiliser la gestion documentaire institutionnelle accessible sur intranet depuis tous PC des Hôpitaux de Chartres (onglet Qualité/Procédures)
- <http://applied:8080/ennov/psprod/document/ref/GQ-PROC-MQR-01-2017/attachment>
- Prendre connaissances en totalité de ce livret d'accueil

Conduites pour 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://applied: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 :
 - o Se munir des adresses mails du poste infirmier et du cadre de santé
 - o Avoir les numéros de téléphone du cadre de santé et du service
 - o **Informé de l'absence par mail et/ou par téléphone cadre de santé et infirmiers, systématiquement**

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

1.2 Notions générales sur les missions du pôle PRUN en référence à des missions décrites par décret

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.

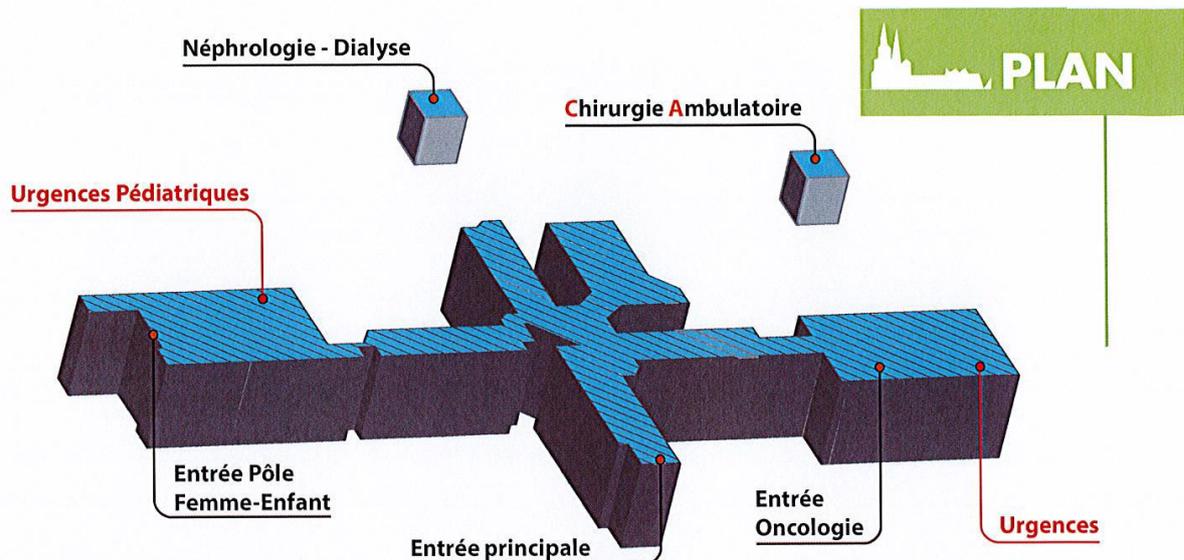
La définition réglementaire de la **réanimation** est fixée à l'article R. 6123-33 : "les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont **susceptibles de présenter plusieurs défaillances** viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance."

La définition de l'activité de **soins intensifs** (activité non soumise à autorisation) est fixée à l'article D. 6124-104 : "les soins Intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont **susceptibles de présenter une défaillance aiguë** de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance".

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**".

Le chef de ce pôle est le Dr REVUE Eric

Le Cadre Supérieur de Santé est Mme MARTIN Delphine



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'Évaluation 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 Gériatologique 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

1^{er} étage

- Grossesses pathologiques
- Bloc obstétrical

2^{ème} étage

- Maternité

3^{ème} étage

- Médecine enfants
- Néonatalogie

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 mobilisés 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 ^o année		Étudiant en SI 2 ^o année		Étudiant en SI 3 ^o 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 questionnaire 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 questionnaire	Étonnement suscité	Étonnement et questionnaire	Étonnement et questionnaire	Étonnement et questionnaire	Étonnement et questionnaire	Étonnement et questionnaire
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

<p>Analyse : recherche de connaissances appropriées, propositions d'hypothèses...</p>	<p>Le tuteur amène l'étudiant à repérer les données manquantes de l'activité décrite.</p> <p>Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant</p>	<p>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.</p> <p>Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant</p>	<p>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.</p> <p>Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant</p>	<p>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.</p> <p>L'étudiant propose des axes d'amélioration.</p> <p>Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant</p>	<p>L'étudiant propose une analyse d'activité, la met en lien avec les compétences requises.</p> <p>Le tuteur amène l'étudiant à réfléchir sur la transférabilité des savoirs et compétences acquis par cette analyse.</p> <p>L'étudiant propose des axes d'amélioration</p> <p>Le formateur y contribue dans le cadre du suivi pédagogique de l'étudiant</p>	<p>L'étudiant propose une analyse d'activité, la met en lien avec les compétences requises.</p> <p>L'étudiant propose les axes d'amélioration</p> <p>L'étudiant argumente la transférabilité des savoirs et compétences acquis par cette analyse</p> <p>Si la situation le permet, il propose des outils permettant l'amélioration des pratiques.</p>
<p>Validation par le tuteur</p>	<p>Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité)</p>	<p>Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité)</p>	<p>Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité)</p>	<p>Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité)</p> <p>Le tuteur valide les axes d'amélioration proposés par l'étudiant et l'accompagne pour y répondre.</p>	<p>Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité).</p> <p>Le tuteur valide les savoirs et compétences transférables</p>	<p>Par le tuteur (pertinence du choix et exhaustivité).</p> <p>Le tuteur valide les savoirs et compétences transférables ainsi que les axes d'amélioration proposés.</p>

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

<p><u>Semestre 1 (ESI)</u> <u>Stage 1 (EAS) :</u></p>	<p>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</p>
<p><u>Semestre 2 (ESI)</u> <u>Stage 2 (EAS) :</u></p>	<p>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)</p>
<p><u>Semestre 3 (ESI)</u> <u>Stage 3 (EAS) :</u></p>	<p>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, humanité), 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)</p>
<p><u>Semestre 4 (ESI)</u> <u>Stage 4 (EAS) :</u></p>	<p>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)</p>
<p><u>Semestre 5 (ESI)</u> <u>Stage 5 (EAS) :</u></p>	<p>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).</p>
<p><u>Semestre 6 (ESI)</u> <u>Stage 6 (EAS) :</u></p>	<p>Autonomie, réflexivité et responsabilité (ESI) Compétence, réflexivité et responsabilité (EAS) // Droits des personnes soignées (soins palliatifs)</p>

3

LIVRET D'ACCUEIL EN PNEUMOLOGIE



Source : <http://psycho2rue.fr/wp-content/uploads/2015/01/poumons.jpg>

3.1 Généralités sur les services de pneumologie :

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

MEDECINS	SERVICES
Dr RABUT – Chef de service 77 364 Dr SLEIMAN 77 228 Dr ABOUDA 77 293	Unité de soins 41400
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 PNEUMOLOGIE

Dr RABUT	Chef de service
Dr SLEIMAN	PH
Dr ABOUDA	Praticien attaché
Cadre supérieur de Santé	Delphine Martin
Cadre de Santé	Karine Mulot
7 IDE	
6 AS (à reconfirmer)	
3 secrétaires médicales	
Nb ASH (à reconfirmer car service en restructuration)	

Missions du service

Le service accueille des patients en provenance des urgences, de réanimation, directement du domicile, de la clinique du Val d'Or, de l'hôpital de Nogent-le-Rotrou, de Châteaudun.....

L'organisation de travail est prévue selon une sectorisation durant la journée : un secteur d'hospitalisation traditionnelle de Pneumologie et un secteur d'hospitalisation programmée

Les horaires sont

	Matin	Journée	Soir	Nuit
IDE	06h45- 14h45	-----	13H30-21H00 ou 14H00-21H30	21h00-07h00
AS	06H45-14h45	9H-17H	14H00-21H30	21H00-07H00

Les étudiants font trois de ces créneaux horaires : 6h45-14h45 / 9h/17h/ 14h-21h30

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

La durée moyenne de séjour est de 1 à 2 jours en hospitalisation programmée et de 8 à 10 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. Il en présentera régulièrement aux professionnels.

3.3 Tutorat des étudiants dans le service

3.3.1 Accueil

L'accueil est généralement réalisé par le maître de stage qui présente les locaux et l'organisation du service. (Si le maître de stage est absent, le tuteur de stage prend le relais)

3.3.2 Accompagnement

1) Rôle du tuteur de stage

Le tuteur de stage est présent pour le suivi de l'apprenant, réalise les bilans intermédiaires et les bilans de fin de stage avec le maître de stage.

Le tuteur de stage est une personne ressource pour l'apprenant et les professionnels dans le service.

Il permet de travailler et de trouver des axes d'amélioration sur les projets de soin, les analyses d'activités, la planification... Il est présent également pour les apprenants pour parler des difficultés émotionnelles qu'ils peuvent rencontrer lors de situations difficiles.

2) Attendus généraux de la part des étudiants et élèves

Savoirs :

- Avoir réalisé les pré-requis décrits dans le livret en amont du stage
- Savoir surveiller les paramètres vitaux en prenant en compte l'état clinique du patient, connaître les normes afin de détecter une anomalie et en avertir l'IDE

Savoir-être :

- Avoir des capacités d'adaptation et d'intégration
- Être à l'écoute
- Être disponible
- Être respectueux auprès du patient, de la hiérarchie et des équipes
- Avoir un comportement adéquat aux situations
- Faire preuve de curiosité intellectuelle, prendre des initiatives, être dynamique
- Être assidu et ponctuel **(en cas d'absence ou de retard, l'apprenant doit appeler le cadre du service ou tout autre personne du service si le cadre n'est pas disponible)**

Savoir-faire :

- Être capable de prendre en charge un nombre de patients en fonction du tableau ci-dessous
- Réaliser des soins techniques et des soins relationnels
- Savoir faire des transmissions écrites et orales

3) Ressources dans le service à disposition de l'étudiant et de l'élève

- Les membres de l'équipe pluridisciplinaire
- Les protocoles en ligne sur la démarche qualité
- Possibilité d'observer les examens complémentaires spécifiques en pneumologie (par exemple, la ponction pleurale, la fibroscopie bronchique, échoendoscopie bronchique, spirométrie, test de marche et d'autres).

4) Organisation des bilans de stage

Pour le bilan intermédiaire : il se fera avec le tuteur et si possible avec le maître de stages. 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 maître 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.

5) Organisation des soins

NOMBRE DE PATIENTS A PRENDRE EN CHARGE POUR LES ESI (en tenant compte de l'apprentissage de l'apprenant) dans le secteur de l'hospitalisation traditionnelle

Niveau de l'apprenant	Nombre de patients à prendre en charge
Semestre 1	1 à 2 patients
Semestre 2	3 à 4 patients
Semestre 3	6 patients
Semestre 4	8 patients
Semestre 5	12 à 15 patients
Semestre 6	15 patients

NOMBRE DE PATIENTS A PRENDRE EN CHARGE POUR LES EAS : en tenant compte :

- de l'apprentissage de l'apprenant
- et de la dépendance des patients pris en charge
- et du secteur de l'hospitalisation traditionnelle

Niveau de l'apprenant	Nombre de patients à prendre en charge	Nombre de démarches des soins (DDS) à réaliser
Stage 1	2 patients	1 DDS
Stage 2	3 à 4 patients	3 DDS
Stage 3	6 patients	3 DDS
Stage 4	6 à 8 patients	4 DDS
Stage 5	8 patients	4 DDS
Stage 6	Un secteur de soins (15 patients) avec la collaboration d'une autre AS ne travaillant pas exactement aux mêmes horaires	4 DDS

6) Planification des activités et des soins pendant le stage

Pour les étudiants en soins infirmiers

Accompagnement d'un étudiant en semestre 3, 4 ou 5 dont c'est le premier stage en MCO en se référant aussi à l'organisation pour le S1

		Observé	Pratiqué	A améliorer	Acquis	Initiales
Organisation de stage semestre 1	La première semaine permet de se familiariser au vocabulaire médical et de valider des pré-requis attendus par l'équipe.					
	Tout au long du stage, les soins de nursing à valider auprès de l'équipe tout en respectant le confort, l'hygiène, la sécurité et l'intimité du patient et en assurant une relation d'écoute active sont les suivants : - la toilette au lit - l'aide à la toilette - le soin de bouche - le soin des yeux - la prévention d'escarre - la réfection du lit occupé et non occupé - l'hygiène des mains - la pesée du patient - le change d'un patient souillé - la surveillance de l'élimination					
	Respecter les règles de manutention pour les transferts du patient (transfert lit/fauteuil), pour l'installation au repas et sur le bassin.					
	Distribuer le plateau repas, aider à la prise du repas et surveiller de la quantité prise					
	Relever les paramètres vitaux en connaissant les normes et savoir les retranscrire (détecter une anomalie et en avertir l'IDE)					
	Apprécier l'état respiratoire d'une personne, repérer la qualité et l'efficacité de sa respiration et surveiller un patient sous oxygénothérapie					
	Connaître les produits utilisés lors d'un Bio-nettoyage du sol et de l'environnement et valider cet acte					
	Effectuer des glycémies capillaires tout en connaissant les normes et savoir réagir suite à une anomalie					
	Poser et surveiller une aérosolthérapie et connaître les médicaments utilisés					
	Réaliser une aspiration bronchique					
	Participer aux transmissions écrites et orales des patients pris en charge					
	Tout au long du stage, travailler la planification et la présenter quotidiennement à l'encadrant					
Organisation de stage semestre 2	<u>Semaines 1, 2 :</u> Prise en charge aide-soignante et validation des soins de nursing auprès de l'équipe. Validation des pré-requis attendus par l'équipe.					
	<u>Semaines 3, 4 et 5 :</u> Prise en charge globale des patients, nursing et soins infirmiers. Validation des fiches par l'équipe.					
	<u>Semaine 6, 7, 8, 9 et 10 :</u> Faire des démarches de soins à valider auprès de l'équipe. Profiter du stage pour voir des fibroscopies bronchiques , des écho-endoscopies bronchiques, des poses de drains thoraciques, des ponctions pleurales, des spirométries... => repérer le rôle de l'infirmière avant, pendant et après l'examen.					
	Tout au long du stage, travailler la planification et la présenter quotidiennement à l'encadrant					
	Participer aux transmissions écrites et orales					

		Observé	Pratiqué	A améliorer	Acquis	Initiales
Organisation de stage semestres 3, 4, 5, 6	<u>Semaine 1 :</u> Prise en charge aide-soignante et validation des soins de nursing auprès de l'équipe. Validation des pré-requis attendus par l'équipe.					
	<u>Semaines 2, 3, 4 et 5 :</u> Prise en charge globale des patients, nursing et soins infirmiers.					
	<u>Semaines 6, 7, 8, 9 et 10 :</u> Faire des démarches de soins à valider auprès de l'équipe. Profiter du stage pour voir des fibroscopies bronchiques , des écho-endoscopies bronchiques, des poses de drains thoraciques, des ponctions pleurales, des spirométries... => repérer le rôle de l'infirmière avant, pendant et après l'examen.					
	Tout au long du stage, travailler la planification et la présenter quotidiennement à l'encadrant					
	Participer aux transmissions écrites et orales					

Pour les élèves-aides-soignants

Accompagnement d'un élève en stage 3, 4 ou 5 dont c'est le premier stage en MCO en se référant aussi à l'organisation pour le Stage 1

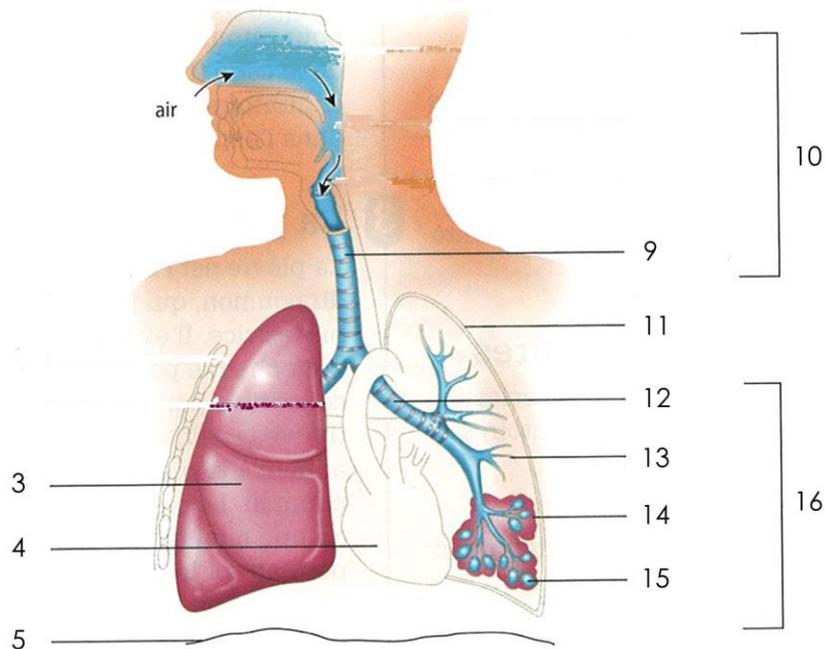
		Observé	Pratiqué	A améliorer	Acquis	Initiales
STAGE 1	*Valider les pré-requis attendus par l'équipe lors des stages 1, 2, 3, 4, 5 et 6)					
	Observer un patient en utilisant la grille d'observation des 14 besoins fondamentaux selon Virginia HENDERSON					
	Mobiliser les savoirs, le savoir-faire et le savoir-être en lien avec les compétences liées aux modules 1 et 2					
	Rapporter de son stage une situation de soin qui sera exploitée à l'IFAS					
STAGE 2	*Réaliser des soins auprès des patients qui lui ont été confiés et auprès d'autres patients selon les ressources du service et des objectifs fixés en accord avec l'équipe soignante (stages 2, 3, 4, 5 et 6)					
	Mobiliser les savoirs, le savoir-faire et le savoir-être en lien avec les compétences liées aux modules 1, 2 et 6					
STAGE 3	Mobiliser les savoirs, le savoir-faire et le savoir-être en lien avec les compétences liées aux modules 1, 2, 4, 6, 7 et 8					
STAGE 4	*Mobiliser les savoirs, le savoir-faire et le savoir-être en lien avec les compétences liées aux modules 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 8 (stages 4, 5 et 6)					
STAGE 5	*Participer au raisonnement clinique à partir des problèmes de santé énoncés par l'infirmière (stages 5 et 6)					
STAGE 6	Il s'agit du dernier stage de la formation et la totalité des enseignements a donc eu lieu. «Ce stage dans une structure optionnelle est organisé en fonction du projet de l'élève AS» et des contraintes institutionnelles. Acquérir les compétences.					

« * » = activités à valider sur plusieurs stages

3.3.3 En amont du stage

En amont du stage, l'apprenant réalise les exercices suivants :

1) Compléter le schéma ci-dessous.



Source : GERACFAS, 2012, p.103.

COMMENTAIRES DE L'APPRENANT SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL PULMONAIRE

2) Elaborer des fiches sur 5 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

3) Elaborer des fiches sur 5 examens complémentaires prévalents

- Définition de l'examen complémentaire
- Indications de l'examen complémentaire
- Préparation du patient
- Grandes étapes du déroulement de l'examen complémentaire

3.4 Identification du service pneumologie

I – IDENTIFICATION DU SERVICE PNEUMOLOGIE

Dénomination du service :	Pneumologie	
Spécialité :	Médecine	
Capacités :	Hospitalisation traditionnelle ⇨	15
	Hospitalisation programmée ⇨	5
Modalités d'hospitalisation :	Hospitalisation traditionnelle : UF 7395	OUI
	Hospitalisation programmée : UF 73 98	OUI

<u>Pathologies prévalentes :</u>	<p>Cancer pulmonaire Crise d'asthme sévère Dilatation des bronches Embolie pulmonaire Exacerbation de la BPCO Hémothorax Infection pulmonaire Insuffisance respiratoire aigüe Insuffisance respiratoire chronique Pneumothorax Tuberculose</p>
<u>Examens complémentaires prévalents :</u>	<p>Angioscanner Echo-endoscopie bronchique Fibroscopie bronchique Ponction pleurale Radiographie pulmonaire Scanner thoracique Scintigraphie pulmonaire</p>
<u>Problèmes de santé dominants (autres que les pathologies):</u>	<p>Angoisse Anxiété Complications liées à l'alitement prolongé (escarre, constipation, encombrement pulmonaire, phlébite et infection urinaire) Déficit en soins personnels pour se laver, se vêtir/se dévêtir, s'alimenter, se déplacer aux toilettes Dégagement inefficace des voies respiratoires Dénî Douleur Fatigue Motivation à améliorer sa santé Non-observance Perte d'espoir Perte d'estime de soi Perturbation des échanges gazeux Prise en charge efficace de sa santé (observance) Risque de stratégie d'adaptation individuelle ou familiale inefficace Risque thrombo-embolique Tristesse</p>

<p><u>Thérapeutiques prévalentes :</u></p>	<p>Aérosolthérapie Antibiothérapie Chimiothérapie Ecoute active : écoute silencieuse, reformulation et retour en propos Education thérapeutique Entretien d'aide Entretien d'information Entretien de soutien Entretien motivationnel (encouragements + repérage axes d'amélioration) Oxygénothérapie Radiothérapie Soins de trachéotomie Soins liés au drainage thoracique Ventilation non invasive (VNI)</p>
---	---

<p><u>Activités de soins prévalentes :</u></p>	<p>Accueil des patients et des familles Administration médicamenteuse par voie orale Préparation et pose de perfusions IV et s/c Préparation et pose de pousse-seringues électriques Injection avec pose préalable d'une aiguille de Huber dans le dispositif de chambre implantable et surveillance Administration médicamenteuses par voie injectable (Sous-cutané, IVL, IVD, IM) Soins d'urgence relative et vitale en collaboration Evaluation de la douleur (localisation, fréquence, intensité) avec une échelle adaptée si besoin pour l'intensité Prélèvement artériel et l'analyse des résultats Prélèvement veineux : numération formule sanguine, CRP et ionogramme et albuminémie, troponine et BNP Aspiration bronchiques Soins et surveillance d'un patient trachéotomisé Soins et surveillance de patient sous VNI Soins et surveillance d'un patient sous AIRVO Education thérapeutique auprès de patients trachéotomisés, de patients sous VNI, de patients sous AIRVO et des patients traités avec un bronchodilatateur (soins éducatifs et préventifs) Surveillance et soins auprès d'un patient ayant un drain thoracique Evacuation d'épanchements pleuraux à l'aide du PleurX® Soins palliatifs de support Soins palliatifs et fin de vie Accompagnement de fin de vie de patients atteints d'un cancer ou d'une insuffisance respiratoire en phase terminale Accompagnement des proches des patients en fin de vie</p>
---	---

3.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe

1/ Prise en soin d'un patient en insuffisance respiratoire aigüe

- Accueil du patient en insuffisance respiratoire aigüe sur une insuffisance respiratoire chronique associée à une hypercapnie et une hypoxie
- Patient mis sous ventilation non invasive
- Education thérapeutique du patient ventilé

Compétences mobilisées
dans chaque situation :

Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations

(cf. annexes : situations prévalentes)

3.5 Prise en soin d'un patient en insuffisance respiratoire aigüe

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
<u>Accueil du patient en insuffisance respiratoire aigüe sur une insuffisance respiratoire chronique associée à une hypercapnie et une hypoxie</u>			
1. Accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil du patient en insuffisance respiratoire aigüe - Se présenter au patient, lui expliquer tous les gestes réalisés - Vérification de l'identité du patient (faire décliner l'identité par le patient si possible) - Vérification du port du bracelet d'identification - Installation du patient en position assise ou demi-assise 	1, 3, 6, 7, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.
2. Etat clinique de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres : prise PA, pouls, température, conscience, saturation en oxygène - Analyse et transmissions des résultats des paramètres - Recherche de signes de somnolence qui peut être un signe en lien avec une hypercapnie - Réalisation du bilan sanguin d'entrée (dont un bilan infectieux) et des GDS - Surveillance de la voie d'abord veineux si présente 	1, 2, 4	2, 3, 5, 7
3. Admission administrative	<ul style="list-style-type: none"> - Admission du patient sur le logiciel DxCare - Impression d'étiquettes nominatives - Réalisation de la macrocible d'entrée et du recueil de données 	2, 7	1, 3, 7
<u>Patient mis sous ventilation non invasive</u>			
4. Administration médicamenteuse suite à un raisonnement clinique médical et infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la prescription médicale - Administration de l'antibiothérapie prophylactique ou curative si prescrit et nécessaire (une antibiothérapie n'est pas systématique) - Surveillance des effets thérapeutiques : température, signes cliniques et biologiques - Surveillance de l'apparition des effets secondaires des traitements - Réalisation d'une radio pulmonaire si nécessaire - Information des gestes réalisés au patient 	1, 2, 4, 6, 7, 8	1, 3

	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la programmation par le pneumologue des paramètres de la VNI en fonction de la pathologie du patient et de son état respiratoire - Mise sous VNI avec ajout ou non d'oxygène (en fonction des résultats des GDS) : les séances de VNI sont débutées en journée sur une courte durée pour ne pas augmenter le risque d'angoisse lié à la sensation d'étouffement, pour apprécier le confort du patient avec le port du masque facial ou nasal (selon les recommandations du pneumologue) et pour évaluer la tolérance du patient aux pressions imposées par la VNI 		
5. Suivi de l'état clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure et analyse des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, saturation en oxygène), - Relevé et analyse des données de la VNI (la pression expiratoire, la pression inspiratoire, le volume courant, la fréquence respiratoire, la présence de fuites) - Transmissions de ces données sur un relevé qui est classé dans le dossier infirmier (traçabilité) - Evaluation du confort du patient - Soins relationnels - Soins éducatifs avec un entretien d'information de la VNI : expliquer au patient l'intérêt de la VNI (définir une PO₂, une PCO₂, le risque de l'hypercapnie sur l'organisme et l'intérêt de la VNI qui favorise l'élimination du gaz carbonique dans les poumons...) - Réalisation de GDS après l'utilisation de la VNI et une surveillance de la saturation nocturne 	1, 2, 4, 7, 8, 10	1, 2, 3, 5
6. Entourage : Famille et proches	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de la famille - Information de l'entourage sur la VNI et son intérêt 	6	5
<u>Education thérapeutique du patient ventilé</u>			
7. En amont des séances d'éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien d'information auprès du patient et de son entourage - Entretien motivationnel : repérer ce que sait le patient, le féliciter puis lui demander ce qui lui manque en informations ou autres besoins et réfléchir ensemble à des solutions - Elaboration d'un projet éducatif : 8 compétences du patient (HAS), diagnostics éducatifs et infirmiers (cf. problèmes de santé prévalents), objectifs de soins, actions 	2, 4, 7, 8	2, 3

<p>8. Lors des séances d'éducation thérapeutique initiale à l'hôpital</p>	<p>Si le patient est autonome (prise de décisions, intégrité intellectuelle, gestion de ses dépendances, gestion de son environnement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueillir ce que le patient a compris, réalisé et envisage de faire - Réexpliquer l'intérêt de la VNI (en fonction de ses besoins) - Apprendre à allumer et éteindre la VNI (en fonction de ses besoins) - Apprendre à retirer le masque est la priorité car le patient doit savoir le faire seul en raison du risque d'inhalation s'il vomit (en fonction de ses besoins) - Apprendre à mettre le masque (en fonction de ses besoins) - Apprendre à bien positionner le masque sur son visage et à détecter des fuites d'air qui peuvent jouer un rôle sur l'efficacité de la VNI et le risque de sécheresse oculaire par exemple si les fuites sont dirigées vers les yeux (en fonction de ses besoins) - Réajuster le matériel mis en place si problème d'utilisation et/ou de tolérance du patient (masque nasal, masque avec des attaches aimantées...) - Encourager et féliciter le patient est très important <p>Si le patient ne peut pas être autonome pour la mise en place de la VNI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Education faite auprès des proches du patient qui pourront intervenir à domicile (une IDE libérale ne peut pas faire ce soin car il n'est pas répertorié dans la liste des soins prodigués à domicile) 	<p>1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9</p>	<p>2, 3, 5, 7, 8</p>
<p>9. Sortie du patient sous VNI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sortie programmée grâce à une amélioration respiratoire du patient contrôlée par des GDS et une saturation nocturne - Livraison d'une VNI personnelle à l'hôpital par un prestataire (ce qui permet un premier contact entre le prestataire et le patient) - Explications données au patient avec sa VNI qui sera sensiblement la même que celle utilisée durant l'hospitalisation - Le prestataire est une personne ressource car il intervient à domicile pour le suivi du matériel et/ou un problème de fonctionnement du matériel. Par exemple, il peut intervenir dès le jour de la sortie à domicile pour éduquer le patient à mettre l'oxygène sur la VNI car le système est différent que celui de l'hôpital. 	<p>5, 6, 7, 9</p>	<p>5, 7, 8</p>
<p>10. Evaluation de l'observance du patient post-hospitalisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation réalisée lors d'une consultation de contrôle avec un pneumologue : - Analyse clinique du patient : observation d'une respiration eupnéique, polypnéique, avec ou sans cyanose... - Prélèvement artériel / GDS pour évaluer la qualité des échanges gazeux - Relevé de VNI : une carte mémoire (type carte SD) est incluse dans la VNI. Elle met en évidence l'observance de la VNI à domicile. 	<p>5, 6, 7, 9</p>	<p>3, 5</p>

3.7 Liste des abréviations

TDM	Tomo-Densito-Métrie (scanner)
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
CP	Cliché Pulmonaire
ECG	Électrocardiogramme
GDS	Gaz Du Sang
ECBC	Examen Cyto-Bactériologique des Crachats
EFR	Épreuves Fonctionnelles Respiratoires
BK	Bacille de Koch (tuberculose)
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
DDB	Dilatation Des Bronches
EP	Embolie Pulmonaire
SAOS	Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil
SOH	Syndrome de l'Hypoventilation de l'Obèse
SAOH	Syndrome d'Apnée et de l'Hypoventilation de l'Obèse
VS	Ventilation Spontanée
VNI	Ventilation Non Invasive
PPC	Pression Positive Continue
SAT	Saturation en oxygène
AA	Air Ambiant
PO2	Pression en dioxygène
PCO2	Pression en dioxyde de carbone
CIP	Chambre Implantable Percutanée
VVP	Voie par une Veine Périphérique

4

LIVRET D'ACCUEIL EN REANIMATION



Source : <http://www.ch-argenteuil.fr/wp-content/uploads/2017/08/le-service-de-reanimation-de-lho.jpg>

4.1 Généralités sur les services de réanimation/USC :

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

MEDECINS	SERVICES
Dr Kalfon, chef de service : 77213 Dr Hamrouni : 77211 Dr Ouchenir : 77212 Dr Conia : 77274 Dr Audibert : 77299 Dr Gontier : 77215 Dr Lherm : 77214 Dr Ben Salah : 77492 Réa de garde : 77210	Secrétariat réanimation : 33073 Fax réa : 33239 Unité 1 réanimation : 41060 Unité 2 réanimation : 41070 Unité 3 réanimation : 41080 USC : 41090 Fax USC : 33172
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	

4.2 Service de Réanimation/USC.

Dr Kalfon Pierre	chef de service, président CME
Dr Hamrouni Mouldi	PH
Dr Ouchenir Kader	PH
Dr Conia Alexandre	PH
Dr Ben Salah Adel	PH
Dr Audibert Juliette	PH
Dr Gontier Olivier	PH
Dr Lherm Thierry	PH
Internes	
Cadre supérieur de Santé	Mme MARTIN Delphine
Cadre de Santé	M. TECHER Stéphane
40 IDE poste IDE réa 1 : 41060 Poste IDE réa 2 : 41070 Poste IDE réa 3 : 41080 Poste IDE USC : 41090	25 AS
5 ASH : 77496	3 secrétaires médicales

Missions du service

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 réglementaire de la réanimation est fixée à l'article R. 6123-33 : "les soins de réanimation sont destinés à des **patients** qui présentent ou sont susceptibles de présenter **plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital** et impliquant le recours à des méthodes de suppléance."

Le service accueille des patients en provenance des urgences, des autres services d'hospitalisation, du domicile.

L'organisation de travail est prévue en 12h15, en 2 équipes assurant une alternance jour/nuit.

Les horaires sont

Jour	Nuit
07h45- 20h00	19h45-8h00

Les étudiants effectueront le stage sur une amplitude horaire de 7h30 soit 7h45-15h15

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

Les sorties des patients dans d'autres services d'hospitalisation ou parfois à domicile ont lieu à n'importe quel moment de la journée.

La durée moyenne de séjour est de 5, 51 jours en hospitalisation.

La moyenne d'âge de la population accueillie est d'environ 70 ans en hospitalisation.

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 des analyses de pratique. Il en présentera régulièrement aux professionnels.

4.3 Tutorat des étudiants et des élèves dans le service

4.3.1 Accueil

L'accueil est généralement réalisé par les IDE de proximité et les AS présents lors de l'arrivée des étudiants ou par l'IDE de liaison.

Le maître de stage, est le cadre de santé, M. Techer Stéphane.

Les tuteurs de stage sont les infirmiers et les aides-soignants :

Mmes THIERRY Emilie (IDE de liaison), LECOQ Céline (IDE), BARBET Corinne (IDE), CAPLAIN Anne (IDE), PREEL Isabelle (AS), LE MEAUX Cécile (AS)

L'accompagnement des apprenants s'appuie sur la charte des apprenants en formation en réanimation.

Charte de l'étudiant en formation en Réanimation Louis Pasteur



Article 1 – L'étudiant ou l'élève en formation fera preuve de politesse à l'égard du patient et de sa famille.

- Pas de tutoiement ou de familiarités.
- Le patient sera identifié par son nom et prénom et pas uniquement par son numéro de chambre.
- L'étudiant veillera à respecter la pudeur du patient.



Article 2 – L'étudiant ou l'élève en formation fera preuve de politesse à l'égard de l'équipe infirmière qui l'accueille ainsi qu'à l'égard de tout autre personnel de l'institution (médecins, autres paramédicaux, personnel d'entretien, ouvriers...).

- L'étudiant en formation se présentera en début de stage à l'équipe infirmière et au cadre.
- L'étudiant en formation aura une attitude positive de remise en question en cas de remarque formative. L'agressivité n'est pas admise.

Article 3 – L'étudiant et l'élève en formation développera une synergie d'apprentissage et de collaboration entre les étudiants de niveaux d'études différents.

Pas de hiérarchie en fonction de l'année d'études.

Article 4 – L'étudiant ou l'élève en formation veillera à adopter une tenue de travail adéquate:

- badge d'identification du statut d'étudiant, avec nom et prénom de l'étudiant
- aspect soigné, hygiène corporelle correcte
- cheveux propres et attachés
- ongles courts, sans vernis et propres (pas de faux ongles, résines...)
- pas de bijoux
- pas de maquillage outrancier
- le costume de travail propre sera enfilé dans le vestiaire de l'hôpital et ôté avant de quitter l'institution
- les souliers "silencieux" utilisés sont uniquement réservés à la pratique des stages

Article 5 – L'étudiant ou l'élève en formation respectera les précautions universelles concernant l'hygiène des mains.



Article 6 - L'étudiant ou l'élève respectera l'horaire de travail prévu.

- Il se présentera en tenue de travail à l'heure de début du stage et il quittera le service en tenue de travail à l'heure de fin de stage.
- Tout changement d'horaire doit impérativement être accordé et signé par l'école et le cadre.
- Toute absence sera annoncée à l'unité par téléphone dans les plus brefs délais ainsi qu'à l'école.
- Les pauses de midi sont organisées dans chaque unité. L'infirmière responsable de l'étudiant lui communiquera les modalités de l'unité.
- Pendant la pause de midi, la sortie du bâtiment est autorisée pendant un maximum de 30 min. et jamais en tenue de travail.



Article 7 – L'étudiant ou l'élève en formation respectera et appliquera les procédures en vigueur dans l'unité et dans l'institution.

Article 8 – L'étudiant ou l'élève en formation respectera la répartition du travail et fera preuve d'un esprit d'équipe et d'entraide envers les autres soignants.

Article 9 – L'étudiant ou l'élève en formation a un accès au dossier du patient, il respectera le secret professionnel.

- Toute infraction au respect du secret professionnel est considérée comme faute grave et sera sanctionnée.
- L'étudiant en formation fera preuve de discrétion concernant tout ce qui se passe dans l'établissement.

Article 10 - L'étudiant ou l'élève en formation respectera le matériel mis à sa disposition par l'hôpital.

- Les défauts seront signalés à l'infirmier(e)-chef.
- Tout vol (ciseaux, tensiomètre, matériel divers...) se verra immédiatement sanctionné et poursuivi.
- L'étudiant en formation respectera le local ou l'armoire vestiaire mis à sa disposition. L'armoire et le local seront rendus propres à la fin du stage.



Article 11 – L'étudiant ou l'élève en formation ne consommera pas gratuitement des produits hôteliers émanant de l'hôpital (repas, eau...).

Article 12 - En cas d'accident de travail ou d'accident d'exposition au sang, l'étudiant ou l'élève suivra la procédure mise à disposition dans les unités.

Il préviendra immédiatement le cadre. L'école sera prévenue de l'incident dans les plus brefs délais.

Article 13 - Acteur de sa formation, l'étudiant ou l'élève s'engage à consulter les prérequis au stage et à réviser la théorie des soins infirmier(e)s ou les cours s'y réfèrent.

Article 14 – L'étudiant ou l'élève en formation rédige et présente ses objectifs de stage à l'infirmière référente dans les 48 heures après le début du stage.

Article 15 – L'étudiant ou l'élève en formation sera en possession de son carnet de stage pendant toute la durée de son stage.

L'équipe infirmière doit à tout moment pouvoir vérifier les techniques déjà enseignées au cours théorique afin d'organiser au mieux l'apprentissage pratique au cours du stage.

Article 16 – L'étudiant ou l'élève en formation travaille sous la responsabilité d'une infirmière de référence.

Il ne prendra des initiatives de soins que dans la limite de ses compétences et en accord avec celle-ci. Il s'identifiera en précisant son statut de stagiaire dans tous les documents du dossier infirmier.

Article 17 – L'étudiant ou l'élève en formation choisira le moment de prise de renseignements pour son rapport de stage en collaboration avec l'équipe

4.3.2 Accompagnement

La première semaine de stage, l'étudiant/élève est encadré par les aides-soignants. Selon la formation de l'apprenant, le parcours de stage est individualisé : il est susceptible d'être accompagné par des IDE et/ou des AS.

Les attendus de la part des étudiants/élèves en soins infirmiers et des élèves aides-soignants sont principalement :

- Connaître le service, le matériel
- Connaître l'organisation des soins
- Savoir réaliser la toilette complète d'un patient intubé/ventilé
- Savoir mobiliser un patient intubé/ventilé
- Connaître les éléments de surveillance d'un patient en réanimation
- Savoir alerter devant un changement d'état clinique

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

- Les protocoles, les apports théoriques IDE, les cours médicaux en ligne sur CLINISOFT® (logiciel de prescription de réanimation)
- Les protocoles en ligne sur la démarche qualité
- Les référents (dialyse, ventilation mécanique, douleur,...)
- L'IDE de liaison

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

Pour les 2 bilans : les feuilles de bilan de compétences sont à photocopier et à donner à toutes les AS et/ou IDE qui vous ont encadrés durant la 1^{ère} partie du stage afin qu'elles puissent les remplir (**croix et appréciations**) sans attendre le jour du bilan de mi- stage. Les travaux demandés (démarches de soins et analyses d'activité) sont à donner aux tuteurs afin qu'ils puissent vous évaluer et vous aider à progresser si besoin.

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.

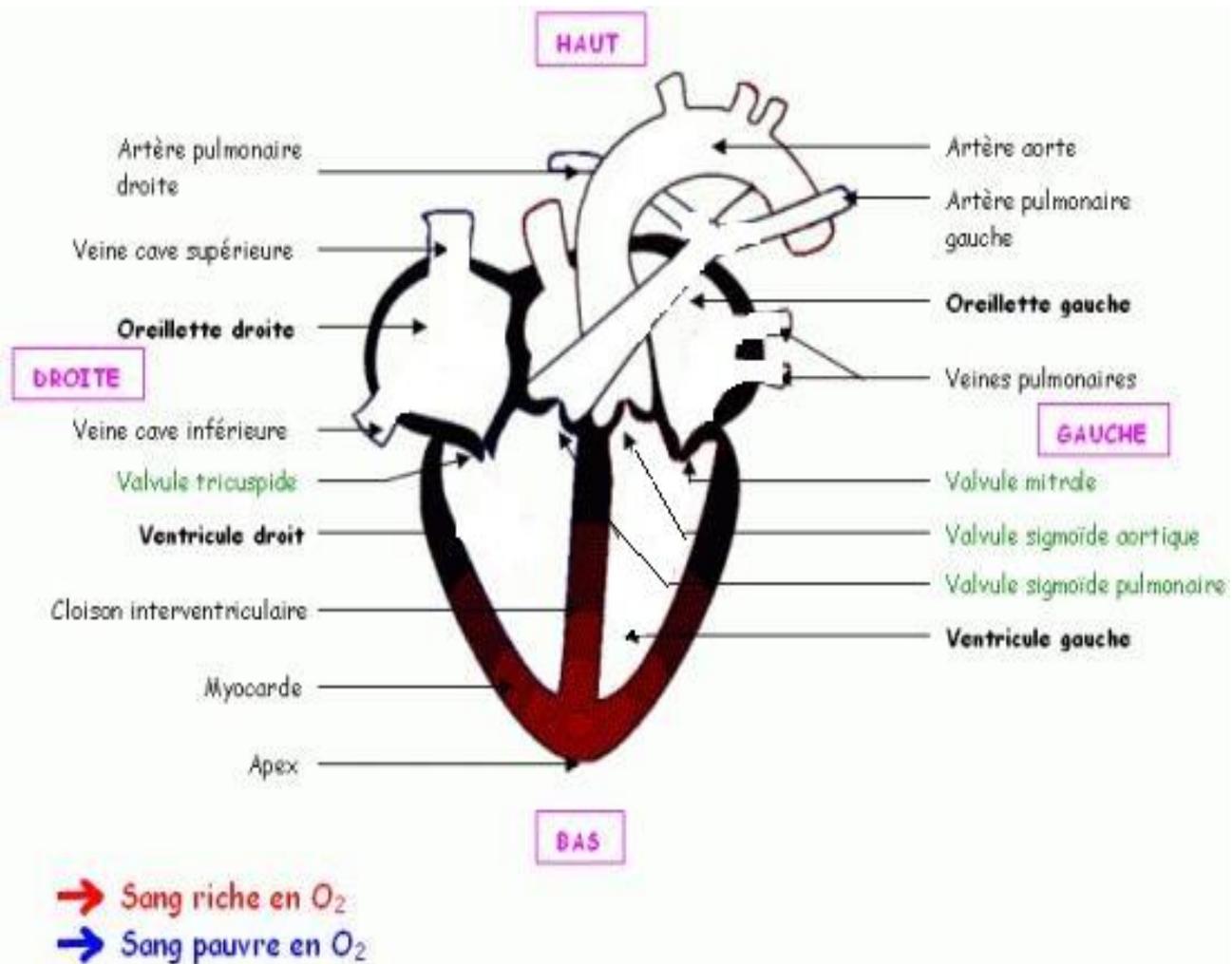
Pour le bilan intermédiaire, Les tuteurs ou le maître de stage peuvent réaliser le bilan de compétences de mi- stage. Il est réalisé au milieu du stage et est argumenté auprès de l'apprenant lors d'un entretien.

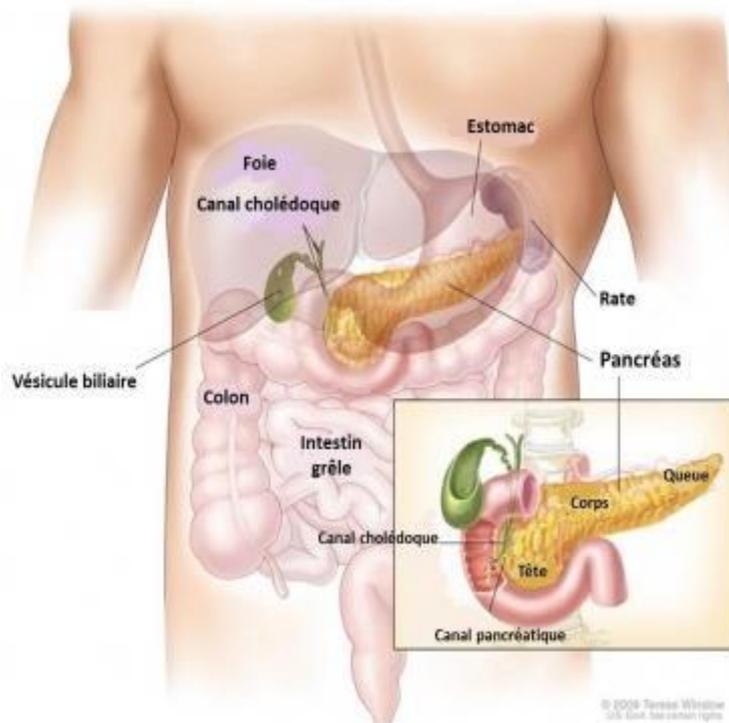
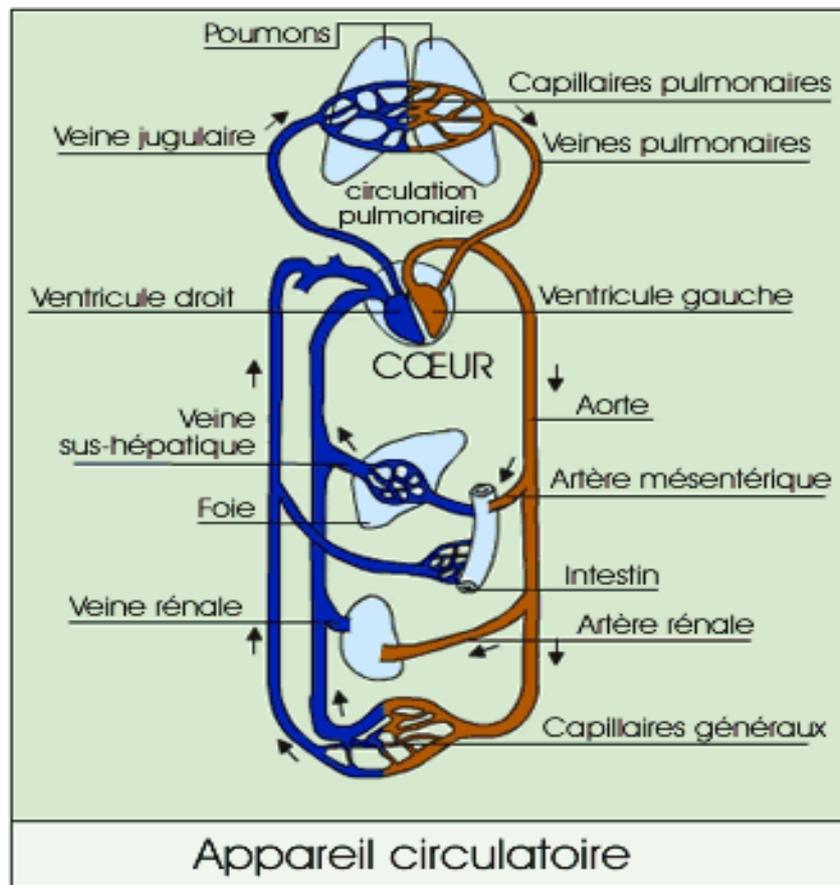
Pour le bilan de fin de stage, Il est attendu que l'apprenant réajuste ses pratiques entre le bilan de mi- stage et le bilan de fin de stage. Le maître de stage réalise le bilan de compétences de fin de stage. Il est réalisé en fin de stage et est argumenté auprès de l'apprenant lors d'un entretien. Le document final est signé par le CDS après une rédaction informatique (il est donc nécessaire que les documents soient remis précocement).

B-Rattacher l'examen biologique spécifique à chacune des pathologies :

Rhabdomyolyse	•	• BNP
Pathologies hépatiques	•	• Troponine, Myoglobine
Embolie pulmonaire	•	• Hémocultures
Hyperthermie	•	• Ddimères
OAP, dyspnée aggravée	•	• CPK
Douleur thoracique	•	• Gamma GT, TGO, TPG, Phosphatases, Alcalines, bilirubine, Lipase

C- schéma de la circulation du sang et anatomie :





4.4 Identification du service de réanimation / USC

I – IDENTIFICATION DU SERVICE Réanimation/USC

Dénomination du service :	Réanimation polyvalente/USC	
Spécialité :	Médico-chirurgicale	
Capacités :	Lits de réanimation ⇒	12
	Lits d'USC ⇒	6
	Places en réanimation ⇒	12
	Places en USC ⇒	6
Modalités d'hospitalisation :	Hospitalisation TEMPS PLEIN : UF 6420 (réa)	OUI
	UF 6429 (USC)	OUI
	Hôpital de JOUR :	NON
	Hôpital de SEMAINE :	NON
	Autre modalités :	NON

Pathologies prévalentes : Pour chaque pathologie, rechercher et connaître les signes cliniques prévalents.	<ul style="list-style-type: none"> - AVC - Choc cardiogénique - Choc septique - Coma - Complications post-opératoires - Complications liées à l'alitement prolongé - Détresse respiratoire aigüe - Hémorragies digestives - Insuffisance rénale aigüe - Intoxications médicamenteuses - PMO
--	--

Problèmes de santé dominants (autres que les pathologies) :	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la communication (ESI) : Incapacité ou difficulté à communiquer (EAS) - Déficit en soins personnels pour se laver, se vêtir, se dévêtir, s'alimenter, se déplacer aux toilettes (ESI) : Incapacité ou difficulté à réaliser ses soins personnels (EAS) - Escarre et/ou altération de l'état cutané - Incapacité ou difficulté à respirer - Perturbation de l'hémodynamique - Perturbation de la dynamique familiale - Risque de complications liées à l'alitement prolongé (escarre, constipation, encombrement pulmonaire, phlébite et infection urinaire) - Risque de PAVM - Risque hémorragique - Risque infectieux - Risque thromboembolique, de récurrence de pathologie
--	---

<u>Thérapeutiques prévalentes :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Analgésie - Antibiothérapie - Catécholamines - Curarisation - Décubitus Ventral - Drainage thoracique - Hémodialyse - Hémofiltration - Intubation - Kinésithérapie - Oxygénothérapie - Relation d'aide / Entretien d'aide - Remplissage vasculaire - Sédation - Ventilation mécanique - Ventilation non invasive - Voies d'abord : KTC, KTA, KTD
--	--

<u>Activités de soins prévalentes :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil des patients et des familles - Administration médicamenteuses par voie injectable (Sous-cutané, IVL, IVD, IM) - Aspiration Trachéale - Collaboration lors des soins d'urgence relative et vitale - Evaluation de la douleur (localisation, fréquence, intensité) avec une échelle adaptée si besoin - Gestion de la sédation/analgésie - Gestion des catécholamines - Participation aux intubations - Participation aux poses de KTC, KTA, KTD, drain thoracique - Prélèvement artériel - Préparation et pose de l'alimentation entérale et parentérale - Préparation et pose de pousse seringue électrique (PSE) - Réfection de pansements de cathéters, drain - Sortie des patients (collaboration avec les unités de soins) - Surveillance des paramètres vitaux (conscience, pa, pouls, température, saturation, fr) - Surveillance du respirateur - Toilette complète au lit (soins de bouche, soins d'yeux, soins de sondes, préventions d'escarres)
--	--

4.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe

<p>1/ Prise en soin d'un patient en sepsis sur pneumopathie évoluant vers un état de choc septique puis stabilisé</p> <ul style="list-style-type: none">- Accueil du patient en sepsis- Patient en état de choc- Patient stabilisé sous catécholamines, intubé/ventilé (incluant la toilette complète d'un patient intubé/ventilé)	<p><u>Compétences mobilisées dans chaque situation :</u> Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations</p> <p>(cf. annexes : situations prévalentes)</p>
---	---

Patient de 70 ans hospitalisé en pneumologie depuis 48h pour pneumopathie. Le patient est perfusé, sous oxygène à 9L/min, saturation en oxygène : 85%, FR : 35 mouvements par min, fébrile à 38,5°C et présente des marbrures au niveau des genoux. Dans ce contexte, son passage en réanimation est envisagé. Il est arrivé aux urgences accompagné de son épouse, Géraldine âgée de 65 ans en santé. Elle a appelé leurs 2 enfants dont ils sont proches et qui vivent en région parisienne.

4.6 Prise en soin d'un patient en sepsis sur pneumopathie évoluant vers un état de choc septique puis stabilisé : Situation prévalente apprenante prévalente et complexe

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
<u>Accueil du patient en sepsis</u>			
11. Accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Arrivée du patient dans le sas de réanimation, accompagné de l'IDE de pneumologie et du brancardier - 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) - Transfert sur le lit médicalisé de réanimation - Installation du patient dans le lit médicalisé de réanimation, sur un matelas anti-escarre (à air) dans une chambre seule - Déshabillage complet du patient afin de faciliter l'examen clinique, tout bijou est retiré ainsi que les éventuelles prothèses dentaires - Vérification du port du bracelet d'identification ou mise en place de celui-ci si absent - Monitoring du patient sur le scope de la chambre 	1, 3, 6, 7, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.
12. Etat clinique de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) // évaluation de la douleur et du confort - Réalisation du bilan sanguin d'entrée (+ GDS, réalisation des examens bactériologiques (ECBU, ECBT, antigénuries légionnelle et pneumocoque, hémocultures, SARM/BLSE) - Surveillance de la voie d'abord 	1, 2, 4, 10	2, 3, 5, 7
13. Admission administrative	<ul style="list-style-type: none"> - Admission du patient sur le logiciel DxCare - Admission du patient sur le logiciel de prescription de réanimation Clinisoft - Impression d'étiquettes nominatives - Réalisation de la macrocible d'entrée 	2, 7	1, 3, 7

14. Administration médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la prescription médicale - Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Respect de la règle des 5B - Administration de l'antibiothérapie, surveillance des effets thérapeutiques et des effets secondaires des traitements - Réalisation d'une radio pulmonaire - Information des gestes réalisés au patient 	1, 2, 4, 6, 7, 8	1, 3
15. Pose des dispositifs médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Aide à la pose des KTC, KTA - Réalisation du sondage urinaire 	4	2, 3
16. Surveillance et suivi de l'état clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) // Evaluation de la douleur et du confort - Réception et interprétation des résultats du bilan sanguin (évaluation d'urgence) - GDS perturbés avec pH 7,30 PaO2 60 mmhg PaCO2 50 mmhg - Soins relationnels et entretien d'information avant la mise en place de la VNI - Mise en place de la VNI 	1, 2, 4, 7, 8	1, 2, 3, 5
17. Entourage : Famille et proches	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de la famille par l'ASH dans la salle d'attente famille - Entretien avec le médecin et l'IDE 	6	5
18. Surveillance et suivi de l'état clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) : PA 70/45 (55), pouls 130 bpm, température à 38°C, saturation en O2 95% sous FiO2 90%, patient difficilement réveillable - surveillance de la VNI (paramètres du respirateur, tolérance, fréquence respiratoire, conscience) - réalisation d'un nouveau GDS 1 h après la mise en place de la VNI : pH 7,27 PaO2 70 mmHg PaCO2 60 mmHg 	1, 2, 4, 7, 8	2, 3, 7
<u>Patient en état de choc</u>			
19. Administration médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la prescription médicale - Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Administration de remplissage vasculaire et vérification de son efficacité (PA) - Mise en place des catécholamines (noradrénaline+ hydrocortisone) - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) - Gestion des catécholamines 	2, 4, 7, 8	2, 3

20. Suppléance respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation des médicaments pour l'induction - Aide à l'intubation et à la ventilation - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, saturation en oxygène) - Surveillance des paramètres du respirateur (fréquence, volume, pressions) - Pose d'une sonde naso-gastrique - Réalisation d'une radio pulmonaire / d'une fibroscopie bronchique - Surveillance gazométrique 	1, 2, 4, 7, 8	2, 3
21. Sédation/analgésie	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de la sédation et de l'analgésie +/- curarisation - Surveillance neurologique (douleur selon l'échelle BPS, sédations selon le BIS, curarisation selon NMT) - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, saturation en oxygène) 	4	2, 3, 7
22. Entourage : famille et proches	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement de la famille/proches auprès de leur proche hospitalisé par l'IDE après entretien d'information préalable sur l'environnement du patient (présence de sondes, de divers appareillages et machines, d'alarmes sonores et visuelles) 	6, 7, 9	5

Patient stabilisé sous catécholamine : Toilette d'un patient intubé/ventilé

5 En amont de la toilette	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du soin en collaboration avec un binôme et l'équipe - Mesure et analyse des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, saturation en oxygène) - Evaluation de la douleur et du confort du patient (faciès, mouvements corporels, valeurs des paramètres...) - Vérification de la faisabilité de la toilette (stabilité hémodynamique du patient, température, présence de douleur...) - Si douleur lors des mobilisations, administration d'un antalgique - Information du patient du soin et recherche de son consentement (verbal ou non verbal) - Préparation du matériel pour la réalisation de la toilette (savon, gants de toilette, serviette de toilette, draps propres, taie d'oreiller) - Préparation du matériel pour décontaminer le lit et les surfaces (2 chiffonnettes imbibées de désinfectant) - Pannière à linge pour évacuer le linge sale 	1, 2, 3, 4, 9, 10	1, 2, 3, 4, 6, 8
----------------------------------	---	-------------------	------------------

6 Pendant la toilette

Les 5 indications à L'HYGIENE DES MAINS



1 AVANT LE CONTACT PATIENT	OBJECTIF : Le professionnel pratique l'hygiène des mains lorsqu'il s'approche du patient pour s'occuper de lui.
2 AVANT LE GESTE ASEPTIQUE	OBJECTIF : Le professionnel pratique l'hygiène des mains immédiatement avant d'effectuer tout geste aseptique (placement de l'occlusion de gaze ou cathéter, pose ou placement de son patient) etc.
3 APRES LE RISQUE D'EXPOSITION A UN LIQUIDE BIOLOGIQUE	OBJECTIF : Le professionnel pratique l'hygiène des mains immédiatement après avoir été exposé professionnellement ou effectivement à un liquide biologique.
4 APRES LE CONTACT PATIENT	OBJECTIF : Le professionnel pratique l'hygiène des mains lorsqu'il quitte le patient après tout contact.
5 APRES LE CONTACT AVEC L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT	OBJECTIF : Le professionnel pratique l'hygiène des mains lorsqu'il quitte l'environnement du patient après avoir touché des surfaces et objets, même sans avoir touché le patient.

- Contrôle des voies d'abord et des traitements en cours (corrélation avec la PM)
- Réalisation de la toilette selon protocoles en binôme IDE/AS
- Respect de la pudeur et l'intimité du patient
- Respect des règles d'ergonomie et de manutention
- Respect des règles d'hygiène selon l'OMS :
- Communication verbale avec le patient tout au long du soin quel que soit son état de conscience
- Observation de l'état cutané à la recherche de lésion à décrire, analyser et traiter
- Organisation du soin peut être la suivante :
 - ✓ Toilette du visage +/- capiluve selon l'état clinique du patient
 - ✓ Réalisation des soins des yeux
 - ✓ Réalisation du soin de bouche
 - ✓ Réalisation des soins de sondes (vérification des repères des sondes d'intubation et gastrique, changement des cordons, surveillance locale des points d'appui liés aux sondes et aux cordons)
 - ✓ Toilette du torse en enlevant le monitoring scope mais en gardant le capteur de saturation
 - ✓ Monitoring du patient
 - ✓ Toilette des bras
 - ✓ Toilette des jambes et pieds
 - ✓ Petite toilette et soin de sonde urinaire
 - ✓ Réalisation des préventions d'escarres aux coudes et talons et surveillance de l'état cutané notamment au niveau des points d'appui des sondes.
- Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, conscience, saturation en oxygène)
- Mobilisation du patient pour le tourner sur le côté en étant vigilant aux tuyaux du respirateur, à l'état clinique du patient
- Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, conscience, saturation en oxygène)
- Réalisation de la toilette du dos et des fesses
- Réalisation des préventions d'escarre au sacrum et surveillance de l'état cutané
- Désinfection du matelas du patient / Changement de la literie du patient
- Réinstallation du patient sur le dos
- Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, conscience, saturation en oxygène)
- Installation du patient à 30°, sans pli de draps +/- mains attachés selon état de conscience (/risque d'autoextubation)
- Pesée du patient (lit avec pesée intégrée)

1, 2, 3, 4, 5, 6,
7, 8, 9, 10

1, 2, 3, 4, 5, 6

7 Après la toilette	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, conscience, saturation en oxygène) - Contrôle des éléments de sécurité du patient : lit, alarmes et autres - Transmissions orales en cas d'observation de perturbations - Transmissions dans le dossier de soins du patient informatisé - Evacuation du linge sale - Bionettoyage des surfaces et des sols 	2, 7, 8, 9	2, 6, 7, 8
----------------------------	---	------------	------------

4.7 Liste des abréviations

ACR	Arrêt cardio-respiratoire
AS	Aide-soignant
CIP	Chambre implantable
CVVH	continuous veno-venous hemofiltration : dispositif médical principalement utilisé pour la surcharge hydrosodée, l'insuffisance cardiaque congestive, la défaillance rénale ... (hémofiltration veino-veineuse continue)
CVVHD	continuous veno-venous hemodialysis : dispositif médical principalement utilisé pour la défaillance rénale aiguë ou chronique et l'acidose lactique (hémodiafiltration veino-veineuse continue)
DV	Décubitus Ventral
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
EER	Epuration extra-rénale
ECMO	Oxygénation par Membrane Extra-Corporelle
IDE	Infirmier
IMV	Intoxication médicamenteuse volontaire
IOT	Intubation oro-trachéale
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KTA	Cathéter artériel
KTC	Cathéter central
KTD	Cathéter de dialyse
KTP	Cathéter périphérique
PAD	Pression artérielle diastolique
PAM	Pression artérielle moyenne
PAS	Pression artérielle systolique
PAVM	Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique
PIC	Pression intra crânienne
PMO	Prélèvement multiple d'organes
PPC	Pression perfusion cérébrale
SNG	Sonde naso gastrique
SU	Sonde urinaire
TAP	Thorax abdomino pelvien
VM	Ventilation mécanique

5

LIVRET D'ACCUEIL AUX

URGENCES

Aux urgences



Source : <http://4.bp.blogspot.com/-N1XbNFbjIww/UN90zu92IBI/AAAAAAAAAzo/qOsOUdD4rJo/s1600/urgences.jpg>



5.1 Généralités sur les services de urgences

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

MEDECINS	SERVICES
	Sécurité : 41603 Odile informatique : 77619 Biochimie : labo 41163 (fax : 33778) / Hémato : labo 41186 (fax : 33076) / EFS 41191 secrétariat urgence 33713 IDE SMUR 1 :77126 IDE SMUR 2 : 77122 Circuit long : 41016/41030/41003 Circuit court : 41012 UHTCD : 41004/41034 Déchocage : 41010/41008 IOA (ide d'accueil et d'orientation) : 77129 /41000 Brancardage long : 77 124 Brancardage UHTCD court : 77 123
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	

5.2 Service des urgences

Dr REVUE	chef de pôle, chef de service
Medecin (19 ETP)	
Cadre de Santé (2 ETP)	Mme MENI Mme LEMERY
IDE (38 ,3 ETP)	AS (20 ,7 TP) brancardiers (9 TP) conducteurs ambulanciers (9 TP)
ASH (6 ETP)	
secrétaires médicales (4 TP)	
Agents d'admission (4 TP)	

Missions du service

L'une des fonctions fondamentales du service est d'assurer l'accueil et le traitement des urgences majeures et des états de détresse, qui exigent la mise en œuvre de moyens complexes et demandent l'intervention d'une équipe soignante hautement qualifiée, assistée de spécialistes. Elle ne s'adresse en fait qu'à une faible proportion des usagers du service mais requiert cependant une certaine qualification des intervenants.

La seconde fonction du SAU (Service d'Accueil des Urgences) est de répondre à la demande des patients présentant une urgence qualifiée de mineure, sans mise en jeu du pronostic vital; ce sont pour la majorité des consultations. Elle nécessite une présence médicale et paramédicale permanente, assurée par une équipe formée à l'accueil et à l'urgence.

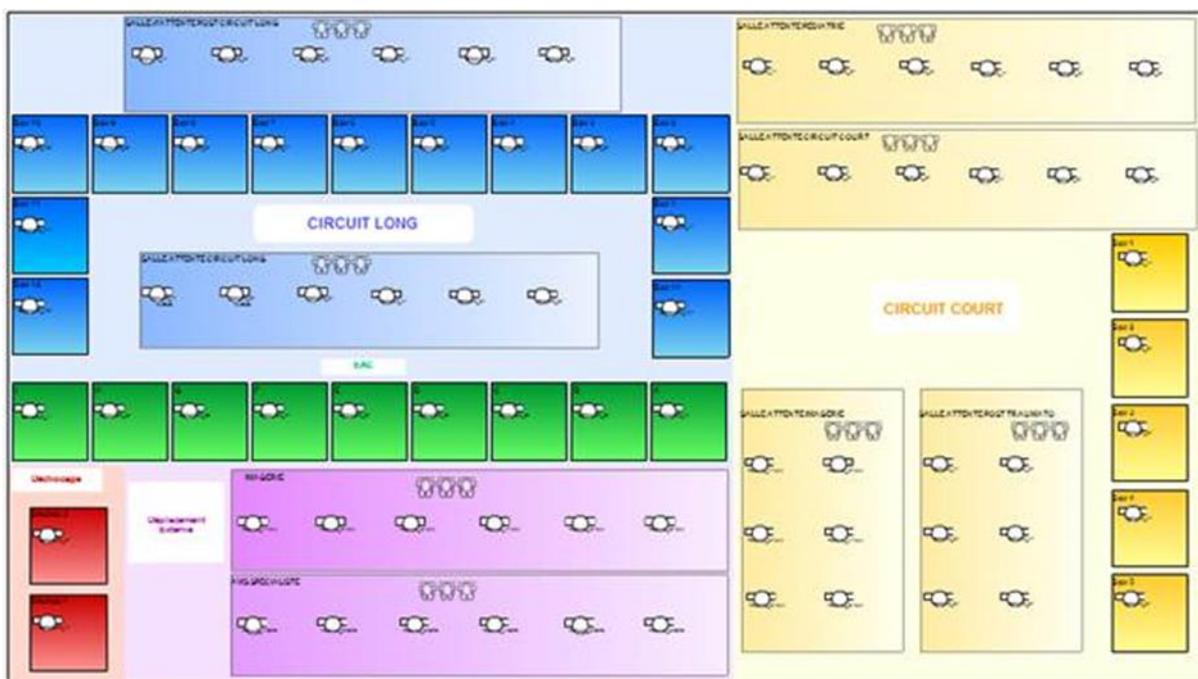
Le service des Urgences des Hôpitaux de Chartres assure les urgences médicochirurgicales et psychiatriques adultes, les urgences chirurgicales pédiatriques (les urgences médicales pédiatriques et gynéco- obstétriques étant pris en charge au Pôle Femme- Enfant).

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

Les horaires sont :

UHTCD	Court	Long dechoc (J) SMUR	Accueil	Nuit
7h00-19h00 (MH) ou 8h30-20h30 (CH)	09h00-21H00 (M2C)	8h00 -20h00 (M1L M1S M2S) 10h00-22h00 (J)	8h00-20h00 (AC)	20h00 -8h00

LES UNITES FONCTIONNELLES (UF)



Le service est organisé en plusieurs secteurs. Seuls les secteurs 1, 2 et 3 sont représentés sur le schéma de géolocalisation :

1. Le secteur « circuit court » (UF 4050)

Les missions de ce secteur sont :

- Accueillir toute personne dont l'état de santé nécessite une prise en charge immédiate sur le plan somatique (traumatologie, consultation simple, les urgences chirurgicales pédiatriques...)
- Prodiguier des soins et mettre en route les traitements.
- Orienter les personnes vers les services de soins les plus adaptés à la pathologie des patients.
- Organiser le suivi en interne ou en externe des patients.

2. Le secteur « circuit long »

Les missions de ce secteur sont :

- Accueillir toute personne dont l'état de santé nécessite une prise en charge immédiate sur le plan somatique, psychologique, et/ou sociale.
- Prodiguier des soins et mettre en route les traitements.
- Orienter les personnes vers les services de soins les plus adaptés à la pathologie des patients.
- Organiser le suivi en interne ou en externe des patients.

3. La SAUV (Salle d'Accueil des Urgences Vitales) (UF 4055)

- La SAUV ou salle de déchocage, est un lieu d'accueil, au sein du service d'urgences, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle.
- Elle est ouverte 24/24
- La SAUV est polyvalente, médicale et chirurgicale

4. L'unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) (UF 4060).

Ce secteur accueille les patients :

- Nécessitant une surveillance de quelques heures avant une sortie.
- Dont l'état de santé nécessite une consultation psychiatrique.
- Dont l'état de santé instable requiert une surveillance rapprochée avant l'orientation vers les unités d'hospitalisation conventionnelle.
- En attente de places dans les services.

5. Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (UF 9700).

Sa mission est d'assurer la prise en charge pré hospitalière des personnes présentant un risque vital réel ou potentiel nécessitant une prise en charge médicale et paramédicale avant tout transport vers un centre hospitalier. Ce service assure également les transferts inter hospitaliers de patients médicalisés.

6. Autres UF attachées au service des Urgences:

- L'unité de vaccination pour la fièvre jaune (UF 4880), incluant un quart de poste de secrétaire pour assurer la prise de rendez-vous des usagers.

- ▣ L'unité basée au foyer d'Accueil Chartrain (FAC) dans le cadre de la Permanence d' Accès aux Soins de Santé (PASS) (UF 4080), qui compte 1/2 poste infirmier et 1/2 poste d'assistante social

5.3 Tutorat des apprenants dans le service

5.3.1 Accueil

L'accueil des urgences est une mission importante de l'institution hospitalière: « un service d'Accueil et de Traitement des Urgences doit accueillir sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale. » (Article 712-65 du Code de la Santé Publique). Par ailleurs, la détresse des accompagnants constitue également une urgence à laquelle il faut être attentif.

Tout comme l'accueil des patients est l'une de nos priorités, l'accueil des étudiants dans notre service est une de nos préoccupations: être bien accueilli pour pouvoir bien accueillir et se former en tant que futur professionnel de santé.

L'accueil est généralement réalisé par le maître de stage (Cadre du service des urgences) ou le tuteur.

5.3.2 Accompagnement

La première semaine de stage, l'étudiant doit comprendre l'organisation du service des urgences et avoir travaillé ses prérequis.

Les attendus de la part des étudiants et élèves :

Il est impératif que l'étudiant soit acteur de sa formation durant le stage. Nous vous rappelons qu'une feuille sera remplie quotidiennement par l'IDE (ref du jour) qui encadrera l'étudiant sur les actes techniques, le comportement et les acquis théoriques, en vue du bilan de mi stage et de fin de stage.

Il lui est demandé de réaliser régulièrement des planifications de soins, des démarches de soins et des analyses de pratique. Il les présentera aux professionnels.

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

Pour toute question, le cadre ou le tuteur de stage sont disponibles. Des livres relatifs aux urgences et du matériel de démonstration sont disponibles sur demande afin de compléter leurs connaissances.

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 de l'étudiant et si possible le maître 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.

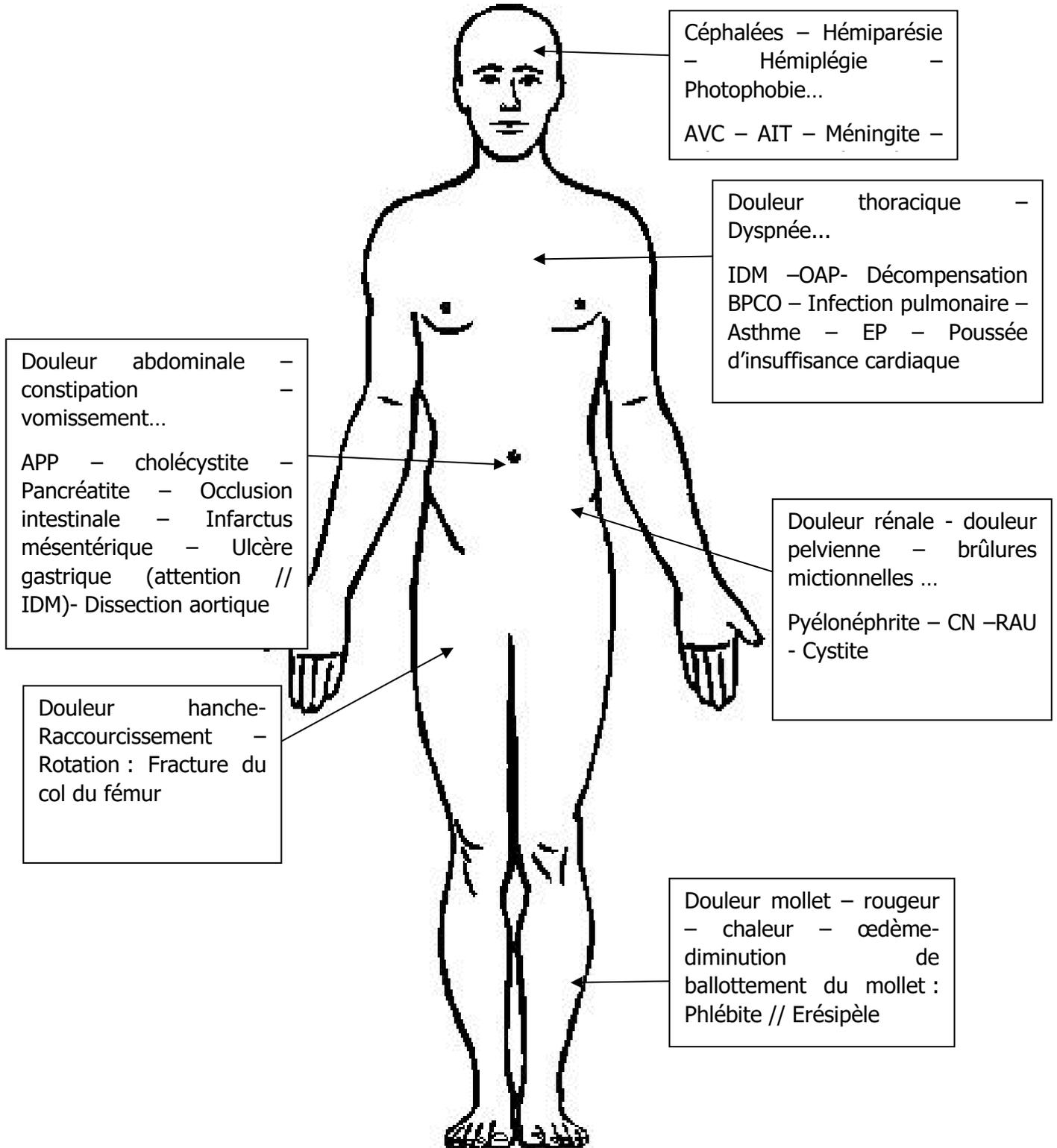
Pour les 2 bilans :

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.

5.3.3 En amont du stage à faire valider la première semaine

En amont du stage, l'apprenant réalise les exercices suivants

1) **Connaissances pré-requises** : connaissances incontournables en amont (anatomie + physiologie) pour repérer les signes pathologiques.



2) **Tableau à compléter**

BIOLOGIE	NORMES	INTERPRETATION
NFS		
IONO		
BH (complet) LIPASE		
CRP		
INR TP TCA		
TROPONINE US D DIMERE BNP		
CK (CPK)		
GROUPE RHESUS RAI		
HEMOCULTURE		
BU / ECBU		
GAZ DU SANG (po2 PCO2 PH)		
PCT		
LACTATE		
UREE/ CREATININE		

5.4 Identification du service des urgences

I – IDENTIFICATION DU SERVICE DES URGENCES

Dénomination du service :	<i>La SAUV (Salle d'Accueil des Urgences Vitales) (UF 4055) Le secteur « circuit court » (UF 4050) Le secteur « circuit long » (UF 4051) L'unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) (UF 4060). Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (UF 9700).</i>	
Spécialité :	Prise en charge de l'urgence	
Capacités :	Lits ⇒ UHTCD 9 lits dit non scopés et 7 lits scopés + 1 chambre pour détenu	nombre
	Places ⇒	nombre
Modalités d'hospitalisation :	Hospitalisation TEMPS PLEIN UHTCD:	OUI
	SMUR : Prise en charge SMUR par une équipe pluridisciplinaire d'un patient dont le pronostic vital peut être engagé.	NON
	Hôpital de SEMAINE :	NON
	Autre modalités :	

Pathologies prévalentes :

Pathologies cérébrales

- AIT
- AVC
- Hémorragies cérébrales : ruptures d'anévrismes
- Méningites
- Migraines

Pathologies respiratoires

- Asthme
- BPCO
- Infections pulmonaires

Pathologies cardio-vasculaires

- Embolie pulmonaire
- OAP
- Phlébite
- Syndrômes coronariens : Angor, IDM...

Pathologies digestives

- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Appendicite
- Cholecystite
- Gastrite (diagnostic différentiel de l'IDM)
- Ischémie du mésentère
- Occlusion digestive
- Pancréatite

Pathologies rénales

- Colique néphrétique
- Infection urinaire
- Insuffisance rénale
- Pyélonéphrite
- Rétention aigüe d'urines

Pathologies infectieux

- Erysipèle

Traumatologie

- Entorse
- Fracture : dont fracture du col du fémur
- Luxation
- Polytraumatisé

Psychiatrie

- Intoxications (médicamenteuses, alcoolique)
- Psychiatrique (névrose, psychose)

Chocs et comas

- Choc cardiogénique, anaphylactique, septique et hémorragique
- Coma hyperosmolaire, coma hypoglycémique, coma acido-cétosique...

Autres pathologiques

- Cancers

<p><u>Problèmes de santé dominants</u> <u>(autres que les pathologies):</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la communication (ESI) : Incapacité ou difficulté à communiquer (EAS) - Anxiété - Auto/hétéro agressivité - Déficit en soins personnels pour se laver, se vêtir, se dévêtir, s'alimenter, se déplacer aux toilettes (ESI) : Incapacité ou difficulté à réaliser ses autosoins ou soins personnels (EAS) - Déséquilibre électrolytique - Douleur - Escarre et/ou altération de l'état cutané - Incapacité ou difficulté à respirer - Perturbation de l'hémodynamique - Perturbation de la dynamique familiale - Plaie /traumatisme/brûlure - Risque de complications liées à l'alitement prolongé (escarre, constipation, encombrement pulmonaire, phlébite et infection urinaire)
---	--

<p><u>Thérapeutiques prévalentes :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aérosolthérapie - Analgésie - Antibiothérapie - Anticoagulant - Anxiolytique - Catécholamines - Drainage thoracique - Intubation - Oxygénothérapie - Psychothérapie - Relation d'aide - Remplissage vasculaire - Sédation - Transfusion - Ventilation mécanique - Ventilation non invasive - Voies d'abord : KTC, KTA, KTD
---	--

Activités de soins prévalentes :

- Accueil des patients et des familles
- Administration médicamenteuses par voie injectable (Sous-cutané, IVL, IVD, IM)
- Aide à la pose d'attelle et de plâtre
- Aspiration Trachéale
- Collaboration lors des soins d'urgence relative et vitale
- Entretien d'aide (patient et entourage)
- Entretien d'information (patient et entourage)
- Entretien de soutien (patient et entourage)
- Evaluation de la douleur (localisation, fréquence, intensité) avec une échelle adaptée si besoin
- Gestion de la sédation/analgésie
- Gestion des catécholamines
- Pansement
- Participation aux intubations
- Participation aux poses de KTC, KTA, KTD, drain thoracique
- Prélèvement artériel et veineux
- Préparation et pose de l'alimentation entérale et parentérale
- Préparation et pose de perfusion
- Préparation et pose de pousse seringue électrique (PSE)
- Réfection de pansements de cathéters, drain
- Sortie des patients (collaboration avec les unités de soins)
- Surveillance des paramètres vitaux (conscience, pa, pouls, température, saturation, fr)
- Surveillance du fonctionnement du respirateur et autres dispositifs médicaux
- Toilette complète au lit (soins de bouche, soins d'yeux, soins de sondes, préventions d'escarres)

5.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe

1/ Prise en soin d'un patient en dyspnée

- Accueil du patient en dyspnée par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)
- Prise en soin du patient en dyspnée en CIRCUIT LONG
- Patient installé dans l'espace d'attente couchée (EAC)
- Patient installé temporairement en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD)

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 en dyspnée

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
<u>Accueil du patient en dyspnée par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO)</u>			
1. Admission administrative	<ul style="list-style-type: none"> - Arrivée du patient dans le sas d'accueil d'urgences (SAU) - Admission du patient sur le logiciel DxCare - Impression d'étiquettes nominatives - Pose du bracelet d'identification par l'agent administratif qui a préalablement créé l'admission et vérifier l'identité du patient 	7	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.
2. Accueil et installation en salle de triage	<ul style="list-style-type: none"> - Installation du patient en salle de triage - Prise des paramètres de référence : FR, SatO2, prise PA, pouls, température, conscience, // évaluation de la douleur : type, fréquence, intensité, localisation, durée et moyens antalgiques. - Recherche de marbrures : genoux et abdominales - Entretien de recueil de données : histoire de la maladie, antécédents, traitements en cours et allergies. - Réalisation du tri IOA (5 tri en fonction de la gravité de l'état de santé du patient allant de 1 à 5 avec code couleur). 	1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10	2, 3, 5, 7
<u>Prise en soin du patient en dyspnée en CIRCUIT LONG</u>			
3. Installation au circuit long	<ul style="list-style-type: none"> - Déshabillage complet du patient afin de faciliter l'examen clinique. - Une fois le patient installé, le médecin réalise un examen et prescrit des thérapeutiques, des actes et des surveillances IDE et AS. - Après vérification de la prescription et de l'identité du patient : - Réalisation d'un ECG, d'un bilan sanguin, de GDS - Réalisation des examens bactériologiques (ECBU, antigénuries légionnelle et pneumocoque et hémocultures) - Pose et surveillance de la voie d'abord - Monitoring du patient sur le scope du box - Réalisation d'une radio pulmonaire après vérification de l'identité du patient. - Accompagnement des proches auprès du patient après la réalisation des soins. 	2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10	1, 3, 7

Patient installé dans l'espace d'attente couchée (EAC)

4. Installation EAC : Espace d'attente couchée	<ul style="list-style-type: none">- Surveillance de la voie veineuse- Attente et analyse des résultats d'examens complémentaires- Vérification de la prescription médicale- Recherche d'anomalie(s) de la prescription- Respect de la règle des 5B- Administration des antalgiques, de l'antibiothérapie- Surveillance des effets thérapeutiques et des effets secondaires des traitements- Prise des paramètres vitaux (conscience, rythmes respiratoire et cardiaque), ré évaluation de la douleur.- Soins de nursing- Information des gestes réalisés au patient	1, 2, 4, 6, 7, 8	1, 3
---	--	------------------	------

Patient installé temporairement en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD)

5. Passage UHTCD	<ul style="list-style-type: none">- Patient installé en UHTCD en chambre avec un monitoring- Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) // Evaluation de la douleur et du confort- Réception et interprétation des résultats du bilan sanguin	3, 4, 8, 9, 10	2, 3
6. Evolution	<ul style="list-style-type: none">- GDS perturbés avec pH 7,30 PaO2 60 mmhg PaCO2 50 mmhg- Evaluation de l'état clinique du patient (paramètres)- Evaluation de l'état psychologique du patient (anxiété, angoisse...)- Soins relationnels et entretien d'information avant la mise en place de la VNI- Mise en place de la VNI en présence du médecin	4, 7, 8, 9	1, 2, 3, 5
7. Entourage : Famille et proches	<ul style="list-style-type: none">- Accueil de la famille par les IDE et/ou AS du service des urgences présents en UHTCD (visites autorisées entre 12 h et 20 h)- Entretien avec l'équipe soignante car la famille en exprime le besoins (salle des familles en UHTCD prévue à cette intention)	6, 9	5

8. Surveillance et suivi de l'état clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) : PA 70/45 (55), pouls 130 bpm, température à 38°C, saturation en O2 95% sous FiO2 90%, patient difficilement réveillable. - Surveillance de la VNI (paramètres du respirateur, tolérance, fréquence respiratoire, conscience) - Soins éducatifs par rapport à la VNI - Réalisation d'un nouveau GDS 1 h après la mise en place de la VNI : pH 7,27 PaO2 70 mmHg PaCO2 60 mmHg - Soins de nursing 	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10	1, 2, 3
9. Administration médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la prescription médicale - Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Respect de la règle des 5B : bon médicament, bon patient, bon moment, bon dosage et bonne voie - Administration de remplissage vasculaire et vérification de son efficacité (PA) - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) 	1, 2, 4, 7, 8	2, 3, 7
10. Traçabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des transmissions orales au fur et à mesure de la prise en charge - Saisie des données et analyses dans le logiciel des transmissions écrites - Rédaction d'une macrocible intégrant l'évolution en fin de service 	7, 8, 9	7, 8

5.7 Liste des abréviations

ACR	Arrêt cardio-respiratoire
AEG	Altération de l'état général
BAV	Bloc auriculo-ventriculaire
CIP	Chambre implantable
CN	Colique néphrétique
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
FA	Fibrillation auriculaire
FAV	Fistule artério veineuse
IDM	Infarctus du myocarde
IMV	Intoxication médicamenteuse volontaire
IOT	Intubation oro-trachéale
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KTA	Cathéter artériel
KTC	Cathéter central
KTP	Cathéter périphérique
MADD	Maintien à domicile difficile
OAP	Œdème aiguë du poumon
PMO	Prélèvement multiple d'organes
PSE	Pousse seringue électrique
RAU	Rétention Aigue d'Urines
SAMU	Service d'Aide Médical Urgence
TAP	Thorax abdominaux pelvien
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VLM	Véhicule Léger Médicalisé
VNI	Ventilation non invasive

6

LIVRET D'ACCUEIL EN NEUROLOGIE



Source : <https://starcarehospital.files.wordpress.com/2013/02/neurology.jpg>

6.1 Généralités sur les services de neurologie

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

MEDECINS	SERVICES
Dr BOHOTIN PH Dr BOTEV PH Dr GRIMAUD PH Dr MAZZARI PH Dr RENARD	77290 77189 77219 77188 EEG-EMG
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

6.2 Service de neurologie

Dr REVU	chef de pôle
Dr BOHOTIN	77290
Dr BOTEV	77189
Dr GRIMAUD	77219
Dr MAZZARI	77188
Internes	
Cadre supérieur de Santé	77261
Cadre de Santé	77413
IDE poste IDE	41575
secrétaires médicales	33765 02-37-30-37-65

Le service accueille des patients en provenance des urgences, du domicile, d'autres établissements de santé et médico-sociaux

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

La permanence paramédicale :

	MATIN 6h45-14h45 l'USINV : 6h30- 14h30		APRES-MIDI 14h-21h30		NUIT 21h00-7h00	
	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS
USINV	1	1	1	1	1	1
UNV	1	2	1	1		
NEUROLOGIE GENERALE	1	2	1	1	1	1

Les étudiants sont amenés à faire les créneaux horaires suivants : 6h45-14h45 / 14h-21h30 / 8h30-16h30.

Dans chaque secteur d'activité, la visite médicale a lieu le matin et une contre-visite est assurée le soir.

Les sorties « retour à domicile » se font aussi bien le matin que dans l'après-midi.

La durée moyenne de séjour est de : UNV = 8.5 / USINV = 3.19 / Traditionnelle = 7.7 jours.

La moyenne d'âge de la population accueillie est de 64 ans.

L'étudiant est acteur et responsable de sa formation. Il travaille sous la responsabilité du professionnel qui l'encadre et qui lui délègue des tâches sous contrôle. Il garde néanmoins la responsabilité de ses actes. 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 en annexe). 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 des analyses de pratique. Il les présentera régulièrement aux professionnels.

Une charte d'accueil des étudiants infirmiers et des élèves aides-soignants a été rédigée par l'équipe du service de neurologie (cf charte d'accueil des étudiants en annexes).

6.3 Tutorat des apprenants dans le service

6.3.1 Accueil

L'accueil est généralement réalisé par le maître de stage : Madame Guichard-Lebrun, CDS

6.3.2 Accompagnement

Le tuteur de stage ou référent de stage : accompagne l'apprenant en individualisant son parcours de stage.

Les attendus de la part des étudiants ESI/élèves AS sont :

- De connaître les spécificités du service de neurologie (pathologies et problèmes de santé, thérapeutiques, examens prévalent et soins prévalents).
- De respecter les règles de politesse et de savoir-vivre (se présenter à chaque membre de l'équipe, saluer l'ensemble du personnel en arrivant et en partant).
- De mettre à disposition les documents de suivi de son activité et de sa progression (objectifs de stage, feuille de suivi de stage à remplir et à faire signer régulièrement, planification, projet de soins sur support informatique et analyse de pratique).
- D'aller vers les professionnels et de solliciter leur aide pour pouvoir être encadré régulièrement.
- De faire des efforts qui permettent de développer une autonomie et prendre des initiatives adaptées.
- D'utiliser un langage adapté et professionnel et d'avoir une attitude respectueuse.

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

- L'équipe pluri professionnelle.
- Support informatique de planification.
- Protocoles internes au service.
- Dx care (code d'accès donné à l'arrivée dans le service), ENNOV.
- Dossier médical
- Flyers sur les pathologies prévalentes du service.

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

L'apprenant doit prendre rendez-vous avec le maître de stage ou son tuteur / référent de stage pour la réalisation des bilans (mi stage et fin de stage). Il lui sera demandé son vécu de stage et ses travaux (programmation de soins, projet de soins, analyse de pratique pour les ESI). Les objectifs de stage seront évalués. En fin de stage, il est attendu un réajustement des axes de progression notifiés lors du bilan de mi stage.

Pour les 2 bilans :

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. 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.

6.3.3 En amont du stage, exercices à faire valider la 2ème semaine

1) **Pré-requis** : Compléter les tableaux ci-dessous et mémoriser les connaissances.

Test connaissances des normes biologiques prévalentes en neurologie
--

en lien avec UE 2.2 S1 /cycles de la vie et grandes fonctions (ESI) / Module 2 et module 3 (EAS)

Numération formule sanguine

érythrocytes	H =	F=
leucocytes		
plaquettes		
hémoglobine	H =	F=
hématocrite	H =	F=

Ionogramme sanguin

sodium NA	
potassium K	
calcium CA	
urée	
créatinine	
protides	
glycémie à jeun	

Hémostase

taux de prothrombine TP	
taux de céphaline activée TCA	
INR	
	si < risque =
	si > risque =
fibrinogène	

Autres

TA	
	hypo = hyper =

6.4 Identification du service de neurologie

I – IDENTIFICATION DU SERVICE DE NEUROLOGIE

<u>Dénomination du service :</u>	Neurologie	
<u>Spécialité :</u>	Neurologie générale UF : 7271 Soins Intensifs Neuro Vasculaires UF : 7272 Neuro Vasculaire UF : 7273	
<u>Capacités :</u>	Neurologie générale Soins Intensifs Neuro Vasculaires Neuro Vasculaire	Nombre 15 4 12
<u>Modalités d'hospitalisation :</u>	Hospitalisation TEMPS PLEIN :	OUI
	Hôpital de JOUR commun avec le service de rhumatologie (5 ^{ème} étage). UF : 7277	OUI
<u>Consultations :</u>	Explorations fonctionnelles de neurologie EEG EMG. UF : 4625	OUI

<u>Pathologies prévalentes :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - vasculaires : Accident Vasculaire Cérébral (AVC), ischémique, hémorragique, transitoire. - neurodégénératives : sclérose en plaque, maladie de Parkinson, démence, ... - autres : méningite, tumeur cérébrale, épilepsie, ...
---	--

<u>Problèmes de santé dominants</u> <u>(autres que les pathologies) :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Complications liées à l'alitement prolongé : Constipation, Infections pulmonaires par stase des sécrétions ou inhalation, Infections urinaires par rétention d'urines, Risques thromboemboliques, Fonte musculaire. - Constipation - Déficit en soins personnels pour se laver, se vêtir/se dévêtir, s'alimenter et/ou se déplacer aux toilettes - Dépendance physique, psychologique et/ou sociale - Douleur aiguë - Douleur chronique - Douleur chronique et/ou résistante au médicament - Estime de soi - Habitudes de sommeil perturbées liées à l'hospitalisation, à la douleur et/ou à l'anxiété - Mobilité physique réduite - Perte d'espoir - Perturbation dans le temps et dans l'espace - Perturbation de l'image corporelle - Perturbation de la dynamique familiale - Perturbation socio-professionnelles - Sentiments d'impuissance - Sentiments d'inutilité
--	--

<p><u>Thérapeutiques prévalentes :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques - Anti agrégant plaquettaire - Anti-arythmique - Antibiotiques - Anticoagulants curatifs, préventifs - Antidépresseur - Antidiabétique - Antiépileptique - Anti-inflammatoire - Ergothérapie - Hypotenseurs - Hypnotique - Kinésithérapie - Orthophonie - Oxygénothérapie - Psychothérapie - tEXTURES alimentaires spécifiques
---	--

<p><u>Activités de soins prévalentes :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Administration et surveillance de produits sanguins labiles - Aide pour les soins bucco-dentaires, les pédiluves ou les capilluves - Aide technique du médecin lors de la ponction lombaire (PL) - Aménagement de l'environnement en cas de difficulté à la marche - Evaluation, surveillance et suivi de l'hydratation - Perfusion d'une voie veineuse périphérique (VVP) - Prélèvements sanguins - Recherche de diagnostic infirmier - Réfection de pansements complexes : KTC - Réfection de pansements simples : Escarres - Relation d'aide - Relation de soins - Soins en situation d'accueil en urgence lors de la fibrinolyse - Sondage vésical (pour traiter un globe vésical) - Surveillance des effets thérapeutiques et secondaires des médicaments administrés sur prescription médicale - <u>Test de déglutition et adaptation de la texture du repas</u> - Toilette avec ou sans aide au lavabo ou au lit - Utilisation et suivi des perfuseurs électriques (pompes optima, PSE)
---	---

6.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe

<p>1/ Prise en soin d'un patient présentant un AVC ischémique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil du patient en UNV via les urgences - Evolution : Poussée d'hypertension artérielle - Evolution : régularisation de la PA - Fausse route lors d'un repas 	<p><u>Compétences mobilisées dans chaque situation :</u> Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations</p> <p>(cf. annexes : situations prévalentes)</p>
---	---

6.6 Prise en soin d'un patient présentant un AVC ischémique

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
<u>Accueil du patient en UNV via les urgences</u>			
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Transmission orale du patient des urgences par téléphone - Préparation de la chambre avant son admission dans le service : S'assurer que le matériel nécessaire soit à disposition dans la chambre (pied à perfusion, matelas à air, ...) - Admission en chambre. - Accueil par le binôme AS- IDE du secteur. - Vérification de l'identité du patient (faire décliner l'identité par le patient si possible). Vérification du port du bracelet d'identification ou mise en place de celui-ci si absent. - Transfert brancard – lit avec l'aide du brancardier des urgences. - Installation du patient dans le lit médicalisé. 	1, 3, 6, 7, 9, 10	1, 4, 5
Etat clinique de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, saturation en oxygène), pesé et toisé. Evaluation de la douleur et du confort. - Transmissions des données sur le logiciel Dx Care. - Réalisation des prescriptions du rôle propre infirmier. - Réalisation du test de déglutition : en déduire la texture adaptée, réalisation de la fiche repas (jaune) et commande du plateau à l'office. - Surveillance de la voie d'abord. 	1, 2, 4, 6, 8	1, 2, 3, 7, 8
Admission administrative	<ul style="list-style-type: none"> - Admission du patient sur le logiciel DxCare - Impression d'étiquettes nominatives - Réalisation du RDD, de la macrocible d'entrée. - Réaliser l'inventaire, demander la désignation d'une personne de confiance. 	2, 9	1, 7
Recueil de données lors de la visite médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique médical en présence de l'IDE et de l'AS - Observations médicales consignées dans le dossier du patient - Prescriptions médicales informatiques 	4, 7, 8	8

Raisonnement clinique : Problèmes de santé prévalents de l'AVC traité, posés par l'équipe pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Hémiplégie / héminégligence - Trouble de la déglutition - Altération de la communication, aphasie - Risque thromboembolique - Risque d'escarre - Déficit en soins personnels (autosoins) 	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8	1, 2, 3, 5
Administration médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la prescription médicale (IDE et AS) - Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Respect de la règle des 5B (bon patient, bon médicament, bon dosage, bonne voie, bon moment) - Dispensation : administration médicamenteuse (IDE) / aide à la prise des médicaments (AS). - Surveillance des effets thérapeutiques et des effets secondaires des traitements (antihypertenseur, antidiabétique, statine, anticoagulant et antalgique) 	1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10	2, 3, 5, 8
Préparation du patient pour la réalisation d'un examen complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation pour un IRM cérébral avec injection - Prélèvement d'un bilan sanguin afin d'être attentif à la créatinémie. - Vérification de la voie d'abord - Vérification de la présence du bracelet d'identification. - Transmettre le dossier médical au brancardier. - Réinstaller le patient à son retour. - Transmettre au médecin la réalisation de l'examen. 	2, 4, 7, 9, 10	3, 4, 7, 8
Surveillance et suivi de l'état clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres : prise PA, pouls, température, conscience, saturation en oxygène ; Evaluation de la douleur et du confort - Soins relationnels. - Surveillance de l'état cutané - Surveillance des signes de phlébite - Surveillance de l'état nutritionnel 	1, 2, 3, 4, 7, 8	1, 2, 3, 5
Accompagnement de l'entourage : Famille, proches et tuteur/curateur.	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de la famille. Entretien informel entre les proches et l'équipe soignante sur l'état de santé du patient. - S'assurer que l'identité et les coordonnées de la personne à prévenir soient exactes. - Entretien avec le médecin sur rendez-vous. 	2, 3, 4, 5, 6, 7, 9	1, 5, 7, 8
Aide aux gestes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des capacités de la personne. - Proposition aide adaptée en fonction de l'état clinique (soins d'hygiène, transfert, repas) Surveillance des dispositifs médicaux - Surveillance des complications liées à la mobilisation réduite 	3, 4, 5, 6, 7	1, 2, 3, 5, 6

Travail en collaboration avec équipe pluri professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des soins en fonction des professionnels intervenants auprès du patient : kinésithérapeute, orthophoniste, diététicienne, psychologue, assistante sociale, 	7, 8, 9	7, 8
<u>Evolution : Poussée d'hypertension artérielle</u>			
Evaluation de l'état clinique et administration des thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (conscience, PA, pouls, saturation en oxygène) et des signes d'hypertension artérielle. - Programmation du scope pour prise de PA selon protocole. - Transmissions au neurologue - Vérification, administration des thérapeutiques prescrites. - Mise en place du PSE (antihypertenseur) - Surveillance des effets attendus et secondaires en lien avec le protocole AVC Ischémique. 	2, 4, 7, 8	2, 3, 7, 8
<u>Evolution : régularisation de la PA</u>			
Evaluation de l'état clinique et administration des thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (conscience, PA, pouls, saturation en oxygène) et des signes d'hypertension et d'hypotension artérielle. - Vérification, administration des thérapeutiques prescrites. - Surveillance des effets attendus et secondaires en lien avec le protocole AVC Ischémique. 	2, 4, 7, 8	2, 3, 7, 8
<u>Fausse route lors d'un repas</u>			
Soins d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation clinique : distinction entre obstruction totale ou partielle. - Alerte. - Gestes adaptés et surveillance. - Transmissions orales et écrites à l'IDE et au médecin. 	2, 4	2, 3, 7
Prise en charge post-fausse route	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation de la texture à distance par l'AS, l'IDE, l'orthophoniste. - Surveillance de l'état clinique par l'IDE, l'AS et le médecin 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10	2, 3, 8

7

LIVRET D'ACCUEIL EN MEDECINE POLYVALENTE



Source : <http://www.fondation-misericorde.fr/wp-content/uploads/2016/09/medecine-9-1024x683.jpg>

7.1 Généralités sur les services de médecine polyvalente

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

MEDECINS	SERVICES
Dr PETAT Claire : 77294 Dr SOUGUIR Souha : 77295	Poste IDE : 41400
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	

7.2 Service de médecine polyvalente

Dr REVUE	chef de pôle, chef de service
Dr PETAT Claire	
Dr SOUGUIR Souha	
Cadre supérieur de Santé	Mme MARTIN Delphine
Cadre de Santé	Mme PARAGOT Colette
IDE poste IDE et AS	41400
secrétaires médicales	33183

Le service accueille des patients en provenance des urgences ou du domicile.

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

Les horaires sont :

Matin	Journée	Soir	Nuit
06h45- 14h45	09h00-17h00	14h00-21h30	21h00-07h00

Les étudiants font trois de ces créneaux horaires : 6h45-14h45 / 9h/17h/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 et l'après-midi.

La durée moyenne de séjour est de 10.15 jours d'hospitalisation.

La moyenne d'âge de la population accueillie est de 74 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 et des démarches de soin pour chaque patient qu'il aura en charge et analyses de pratique. Il en présentera régulièrement aux professionnels.

Le vestiaire se situe au 4^{ème} étage. Le code du vestiaire est à demander le premier jour de stage. Il est possible de ranger les sacs à mains dans un placard du service.

7.3 Tutorat des apprenants dans le service

7.3.1 Accueil

L'accueil est généralement réalisé par une infirmière et/ou le cadre de santé.

L'apprenant est vu par le cadre de santé le premier jour. Son planning lui est remis et il lui est donné les noms des 2 deux professionnels de santé qui assureront son tutorat ou sa référence durant son stage.

Puis l'apprenant s'entretient avec son tuteur/ référent de stage. Il présente ses objectifs de stage, pose ses questions aux professionnels. Les bilans de mi stage et de fin de stage sont programmés.

7.3.2 Accompagnement

La première semaine de stage, l'apprenant réajuste et présente aux professionnels ses objectifs de stage. Il découvre le service et commence la prise en soins des patients.

Pour les étudiants en soins infirmiers (ESI) :

S1 : prise en soins de 1 à 2 patients, l'ESI doit réaliser des démarches de soins et des planifications de soins. Participe au bio nettoyage et aux soins d'hygiène. Mesure les paramètres vitaux et dépasse les premières appréhensions des soins techniques. Travail en collaboration avec l'équipe pluri-professionnelle. Recherche et utilise les protocoles du service.

S2 : il est demandé les mêmes activités que pour le S1 et de découvrir les transmissions écrites et orales.

S3 : il est demandé les mêmes activités que pour le S1. L'ESI prend en soins 3 à 4 patients et participe aux visites médicales. Il participe également aux transmissions.

S4 : il est demandé les mêmes activités que pour le S3. L'ESI prend en soins 4 patients.

S5 : il est demandé les mêmes activités que pour le S3. L'ESI prend en soins 6 patients. Après une évaluation des acquis, l'ESI effectue moins de soins d'hygiène mais il lui est demandé de continuer à accompagner une personne dans la réalisation de ses auto-soins. Une posture professionnelle est attendue par les professionnels.

S6 : il est demandé les mêmes activités que pour le S5. L'ESI n'effectue plus d'aide pour la réalisation des soins d'hygiène, sauf exception. Il est attendu que l'ESI connaisse l'intégralité de son rôle propre et travaille en collaboration avec les AS. Il participe aux activités transversales du service (commandes, vérification de matériel, ...)

Pour les élèves aides-soignants (EAS) :

Une progression est attendue en fonction de leur niveau de formation. L'EAS prendra en soins 1 à 2 patients en début de formation et jusqu'à 5 patients en fin de formation. Il est attendu des capacités d'observation, de travail en collaboration, des connaissances théoriques précises, une qualité des soins (relationnel et technique).

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

- Vidal
- Les protocoles du service
- Intranet
- Les professionnels

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

Les bilans sont programmés lors de la première rencontre avec le référent/ tuteur. L'apprenant doit s'être auto évalué avec les outils présents dans son portfolio. Il doit présenter sa feuille d'évaluation quotidienne remplie.

L'apprenant exprime son ressenti, ses difficultés.

Les professionnels (tuteurs/ référents) et l'apprenant évaluent l'atteinte des objectifs et des compétences. Les planifications, les DDS et les analyses de pratiques sont vues et évaluées tout au long du stage.

Pour les 2 bilans

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.

7.3.3 En amont du stage

1) Rechercher les définitions des termes ci-dessous

- Addiction
- Agressivité et violence
- Dénutrition
- Infection
- Souffrance psychique

2) Elaborer des fiches sur 4 pathologies prévalentes du service dont l'alcoolisme

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

3) Elaborer des fiches sur 4 thérapeutiques prévalentes dont le sevrage alcoolique

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

7.4 Identification du service de médecine polyvalente

I – IDENTIFICATION DU SERVICE DE NEUROLOGIE

Dénomination du service :	Médecine polyvalente	
Spécialité :		
Capacités :	Lits ⇒	20
	Places ⇒	nombre
Modalités d'hospitalisation :	Hospitalisation TEMPS PLEIN : UF 7391	OUI
	Hôpital de JOUR :	NON
	Hôpital de SEMAINE	NON
	Autre modalités :	

<u>Pathologies prévalentes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Alcoolisme chronique - Complications liées à l'alitement - Constipation - Delirium tremens - Dénutrition - Dépression - Déshydratation - Diabète - Erysipèle - Escarre - Fibrillation auriculaire - Hypertension Artérielle - Infection respiratoire - Insuffisance cardiaque - Pyélonéphrite - Rabdomyolyse - Septicémie - Trouble cognitif - Trouble du comportement (agressivité)
<u>Situations prévalentes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Chute - Précarité - Sortie à l'insu de l'établissement (fugue)

<u>Problèmes de santé dominants</u> <u>(autres que les pathologies)</u> :	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de l'état cutané - Anxiété - Déficit en soins personnels pour se laver, se vêtir/se dévêtir, s'alimenter et/ou se déplacer aux toilettes - Motivation à améliorer sa santé - Non observance - Perte de l'élan vital - Plaies : aiguës et/ou chroniques - Prise en charge efficace de sa santé - Risque infectieux
---	--

<p><u>Thérapeutiques prévalentes :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aérosolthérapie - Antalgique - Antibiothérapie - Anticoagulant - Antidiabétique - Antihypertenseur - Contenance - Contention - Entretien d'aide - Hydratation - Oxygénothérapie - Pansements - Psychothérapie - Traitements dermatologiques - Vitaminothérapie
---	--

<p><u>Activités de soins prévalentes :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiration trachéale - Calcul du score de CUSHMAN - Dispensation : Administration (ESI) / aide à la prise des médicaments (EAS) - Education thérapeutique - Entretiens infirmiers : entretien d'information (informations), entretien de soutien (émotions verbalisées), entretien d'aide (réflexion, acceptation soutenues) et entretien motivationnel (encouragements + axes de réflexion...) - Mesure, analyse et suivi des paramètres vitaux - Perfusion IV SC - Prélèvements artériels : gaz du sang par exemple - Prélèvements capillaires : glycémie capillaire par exemple - Prélèvements veineux - Réfection de pansements simples et complexes - Sondage urinaire - Surveillance de tous les dispositifs médicaux : CIP, KTC : Picc line, perfusion, sonde urinaire... - Surveillance des effets des thérapeutiques
---	--

7.5 Présentation de la situation apprenante prévalente et complexe

<p>1/ Prise en soin d'un patient agressif présentant un alcoolisme chronique et une addiction au tabac</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil d'un patient alcoolique chronique agressif et addicte au tabac entrée via les urgences - Prise en charge de l'agressivité du patient en tenant compte de sa situation clinique - Prise en soin d'un patient présentant un alcoolisme chronique et un tabagisme en équipe pluridisciplinaire 	<p><u>Compétences mobilisées dans chaque situation :</u> Toutes les compétences peuvent être mobilisées pour ces situations (cf. annexes : situations prévalentes)</p>
---	---

7.6 Prise en soin d'un patient agressif présentant un alcoolisme chronique et une addiction au tabac

Activités	Description de la situation et des actions auprès du patient et de son entourage	Compétences ESI	Compétences EAS
<u>Accueil d'un patient alcoolique chronique agressif et addicte au tabac entrée via les urgences</u>			
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Arrivée du patient dans le service, accompagné par le brancardier - Se présenter au patient - Vérification de l'identité du patient - Transfert sur le lit médicalisé - Vérification du port du bracelet d'identification ou mise en place de celui-ci si absent - Entretien de Recueil de données, joindre au dossier les ordonnances personnelles et prendre les médicaments. - Enlever la solution hydroalcoolique (SHA) de la chambre - S'assurer d'avoir les coordonnées des proches, du tuteurs/curateur et recueillir le nom et les coordonnées de la personne de confiance. 	1, 3, 6, 7, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8.
<u>Prise en charge de l'agressivité du patient en tenant compte de sa situation clinique</u>			
Etat clinique de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure, analyse, suivi et traçage des paramètres : prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) // évaluation de la douleur et du confort, pesée, taille du patient - Calcul du score de CUSHMAN - Surveillance du bon fonctionnement de la voie d'abord veineux (posée avant) 	1, 2, 4, 6, 8	2, 3, 5, 7
Admission administrative	<ul style="list-style-type: none"> - Admission du patient sur le logiciel DxCare / Impression d'étiquettes nominatives - Réalisation de la macrocible d'entrée 	2, 7	1, 3, 7
Recueil de données lors de la visite médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'examen clinique réalisé par le Médecin (IDE) - Proposition de substituts nicotiniques - Evaluation des bénéfices – risques de la prescription de contention si agressivité - Prescription d'une radio pulmonaire de contrôle - Prescription d'un bilan sanguin (BS) et/ou d'un cliché pulmonaire (CP) si besoin - Connaissance des prescriptions médicales - Transmissions des observations médicales sur informatique 	1, 5, 6, 7, 9	8

Prise en soin d'un patient présentant un alcoolisme chronique et un tabagisme en équipe pluridisciplinaire

<p>Préparation et Administration médicamenteuse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification de la prescription médicale - Recherche d'anomalie(s) de la prescription - Respect de la règle des 5B - Préparation du pilulier - Thérapeutiques : administration vit B1 B6 et valium SELON PM, rien n'est systématique, tout est évalué au cas par cas. - Administration des vitamines B1, B6 et du Valium per os après négociation, surveillance des effets thérapeutiques et des effets secondaires des traitements - Information des gestes réalisés au patient 	1, 2, 4, 6, 7, 8	1, 3
<p>Préparation et organisation du départ pour un examen complémentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation du bilan sanguin complet - Vérification de l'identité du patient lorsque le dossier est donné au brancardier avant le départ en radiologie 	4	1, 7
<p>Surveillance et suivi de l'état clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance des paramètres (prise PA, pouls, température, conscience, fréquence respiratoire, saturation en oxygène) // Evaluation de la douleur et du confort - Calcul du score de CUSHMAN - Réception et interprétation des résultats du bilan sanguin et de la radio pulmonaire par le médecin - Surveillance de la voie d'abord - Ecoute active et réassurance 	1, 2, 4, 7, 8	1, 2, 3, 5, 8
<p>Accompagnement des personnes aux gestes de la vie quotidienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les capacités du patient - Proposer une aide adaptée pour les gestes de la vie quotidienne - Surveillance de l'hygiène corporelle 	2, 5, 6, 7	1, 2, 5, 6, 7, 8
<p>Entourage : Famille, proches, tuteur/curateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil des proches - Sur demande des proches, les adresser au médecin 	6	5, 7, 8
<p>Travail en collaboration avec l'équipe mobile d'addictologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - échanges sur l'état clinique du patient - échanges sur le projet de soins du patient et sur son devenir 	1, 2, 4, 7, 8, 9	1, 2, 3, 7

SCORE DE GRAVITE : ECHELLE DE CUSHMAN

SCORE	0	1	2	3
FREQUENCE CARDIAQUE	<80	80-100	100-120	>120
TA	<135	136	146/155	>156
TREMBLEMENTS	AUCUN	MAINS	MEMBRES SUPERIEURS	GENERALISES
SUEURS	AUCUNES	PAUMES	PAUMES ET FRONT	GENERALISEES
AGITATION	AUCUNE	DISCRETE	GENERALISEES ET INCONTROLABLES	HALLUCINATIONS
Total				

Score sur 15. Plus le score est élevé, plus l'état du patient est considéré comme « grave ».

7.7 Liste des abréviations

ACR	Arrêt Cardio-Respiratoire
BS	Bilan sanguin
CIP	Chambre Implantable
CP	Cliché pulmonaire
ECG	Electrocardiogramme
EEG	Electroencéphalogramme
FA	Fibrillation Auriculaire
HGT	HémaGlucoTest
HTA	Hypertension Artérielle
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
KTA	Cathéter Artériel
KTC lime	Picc Cathéter Central
KTD	Cathéter de Dialyse
KTP	Cathéter Périphérique
PAD	Pression Artérielle Diastolique
PAM	Pression Artérielle Moyenne
PAS	Pression Artérielle Systolique
RAD	Retour à domicile
TAP	Thorax Abdomino Pelvien

8
PARTICIPANTS
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 Delphine MARTIN, cadre supérieur de santé – cadre du pôle PRUN

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

Chefs du groupe de travail :

Mme Aurélie BRIZE, cadre de santé formateur FF

Mme Mireille MALAFA-PISSARRO, cadre de santé formateur

Membres du groupes de travail

Mme Karine MULOT, cadre de santé Pneumologie

Mme DE SOUSA Nathalie, infirmière de pneumologie

Mme MARECAUX Sophie, infirmière de pneumologie

M. Stéphane TECHER, cadre de santé Réanimation

Mme THIERRY Emilie, infirmière de réanimation

M. Nor Eddin RHARZALE, cadre de santé Urgences

Mme Sandrine MENI, cadre de santé Urgences

Mme DEGLOS Sabrina, infirmière du service des urgences

Mme MONTECINOS Alexandra, infirmière du service des urgences

Mme GUICHARD LEBRUN Florence, cadre de santé Neurologie

Mme PARAGOT Colette, cadre de santé Médecine polyvalente

Mme BRECHAUX Pauline, infirmière de médecine polyvalente

Mme LEON PETIT Marine, infirmière de médecine polyvalente

Tous les membres des équipes des différentes unités du pôle

9 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.

10 ANNEXES

10.1 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) Exemple de 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	Informier 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 interprofessionnalité UE 3.4 Initiation à la démarche de recherche UE 3.5 Encadrement 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) Exemple des items des compétences en formation (copie d'un bilan des compétences en stage)

DIPLOME D'ETAT INFIRMIER
EVALUATION DES COMPETENCES EN STAGE

semestre
 Secteur extra hospitalier

NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : IFSI/IFAS CHARTRES
 7 rue Desportes
 28000 CHARTRES

DATES du _____ AU _____

NOM DE L'ETUDIANT : _____ DUREE (en heures) : _____

PRENOM : _____ DUREE DES ABSENCES : _____

SERVICE : _____

DISCIPLINE / NATURE DU STAGE _____

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

IDE15_SRb_V5

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

Éléments de compétences		BILAN INTERMEDIAIRE			BILAN FINAL				Synthèse du FORMATEUR						
		Evaluation par le TUTEUR			Evaluation par le TUTEUR				Non mobilisé	Non Acquis	A améliorer	Acquis			
		Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non Acquis	A améliorer	Acquis							
Compétence 7	Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée	<input type="checkbox"/>													
	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	<input type="checkbox"/>													
	Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation	<input type="checkbox"/>													
	Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés	<input type="checkbox"/>													
	Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail	<input type="checkbox"/>													
Compétence 8	Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée	<input type="checkbox"/>													
	Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel	<input type="checkbox"/>													
Compétence 9	Organiser et coordonner les interventions soignantes											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	<input type="checkbox"/>													
	Cohérence dans la continuité des soins	<input type="checkbox"/>													
	Fiabilité et pertinence des informations transmises	<input type="checkbox"/>													
Compétence 10	Informier, former des professionnels et des personnes en formation											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant	<input type="checkbox"/>													
	Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire	<input type="checkbox"/>													

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 <input type="checkbox"/> répond aux critères de présence en stage			
<input type="checkbox"/> 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	

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.

10.2 ANNEXE 2 :

Compétences des élèves aides-soignants en formation

- 1) Tableau de présentation des compétences et des modules correspondant
- 2) Exemple de bilan 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 quotidienne 140 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 quotidienne 140 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) Exemple de 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 :	HOPITAL OU STRUCTURE D'ACCUEIL :
IFSI/IFAS CHARTRES	DISCIPLINE OU NATURE DU LIEU DE STAGE :
7 rue Desportes	DATES
28000 CHARTRES	DUREE (en heures) :
NOM DU STAGIAIRE :	DUREE DES ABSENCES (heures) :
PRENOM :	

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				
. 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 évaluable 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 transmission 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 :	<i>Cachet du lieu du stage</i>
Nom et Signature du (des) responsable(s) de l'accueil en stage :	
Signature de l'élève :	

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.

1^{er} 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).

2^{ème} 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 maîtriser dès le 1^{er} stage.

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

10.3 ANNEXE 3 :

Fiche de suivi des actes pendant le stage – Format A3

- 1) Noter tous les actes réalisés dans le service tel 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																
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis	<table border="1"> <tr><td>Observé</td></tr> <tr><td>praticqué</td></tr> <tr><td>A améliorer</td></tr> <tr><td>acquis</td></tr> </table>	Observé	praticqué	A améliorer	acquis
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
A améliorer																				
acquis																				
Observé																				
praticqué																				
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 FNEI.

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 maître 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 1^{er} 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.