**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