

Coordination : Laurence Couto et Frédérique Le Pleux

IFSI

2^e
édition

TOUTES LES FICHES DE SOINS POUR RÉUSSIR EN IFSI

130 fiches illustrées

classées par ordre alphabétique

- Chirurgie
- Gastro-entérologie
- Gériatrie
- Gynécologie-obstétrique
- Oncologie
- Pédiatrie-néonatalogie
- Pneumologie-ORL
- Psychiatrie
- Réanimation-urgences
- Soins transversaux
- Urologie-néphrologie

OFFERT

Des tutoriels vidéos
de gestes techniques



Vuibert

TOUTES LES FICHES DE SOINS POUR RÉUSSIR EN IFSI

2^e édition

Coordonné par Laurence Couto et Frédérique Le Pleux

Francine Angeli, Julien Barbier, Jean-François Calas, Laurence Couto,
Caroline Fayoux, Valérie Gérard, Nathalie Lebon, Frédérique Le Pleux,
Catherine Martin, Florence Mitjavile

Vuibert

Compléments numériques

Pour accéder aux ressources numériques tout au long du livre :

**Flashez le code avec votre
téléphone ou votre tablette**

OU

**Tapez l'URL
dans votre navigateur**



Couverture : Primo & Primo

Création de la maquette et mise en pages : CB Defretin

Illustrations :

© A.-C.R. : Anne-Christel Rolling

© A.M. Perez : Ariel Martin Pérez

© C. F. : Carole Fumat

© C.K. : Caroline Koehly

© C. M. : Cécile Mazur

© Magnard (Christel Parolini)

© Softwin

© Les photographies et vidéos présentes dans l'ouvrage sont la propriété de leurs auteurs : toute utilisation ou reproduction, sans l'accord écrit des auteurs, est interdite.

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

ISBN : 978-2-311-66186-6

© Éditions Vuibert – juin 2022 – 5 allée de la 2^e D.B., 75015 Paris

www.vuibert.fr

LES AUTEURS

Coordinatrices

Laurence COUTO est cadre de santé formateur à l'IFSI Tenon à Paris, AP-HP.

Frédérique Le Pleux est cadre de santé en médecine spécialisée enfant à l'hôpital d'Enfants Margency-Croix-Rouge française.

Auteurs

Francine ANGELI est infirmière, formatrice des professionnels de santé et tutrice au pôle mère-enfant en maternité-gynécologie à l'hôpital Tenon, AP-HP.

Julien BARBIER est infirmier au pôle CPO-SMPR du GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

Jean-François CALAS est infirmier CPOA au pôle 75607-SAU Lariboisière au GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

Caroline Fayoux est cadre de santé formateur à l'IFSI Tenon à Paris, AP-HP.

Valérie GERARD est cadre de santé en néphrologie au centre hospitalier universitaire Kremlin-Bicêtre, AP-HP.

Nathalie LEBON est infirmière en service de réanimation et actuellement étudiante à l'école d'infirmiers anesthésistes, AP-HP.

Catherine MARTIN est cadre de santé à l'hôpital Broca, AP-HP.

Florence MITJAVILE est cadre de santé formateur à l'IFSI Tenon à Paris, AP-HP.

AVANT-PROPOS

Conçu pour les infirmiers et les étudiants en soins infirmiers, cet ouvrage a pour objectif de proposer un ensemble de fiches de soins en lien avec l'exercice professionnel. En effet, face à la complexité des situations de soins, cet outil permettra de répondre à différentes interrogations qu'elles soient d'ordre technique, relationnel ou organisationnel, toujours dans le respect du cadre législatif infirmier¹. Cependant, les pratiques de soins proposées dans les fiches ne se substituent pas aux procédures des services, ni aux recommandations du CLIN, HAS, etc. : **elles peuvent et doivent être adaptées au matériel, aux locaux et à la prescription médicale.**

Pour une navigation simplifiée dans l'ouvrage, **les fiches sont classées par ordre alphabétique et répertoriées par spécialités.** Le rôle qu'occupe l'infirmier (propre, sur prescription ou en collaboration) est précisé sur chaque fiche. L'objectif est ici d'établir un lien entre le cadre législatif infirmier et le soin réalisé.

Des fiches spécifiques à la psychiatrie permettent d'éclairer la pratique des soins et le « prendre soin » en psychiatrie.

Cet ouvrage offre également **des tutoriels à visionner en ligne** pour certains soins en lien avec un acte de soins spécifique, et pour d'autres centrés sur des éléments communs à l'ensemble des pratiques de soins.

Ces tutoriels sont proposés dans chaque fiche concernée et regroupés ci-dessous :



**Lavage des mains
par FHA (fiche 74)**
www.lienmini.fr/fisoin01





**Identito-vigilance
(fiche 66)**
www.lienmini.fr/fisoin02





**Mise des gants stériles
(fiches 4, 16, 39, 40,
63, 64, 76, 104)**
www.lienmini.fr/fisoin03



1. Code de la santé publique, décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) – titre 1^{er} : profession d'infirmier ou d'infirmière – chapitre I : exercice de la profession – section 1 : actes professionnels

 **Pose d'une aiguille de Huber dans une chambre implantable (fiche 4)**
www.lienmini.fr/fisoin04



 **Dépose d'une aiguille de Huber dans une chambre implantable (fiche 4)**
www.lienmini.fr/fisoin05



 **Colostomie (fiche 21)**
www.lienmini.fr/fisoin06



 **Injection parentérale (fiche 68)**
www.lienmini.fr/fisoin07



 **Prélèvements sanguins (fiche 91)**
www.lienmini.fr/fisoin08



 **Utilisation du set de transfert (fiche 96)**
www.lienmini.fr/fisoin09



 **Sondage vésical (fiche 104)**
www.lienmini.fr/fisoin10

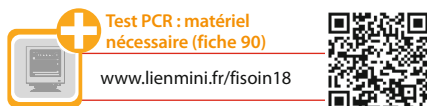
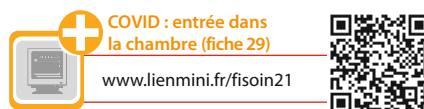
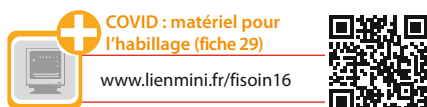
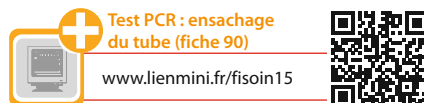
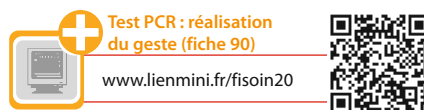
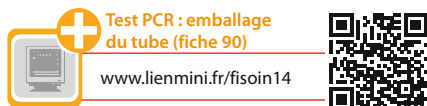


 **Prélèvement d'urine sur une sonde à demeure (fiche 104)**
www.lienmini.fr/fisoin11



 **Pose d'une voie veineuse périphérique (fiche 128)**
www.lienmini.fr/fisoin12





Enfin, la formation conduisant au diplôme d'État infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri-professionnalité. L'étudiant en soins infirmiers dispose d'un portfolio qui sert à mesurer sa progression en stage : cet outil est centré sur l'acquisition des compétences. Afin d'aider étudiant et tuteur de stage, **un tableau récapitulatif à télécharger en fin d'ouvrage (voir page 503)** met en lien l'acte de soin et les compétences mobilisées. Il est un guide et doit être adapté en situation, en fonction du contexte dans lequel le soin se déroule.

Sommaire par ordre alphabétique

Fiche 1.	Accueil de l'enfant et de ses parents en hospitalisation	1
Fiche 2.	Accueil et prise en charge d'une patiente aux urgences gynécologiques et obstétricales	4
Fiche 3.	Aérosolthérapie	6
Fiche 4.	Aiguille de Huber : pose et dépose dans une chambre implantable	9
Fiche 5.	Alimentation parentérale	16
Fiche 6.	Allaitement artificiel : préparation et prise du biberon	18
Fiche 7.	Allaitement maternel	22
Fiche 8.	Amniocentèse (aide à la réalisation)	27
Fiche 9.	Animer un atelier pour autonomiser le patient	30
Fiche 10.	Aspiration bronchique	32
Fiche 11.	Aspiration nasopharyngée chez le nourrisson	36
Fiche 12.	Bain enveloppé du nouveau-né en néonatalogie	39
Fiche 13.	Bandelette urinaire	43
Fiche 14.	Bientraitance des personnes âgées : ou comment évaluer le risque de maltraitance	46
Fiche 15.	Cathéter artériel : prélèvement	49
Fiche 16.	Cathéters veineux central et artériel : aide à la pose, réfection de pansement et ablation	52
Fiche 17.	Chariot d'urgence	64
Fiche 18.	Chimiothérapie : administration et surveillance	68
Fiche 19.	Chutes chez la personne âgée : prévention	74
Fiche 20.	Collaborer en réseau de soin psychiatrique, entourage et soins à domicile	79
Fiche 21.	Colostomie : soins et surveillance	84
Fiche 22.	Communication avec le patient intubé/ventilé	88

Fiche 23.	Consultation d'annonce en onco-hématologie	91
Fiche 24.	Contention chimique et traitements en psychiatrie	93
Fiche 25.	Contentions physique et mécanique	97
Fiche 26.	Contention psychique	100
Fiche 27.	Contention : la chambre d'isolement dit thérapeutique	102
Fiche 28.	Cordon ombilical (soin du)	106
Fiche 29.	COVID 19 : prise en charge dans les secteurs d'hospitalisation	108
Fiche 30.	Crise et agitation	116
Fiche 31.	Désobstruction rhinopharyngée (DRP) chez l'enfant	119
Fiche 32.	La juste distance professionnelle : prendre soin de soi-même	121
Fiche 33.	Diurèse	123
Fiche 34.	Douleur : évaluation	125
Fiche 35.	Douleur en pédiatrie 1 : utilisation des solutions sucrées à visée antalgique	133
Fiche 36.	Douleur en pédiatrie 2 : utilisation de crème anesthésiante de surface (Emla®)	136
Fiche 37.	Douleur en pédiatrie 3 : utilisation du MEOPA	140
Fiche 38.	Drain thoracique et/ou pleural : aide à la pose et surveillance	144
Fiche 39.	Drain thoracique : aide à l'ablation	150
Fiche 40.	Drainages simples et aspiratifs type Redon	153
Fiche 41.	Éducation thérapeutique : autonomiser le patient	161
Fiche 42.	Électrocardiogramme	163
Fiche 43.	Entretiens en psychiatrie	167
Fiche 44.	Escarres : prévention	171
Fiche 45.	État de conscience : évaluation et souffrance cérébrale	177
Fiche 46.	Évaluer en psychiatrie : observer et transmettre	181
Fiche 47.	Examen cytbactériologique des urines (ECBU) chez l'adulte	184
Fiche 48.	Examen cytbactériologique des urines (ECBU) chez l'enfant	187
Fiche 49.	Examen cytbactériologique des crachats (ECBC)	192
Fiche 50.	Exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)	194
Fiche 51.	Fibroscopie bronchique	197

Fiche 52.	Regards sur la folie : le prendre soin en psychiatrie	201
Fiche 53.	Formation continue : prendre soin de soi-même en psychiatrie	203
Fiche 54.	Gastrostomie percutanée : pansement et administration d'une alimentation entérale	205
Fiche 55.	Gazométrie artérielle	210
Fiche 56.	Gestes et soins d'urgence 1 : protéger une victime d'un danger imminent	215
Fiche 57.	Gestes et soins d'urgence 2 : arrêt cardio-respiratoire (ACR)	218
Fiche 58.	Gestes et soins d'urgence 3 : malaises	222
Fiche 59.	Gestes et soins d'urgence 4 : obstruction des voies aériennes supérieures	224
Fiche 60.	Gestes et soins d'urgence 5 : traumatismes	228
Fiche 61.	Gestes et soins d'urgence 6 : victime inconsciente qui respire	232
Fiche 62.	Hémocultures	235
Fiche 63.	Hémodialyse 1 : branchement et débranchement à partir d'un cathéter central tunnelisé deux voies	238
Fiche 64.	Hémodialyse 2 : branchement et débranchement sur une fistule artério-veineuse	243
Fiche 65.	Ictère du nouveau-né et photothérapie	248
Fiche 66.	Identito-vigilance	252
Fiche 67.	Infections associées aux soins (IAS) : prévention	255
Fiche 68.	Injection parentérale : préparation et généralités	258
Fiche 69.	Injection intradermique (ID)	263
Fiche 70.	Injection intramusculaire (IM)	265
Fiche 71.	Injection intraveineuse directe (IVD)	268
Fiche 72.	Injection sous-cutanée (SC)	272
Fiche 73.	Intubation trachéale (aide à l')	275
Fiche 74.	Lavage des mains : lavage simple, friction hydro-alcoolique et lavage chirurgical	280
Fiche 75.	Lit : réfection complète	286
Fiche 76.	Néphrostomie percutanée	289
Fiche 77.	Oxygénothérapie chez l'adulte : pose et surveillance	292
Fiche 78.	Oxygénothérapie chez l'enfant : lunettes à oxygène	296

Fiche 79.	Pansements simples	299
Fiche 80.	Paramètres vitaux chez l'adulte : mesure	303
Fiche 81.	Paramètres vitaux chez l'enfant : mesure	315
Fiche 82.	Pathologies des liens	320
Fiche 83.	Perfusion en sous-cutané chez la personne âgée	323
Fiche 84.	La personne âgée hospitalisée : entrer en relation	327
Fiche 85.	Ponction d'ascite	330
Fiche 86.	Ponction lombaire (aide à la)	332
Fiche 87.	Post-partum : prise en charge de la femme en suites de couches	337
Fiche 88.	Précautions standard	341
Fiche 89.	Précautions complémentaires	343
Fiche 90.	Prélèvement naso-pharyngé et test PCR	346
Fiche 91.	Prélèvements sanguins	350
Fiche 92.	Prématurité : prise en charge	355
Fiche 93.	Réflexion éthique sur la protection et la contrainte	363
Fiche 94.	Réunions institutionnelles : prendre soin de soi-même en psychiatrie	369
Fiche 95.	Seringue auto-pulsée : préparation et branchement	370
Fiche 96.	Set de transfert : utilisation	374
Fiche 97.	Sevrage ventilatoire et extubation	376
Fiche 98.	Soins de bouche chez l'adulte	380
Fiche 99.	Soins de soutien au développement chez le nouveau-né	383
Fiche 100.	Soins des yeux chez l'enfant	385
Fiche 101.	Soins pré-, per- et postopératoires	387
Fiche 102.	Soins relationnels	400
Fiche 103.	Soins somatiques en psychiatrie	402
Fiche 104.	Sondage vésical	404
Fiche 105.	Sonde double J (ou sonde JJ) : surveillance	409
Fiche 106.	Sonde gastrique et alimentation entérale chez le nouveau-né	411
Fiche 107.	Sonde nasogastrique : pose	415
Fiche 108.	Soutien postural chez le nouveau-né : le « positionnement »	419

Fiche 109.	Supervision et débriefing : prendre soin de soi-même en psychiatrie	422
Fiche 110.	TEP scanner : préparation du patient pour l'examen	423
Fiche 111.	Thermorégulation chez le nouveau-né : utilisation et entretien de l'incubateur et de la table chauffante	427
Fiche 112.	Toilette au lit	431
Fiche 113.	Toilette en incubateur	438
Fiche 114.	Toilette génitale ou toilette intime chez la femme	441
Fiche 115.	Toilette intime ou change du nouveau-né	444
Fiche 116.	Toilette d'une personne décédée dans un service de soin : préparation	446
Fiche 117.	Trachéostomie et trachéotomie : surveillance et soin	449
Fiche 118.	Traitement <i>per os</i> : généralités sur l'administration	455
Fiche 119.	Traitement <i>per os</i> chez l'enfant : préparation et administration	459
Fiche 120.	Transfert d'un patient de réanimation	462
Fiche 121.	Transfusion sanguine : pose de produit sanguin labile	464
Fiche 122.	Troubles de la déglutition de la personne âgée	472
Fiche 123.	Troubles de l'oralité en néonatalogie : prévention par la sollicitation de la sphère orale	476
Fiche 124.	Urétérostomie cutanée transiléale : intervention de Bricker	480
Fiche 125.	Vaccination	484
Fiche 126.	Ventilation artificielle : soins et surveillances	488
Fiche 127.	Ventilation non invasive	490
Fiche 128.	Voie veineuse périphérique : pose chez l'adulte	493
Fiche 129.	Voie veineuse périphérique : pose chez l'enfant	498
Fiche 130.	Bonus : Les outils de l'infirmier(ère)	503
	Référentiel d'études et compétences infirmières	507

Sommaire par spécialités

Soins transversaux

Fiche 34.	Douleur : évaluation	125
Fiche 41.	Éducation thérapeutique : autonomiser le patient	161
Fiche 42.	Électrocardiogramme	163
Fiche 44.	Escarres : prévention	171
Fiche 62.	Hémocultures	235
Fiche 66.	Identito-vigilance	252
Fiche 67.	Infections associées aux soins (IAS) : prévention	255
Fiche 68.	Injection parentérale : préparation et généralités	258
Fiche 69.	Injection intradermique (ID)	263
Fiche 70.	Injection intramusculaire (IM)	265
Fiche 71.	Injection intraveineuse directe (IVD)	268
Fiche 72.	Injection sous-cutanée (SC)	272
Fiche 73.	Intubation trachéale (aide à l')	275
Fiche 74.	Lavage des mains : lavage simple, friction hydro-alcoolique et lavage chirurgical	280
Fiche 75.	Lit : réfection complète	286
Fiche 79.	Pansements simples	299
Fiche 80.	Paramètres vitaux chez l'adulte : mesure	303
Fiche 88.	Précautions standard	341
Fiche 89.	Précautions complémentaires	343
Fiche 91.	Prélèvements sanguins	350
Fiche 95.	Seringue auto-pulsée : préparation et branchement	370
Fiche 96.	Set de transfert : utilisation	374
Fiche 98.	Soins de bouche chez l'adulte	380
Fiche 102.	Soins relationnels	400

Fiche 112.	Toilette au lit	431
Fiche 116.	Toilette d'une personne décédée dans un service de soin : préparation	446
Fiche 118.	Traitement <i>per os</i> : généralités sur l'administration	455
Fiche 121.	Transfusion sanguine : pose de produit sanguin labile	464
Fiche 125.	Vaccination	484
Fiche 128.	Voie veineuse périphérique : pose chez l'adulte	493

Chirurgie

Fiche 40.	Drainages simples et aspiratifs type Redon	153
Fiche 101.	Soins pré-, per- et postopératoires	387

Gastro-entérologie

Fiche 21.	Colostomie : soins et surveillance	84
Fiche 54.	Gastrostomie percutanée : pansement et administration d'une alimentation entérale	205
Fiche 85.	Ponction d'ascite	330
Fiche 107.	Sonde nasogastrique : pose	415

Gériatrie

Fiche 14.	Bientraitance des personnes âgées : ou comment évaluer le risque de maltraitance	46
Fiche 19.	Chutes chez la personne âgée : prévention	74
Fiche 29.	COVID 19 : prise en charge dans les secteurs d'hospitalisation	108
Fiche 83.	Perfusion en sous-cutané chez la personne âgée	323
Fiche 84.	La personne âgée hospitalisée : entrer en relation	327
Fiche 122.	Troubles de la déglutition de la personne âgée	472

Gynécologie-obstétrique

Fiche 2.	Accueil et prise en charge d'une patiente aux urgences gynécologiques et obstétricales	4
Fiche 8.	Amniocentèse (aide à la réalisation)	27
Fiche 87.	Post-partum : prise en charge de la femme en suites de couches	337
Fiche 114.	Toilette génitale ou toilette intime chez la femme	441

Oncologie

Fiche 4.	Aiguille de Huber : pose et dépose dans une chambre implantable	9
Fiche 18.	Chimiothérapie : administration et surveillance	68
Fiche 23.	Consultation d'annonce en onco-hématologie	91
Fiche 110.	TEP scanner : préparation du patient pour l'examen	423

Pédiatrie-néonatalogie

Fiche 1.	Accueil de l'enfant et de ses parents en hospitalisation	1
Fiche 5.	Alimentation parentérale	16
Fiche 6.	Allaitement artificiel : préparation et prise du biberon	18
Fiche 7.	Allaitement maternel	22
Fiche 11.	Aspiration nasopharyngée chez le nourrisson	36
Fiche 12.	Bain enveloppé du nouveau-né en néonatalogie	39
Fiche 15.	Cathéter artériel : prélèvement	49
Fiche 28.	Cordon ombilical (soin du)	106
Fiche 29.	COVID 19 : prise en charge dans les secteurs d'hospitalisation	108
Fiche 31.	Désobstruction rhinopharyngée (DRP) chez l'enfant	119
Fiche 34.	Douleur : évaluation	125
Fiche 35.	Douleur en pédiatrie 1 : utilisation des solutions sucrées à visée antalgique	133
Fiche 36.	Douleur en pédiatrie 2 : utilisation de crème anesthésiante de surface (Emla®)	136
Fiche 37.	Douleur en pédiatrie 3 : utilisation du MEOPA	140

Fiche 48.	Examen cytbactériologique des urines (ECBU) chez l'enfant	187
Fiche 65.	Ictère du nouveau-né et photothérapie	248
Fiche 78.	Oxygénothérapie chez l'enfant : lunettes à oxygène	296
Fiche 81.	Paramètres vitaux chez l'enfant : mesure	315
Fiche 92.	Prématurité : prise en charge	355
Fiche 99.	Soins de soutien au développement chez le nouveau-né	383
Fiche 100.	Soins des yeux chez l'enfant	385
Fiche 106.	Sonde gastrique et alimentation entérale chez le nouveau-né	411
Fiche 108.	Soutien postural chez le nouveau-né : le « positionnement »	419
Fiche 111.	Thermorégulation chez le nouveau-né : utilisation et entretien de l'incubateur et de la table chauffante	427
Fiche 113.	Toilette en incubateur	438
Fiche 115.	Toilette intime ou change du nouveau-né	444
Fiche 119.	Traitement <i>per os</i> chez l'enfant : préparation et administration	459
Fiche 123.	Troubles de l'oralité en néonatalogie : prévention par la sollicitation de la sphère orale	476
Fiche 129.	Voie veineuse périphérique : pose chez l'enfant	498

Pneumologie-ORL

Fiche 3.	Aérosolthérapie	6
Fiche 38.	Drain thoracique et/ou pleural : aide à la pose et surveillance	144
Fiche 39.	Drain thoracique : aide à l'ablation	150
Fiche 49.	Examen cytbactériologique des crachats (ECBC)	192
Fiche 50.	Exploration fonctionnelle respiratoire (EFR)	194
Fiche 51.	Fibroscopie bronchique	197
Fiche 77.	Oxygénothérapie chez l'adulte : pose et surveillance	292
Fiche 90.	Prélèvement naso-pharyngé et test PCR	346
Fiche 117.	Trachéostomie et trachéotomie : surveillance et soin	449
Fiche 127.	Ventilation non invasive	490

Psychiatrie

Fiche 9.	Animer un atelier pour autonomiser le patient	30
Fiche 20.	Collaborer en réseau de soin psychiatrique, entourage et soins à domicile	79
Fiche 24.	Contention chimique et traitements en psychiatrie	93
Fiche 25.	Contentions physique et mécanique	97
Fiche 26.	Contention psychique	100
Fiche 27.	Contention : la chambre d'isolement dit thérapeutique	102
Fiche 30.	Crise et agitation	116
Fiche 32.	La juste distance professionnelle : prendre soin de soi-même	121
Fiche 43.	Entretiens en psychiatrie	167
Fiche 46.	Évaluer en psychiatrie : observer et transmettre	181
Fiche 52.	Regards sur la folie : le prendre soin en psychiatrie	201
Fiche 53.	Formation continue : prendre soin de soi-même en psychiatrie	203
Fiche 82.	Pathologies des liens	320
Fiche 93.	Réflexion éthique sur la protection et la contrainte	363
Fiche 94.	Réunions institutionnelles : prendre soin de soi-même en psychiatrie	369
Fiche 103.	Soins somatiques en psychiatrie	402
Fiche 109.	Supervision et débriefing : prendre soin de soi-même en psychiatrie	422

Réanimation-urgences

Fiche 5.	Alimentation parentérale	16
Fiche 10.	Aspiration bronchique	32
Fiche 15.	Cathéter artériel : prélèvement	49
Fiche 16.	Cathéters veineux central et artériel : aide à la pose, réfection de pansement et ablation	52
Fiche 17.	Chariot d'urgence	64
Fiche 22.	Communication avec le patient intubé/ventilé	88
Fiche 29.	COVID 19 : prise en charge dans les secteurs d'hospitalisation	108

Fiche 45.	État de conscience : évaluation et souffrance cérébrale	177
Fiche 55.	Gazométrie artérielle	210
Fiche 56.	Gestes et soins d'urgence 1 : protéger une victime d'un danger imminent	215
Fiche 57.	Gestes et soins d'urgence 2 : arrêt cardio-respiratoire (ACR)	218
Fiche 58.	Gestes et soins d'urgence 3 : malaises	222
Fiche 59.	Gestes et soins d'urgence 4 : obstruction des voies aériennes supérieures	224
Fiche 60.	Gestes et soins d'urgence 5 : traumatismes	228
Fiche 61.	Gestes et soins d'urgence 6 : victime inconsciente qui respire	232
Fiche 73.	Intubation trachéale (aide à l')	275
Fiche 86.	Ponction lombaire (aide à la)	332
Fiche 97.	Sevrage ventilatoire et extubation	376
Fiche 120.	Transfert d'un patient de réanimation	462
Fiche 126.	Ventilation artificielle : soins et surveillances	488

Urologie-néphrologie

Fiche 13.	Bandelette urinaire	43
Fiche 33.	Diurèse	123
Fiche 47.	Examen cyto bactériologique des urines (ECBU) chez l'adulte	184
Fiche 63.	Hémodialyse 1 : branchement et débranchement à partir d'un cathéter central tunnelisé deux voies	238
Fiche 64.	Hémodialyse 2 : branchement et débranchement sur une fistule artério-veineuse	243
Fiche 76.	Néphrostomie percutanée	289
Fiche 104.	Sondage vésical	404
Fiche 105.	Sonde double J (ou sonde JJ) : surveillance	409
Fiche 124.	Urétérostomie cutanée transiléale : intervention de Bricker	480

Liste des abréviations

ACR : arrêt cardio-respiratoire	IMC : indice de masse corporelle
BAVU : ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle	INC : institut national du cancer
CCI : chambre à cathéter implantable	INFCI : institut national de formation continue des infirmiers
CGR : concentré de globules rouges	INR : <i>inhibited nationalized ratio</i>
CPA : concentré de plaquettes d'aphérèse (concentré plaquettaire issu d'un seul donneur)	IRM : imagerie par résonnance magnétique
CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique	IRS : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
DAOM : déchets assimilés aux ordures ménagères	IRSNA : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
DASRI : déchets d'activités de soins à risque infectieux	ISP : infirmier de secteur psychiatrique
DEA : défibrillateur externe automatisé	KTC : cathéter central
DBP : dysplasie broncho-pulmonaire	LMPV : leucomalacie périventriculaire
DCI : dénomination commune internationale (en pharmacologie)	LP : libération prolongée (forme pharmaceutique)
DPC : développement professionnel continu	MCPS : mélange de concentrés plaquettaires standard (concentré plaquettaire issus de plusieurs donneurs)
DRP : désobstruction rhinopharyngée	MEOPA : mélange équimolaire oxygène/ protoxyde d'azote
DSA : défibrillateur semi-automatique	MMH : maladie des membranes hyalines
ECBC : examen cyto bactériologique des crachats	OMS : organisation mondiale de la santé
ECBU : examen cyto bactériologique des urines	OPCT : objet piquant, coupant, tranchant
EFR : exploration fonctionnelle respiratoire	PA : pression artérielle
EN : échelle numérique (douleur)	PAG : petit poids à l'âge gestationnel
ETP : éducation thérapeutique du patient	PAS : pression artérielle systolique
EVA : échelle visuelle analogique (douleur)	PFC : plasma frais congelé
FC : fréquence cardiaque	PLS : position latérale de sécurité
FHA : friction hydro-alcoolique	PNI : pression artérielle non invasive
FR : fréquence respiratoire	PSE : pousse-seringue électrique
HAS : haute autorité de la santé	PSL : produit sanguin labile
HIV : hémorragie intraventriculaire	TS : temps de saignement
IDE : infirmière diplômée d'État	VNI : ventilation non invasive
IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase	VVP : voie veineuse périphérique



1 Définition

L'accueil est un moment essentiel pour les parents et pour l'enfant hospitalisé. Ils sont généralement inquiets. L'attitude et le comportement de l'infirmier et du personnel hospitalier jouent un grand rôle.

Lorsque l'hospitalisation intervient chez les très jeunes enfants, il remet en cause l'attachement parents/enfant. Les parents doivent être alors considérés comme partenaires dans les soins.

2 Objectifs

- Rassurer l'enfant et ses parents.
- Créer un climat de confiance.
- Faciliter l'intégration des parents dans le service.
- Donner aux parents toutes les informations nécessaires sur le déroulement de l'hospitalisation, l'état de santé de leur enfant et leur participation aux soins.
- Renforcer le lien parents/enfant.

3 Accueil initial

3.1. Côté enfant

L'enfant est pris en charge dans le service par l'infirmière qui va :

- rassurer l'enfant et lui expliquer son environnement (chambre, service), avec un langage adapté en fonction de son âge ;
- répondre à ses questions et le prévenir à chaque fois du soin qu'on va lui prodiguer ;
- lui prendre les paramètres vitaux (*voir fiche 81*), le peser, mesurer sa taille et son périmètre crânien (en fonction de l'âge) ;
- en fonction de la pathologie :
 - lui mettre une assistance respiratoire,
 - le perfuser pour lui administrer des traitements intraveineux,
 - faire un bilan sanguin,
 - l'accompagner pour des examens complémentaires, etc.
- lui présenter les membres de l'équipe qui vont le prendre en charge (médecin, infirmière, auxiliaire de puériculture...).

3.2. Côté parents

Au moment de l'admission de l'enfant dans le service, les parents sont accueillis par un membre de l'équipe soignante et sont accompagnés auprès de leur enfant et de l'infirmière qui le prend en charge. L'infirmière :

- se présente aux parents ;
- présente l'enfant dans son environnement : explication de l'utilité des appareils qui entourent leur enfant, précision que ces appareils émettent parfois des alarmes mais qu'il est important de se fier à l'état clinique de l'enfant ;
- remet aux parents le livret d'accueil du service et celui de l'institution ;
- informe les parents sur les formalités administratives à accomplir pour l'admission de leur enfant si cela n'est pas encore fait ;
- vérifie la signature de l'autorisation aux soins par les parents ainsi que leurs numéros de téléphone ;
- demande le carnet de santé ;
- explique aux parents le fonctionnement du service :
 - les horaires et conditions de visite,
 - la possibilité de téléphoner pour prendre des nouvelles,
 - les précautions d'hygiène à respecter, dépendantes de la présence ou non d'un isolement et son degré (blouse, masque, gants, charlotte, etc.).

Puis l'infirmière :

- remplit avec eux une fiche d'informations avec des renseignements plus spécifiques comme :
 - les habitudes de vie,
 - l'allaitement maternel ou artificiel,
 - la présence d'une fratrie (âge),
 - la profession des parents,
 - la présence ou non d'un entourage soutenant,
 - le culte de croyance, etc. ;
- répond aux questions des parents pour tout ce qui relève de sa compétence et les dirige vers le médecin pour tout ce qui concerne les informations médicales dans le respect de la confidentialité imposée par le secret professionnel ;
- propose aux parents d'apporter :
 - des vêtements pour l'enfant,
 - un objet personnel : peluche, etc.,
 - un vêtement imprégné de l'odeur de la mère pour les plus petits,
 - une boîte à musique, un mobile,
 - un enregistrement de leurs voix qui pourra être diffusé en leur absence ;
- explique aux parents la possibilité de faire des photos et/ou films de leur enfant, dans le respect des lieux et des autres personnes/enfants.

Le rôle de l'infirmière est aussi de :

- parler aux parents des personnes qui sont à leur disposition dans le service et des modalités pour les rencontrer :
 - l'équipe soignante :
 - les médecins : chef de service, chef de clinique, pédiatre et interne,
 - le cadre de santé,
 - l'infirmière puéricultrice,
 - l'auxiliaire de puériculture et/ou l'aide-soignante,
 - l'équipe transversale :
 - l'assistante sociale,
 - le pédopsychiatre ou le psychologue,
 - la psychomotricienne,
 - le kinésithérapeute,
 - la diététicienne,
 - les secrétaires médicales et hospitalières,
 - les bénévoles ;
- leur expliquer :
 - la raison de l'hospitalisation,
 - les traitements et les examens prévus,
 - les critères de retour à domicile.



Une bonne prise en charge dès l'accueil permet une hospitalisation sereine pour l'enfant et ses parents. **L'accueil est un moment à privilégier.**



Accueil et prise en charge d'une patiente aux urgences gynécologiques et obstétricales

Gynécologie-Obstétrique

1 Définition

Les urgences assurent l'accueil et le traitement :

- des pathologies gynécologiques ;
- des pathologies liées à la grossesse ;
- des pathologies liées aux suites de couche ;
- de toute situation nécessitant une prise en charge immédiate comme un accouchement.

2 Objectifs

- Être en capacité d'évaluer le degré d'urgence.
- Savoir gérer une situation d'urgence.
- Accueillir et recevoir la patiente et son entourage, le plus calmement possible.

3 Matériel nécessaire

- Solution hydro-alcoolique.
- Matériel nécessaire à la prise des paramètres vitaux (thermomètre, moniteur de surveillance électrique).
- Appareil à échographie.
- Monitoring si la grossesse est au-delà de 24 semaines d'aménorrhée.
- Pot pour recueil d'urine.
- Bandelettes urinaires.

4 Technique

- Se présenter (nom et fonction).
- Interroger la patiente sur ses symptômes : cela permettra de déterminer le degré de priorité de prise en charge et de l'orienter vers le lieu de soin (box d'examen, salle de déchocage, etc.) approprié au sein des urgences.
- Demander une pièce d'identité et enregistrer la patiente d'un point de vue administratif.
- Rechercher le dossier patient s'il existe.
- Une fois la patiente installée en box d'examen :
 - prendre ses paramètres vitaux (FC, FR, PA, température) (voir fiche 80) ;
 - évaluer sa douleur (voir fiche 34) ;

- demander à la patiente d'uriner afin de réaliser une bandelette urinaire (voir *fiche 13*) ;
- réaliser un interrogatoire adapté en fonction de la situation (grossesse ou non, pathologie gynécologique connue, etc.) afin de recueillir des informations permettant une première évaluation de la situation ;
- transmettre à la sage-femme ou au médecin gynécologue l'ensemble de ces informations.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

5 Informations et conseils

- Il est important :
 - de créer un climat de confiance et de sécurité,
 - d'informer la patiente et son entourage sur le fonctionnement des urgences, sur les étapes de la prise en charge et le délai d'attente approximatif.
- Le bon déroulement de la suite des soins dépendra de la qualité de l'accueil.



1 Définition

L'aérosolthérapie par nébulisation de particules est utilisée pour pulvériser dans les voies aériennes un micro-brouillard d'une solution médicamenteuse ou non.

2 Objectifs

L'aérosolthérapie permet une absorption plus importante et plus rapide d'un médicament en raison de la surface considérable des poumons. Elle est utilisée pour traiter les syndromes obstructifs, inflammatoires et infectieux.

En fonction de l'indication, le but est de :

- fluidifier les sécrétions bronchiques ;
- faciliter l'expectoration ;
- favoriser une bronchodilatation ;
- traiter.



L'aérosolthérapie d'une substance médicamenteuse est à réaliser uniquement sur prescription médicale. Toutefois, l'IDE peut réaliser, dans le cadre de son rôle propre, un aérosol non médicamenteux (sérum physiologique ou eau distillée stérile) afin de fluidifier et décoller les sécrétions bronchiques d'un patient.

3 Matériel nécessaire

- Nébuliseur avec masque.
- Tuyau de raccordement.
- Source d'air ou d'oxygène.
- Débitre (L/min).
- Solution médicamenteuse sur prescription médicale et/ou eau distillée stérile ou sérum physiologique.

4 Technique

4.1. Préparation du patient

Le patient doit être installé en position assise voire demi-assise, afin de faciliter la diffusion de la thérapeutique par inhalation. **Il ne doit jamais être allongé.** Il faut le faire tousser, cracher et se moucher avant le soin.

4.2. Déroulement du soin

- Effectuer une friction des mains à l'aide d'une solution hydro-alcoolique.
- Vérifier les dates de péremption du matériel et l'intégrité des emballages.
- Assembler l'aérosol et mettre la solution dans le nébuliseur (il est préférable d'avoir au moins 5 mL de solution, si nécessaire compléter avec du sérum physiologique ou de l'eau distillée stérile afin d'atteindre ce minimum de 5 mL).
- Placer le masque sur le nez et la bouche du patient en vérifiant l'absence de fuites.
- Raccorder le masque à la prise d'air. Les aérosols sont pratiquement toujours réalisés avec de l'air : ils ne seront faits avec de l'oxygène que dans des cas spécifiques précisés par la prescription médicale.
- Régler le débit (5 à 6 L/min) et vérifier la formation du brouillard.

4.3. Après le soin

- Effectuer une friction des mains à l'aide d'une solution hydro-alcoolique.
- Effectuer la transmission du soin : heure, produit, réaction du patient.
- À la fin de l'aérosol, nettoyer à l'eau et au savon le matériel et bien le sécher.
- Jeter et renouveler le masque tous les jours.

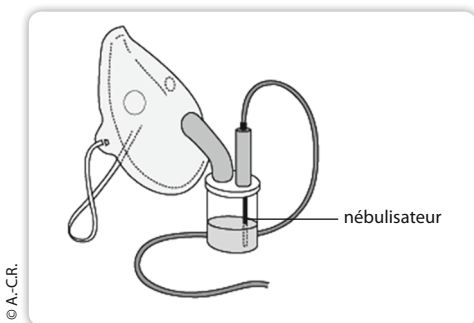


Figure 1. Masque avec nébulisateur

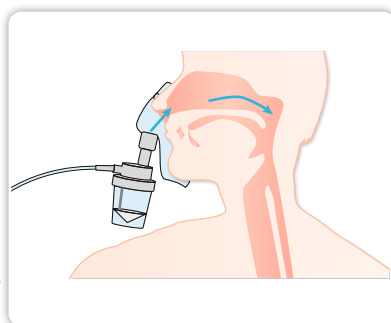


Figure 2. Bon positionnement du masque

5 Surveillance

5.1. Pendant le soin

Pendant le soin, il est nécessaire de surveiller :

- le pouls ;
- la saturation pulsée en oxygène ;
- la fréquence respiratoire du patient.

5.2. Efficacité du soin

En fonction de la substance administrée, on observe :

- une facilité d'expectoration pour un aérosol non médicamenteux ;
- une meilleure fonction respiratoire ;
- ou encore une diminution d'une infection bronchique par exemple.

Très rapidement le patient va retrouver un confort respiratoire.

5.3. Risques

- S'il y a des fuites du système, le soin est inefficace.
- Nausées si l'aérosol est fait à proximité d'un repas.
- Sensation d'étouffement, d'oppression ou de peur possible.
- Tachycardie.

6 Informations et conseils

- Prévenir le patient qu'il est possible que l'aérosol le fasse tousser et cracher. L'encourager à expectorer.
- Informer le patient que certaines thérapeutiques peuvent entraîner une tachycardie passagère, et qu'il ne doit pas s'inquiéter.



Aiguille de Huber : pose et dépose dans une chambre implantable



Mise des gants stériles

www.lienmini.fr/fiso03

Oncologie

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

1 Définition

La chambre à cathéter implantable (CCI) est un système placé sous la peau permettant l'accès cutané à un cathéter central. Elle est palpable sous la peau et est prolongée d'un cathéter qui va jusqu'à la veine cave supérieure. Elle concerne essentiellement des traitements de longue durée. Le système est conçu pour demeurer des années en place après son implantation.

L'aiguille de Huber est le seul type d'aiguille à utiliser sur une CCI car elle évite le carottage grâce à un embout biseauté au bout. L'aiguille est généralement courbée à angle droit pour les perfusions continues mais elle peut être droite pour un soin ponctuel. Les diamètres se mesurent en gauges, de G22 pour les perfusions aqueuses à G19 pour liquides épais. Leur longueur, après courbure, varie de 15 mm à 35 millimètres et doit être choisie en fonction de la corpulence du patient.

© A.C.R.

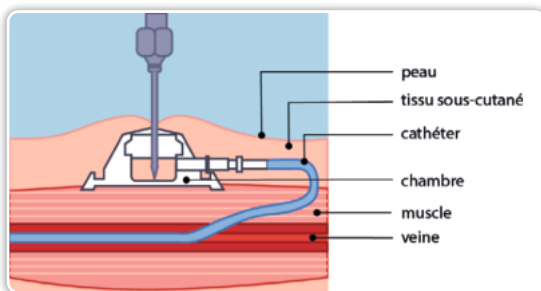
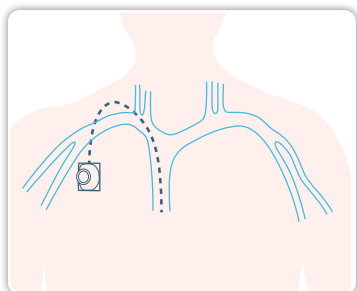


Figure 3. Chambre à cathéter implantable : localisation en vue de face (à gauche) et coupe transversale (à droite)

2 Pose de l'aiguille

2.1. Objectifs

- Administrer des perfusions, des traitements médicamenteux et des transfusions.
- Effectuer des prélèvements sanguins tout en préservant le capital veineux périphérique.
- Améliorer le confort et la qualité de vie du patient.



Pose d'une aiguille de Huber

www.lienmini.fr/fiso04

2.2. Matériel nécessaire

- Anesthésique topique.
- Masques (pour l'IDE et le patient).
- Champs stériles.
- Aiguille de Huber (adapter la taille au patient).
- Seringue pré-remplie de 10 mL stérile (la pression induite par des seringues de moins de 10 mL peut endommager la CCI).
- Compresses stériles.
- Savon antiseptique.
- Sérum physiologique.
- Antiseptique alcoolique (30 s).
- Gants stériles à usage unique.
- Pansement.

© L. Couto et F. Le Pleux

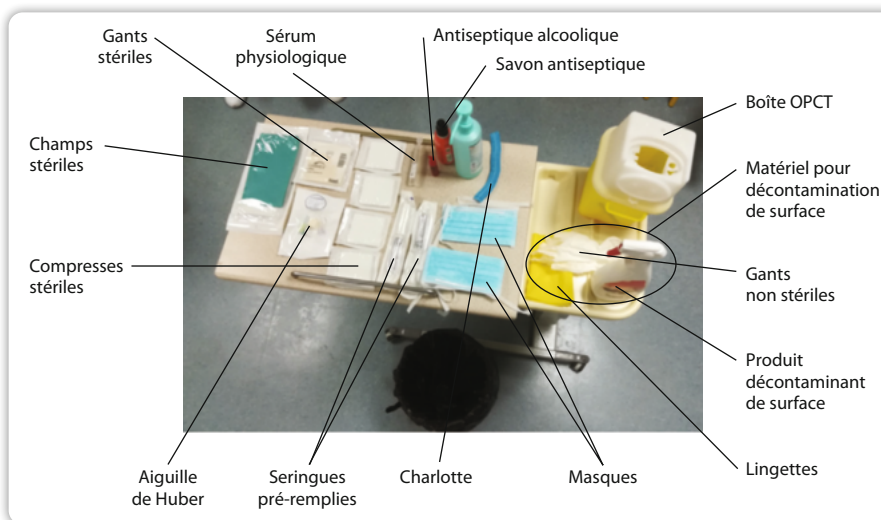


Figure 4. Matériel nécessaire à la pose d'une aiguille de Huber

2.3. Technique

Préparation du patient

- Informer le patient du soin.
- Vérifier l'identité.
- Réaliser une friction hydro-alcoolique.
- Mettre le patient en décubitus dorsal.
- Lui faire porter un masque (si refus, lui faire tourner la tête à l'opposé de la CCI).
- Appliquer un anesthésique topique 1 à 2 h avant.
- Vérifier l'absence de signes cutanés locaux (rougeur, douleur, chaleur, œdème).
- S'assurer que le patient est apyrétique.



Pour rappel : pour la préparation de l'IDE, un masque est à porter dès le début du soin.



Le port d'une surblouse stérile et d'une charlotte est uniquement justifié pour les patients aplasiques et neutropéniques.

Déroulement du soin

L'hygiène des mains doit être rigoureuse et les antisepties sur la peau du patient le plus large possible. Une première antiseptie est réalisée à mains nues, une seconde avec le port de gants stériles.



Pour rappel : la rampe de perfusion et le pansement se changent toutes les 72 heures et l'aiguille tous les 7 jours.

- Ouvrir le matériel pour première antiseptie à mains nues.
- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains.
- Effectuer une antiseptie cutanée en quatre temps :

Étape n° 1 : déterision	Compresse stérile imprégnée de savon antiseptique dilué.
Étape n° 2 : rinçage	Compresse stérile imprégnée de sérum physiologique à 0,9 %.
Étape n° 3 : séchage par tamponnement	Compresse stérile sèche.
Étape n° 4 : antiseptie	Compresse stérile imprégnée d'antiseptique alcoolique.  Penser à respecter le temps de contact de l'antiseptique !

- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains.
- Ouvrir le champ stérile.
- Déposer dans le champ :
 - l'aiguille de Huber ;
 - des compresses stériles ;
 - une seringue pré-remplie ;
 - un pansement adhésif transparent stérile.
- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains.
- Mettre les gants stériles.
- Effectuer la deuxième antiseptie de la peau en suivant les mêmes quatre temps que la première.
- Effectuer la purge de l'aiguille à l'aide de la seringue pré-remplie.
- Repérer et maintenir la chambre entre deux doigts.
- Introduire perpendiculairement l'aiguille au centre de la chambre. L'aiguille de Huber doit traverser le septum de la CCI jusqu'à buter sur le fond de la chambre.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

- Vérifier la présence d'un reflux sanguin avec la seringue.
- Vérifier l'absence de douleur à l'injection, le bon débit de perfusion (l'injection doit être aisée) et l'absence de signes inflammatoires.
- Rincer la CCI avec le contenu de la seringue pré-remplie de manière pulsée (en effectuant plusieurs poussées successives).
- Fixer l'aiguille par des bandelettes adhésives stériles et un pansement.

© L. Couto et F. Le Pleux



Figure 5. Mise en place du pansement

Après le soin

- Réinstaller le patient.
- Retirer le masque.
- Éliminer les déchets.
- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains.
- Effectuer une transmission écrite dans le dossier de soin du patient.

2.4. Surveillance

Efficacité du soin

- Bon reflux.
- Bon débit.
- Pas de douleur ni d'œdème à l'injection.

Risques

Infections	Liées à : ▸ des facteurs de risques tels que l'âge, une agranulocytose, un traitement immunosuppresseur ; ▸ une contamination lors de la pose, d'une ponction dans la chambre implantable, de la manipulation des tubulures.
Extravasation	▸ Complication grave. ▸ Thérapeutiques cytotoxiques : risque de nécrose cutanée. ▸ Signes cliniques lors de l'injection : douleur, érythème, diminution du débit de perfusion, œdème local.

Obstruction	▸ Thrombus, précipités médicamenteux. ▸ Dépôts lipidiques. ▸ Prévention par un rinçage au sérum physiologique.
Embolie gazeuse	Afin d'éviter ce risque, vérifier la purge de l'aiguille, manipuler en système clos et utiliser des seringues (Luer-Lock).

2.5. Informations et conseils

Conseils lors de la perfusion

- Demander au patient d'appeler s'il y a un reflux de sang dans la tubulure (rincer urgemment pour éviter l'obstruction).
- Demander de faire attention à l'aiguille en place et d'appeler si le pansement se décolle.

Suivi du site dans la vie courante

- Il n'y a aucune contre-indication. La CCI permet de faire du sport, d'aller à la piscine, ne gêne pas le port d'une ceinture de sécurité, etc.
- Il faut éviter tout de même les sports trop violents.
- Signaler le port d'une CCI lors d'explorations médicales.

3 Dépose de l'aiguille

3.1. Objectif

L'objectif est d'assurer la sécurité du patient lors de la dépose d'aiguille de Huber en respectant les règles d'asepsie et en prévenant le risque infectieux.

3.2. Matériel nécessaire

- Masques (pour l'IDE et le patient).
- Seringue pré-remplie de 10 mL stérile.



Pour rappel, utiliser une seringue supérieure à 10 mL afin d'éviter la surpression et la rupture du cathéter.

- Compresses stériles.
- Antiseptique alcoolique (30 s).
- Gants propres à usage unique.
- Pansement.



Dépose d'une aiguille
de Huber dans une
chambre implantable

www.lienmini.fr/fisoin05



3.3. Technique

Préparation du soin

Installation du patient	▸ Prévenir le patient. ▸ Patient en décubitus dorsal. ▸ Port d'un masque (si refus, lui faire tourner la tête à l'opposé de la CCI).
Installation de l'IDE	▸ Port d'un masque. ▸ Port de gants non stériles à usage unique.

Déroulement du soin¹



L'hygiène des mains doit être rigoureuse.

- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains.
- Ouvrir le matériel (pansement, compresses et seringue pré-remplie).
- Verser un antiseptique alcoolique sur les compresses stériles.
- Purger la seringue pré-remplie.
- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains.
- Mettre les gants non stériles à usage unique.
- Adapter la seringue à l'aiguille de Huber, vérifier le reflux et rincer la CCI avec le contenu de la seringue pré-remplie de manière pulsée (en effectuant 6 à 10 poussées successives).
- Vérifier l'absence de douleur à l'injection et le bon débit de perfusion (l'injection doit être aisée).
- Si l'aiguille n'est pas pourvue d'un système de dépose en pression positive, laisser 1 mL dans la seringue.
- Déposer l'aiguille à l'aide du système de pression positive ou injecter les 1 mL tout en retirant l'aiguille.



Pour information : la pression positive a pour but d'éviter d'abîmer le septum de la CCI et de limiter le risque de thrombus.

1. Propositions en regard des recommandations HAS, à adapter en fonction du service.

© F. Le Pleux et L. Couto



Figure 6. Ablation de l'aiguille de Huber

- ▶ Désinfecter à l'aide des compresses imbibées de Bétadine® alcoolique et effectuer le pansement.
- ▶ Faire une transmission orale et écrite.

3.4. Surveillance

Risques	Conduites à tenir
Infection	Solution hydro-alcoolique, masque pour l'IDE et matériel stérile.
Obstructions : ▶ thrombus, précipités médicamenteux ▶ dépôts lipidiques	Prévention par rinçage au sérum physiologique et pression négative.

3.5. Informations et conseils

- ▶ Suivi du site dans la vie courante sans perfusion.
- ▶ Demander au patient de retirer le pansement après 2 h.

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z



1 Définition

L'alimentation parentérale consiste en l'injection d'une alimentation artificielle, totale ou partielle, par voie intraveineuse. Les solutions utilisées contiennent généralement du glucose, des acides aminés, des minéraux et des lipides. Il peut être ajouté, selon les besoins, des vitamines, des électrolytes et des oligo-éléments.

Les alimentations parentérales existent en solutions prêtes à l'emploi mais il arrive souvent que des mélanges spécifiques soient préparés afin d'être adaptés aux besoins du patient, surtout pour les enfants et les suppléments à long terme. Ayant le statut de médicaments, les poches d'alimentation parentérale sont préparées par le pharmacien hospitalier. Elles sont stériles et apyrogènes.

Deux cas de figure :

- si la durée d'administration de l'alimentation est supérieure à 10 jours, on utilisera une voie centrale ;
- si la durée de la prescription est inférieure à 10 jours, l'utilisation d'une voie périphérique est possible si la solution est isotonique et inférieure à une osmolarité d'environ 900 mosm/L.

2 Objectifs

La nutrition parentérale a pour objectif de couvrir les besoins nutritionnels d'un patient lorsque la voie entérale est contre-indiquée : le patient est alors en repos digestif strict. Ce type d'alimentation est indiqué dans les cas d'insuffisance intestinale définitive ou transitoire, totale ou partielle résultant :

- d'une obstruction ;
- de troubles de la motricité ;
- d'une résection chirurgicale ;
- d'une malabsorption (maladie de Crohn, pancréatite aiguë), etc.

3 Matériel nécessaire

- Poches d'alimentation parentérale selon prescription médicale.
- Tubulure équipée d'un régulateur de débit de perfusion ou tubulure adaptée pour pompe à perfusion volumétrique.
- Compresses stériles.
- Antiseptique.
- Plateau de soin.
- Gants non stériles à usage unique.

- Solution hydro-alcoolique.
- Poubelle de type DAOM.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

4 Technique

4.1. Préparation de l'IDE

- Vérifier la prescription médicale.
- Préparer une étiquette indiquant : les nom et prénom du patient ainsi que sa date de naissance, le contenu de la poche si des vitamines ou électrolytes ont été rajoutés, l'heure de début et de fin prévue, la date ainsi que les nom et prénom de l'IDE qui va réaliser le soin et coller l'étiquette sur la poche.
- Raccorder la poche d'alimentation à la tubulure et la purger puis mettre le tout dans le plateau de soin.
- Imbiber les compresses stériles d'antiseptique en les laissant dans l'emballage ouvert et les poser sur le plateau de soin.

4.2. Réalisation du soin

- Effectuer une friction hydro-alcoolique des mains.
- Mettre les gants non stériles à usage unique.
- Disposer la poche sur un pied à sérum, en hauteur.
- À l'aide des compresses imbibées d'antiseptique, raccorder la tubulure à la voie centrale ou à la voie périphérique selon les cas.
- Jeter la compresse, ôter les gants et les éliminer dans la poubelle DAOM.
- Régler le débit désiré à l'aide du système manuel ou de la pompe à perfusion volumétrique.
- Vérifier la perméabilité du système.
- Effectuer la traçabilité du soin : date, heure, poche mise en place.

5 Surveillance

5.1. Efficacité du soin

Absence de signes de dénutrition chez le patient (surveillance régulière du poids).

5.2. Risques

Risques	Signes	Conduite à tenir
Infection au point de ponction	Rougeur, douleur, chaleur et œdème	Changement du cathéter selon protocole du service
Signes d'infection au niveau général	Hypo- et hyperthermie, frissons et marbrures	▸ Surveillance des paramètres vitaux (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température, saturation en oxygène, pression artérielle) ▸ Surveillance de l'état clinique du patient (marbrures, frissons, coloration cutanée)

L'infection du cathéter peut mener à un sepsis.



1 Définition

Un biberon est un réceptacle gradué en verre ou en plastique, sur lequel on adapte une tétine servant à allaiter artificiellement un enfant.

Dans les services de soins, les biberons sont préparés directement par la biberonnerie centrale de l'hôpital pour une durée de 24 h, ou présentés sous forme de « nourette » (lait prêt à l'emploi).

Le lait en poudre se vend dans les commerces avec une cuillère-mesure qui peut contenir 5 g de poudre.

2 Objectifs

Apprendre aux parents, avant la sortie de leur enfant, à préparer et donner un biberon.

3 Matériel nécessaire

- Surblouse de l'enfant.
- Biberon propre.
- Lait en poudre correspondant au régime de l'enfant.
- Eau en bouteille : au domicile, l'eau du robinet peut être utilisée à certaines conditions (eau froide, temps d'écoulement préalable, concentration en plomb < 10 µg/L, entretien régulier du robinet).
- Solution hydro-alcoolique.
- Bavoir.

4 Technique

4.1. Préparation du biberon

- Effectuer une friction hydro-alcoolique.
- Préparer le matériel.
- Mettre la surblouse.

4.2. Déroulement de la préparation d'un biberon

- Refaire une friction hydro-alcoolique.
- Mettre la quantité d'eau nécessaire dans le biberon.
- Ajouter la quantité de lait en poudre correspondant et refermer la boîte de lait.



Pour reconstituer le lait, il faut diluer **30 mL d'eau pour une cuillère-mesure rase**. Par exemple, pour un biberon de 120 mL, on mettra 120 mL d'eau + 4 mesures de lait en poudre. Le volume final sera donc supérieur à 120 mL.

- Fermer le biberon, en vissant correctement ensemble la tétine et le capuchon.
- Mélanger le biberon en le faisant rouler entre la paume des mains horizontalement, afin d'éviter les grumeaux de lait.



© L. Seban

Figure 7. Une dose ou un cuillère arasée pour 30 mL d'eau



© L. Seban

Figure 8. Mélange du biberon



- Il est préférable d'habituer les enfants aux biberons donnés à température ambiante. Mais certains enfants de néonatalogie, habitués aux biberons réchauffés, boiront uniquement le lait chauffé. Dans ce cas, il faut l'expliquer aux parents.
- Dans les services de soins, les biberons arrivent tout prêt de la biberonnerie et sont conservés au réfrigérateur : il faut les réchauffer au chauffe-biberon avant utilisation.
- Les services utilisent également des nourettes (biberons prêts à l'emploi). Dans ce cas, les biberons sont donnés à température ambiante, il faut juste fixer la tétine.

- Chauffer le biberon dans un chauffe-biberon. Ne pas utiliser de micro-ondes, car les ondes abîment les protéines du lait et les rendent moins efficaces, et cela expose plus au risque de brûlure.
- Vérifier la température du biberon en faisant couler quelques gouttes de lait sur la face interne du poignet : si le lait est trop chaud, le refroidir sous l'eau froide du robinet.

4.3. Donner le biberon

- Faire une friction hydro-alcoolique.
- Avoir le biberon à bonne température et à portée de main.
- Prendre le bébé dans les bras et s'installer (parent le plus souvent possible) confortablement dans un fauteuil, dans un endroit calme.
- Lui mettre le bavoir et le caler contre soi, sa tête reposant au creux du bras, dans une position semi-allongée (possibilité d'utiliser un coussin ou cocoon pour améliorer le positionnement).
- Lui présenter le biberon en le tenant par son centre.

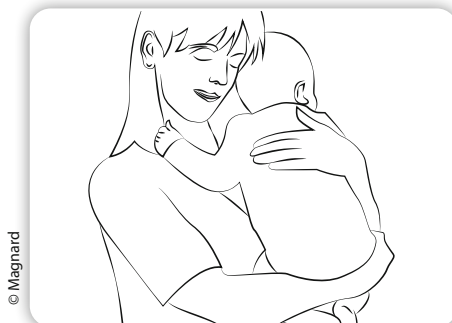


Figure 9. Prise du biberon



Figure 10. Tétines en silicone et en caoutchouc

- Vérifier la vitesse de la tétine :
 - la vitesse d'écoulement du lait va de 1 (faible) à 3 (rapide) ;
 - le chiffre de la vitesse (ou symbole) doit être située au niveau du nez de l'enfant et visible par celui qui donne le biberon ;
 - la tétine doit être vissée suffisamment pour pouvoir laisser passer l'air : des petites bulles doivent défiler le long de la paroi du biberon. S'il y a des fuites, resserrer légèrement la bague ; s'il n'y a pas de bulle, desserrer légèrement la bague.
- Bien remplir la tétine de lait afin d'éviter que l'enfant n'aspire trop d'air.
- Proposer une pause à l'enfant et lui faire faire un rôl (il est le bienvenu mais pas obligatoire selon les enfants).
- Reprendre le biberon.
- Faire faire un rôl à l'enfant en fin de biberon :
 - prendre l'enfant dans ses bras, sa tête reposant sur notre épaule ;
 - lui tapoter doucement le dos, ou le lui masser ;
 - En cas d'absence de rôl, garder l'enfant verticalement contre soi pendant 15 à 20 min afin d'éviter le rejet.



© Magnard

Figure 11. Position de l'enfant pour le rot.

4.4. Après le soin

- Réinstaller l'enfant.
- Retirer la surblouse.
- Éliminer les déchets.
- Renouveler la friction hydro-alcoolique.
- Noter le soin sur la feuille de surveillance de l'enfant.

5 Surveillance

- Quantité prise.
- Absence de rejet, vomissement, etc.
- État abdominal (souple, ballonné, dur, etc.).
- Selles : aspect et quantité.
- Absence d'événement respiratoire (changement de couleur, désaturation, apnée, bradycardie).

6 Informations et conseils (côté parents)

Tout parent doit être encadré et éduqué à la réalisation de ce soin. La prise de biberon doit être acquise avant la sortie de l'enfant.

Ce soin permet une grande complicité entre l'enfant et le parent, car c'est un moment d'échanges, l'occasion de lui parler doucement, de le rassurer, de lui chanter des comptines, etc.



Avant toute première utilisation, stériliser biberon et tétine en les plongeant plusieurs minutes dans de l'eau bouillante ou dans un stérilisateur. **Après chaque utilisation**, rincer et nettoyer biberon et tétine avec un produit vaisselle. Laisser sécher et ranger le biberon dans un endroit propre. Pour un enfant sain, le biberon a besoin d'être lavé simplement après utilisation. La stérilisation des biberons est nécessaire en fonction de l'âge et de la pathologie de l'enfant.

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z



1 Définition

C'est un mode d'alimentation du nouveau-né et du nourrisson par le lait maternel.

2 Objectifs/bénéfices

Satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson.

Du côté de l'enfant	▶ L'allaitement favorise la santé de l'enfant par le biais des anticorps maternels et des bactéries maternelles (microbiote lacté) qui colonisent ainsi son intestin et participent à l'élaboration de son système immunitaire. ▶ La composition du lait maternel est adaptée aux besoins de l'enfant. ▶ Chez l'enfant né prématurément, l'allaitement : ○ favorise une bonne digestion (grâce aux enzymes qu'il contient) ; ○ réduit le risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN), les infections nosocomiales et améliore le neuro-développement ultérieur. ▶ Chez l'enfant né à terme, il réduit les risques allergiques (asthme et eczéma) du fait de la transmission du microbiote.
Du côté de la mère	L'allaitement réduit l'incidence du cancer du sein et du cancer de l'ovaire, du diabète de type 2 et de la dépression post-partum.



L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois.

3 Contre-indications

Contre-indications médicales rares	▶ Galactosémie congénitale (maladie rare qui empêche le nouveau-né d'assimiler le lactose). ▶ Séropositivité VIH. ▶ Cancer du sein en cours de traitement.
Contre-indications temporaires	▶ Prise maternelle de certains toxiques : alcool, cannabis. ▶ Prises de certains médicaments. ▶ Présence de certains germes pathogènes dans le prélèvement de lait maternel (limite en fonction du protocole des services).
Précautions	Chez certains prématurés dont la mère est porteuse du cytomégalo virus (CMV), on pourra proposer à la mère de tirer son lait. Il sera ensuite pasteurisé et donné à son enfant (= don de lait personnalisé).

4 Matériel nécessaire

- ▶ Présence de la mère.
- ▶ Uniquement dans le service de néonatalogie : eau, savon doux, serviette à usage unique et pèse-bébé.
- ▶ Si besoin, coussin d'allaitement.
- ▶ Si besoin, bouts de sein.

5 Technique

5.1. En néonatalogie

Préparation du soin

- ▶ Effectuer une friction hydro-alcoolique des mains.
- ▶ Se laver les seins à l'eau du robinet et au savon.
- ▶ S'essuyer les seins avec la serviette à usage unique.
- ▶ Prévenir l'enfant du soin.

Déroulement du soin

- ▶ Changer la couche de l'enfant.
- ▶ Peser l'enfant.
- ▶ La mère doit être confortablement installée et détendue :
 - possibilité d'utiliser un coussin, un accoudoir, un marchepied, etc. en fonction de la position adoptée ;
 - plusieurs positions sont possibles : voir avec la mère laquelle lui convient le mieux (voir figure 12).
- ▶ Repeser l'enfant (en service de néonatalogie uniquement).

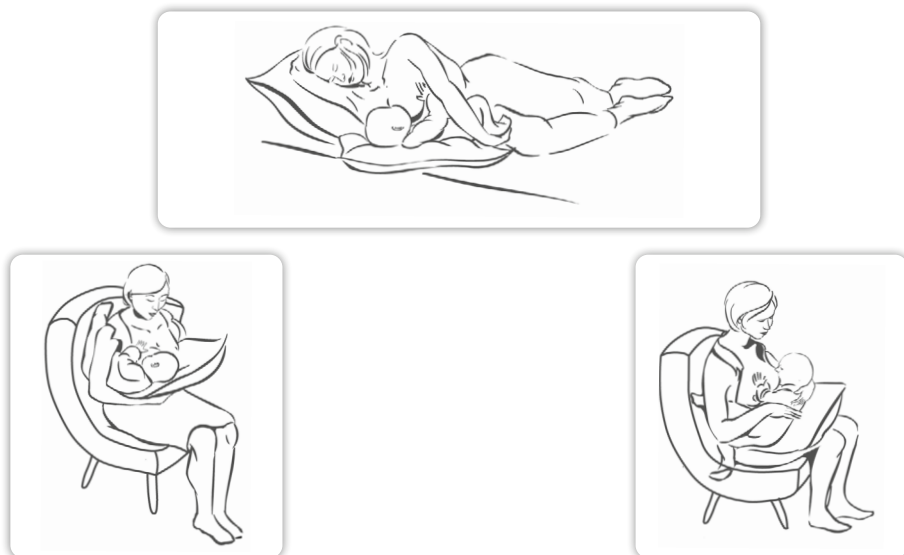


Figure 12. Différentes positions d'allaitement possibles
(à gauche, le ballon de rugby ; au centre, allongée ; à droite, la madone)

5.2. En maternité ou à domicile

Préparation au soin

- ▶ La douche quotidienne suffit.
- ▶ Nettoyer le mamelon à l'eau et au savon uniquement si la mère utilise le tire-lait.

Déroulement du soin

- ▶ Mettre l'enfant au sein :
 - ventre du bébé contre ventre de la mère ;
 - sa tête légèrement en extension ;
 - placer la bouche de l'enfant 1 à 2 cm sous le mamelon (nez en face du mamelon) ;
 - l'enfant a la bouche grande ouverte et cherche à téter (voir figure 13) :
 - sa langue doit être vers le bas,
 - sa bouche happe le mamelon mais aussi une partie de l'aréole,
 - son nez est dégagé,
 - son menton est enfoui dans le sein,
 - il alterne suctions, déglutitions (audible parfois à l'oreille) et respirations ;
 - la mère peut aider à la mise en bouche en faisant une « pince » ;
 - si besoin, utilisation d'un « bout de sein » par la mère (taille du bout de sein adaptée au sein de la mère).

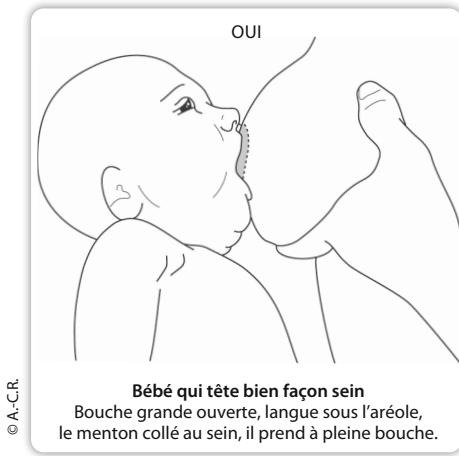


Figure 13. Bonne et mauvaise prise en bouche du mamelon

- ▶ Faire faire un rôl à l'enfant (voir figure 11) :
 - prendre l'enfant dans ses bras, sa tête reposant sur notre épaule ;
 - lui tapoter doucement le dos, ou le lui masser ;
 - en cas d'absence de rôl, garder l'enfant verticalement contre soi pendant 15 à 20 minutes, afin d'éviter le rejet.

Après le soin

- ▶ Réinstaller l'enfant.
- ▶ Renouveler la friction hydro-alcoolique des mains.
- ▶ Noter le soin sur la feuille de surveillance de l'enfant :
 - la mise au sein ;
 - la quantité prise au sein ;
 - le change.

6 Surveillance

- ▶ Bonne position de la mère et de l'enfant.
- ▶ Tolérance de l'allaitement : cyanose, désaturation, bradycardie, si l'enfant est relié à un scope.
- ▶ Bonne prise de poids.
- ▶ Si présence de régurgitation ou de colique.
- ▶ Aspect et quantité des selles.
- ▶ Quantité d'urine (une couche bien pleine est signe d'une bonne prise alimentaire).
- ▶ État mammaire de la mère :
 - engorgement : lui montrer comment extraire son lait manuellement et lui donner des conseils antalgiques (douche chaude avec massage pour évacuer

le lait, prise de paracétamol, ne pas interrompre les tétées ni l'utilisation du tire-lait, compresse froide après la tétée...);

- crevasse : lui donner des conseils pour aider à la cicatrisation (crème, coques, lait de fin de tétée, etc., voir plus loin);
- mastites (fièvre, rougeur) : informer le médecin ou la sage-femme.
- ▶ Supplémenter l'enfant en vitamine K (sur prescription médicale) si nourri exclusivement au sein.

7 Informations et conseils (côté parents)

- ▶ Accompagner la mère dans la mise au sein.
- ▶ La rassurer pour qu'elle se fasse confiance ainsi qu'à son bébé : c'est la clé de la réussite.
- ▶ La conseiller sur son hygiène de vie :
 - alimentation diversifiée : manger au moins 2 poissons (dont 1 gras) par semaine, afin d'apporter les acides gras essentiels au bon développement cérébral de l'enfant;
 - hydratation : boire à sa soif suffit;
 - repos...
- ▶ Proposer une mise au sein dès que possible.
- ▶ Faire un allaitement à la demande quand cela est possible.
- ▶ Si son enfant ne peut pas être mis au sein, tirer son lait avec un tire-lait électrique à double pompage et double phases (stimulation/extraction). Dans ce cas, il faudra utiliser une taille de téterelle adaptée aux seins de la mère.
- ▶ L'aider dans le positionnement afin d'éviter les crevasses.
- ▶ Lui proposer la mise au sein « non nutritive » si son enfant est prématuré, faire du peau à peau.
- ▶ Lui donner des conseils :
 - utiliser un savon surgras afin d'éviter d'assécher le mamelon;
 - éviter tout cosmétique (savons, parfum et déodorant trop parfumés, etc.) : utiliser des produits neutres;
 - lui proposer de mettre du lait de fin de tétée **si nécessaire**, ou de masser régulièrement l'aréole et le mamelon d'une crème grasse pour les hydrater et les assouplir;
 - éviter toute macération : changer régulièrement les coussinets d'allaitement;
 - porter un soutien-gorge adapté et confortable.
- ▶ Lui proposer « le guide de l'allaitement maternel » si présent dans le service.
- ▶ Lui proposer de participer à l'atelier « allaitement » s'il existe dans le service.
- ▶ Lui parler du don de lait anonyme si la mère produit une quantité de lait supérieure aux besoins de son enfant : le lactarium est une banque de lait et un centre de conseil sur le don de lait et l'allaitement maternel. Ce lait servira à nourrir les bébés prématurés.



1 Définition

L'amniocentèse est **un acte médical** qui consiste à prélever une petite quantité de liquide amniotique. Il est pratiqué en général à partir de la 16^e semaine d'aménorrhée. On prélève, à l'aide d'une seringue, le liquide amniotique contenant des cellules fœtales. C'est l'examen le plus utilisé pour le diagnostic anténatal.

Le rôle de l'infirmier(ère) est d'aider et accompagner l'obstétricien dans le soin.

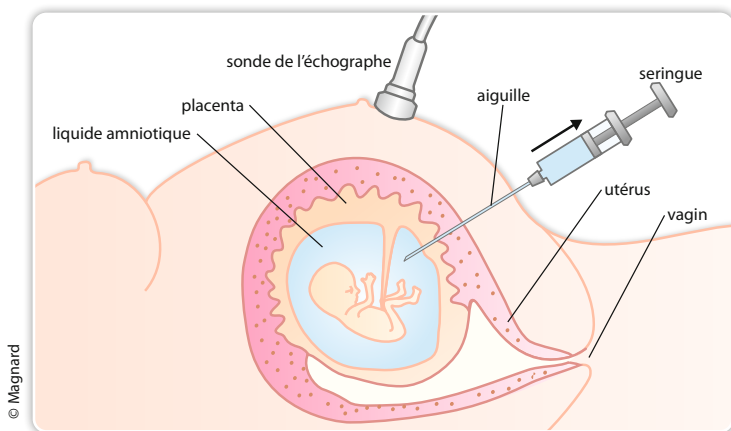


Figure 14. Amniocentèse

2 Objectifs

L'amniocentèse est un examen à visée diagnostique et se réalise généralement entre les 14^e et 20^e semaines de grossesse. Il a pour but de détecter :

- des anomalies chromosomiques comme la trisomie 21, 18...
- des maladies génétiques comme la myopathie de Duchenne ou la mucoviscidose ;
- des anomalies du développement fœtal comme le *spina bifida* ;
- des infections fœtales comme la toxoplasmose ou la rubéole.

3 Matériel nécessaire

- ▶ Appareil à pression artérielle.
- ▶ Thermomètre.
- ▶ Appareil d'échographie avec une sonde abdominale.
- ▶ Drap d'examen à usage unique ou rouleau de papier pour recouvrir la table d'examen.
- ▶ Sur un chariot décontaminé :
 - gants à usage unique ;
 - champ stérile ;
 - gants stériles (à la taille du médecin) ;
 - aiguille à ponction (type aiguille à péridurale) ;
 - seringue de 20 mL ;
 - tube à essai stérile pour récupérer le liquide ;
 - compresses stériles ;
 - pansement sec ;
 - solution antiseptique ;
 - solution hydro-alcoolique ;
 - sac poubelle.

4 Technique

- ▶ Il n'est pas nécessaire d'être à jeun ni d'avoir la vessie remplie pour l'examen.
- ▶ Lors de l'accueil de la patiente :
 - vérifier son identité (*voir les règles d'identité-vigilance dans la fiche 66*) ;
 - vérifier la présence de la carte de groupage sanguin ;
 - vérifier que le consentement d'examen est signé ;
 - s'assurer que la patiente a pris sa douche ;
 - prendre ses paramètres vitaux : température, pression artérielle ;
 - interroger la patiente, s'assurer qu'elle n'a pas eu de perte de sang, ni de contractions utérines qui pourraient nécessiter le report de l'examen.
- ▶ La durée moyenne de l'examen est de 10 min (parfois un peu plus longtemps, si la position ou les mouvements du fœtus gênent le prélèvement). Il se déroule selon les étapes suivantes :
 - l'infirmière :
 - fait se déshabiller la patiente et lui remet une chemise jetable (elle peut garder ses sous-vêtements) ;
 - l'installe en position de décubitus dorsal sur la table d'examen ;
 - dégage très largement l'abdomen en soulevant la chemise jetable ;
 - le médecin :
 - réalise une échographie afin de visualiser la position du fœtus et du placenta. Ce repérage permet de définir le meilleur endroit pour prélever du liquide sans blesser le fœtus ;
 - désinfecte la peau de l'abdomen avec une solution antiseptique ;

- met en place le champ stérile ;
- demande à la patiente de rester immobile. En se guidant grâce aux images échographiques, il place l'aiguille (longue et très fine) dans le liquide amniotique à travers la peau et la paroi de l'abdomen. Il prélève en suite environ 15 à 20 mL de liquide ;
- pendant et après le prélèvement, vérifie par échographie que le fœtus va bien.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

5 Informations et conseils

- Après l'examen, la patiente reste quelques minutes sous surveillance médicale puis elle peut rentrer chez elle.
- Il est préférable pour elle de se reposer pendant une journée, sans forcément rester alitée.
- Il est conseillé d'éviter le surmenage les jours suivants.
- La patiente peut ressentir un tiraillement ou une sensation douloureuse à l'endroit où l'aiguille a été introduite. Ces symptômes sont sans gravité.
- Il est important d'indiquer à la patiente de consulter en urgence en cas de :
 - fièvre ;
 - contractions utérines ;
 - douleurs abdominales ;
 - pertes vaginales de sang ou de sécrétions anormales dans les heures ou jours qui suivent le prélèvement.
- Il faut attendre entre deux à trois semaines (en fonction des analyses demandées) pour obtenir les résultats.
- Une attention particulière est portée chez les femmes de rhésus négatif dont le fœtus est de rhésus positif. Un traitement d'immunoglobuline anti-D sera indiqué après l'amniocentèse en prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle.



1 Définition

L'activité dite socio-thérapeutique a deux finalités :

- elle peut être à **visée occupationnelle** et peut être définie comme étant une occupation proposée au patient pour préserver ses capacités de vie (activités de loisir, de culture, de la vie quotidienne, travaux artisanaux, etc.) ;
- elle peut être aussi à **visée thérapeutique** et peut donc être définie comme étant un soin individualisé (même si réalisé en groupe) à part entière et vise à conserver ou préserver l'autonomie du patient, ses capacités relationnelles et sociales (atelier cuisine, jardinage, etc.), physiques (danse, gymnastique, etc.) et créatives / cognitives (théâtre, écriture, musique, etc.).

L'activité ou l'atelier se déroule dans un cadre spatial et un temps défini à l'avance.

2 Objectifs

L'activité socio-thérapeutique est un moment privilégié pour observer un patient au sein d'un ensemble. Elle est un espace d'interaction sociale. L'activité s'intègre à part entière dans le projet de soins individuel du patient pris en charge.

Les objectifs des activités sont de mobiliser sur une période donnée les ressources psychomotrices d'un groupe de patient et de les voir évoluer individuellement au sein d'un groupe. Ainsi, on observera le comportement de chacun vis-à-vis du groupe, les capacités d'actions, de réflexion, d'implication et les capacités relationnelles et émotionnelles de chaque patient. À travers ces activités socio-thérapeutiques, on pourra apprécier sa façon de retisser des liens avec « le monde, les autres, la loi et soi-même » (voir fiche 82).

3 Matériel nécessaire

- Réserver un espace adapté à l'atelier/activité proposé disponible.
- Prévoir et définir à l'avance une durée prédéfinie.
- Prévoir le matériel adéquat si nécessaire.
- Créer un groupe de travail pour conceptualiser ces activités.
- Faire le lien/retour vers l'équipe pluri-professionnelle. Verbalisation de son ressenti, de ses observations, des évolutions des patients.
- Faire un retour institutionnel (moyens engagés, matériels/financiers).

4 Technique

4.1. Préparation de l'activité

- Définir les objectifs liés aux patients, à la démarche de soins et au projet thérapeutique associé à chacun d'eux.
- Déterminer le rythme des séances ainsi que leurs durées.
- Prévoir une salle adaptée.

4.2. Déroulement de l'activité

- Expliquer le déroulement en préambule de l'activité.
- Veiller à l'intégration de nouveaux patients, en les faisant se présenter au groupe au début par exemple.
- Être volontaire, s'investir pleinement dans l'activité, ainsi que dans le développement des capacités et compétences particulières de chaque patient du groupe, pour en faire profiter l'ensemble.
- Veiller au bon fonctionnement du groupe : être un lien entre les patients et l'activité.
- Canaliser les comportements agressifs.
- Temporiser les relations interpersonnelles très denses.
- Pratiquer une observation et analyse individuelle : comportement, motivation, affect, implication, assiduité, créativité, etc.
- Pratiquer une observation et analyse du groupe : comportement, motivations, rythme, dynamique, échanges, etc.

4.3. Après l'activité

Le travail qui est effectué lors des groupes est discuté et retransmis à l'équipe soignante.



1 Définition

L'aspiration bronchique consiste en une désobstruction des voies aériennes à l'aide d'une sonde d'aspiration et d'un système aspiratif chez un patient intubé, trachéotomisé ou non. Elle permet ainsi de libérer les voies aériennes.

2 Objectifs

- Évacuer, recueillir et évaluer les sécrétions de la trachée et des bronches.
- Maintenir la perméabilité des voies aériennes.
- Permettre des échanges gazeux optimaux.
- Prévenir une surinfection bronchique.

3 Matériel nécessaire

- Prise murale de vide.
- Manomètre d'aspiration en mmHg (millimètre de mercure).
- Tubulures universelles.
- Réceptacle avec sac de recueil collecteur muni de raccords pour les tubulures.
- Contrôle du vide (pince stop-vide) et adaptateur.
- Compresses stériles.
- Sondes d'aspiration bronchique : le diamètre de la sonde, appelé CH pour charrière, doit être adapté au patient (adulte ou enfant).
- Bouteille d'eau stérile pour rincer la tubulure en fin d'aspiration.
- Lubrifiant en gel ou en spray (le spray n'est quasiment plus utilisé).
- Gants non stériles et tablier à usage unique.
- Protection absorbante.
- Sac poubelle.
- Masque FFP2 si suspicion d'infection respiratoire.

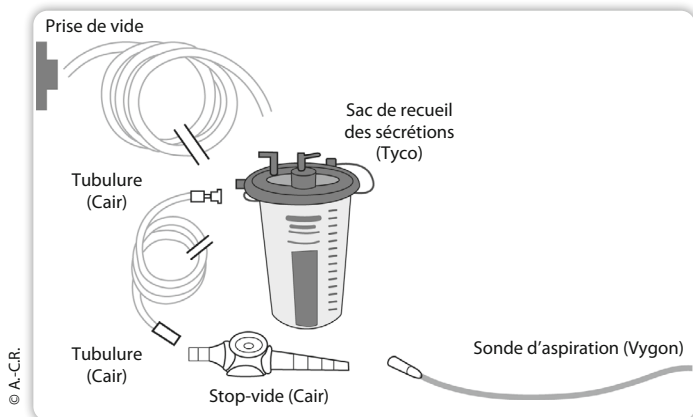


Figure 15. Matériel pour réaliser une aspiration bronchique

4 Technique

4.1. Préparation du soin

Installation du patient	▶ Expliquer le soin au patient et son intérêt. ▶ Installer le patient en position demi-assise (sauf prescription médicale contraire). ▶ Positionner la protection absorbante au niveau du torse du patient.
Installation de l'IDE	▶ Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains. ▶ Installer le matériel d'aspiration : ○ adapter la tubulure universelle entre le manomètre d'aspiration et le sac de recueil ; ○ placer une autre tubulure universelle entre le sac de recueil et la pince stop-vidé ; ○ ajouter l'adaptateur. ▶ Vérifier que le système d'aspiration est fonctionnel. ▶ Préparer le flacon de rinçage. ▶ Mettre le tablier à usage unique.

4.2. Déroulement du soin

- ▶ Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains.
- ▶ Mettre les gants non stériles à usage unique.
- ▶ Ouvrir l'emballage des compresses stériles et de la sonde d'aspiration stérile également.
- ▶ Déposer le gel sur les compresses ou vaporiser le lubrifiant.
- ▶ Raccorder la sonde d'aspiration avec l'adaptateur en la sortant de son emballage et en la maintenant avec une compresse stérile.
- ▶ Appliquer le lubrifiant en frottant la compresse sur la sonde.
- ▶ Introduire la sonde d'aspiration par la sonde d'intubation ou par la sonde de trachéotomie.

Avec ses **130 fiches en couleurs**, ce livre a été conçu pour accompagner les étudiants en soins infirmiers dans tous les soins utiles à leur exercice, du soin transversal quotidien au soin spécifique le plus complexe.

Très pratiques avec leur classement **par ordre alphabétique** et **abondamment illustrées**, ces fiches de soins proposent :

- ✓ une définition du soin, la liste du matériel à employer et les techniques à suivre pas-à-pas ;
- ✓ la mention de la spécialité/du service où chaque soin est pratiqué préférentiellement ;
- ✓ les surveillances infirmières ainsi que les informations, conseils et éducation à prodiguer aux patients et à leur entourage ;
- ✓ la mention du rôle infirmier (propre, prescrit ou en collaboration) rattaché au soin ;
- ✓ les compétences, en lien avec le référentiel d'études, à acquérir ou à mobiliser pour la réalisation du soin.

Adapté aux dernières pratiques et recommandations, *Toutes les fiches de soins pour réussir en IFSI* innove avec des fiches sur le prélèvement nasopharyngé (test PCR), la prise en charge du patient COVID dans tous les secteurs d'hospitalisation et la vaccination.

Un **double sommaire** permet de retrouver un soin, soit par une recherche alphabétique, soit par services de soins.

OFFERT

encore plus de tutoriels vidéos de soins pour perfectionner sa pratique !



Les pathologies pour les 3 ans d'études en IFSI

ISBN : 978-2-311-66186-6



9 782311 661866

www.vuibert.fr