**ANNEXE 6**

|  |  |
| --- | --- |
| LOGO**SOINS INVASIFS ET NON INVASIFS D’ASSISTANCE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)** DIRECTIVES AUX AIDES-SOIGNANTS | **Nom : Prénom : Date de naissance :**  |
| **ACTIVITÉS DE SOINS**\* Soins invasifs nécessitant une formation et une autorisation par un professionnel habilité | **DIRECTIVES** | **DATE** | **INITIALES** | **CESSÉ** |
| **DATE INITIALES** |
| **Élimination intestinale*** Stimulation réflexe anal\*  Tube rectal\*
* Toucher rectal\*  Curage rectal\*

**Stomie intestinale*** Dilatation\*  Irrigation\*
* Remplacement / vidange appareil collecteur
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Élimination urinaire*** Cathétérisme\*  Mesure de l’urine
* Installation condom urinaire
* Irrigation vésicale à circuit ouvert\*
* Entretien du système de drainage (à préciser)

**Stomie urinaire*** Dilatation\*
* Remplacement/vidange appareil collecteur
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Système respiratoire*** Concentrateur  Cylindre  CPAP
* Lunette nasale  Masque  BPAP
* Aspiration des sécrétions\*

**Trachéostomie*** Soins canule interne\*
* Entretien (à préciser)
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

RECTO

|  |
| --- |
| **Nom de l’usager : Date de naissance :** |
| **ACTIVITÉS DE SOINS**\* Soins invasifs nécessitant une formation et une autorisation par un professionnel habilité | **DIRECTIVES** | **DATE** | **INITIALE S** | **CESSÉ** |
| **DATE INITIALES** |
| **Système digestif*** Gavage\*  Irrigation\*
* Soins
* Tube nasogastrique\*  Gastrostomie\*
* Stomie\*
* Autre (à préciser) :
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Paramètres vitaux*** Pression artérielle
* Fréquence cardiaque
* Respiration  Saturation
* Température :
* Buccale  Rectale\*
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| * Bas de compression
* Application de pellicule / pansement
* Prise de glycémie
 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **AUTRES ACTIVITÉS DE SOINS ET DIRECTIVES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** | **SIGNATURE DU PROFESSIONNEL** | **PROFESSION** | **INITIALES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

VERSO