



FACULTÉ DE MÉDECINE DE SOUSSE “ Ibn El Jazar ”



Guide pratique de l'étudiant en soins infirmiers

“ FICHE TECHNIQUES ”

1^{ère} Année médecine

ELABORÉ PAR :

Mme Samia Ben Abdelbari et al

Mr Sabri Achour et al

DIRECTEURS :

Pr Ali Mtiraoui

Pr Walid Naija

Pr Mohamed Ben Dhiab

Pr Souad Chalbi

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015-2016

COMITÉ DES SOINS INFIRMIERS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE SOUSSE

Coordinateur Médical de la section : Pr Ali Mtiraoui/ Pr Mohamed Ben Dhiab/ Pr Souad Chalbi/Pr Walid Naija

Coordinateur paramédical
de la section
ESSTSS

Samia Ben Abdelbari

Membres :

Mr Med Chiba

Mr Faouzi Mani

Mme Saloua Omrani

Mme Fatma Abbes

Mme Sihem Zanina

Mme Mariem Dhidah

Mme Wassila Ben Saad

Melle Saloua Thabet

Mme Amel Kaibi

Melle Imen Krifa

Melle Dorra Ben Cherifa

Melle Soumaya M'hamdi

Coordinateur paramédical
de la section
ISIS

Sabri Achour

Membres :

Mme Sonia Soussi

Mr Abdelhamid Bnina

Mr Jomaa Ellili

Mr Ali Ben Aina

Mme Radhia Chaieb

Mme Ranja Abid

Mme Monia Lanouar

Mme Hanen Zelfeni

Mme Jihen Mahdaoui

Mme Samia Belhareth

Mme Serine Ayed

Lavage des mains

DÉFINITION :

Action de se mouiller les mains, les savonner, les rincer et les sécher pour éliminer les souillures et réduire les germes. Il y a trois techniques de lavage des mains :

- 1-Le lavage simple.
- 2-Le lavage antiseptique.
 - Le traitement hygiénique des mains par frictions ou frictions hygiénique des mains.
- 3-Le lavage chirurgical.



« La main, notre outil de travail »

Le lavage simple

TEMPS PRÉVU DE RÉALISATION : 30 secondes.

OBJECTIFS :

- Éliminer les souillures et prévenir les contaminations.
- Diminuer la flore transitoire.

INDICATIONS :

- En arrivant et en quittant le service.
- Après tout geste de la vie courante.
- Lors de soins infirmiers non invasifs.
- Après avoir manipulé des objets ou matériels souillés.

MATÉRIEL :

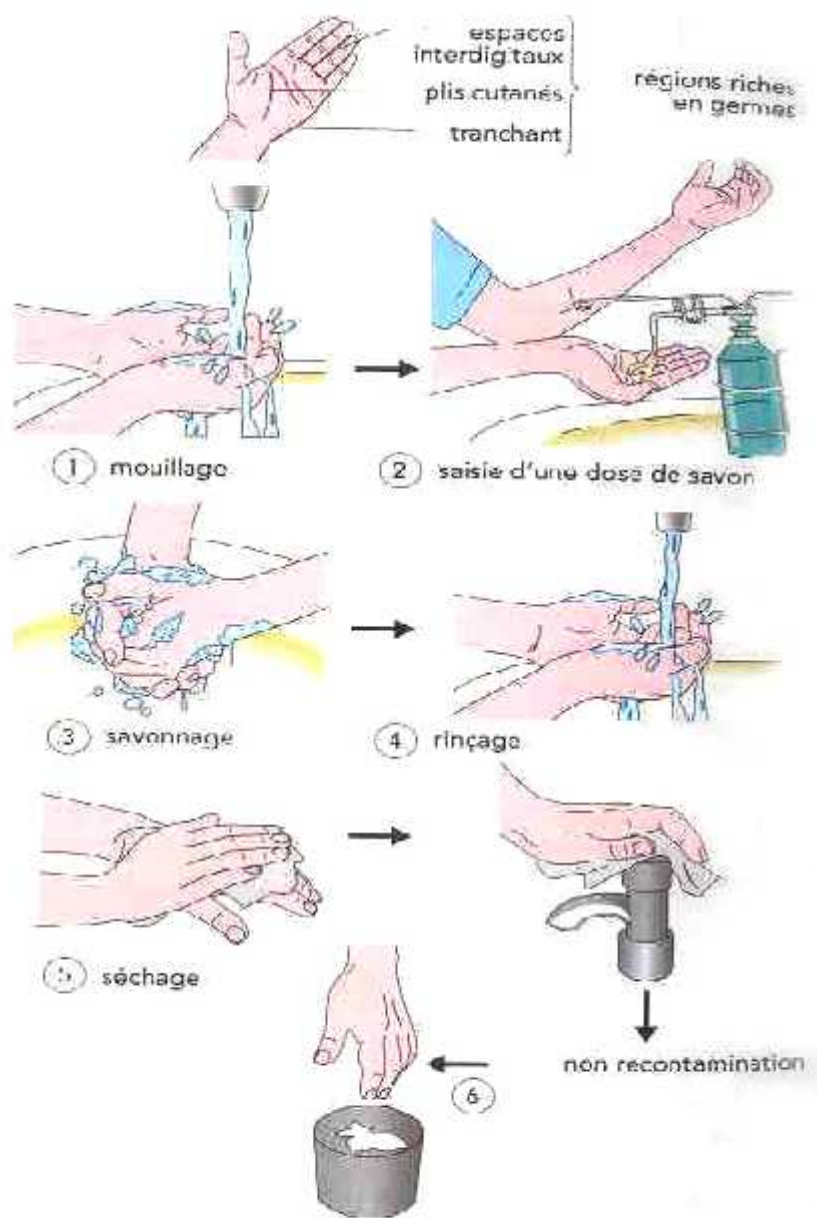
- Point d'eau.
- Distributeur de savon liquide (bactériostatique).
- Essuies mains à usage unique.
- Poubelle à pédale (hygiénique).

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
-Mouiller les mains et les poignets. -Recueillir une dose de savon. -Frotter les mains pendant 15 secondes en insistant sur les espaces interdigitaux, le dos de la main, les ongles, le bord cubital, et les pouces. -Rincer soigneusement en positionnant les mains plus hautes que les coudes : même durée que le temps de savonnage. -Sécher par tamponnement avec des essuies mains en allant des doigts vers les poignets. -Refermer le robinet avec le dernier essuie main utilisé. -Jeter l'essuie main dans la poubelle sans la toucher avec la main.	-L'eau remplira les pores de peau pour se mélanger au savon. -Quantité suffisante pour laver. -Une action mécanique adéquate de 15 secondes libèrera les bactéries en surface de la peau pour les englober dans le savon. -Le savon laissé sur les mains assèchera la peau. -Les mains mal asséchées favorisent la multiplication des germes. -Ne pas toucher le robinet contaminé une fois les mains lavées. -Pour éviter une recontamination.

Attention !

Procéder à un lavage simple des mains avant de porter des gants à usage unique.



Les étapes du lavage des mains.

Le lavage antiseptique

TEMPS PRÉVU DE RÉALISATION :1 minute.

OBJECTIF :

Éliminer la flore transitoire et réduire la flore résidente.

INDICATIONS :

- Soins auprès d'un patient immunodéprimé.
- Lors de la réalisation d'un soin invasif.
- Lors de la mise en place de mesure d'isolement septique ou aseptique.
- Après deux séquences de soins à risque de contamination chez un même patient ou entre deux patients.

MATÉRIEL :

- Point d'eau.
- Distributeur de savon liquide (antiseptique).
- Essuies mains à usage unique.
- Poubelle à pédale (hygiénique).

DÉROULEMENT :

Les mêmes étapes que le lavage simple, sauf que :

- Utiliser un savon antiseptique.
- Savonner les mains jusqu'au coude et allonger le temps de savonnage.
- Rincer abondamment en faisant couler l'eau de l'extrémité des doigts jusqu'au coude.
- Sécher de la même manière.

Traitement hygiénique des mains par friction

TEMPS PRÉVU DE RÉALISATION : 30 à 60 secondes.

OBJECTIF :

Éliminer la flore transitoire et diminuer la flore commensale.

INDICATION :

Il n'est applicable que sur des mains ne présentant ni souillures, ni poudre.

MATÉRIEL :

- Solution hydro-alcoolique. (ne pas utiliser d'eau, ni d'essuie-mains).

DÉROULEMENT :

- Vérifier que les mains sont sèches, sans souillures, sans talc.
- Saisir une dose de solution hydro-alcoolique l'étaler largement par friction (environ 30 secondes) jusqu'à évaporation spontanée du produit au contact de l'air : paume contre paume, paume contre le dos de la main, espaces interdigitaux, ongles, pouces, poignets, bord cubital.

Attention !

Effectuer un lavage simple des mains chaque fois que les mains portent une souillure visible et également après plusieurs applications successives de solution hydro-alcoolique.



Le lavage chirurgical

TEMPS PRÉVU DE RÉALISATION : 6 minutes.

OBJECTIF :

Éliminer la totalité de la flore transitoire et une grande partie de la flore résidente.

INDICATION :

Il est réservé au bloc opératoire et aux gestes invasifs à hauts risques.

MATÉRIEL :

- Eau stérile.
- Savon antiseptique.
- Brosse à ongles stérile à usage unique.
- Essuie- mains stériles.

DÉROULEMENT :

Procéder en trois temps :

1^{er} temps : pré lavage

- Mouiller les mains, les poignets et avant-bras jusqu'au coudes.
- Appliquer une dose de savon antiseptique et faire mousser abondamment par massage de l'extrémité des doigts, jusqu'aux coudes pendant 1 minute.
- Maintenir toujours les mains au-dessus des coudes pendant toute l'opération.
- Rincer abondamment les mains, les poignets et avant-bras.

2^e temps :

- Brosser les ongles avec la brosse stérile imprégnée de solution moussante antiseptique pendant 1 minute.
- Rincer abondamment les mains, les poignets et avant-bras.

3^e temps :

- Reprendre une dose de savon, masser pendant 1 minute (mains, poignets, avants bras) puis rincer.
- Sécher par tamponnement avec un essuie-mains stérile à usage unique, un par membre, en allant des mains vers les coudes, en maintenant les mains vers le haut Jusqu'à l'habillage.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Equipement correct des postes de lavage des mains : présence de savon liquide antiseptique et bactériostatique, d'essuie-mains à usage unique, poubelle sans fermeture manuelle.
- Ongles courts, absence de port de faux angles, de bijoux et de montre et avant-bras nus.
- Utiliser du savon adéquat par rapport à l'acte de soin à réaliser.
- Respect du temps de lavage des mains en fonction du type de lavage.
- Mains et avants bras secs après essuyage.

Enfiler des gants stériles et ôter des gants contaminés

DÉFINITION :

Le port des gants stériles s'impose afin de maintenir la stérilité de l'équipement et /ou de protéger le patient. Dès qu'ils sont contaminés, le soignant doit les retirer en prenant soin de ne pas entrer en contact avec leur surface extérieure contaminée.


OBJECTIF :

Mettre des gants stériles sans les contaminer et les ôter sans disséminer les micro-organismes.

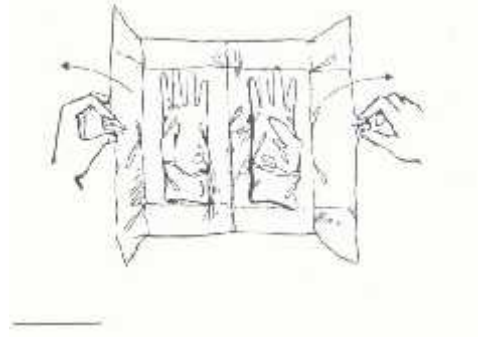
MATÉRIEL :

Paire de gants stériles à usage unique de taille adaptée à celle de l'utilisateur et dont la date de péremption ne soit pas dépassée.

DÉROULEMENT : Enfiler des gants stériles

Étapes	Justifications et illustration
-Se laver les mains avec un savon antiseptique.	-Pour éliminer la flore bactérienne transitoire et réduire la résidente.
-Ouvrir l'emballage extérieur qui contient l'enveloppe des gants.	
-Saisir l'enveloppe des gants, le déposer sur une surface propre et l'ouvrir à l'aide des rebords extérieurs.	

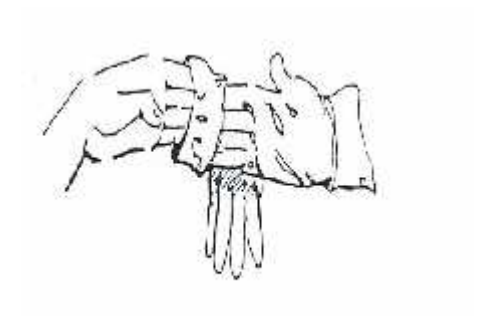
-Prendre avec le pouce et l'index le gant droit ou gauche selon la dominance de la main, par la partie retombée de la manchette et enfiler le gant en tirant. Laisser la partie supérieure de gant repliée.



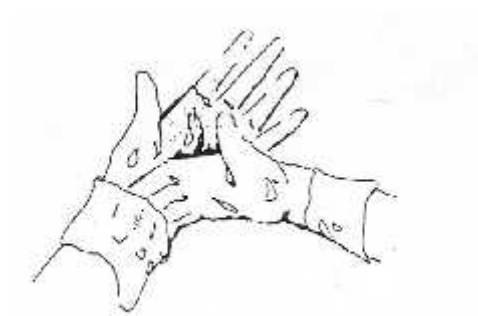
-Enfiler l'autre gant en glissant les doigts de la main gantée sous le revers du poignet de l'autre gant.

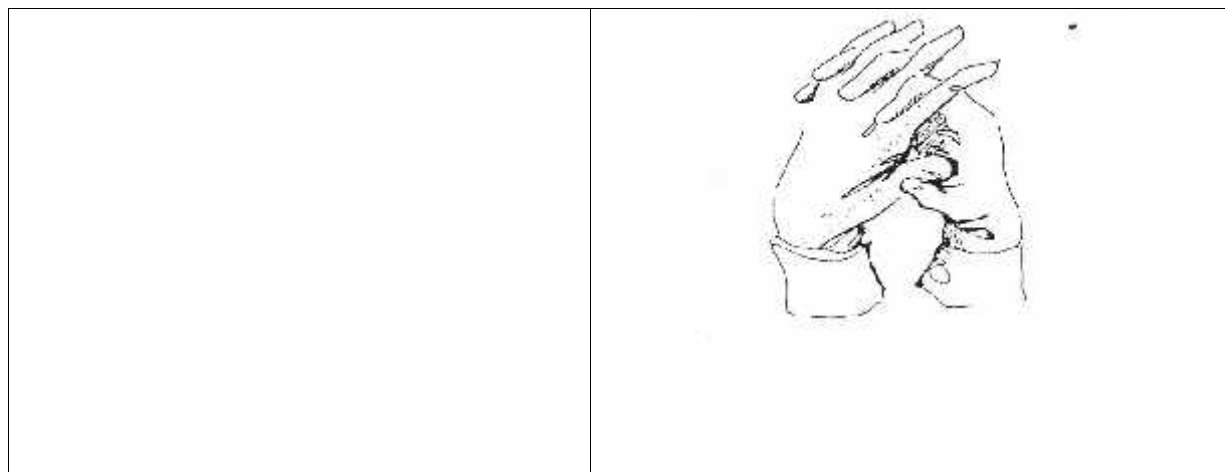


-Ajuster le gant sur la main en exerçant une pression ferme sous le revers du gant.






-Ajuster la position des doigts dans les gants sans essayer de mettre en place les poignets, les risques de contamination sont trop élevés.





DÉROULEMENT : ôter des gants contaminés

Étapes	Justifications et illustration
<p>-Saisir de la main non dominante le gant en le pinçant à l'extrémité supérieure de la manchette.</p> <p>-Tirer le gant vers le bas en retournant à l'intérieur du gant sur l'extérieur de celui-ci. Garder le gant ainsi enlevé dans la main qui reste ganté.</p>	
<p>-Introduire l'index et le majeur de la main dégantée sous le gant en évitant absolument de toucher l'extérieur du gant.</p>	
<p>-Retirer le gant de façon à inverser la surface contaminée sur elle-même et sur le premier gant.</p>	
<p>-Éliminer l'ensemble dans le sac à déchets et effectuer un lavage simple des mains.</p>	<p>-Pour réduire le risque de transmission des micro-organismes car la sueur et le talc des gants constituent un terrain très favorable pour la multiplication des germes.</p>

Attention !

- Changer de gants entre chaque soin pour un même patient.
- Changer systématiquement de gants entre deux patients.
- Le port de gants n'exclut pas le lavage des mains.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Absence de contact entre l'extérieur du gant et les mains ou toute autre surface non stérile lors de la mise en place des gants stériles.
- Ajustement des gants aux mains de l'utilisateur.
- Absence de contact entre les mains du soignant et les gants souillés lors de leur retrait.

Température :appréciation

TEMPS PRÉVU DE RÉALISATION :

Varie selon le type de thermomètre employé et de la voie à employer.

1- Le thermomètre en verre (Contenant du liquide métallique dilatable) :

Le site de la prise de la température	La lecture
-La température rectale	- Après trois minutes
-La température axillaire	- Après dix minutes
-La température buccale	- Après cinq minutes

2- Le thermomètre électrique decontact : la lecture au Bib sonne à 1minute.

DÉFINITION :

Il s'agit d'apprécier la température corporelle servant à la connaissance de l'état de santé du patient et à sa surveillance. Le corps possède de nombreux sites ou la mesure de degré de chaleur est possible tel que : rectum, site axillaire, bouche ...Les chiffres obtenus varient d'un site à l'autre. La température se mesure en degrés Celsius au moyen d'un thermomètre dépourvu de mercure, contenant du liquide métallique dilatable sous l'influence de la chaleur.

OBJECTIFS :

- Mesurer la température corporelle d'un patient, en utilisant la voie appropriée à son âge et à son état de santé et déceler un dérèglement thermique s'il y a lieu.
- Transcrire avec justesse la valeur de la température obtenue sur une feuille de température et établir la courbe pour en suivre l'évolution.

MATÉRIEL :

- Thermomètre approprié.
- Papier hygiénique ou compresse propre.
- Cupule + coton hydrophile.
- Verre à pied contenant une solution décontaminante.
- Lubrifiant (si température rectale) +gants propres au besoin.
- Feuille de température+Stylo bleu.

Principe de base à respecter lors de la prise de la température :

- Se laver les mains.
- Rassembler le matériel nécessaire.
- Informer le patient que l'on va prendre sa température (voie /temps).
- S'assurer que le patient est au repos pendant 15 minutes.

DÉROULEMENT:Prise de la température axillaire au moyen d'un thermomètre en verre.

Étapes	Justifications
<ul style="list-style-type: none"> - En fonction de ses capacités de mobilisation, demander ou aider le patient à s'installer en position dorsale ou demi-assise. -Vérifier si le niveau du liquide métallique dans le réservoir du thermomètre est < à 35,5°C, si non secouer le thermomètre pour faire baisser le liquide. -Découvrir l'aisselle du patient et s'assurer qu'elle est sèche si non l'essuyer avec de la compresse propre sans frotter. -Insérer la pointe du thermomètre dans le creux de l'aisselle, abaisser le bras du patient par-dessus le thermomètre et placer son avant-bras sur sa poitrine ou sur l'épaule opposé. -Effectuer la lecture au bout de 10 minutes. -Retirer le thermomètre et essuyer toutes les sécrétions avec du coton hydrophile. -Lire la valeur de la température en plaçant le thermomètre horizontalement à la hauteur des yeux. -Communiquer le résultat au patient s'il demande. -Aider le patient à se rhabiller. -Inscrire le résultat sur la feuille de température avec justesse et établir la courbe. -Mentionner tout changement anormal de température au médecin traitant. -Ranger le matériel. -Se laver les mains. 	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer le confort du patient et avoir un résultat fiable. -Pour avoir une mesure exacte de la température. - Tous frottements produits de la chaleur. -Pour minimiser le maximum de fuite de la chaleur. -Respecter la durée de la prise axillaire. -Éviter les odeurs désagréables et faciliter la lecture du thermomètre. -Pour bien voir la colonne du liquide métallique vis à vis l'échelle graduée. -Être conscient de son état de santé. -Pour éviter au patient d'attraper froid. -Assurer la traçabilité pour la continuité du soin. -Permettre une intervention médicale précoce et efficace. -À titre d'organisation. -Réduire le risque de transmission de micro-organismes.

Comment entretenir un thermomètre ?

- 1°/Tremper le thermomètre dans une solution décontaminante de 20 à 30 minutes.
- 2°/Rincer le thermomètre sous l'eau et l'essuyer avec une compresse propre en partant de l'extrémité de la tige graduée jusqu'à l'extrémité renflée.
- 3°/Secouer le thermomètre d'un coup sec en le tenant par l'extrémité de la tige graduée.
- S'assurer que le liquide métallique est descendu suffisamment, sinon répéter l'opération.
- 4°/Mettre le thermomètre dans son étui.

DÉROULEMENT : Prise de la température rectale au moyen d'un thermomètre en verre.

Étapes	Justifications
<ul style="list-style-type: none"> - En fonction de ses capacités de mobilisation, demander ou aider le patient à s'installer en position de Sims, la jambe supérieure légèrement fléchie. Dans le cas de nourrisson, le positionner sur le ventre ou sur le dos. -Vérifier si le niveau du liquide métallique dans le réservoir du thermomètre est < à 35,5°C, si non secouer le thermomètre pour faire baisser le liquide. -Mettre des gants jetables si nécessaire. -Déposer le lubrifiant sur une compresse propre et enduire le thermomètre à partir du réservoir sur une longueur de 2 à 4 cm pour l'adulte et de 1 à 2 cm pour l'enfant. -Dénuder uniquement la région anale. -Écarter la fesse supérieure avec la main non dominante. -Demander au patient de prendre une grande inspiration. -Introduire le thermomètre dans le rectum en le dirigeant vers le nombril. -S'il y a résistance au cours de l'insertion retirer immédiatement. Ne jamais forcer l'entrée du thermomètre. -Effectuer la lecture au bout de 3 minutes. -Retirer le thermomètre et essuyer toutes les sécrétions avec un bout de coton hydrophile imbibé du dakin. -Lire la valeur de la température en plaçant le thermomètre horizontalement à la hauteur des yeux. -Tremper le thermomètre immédiatement dans le verre à pied contenant une solution décontaminante de 20 à 30 minutes. -Communiquer le résultat au patient s'il demande. -Aider le patient à se rhabiller et à s'installer. -Inscrire le résultat sur la feuille de température avec justesse et établir la courbe. -Mentionner tout changement anormal de température au médecin traitant. -Ranger le matériel. 	<ul style="list-style-type: none"> -Assurer le confort du patient et avoir un résultat fiable. -Pour avoir une mesure exacte de la température. -Assurer la sécurité du soignant. -Préserver la pudeur et l'intimité du patient. -Pour faciliter l'insertion du thermomètre dans le rectum. -Pour provoquer un relâchement du sphincter anal. -Assurer un acte indolore. -Prévenir une lésion anale. -Respecter la durée de la prise rectale. -Éviter les odeurs désagréables et faciliter la lecture du thermomètre. -Pour bien voir la colonne du liquide métallique vis à vis l'échelle graduée. -Respecter le temps de contact recommandé pour une meilleure décontamination. -Être conscient de son état de santé. -Établir une relation d'aide avec le patient. -Assurer la traçabilité pour la continuité du soin. -Permettre une intervention médicale précoce et efficace. -À titre d'organisation.

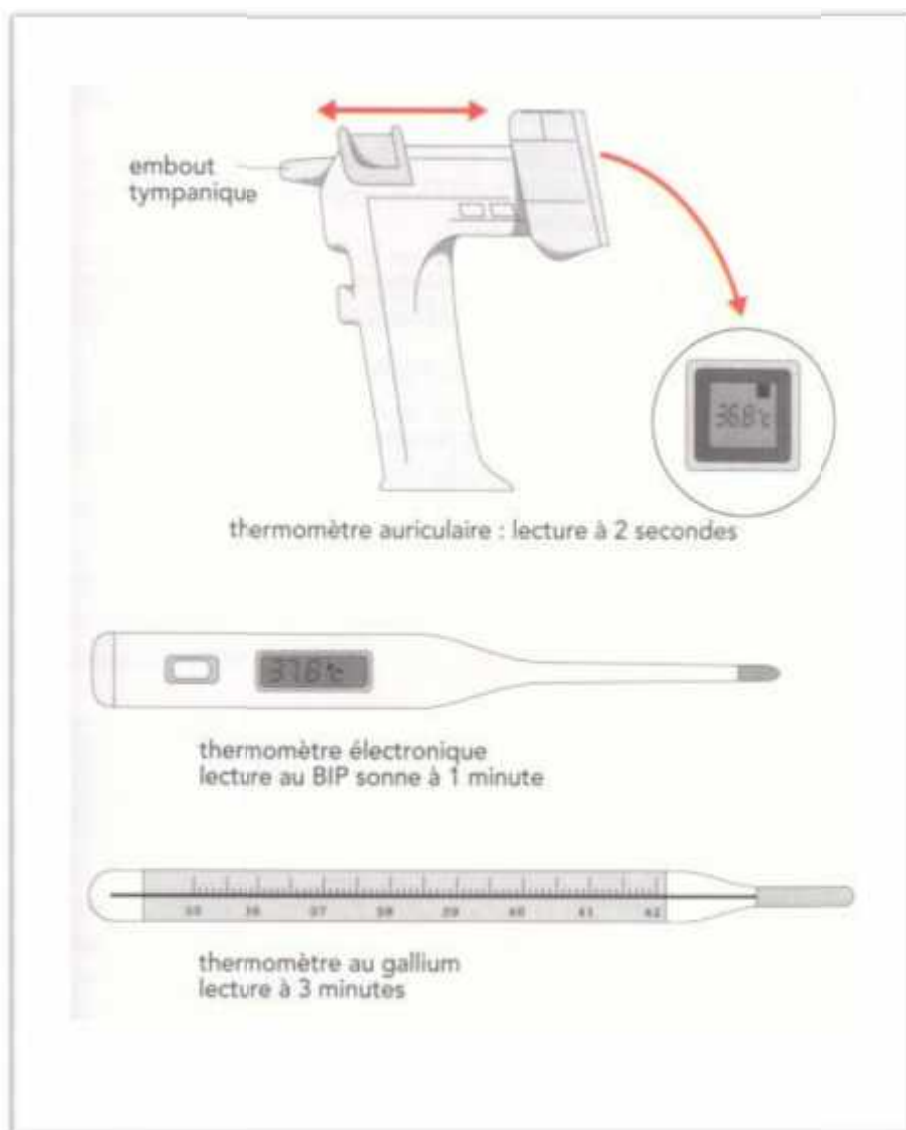
-Se laver les mains.	-Réduire le risque de transmission de micro-organismes.
----------------------	---

Attention !

- Les normes de la température pour l'adulte au repos se situent entre 36,5°C et 37°C le matin et entre 37°C et 37,5°C le soir.
- On parle d'hyperthermie : fièvre au-dessus de 38,8°C.
- d'hypothermie : chute de la température au-dessous de 35°C.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Respect des conditions de la prise de la température : patient au repos, calme avant la mesure.
- Fiabilité de la prise par respect des modalités d'utilisation du thermomètre.
- Absence de douleur et de traumatisme de la muqueuse rectale lors des prises répétées par voie rectale.



Les différents types de thermomètre

Pression artérielle : appréciation

TEMPS DE PRÉPARATION : 1 min

TEMPS DE RÉALISATION : 5 min

DÉFINITION :

La pression artérielle est la force exercée par le sang sur la paroi des artères au moyen d'un tensiomètre. Le résultat s'exprime en millimètre de mercure (mmHg) avec un chiffre de pression maximale dite systolique et un chiffre de pression minimale dite diastolique.

OBJECTIFS :

- Surveiller l'état hémodynamique du patient.
- Apprécier les effets thérapeutiques (efficacité, effets secondaires).

MATÉRIEL :

- Brassard muni d'une poche en caoutchouc gonflable reliée à un manomètre fixé sur le brassard.
- Stéthoscope.
- Plateau propre contenant cupule + coton hydrophile + solution décontaminante.
- Feuille de température+stylo rouge.

Principe de base à respecter lors de la mesure de la pression artérielle :

- Se laver les mains.
- Rassembler le matériel nécessaire, vérifier le bon fonctionnement de tensiomètre et désinfecter les embouts du stéthoscope avec une solution décontaminante.
- Informer le patient que l'on va mesurer sa pression artérielle.
- S'assurer que le patient est au repos pendant 15 minutes, confortablement installé (position assise ou en décubitus dorsal), le bras soutenu au niveau du cœur, la paume vers le haut.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
-Libérer le bras de tout vêtement susceptible de gêner l'ajustement du brassard. -Introduire le brassard au niveau du bras, le manomètre dirigé vers le haut, aiguille au point zéro, bord inférieur du brassard à environ 2cm du pli du coude. -La poche du brassard doit être positionnée en regard du trajet de l'artère humérale. *Si la tension artérielle du patient est connue ; opter la méthode dite	-Le brassard s'installe mieux sur une peau dénudée. -Permettre une lecture juste du manomètre. -Stopper momentanément le reflux du sang au niveau de l'artère humérale.

<p>auscultatoire (de Korotkoff) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Placer les embouts du stéthoscope dans les oreilles et poser le diaphragme de ce dernier au-dessus de l'artère humérale. -Fermer la vis de la poire de gonflage et gonfler le brassard à environ 20 mmHg de la pression systolique du patient. -Desserrer la poire lentement. <p>-Noter sur le manomètre à quelle mesure le premier bruit a été entendu ; elle correspond à la pression systolique et noter le dernier bruit qui a été entendu il correspond à la pression diastolique.</p> <p>-Noter immédiatement le résultat obtenu Sur la feuille de température au stylo rouge et tracer la courbe.</p> <p>-Informé le patient des résultats trouvés s'il demande.</p> <p>-Mentionner tout changement anormal de pression artérielle au médecin traitant.</p> <p>-Ranger le matériel.</p> <p>-Se laver les mains.</p> <p> </p> <p>*Si la tension artérielle du patient est inconnue ; opter la méthode dite palpatoire (de riva-Rocci) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mettre en place le brassard de la même façon que la méthode auscultatoire. -palper l'artère radiale et gonfler la poire du brassard jusqu'à abolition du pouls radial. -A l'abolition de celui-ci, le brassard est encore gonflé de 20mmHg. -La réapparition du pouls pendant la phase de déflation progressive de la poche caractérise la pression systolique. -Il est impossible d'obtenir une pression diastolique avec la méthode palpatoire. 	<ul style="list-style-type: none"> -Permettre une bonne perception des battements cardiaques. -Avoir une mesure exacte de la pression artérielle. - Pour que le dégonflage du brassard soit progressif. -Laisser la traçabilité en respectant les mesures de justesse. -Favorise la participation du patient aux soins et l'informe sur son état de santé. -Permettre une intervention médicale précoce et efficace. -À titre d'organisation. -Réduire le risque de transmission de micro-organismes. -Suivre les battements cardiaques jusqu'à leur disparition. -Créer une pression de la même intensité que celle en amont du brassard. -On ne peut le percevoir qu'avec un stéthoscope.
---	--

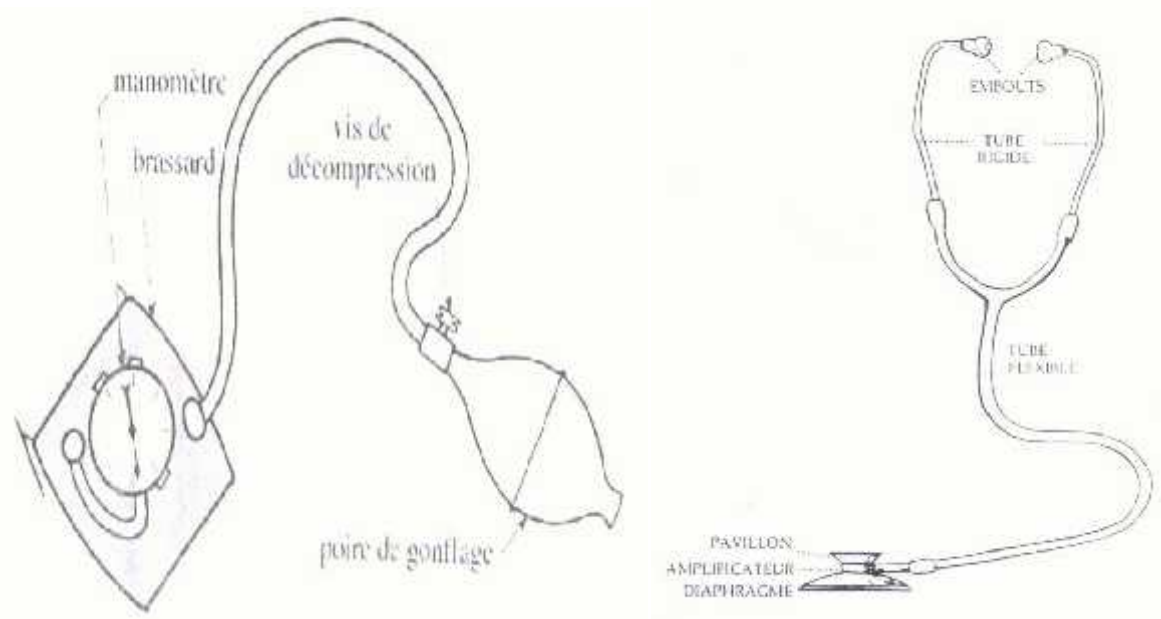
Attention !

- La méthode palpatoire est utile dans des situations où l'ambiance sonore empêche l'opérateur d'utiliser un stéthoscope avec succès ou en l'absence d'un stéthoscope.
- Ne pas prendre la tension artérielle du côté :
 - d'une perfusion.
 - d'une fistule artério-veineuse.
 - de lésions ou blessures.

- Les valeurs normales chez l'adulte :
 - Pression systolique entre 100 et 150 mmHg.
 - Pression diastolique entre 50 et 85 mmHg.
- On parle d'hypertension artérielle :
 - Pression systolique supérieur ou égale à 160 mmHg.
 - Pression diastolique supérieur ou égale à 90 mmHg.
- On parle d'hypotension artérielle :
 - Pression systolique inférieur ou égale à 90 mmHg.
 - Pression diastolique inférieur ou égale à 50 mmHg.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Mesure de la pression artérielle dans des conditions les plus proches de l'état basal.
- Absence de surestimation ou de sous-estimation des chiffres de pression artérielle grâce à un brassard adapté à la circonférence du bras et respect des mesures d'enregistrement sur la feuille de température.



Description d'un tensiomètre

Pulsations : appréciation

TEMPS PRÉVU DE RÉALISATION :1 minute.

DÉFINITION :

Une pulsation correspond à une contraction ventriculaire. La prise des pulsations ou pouls, permet de percevoir les battements de l'artère qu'on palpe et donc de mesurer le rythme, la fréquence et l'amplitude des battements cardiaques.

OBJECTIFS :

- Mesurer la fréquence cardiaque.
- Apprécier la régularité du rythme cardiaque.
- Apprécier l'amplitude de l'onde artérielle.

MATÉRIEL :

- Montre trotteuse ou chronomètre.
- Une feuille de température+ un stylo rouge.

Principe de base à respecter lors de la mesure de pouls radial :

- Se laver les mains.
- Rassembler le matériel nécessaire.
- Informer le patient que l'on va mesurer sa fréquence cardiaque.
- S'assurer que le patient est au repos pendant 15 minutes, confortablement installé (position assise ou en décubitus dorsal), le bras soutenu (oreiller, accoudoir du fauteuil), le poignet déplié et la paume de la main vers le bas.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
-Placer la pulpe des trois doigts : index, majeur, annulaire sur l'artère radiale. *Ne jamais utiliser le pouce pour prendre les pulsations. -Comprimer légèrement l'artère contre le radius. -Attendre quelques secondes la stabilisation du rythme. -Compter les pulsations sur une minute entière. -Apprécier le rythme.	-Pour bien palper la pulsation artérielle. *Car son artère très pulsatile pourrait fausser le résultat. -Il est plus facile de trouver le pouls en exerçant une compression. -Pour déterminer la fréquence avec exactitude. -Pour assurer une mesure exacte. -On parle de : *Arythmie : pouls irrégulier. * Bradyarythmie : bradycardie et arythmie. *Tachyarythmie : tachycardie et arythmie.

<p>-Apprécier l'amplitude.</p> <p>-Inscrire le résultat sur la feuille de température avec un stylo rouge sous forme de croix (x) et établir la courbe.</p> <p>-Mentionner tout changement anormal de température au médecin traitant.</p> <p>-Ranger le matériel.</p> <p>-Se laver les mains.</p>	<p>-On parle de pouls :</p> <ul style="list-style-type: none"> *Bien frappé. *Filant. <p>-Laisser la traçabilité en respectant les mesures de justesse.</p> <p>-Permettre une intervention médicale précoce et efficace.</p> <p>-À titre d'organisation.</p> <p>-Réduire le risque de transmission de micro-organismes.</p>
--	---

Attention !

Les valeurs normales de la fréquence des pulsations selon l'âge :

Âge	Fréquence
La personne âgée	60 à 70 P/min
Adulte	60 à 80 P/min
Enfant	90 à 110 P/min
Nourrisson	100 à 130 P/min
Nouveau-né	130 à 140 P/min
Fœtus	140 à 160 P/min

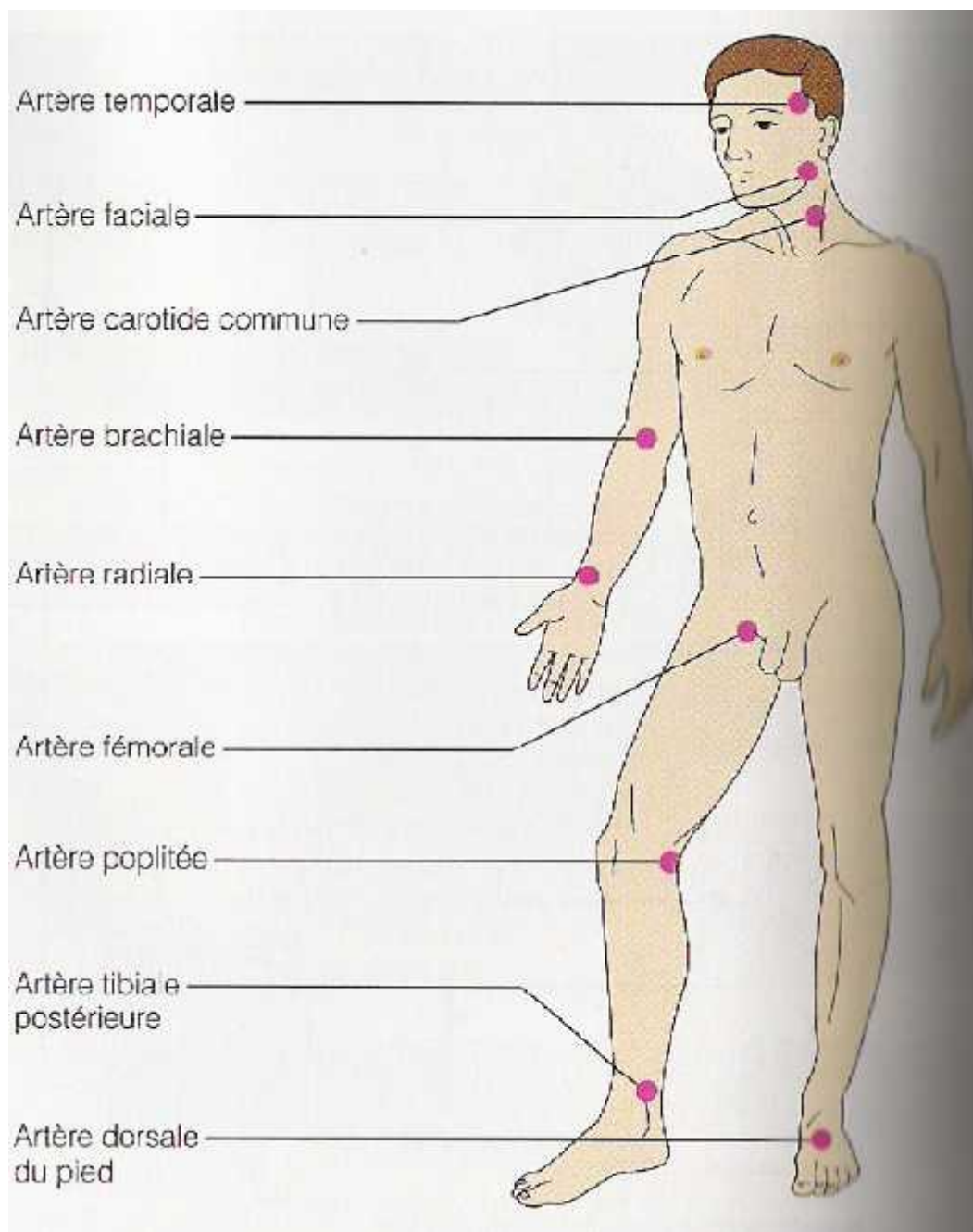
-La fréquence peut varier selon la physiologie ou la pathologie, on parle de :

- Bradycardie : ralentissement de la fréquence cardiaque en dessous de 60 pulsations par minute.
- Tachycardie : accélération de la fréquence cardiaque en dessus de 100 pulsations par minute chez l'adulte.

-En général, la prise des pulsations s'effectue sur l'artère radiale. On peut aussi utiliser les artères : carotidien, humérale, fémoral, et rarement les artères pédieux, poplitée, tibial postérieur, temporal. Parfois, la fréquence cardiaque est mesurée avec un stéthoscope au niveau du cœur (pouls apical).

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Respect des conditions de mesure de la fréquence des pulsations : prise au repos.
- Respect de temps de la prise des pulsations et des mesures d'enregistrement sur la feuille de température.



Les sites de palpation des pouls artériels périphériques

Respiration : appréciation

TEMPS PRÉVU DE RÉALISATION : 1 minute.

DÉFINITION :

Il s'agit d'apprécier la fréquence respiratoire et d'évaluer la qualité de la ventilation, son rythme et son amplitude.

La respiration est un processus de ventilation qui assure les échanges gazeux entre l'organisme et son environnement. Elle permet d'absorber de l'oxygène et d'éliminer du gaz carbonique produit par le métabolisme.

OBJECTIFS :

- Renseigner sur la fonction respiratoire.
- Mesurer la fréquence respiratoire et apprécier la qualité de la ventilation, son rythme et son amplitude.
- Suivre l'évolution d'une maladie respiratoire et préciser l'efficacité des traitements.

MATÉRIEL :

- Montre trotteuse ou chronomètre.
- Une feuille de température+ un stylo vert.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
-Prendre la respiration à l'insu du patient, pendant son sommeil ou pendant un autre soin (ex : prise de pulsations ou de température). -S'installer face au patient et s'assurer que le thorax est bien visible, le découvrir si nécessaire. -La mesure est comptée soit : <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>À la vue</u> : regarder le soulèvement du thorax. ➤ <u>À la main</u> : placer le bras du patient sur son abdomen ou sur le bas du thorax et placer votre main directement sur l'abdomen en déclenchant le chronomètre ou la trotteuse de la montre pendant une minute. 	-Pour ne pas perturber les résultats par une concentration du patient sur les mouvements respiratoires. -Favoriser l'observation de la paroi thoracique et des mouvements abdominaux. -Cette position permet d'évaluer la fréquence respiratoire à l'insu du patient. -La main du patient et celle de soignant monte et descend au cours du cycle respiratoire.

<p>-Après le comptage de la fréquence respiratoire, le soignant peut évaluer l'amplitude de la respiration (superficielle, normale ou profonde) ainsi que le rythme du cycle ventilatoire (régulier, irrégulier)</p> <p>-Rhabiller le patient et le couvrir.</p> <p>-Noter immédiatement le nombre obtenu sur la feuille de température au stylo vert et tracer la courbe.</p> <p>-Comparer les caractéristiques des respirations aux valeurs initiales du patient ou à celle d'une respiration normale pour son groupe d'âge.</p> <p>-Informers le patient des résultats trouvées s'il demande.</p>	<p>-Assurer le bien-être du patient.</p> <p>-Laisser la traçabilité en respectant les mesures de justesse.</p> <p>-Pour évaluer les changements dans l'état du patient et déceler les altérations respiratoires.</p> <p>-Favorise la participation du patient aux soins et l'informe sur son état de santé.</p>
--	---

Attention !

Les valeurs normales de la fréquence respiratoire selon l'âge :

Âge	Fréquence
Nouveau-né (< 1 semaine)	40à60 cycles/min
Nourrisson (<1 an)	30à50 cycles/min
Enfant (< âge de la puberté)	20à30 cycles/min
Adulte (et adolescent)	12à20 cycles/min

La fréquence peut varier selon la physiologie ou la pathologie, on parle de :

- Polypnée : rythme accéléré.
- Bradypnée : rythme ralenti.
- Hyperpnée : amplitude exagérée.
- Apnée : pause ou absence de la respiration.
- Respiration de Cheynes-Stokes (rythme à 3 temps : inspiration-expiration-pause ...).
- Respiration de Kussmaul (rythme à 4 temps : inspiration-pause-expiration-pause ...).
- Orthopnée : respiration possible que si le patient est assis ou debout.
- Dyspnée : respiration difficile.

-La respiration peut être de plusieurs types : combiné abdominale et costale, abdominale ou costale.

-Ne jamais prendre la respiration chez un patient qui parle ou pleure.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Respect des conditions de mesure de la fréquence respiratoire : prise au repos à l'insu du patient.
- Compréhension par le patient des facteurs gênant la respiration qui sont à l'origine du problème respiratoire.

Recueil de données biologiques obtenu par une technique à lecture instantanée (glycosurie, acétonurie)

TEMPS DE PRÉPARATION : 3 min

TEMPS DE RÉALISATION : 5 min

DÉFINITION :

C'est l'immersion d'un dispositif réactif (bandelette) dans des urines fraîchement émises par le patient pour mettre en évidence certains paramètres biologiques de l'urine.


OBJECTIFS :

- Surveiller l'évolution d'une pathologie.
- Dépister des pathologies des reins et des voies urinaires.

MATÉRIEL :

- Récipient propre et sec pour le recueil de l'échantillon d'urine.
- Un flacon de bandelettes réactives.
- Une trotteuse.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications et illustration
<p>- Se renseigner sur l'heure de la dernière miction, les urines doivent-êtré stagné au moins trois heures dans la vessie et expliquer au patient la nature de soin.</p> <p>-Demander au patient de réaliser une toilette génito-urinaire, à l'eau et au savon doux.</p> <p>-Donner au patient un récipient propre et sec et lui demander d'y mettre un échantillon d'urine au milieu de la miction.</p> <p>-Vérifier la date d'ouverture de la boite contenant les bandelettes, la date de péremption des bandelettes, et la présence du sachet anti humidité dans la boite.</p>	<p>-Afin de solliciter sa coopération.</p> <p>-Réduire le risque de transmission de micro-organisme.</p> <p>-Pour avoir des urines dépourvues de germes présents sur la peau et les premiers centimètres de l'urètre.</p> <div style="text-align: center;">  <p>contrôler la date de péremption</p> </div>

-Récupérer l'échantillon d'urine du patient.

-Prélever une bandelette réactive en la tenant par son extrémité, tout en évitant de toucher la ou les zone(s) réactive(s) et refermer le flacon immédiatement.

-Immerger la bandelette dans les urines afin que la réaction urine bandelette s'effectue.

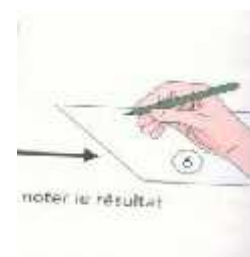
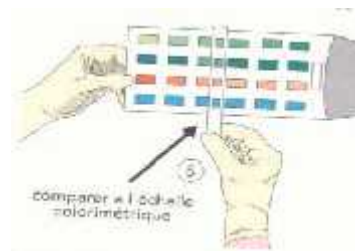
-Éliminer l'excès d'urine en tapotant la tranche de la bandelette sur le bord du récipient, tout en la maintenant à l'horizontal.

-Respecter le temps de lecture indiqué par le fabricant.

-Comparer les zones réactives avec les blocs correspondants des échelles colorimétriques placés sur le flacon.

-Jeter la bandelette.

-Noter les résultats de la lecture des paramètres demandés et avertir le médecin traitant de tout paramètre anormal.



CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Respect des modalités d'utilisation des bandelettes.
- Respect du temps de lecture.
- Fiabilité des résultats.
- Degré de participation du patient à la réalisation de l'analyse.

Glycémie capillaire

TEMPS PRÉVU POUR LE SOIN : 10 minutes.

DÉFINITION :

-La glycémie capillaire ou hémoglucotest (HGT) est une technique de lecture instantanée de la glycémie vasculaire capillaire.

-Le taux normale de la glycémie est de 4 à 6,1 mmol /L (ou 0,8g /L à 1,1 g /L).

OBJECTIFS :

- Dépister des troubles biologiques.
- Assurer une surveillance des effets thérapeutiques.
- Surveiller la glycémie chez un patient diabétique.

MATÉRIEL :

- Lecteur de glycémie (glycomètre).
- Bandelette réactive compatible avec le lecteur.
- Lancettes ou autopiqueur.
- Coton hydrophile ou compresses propres.
- Container à aiguilles.
- Gants propres au besoin.

Préparation du matériel :

- Vérifier le code des bandelettes avec le code du lecteur.
- Vérifier la date de péremption du flacon des bandelettes, noter la date d'ouverture sur le flacon. Éliminer le flacon si l'ouverture excède trois mois en se référant au mode d'emploi des bandelettes.
- Vérifier le fonctionnement du lecteur (piles).
- Vérifier la propreté de la zone de lecture de l'appareil (absence de sang séché).
- Adapter l'aiguille ou la lancette au mécanisme à ressort de la porte aiguille.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
-Informer le patient du déroulement du soin. -Repérer la zone de prélèvement : dernière phalange des doigts, bord inférieur de l'oreille, talon chez les nourrissons. -Ne pas piquer le pouce et l'index. -Piquer sur le côté du doigt et pas sur la pulpe. -Laver à l'eau chaude et au savon la région à ponctionner et bien sécher avec une compresse. -Ouvrir la chambre de lecture et insérer la bandelette dans le lecteur.	- Pour solliciter sa participation. -En fonction de l'état cutané. -Pour préserver la pince. -Pour préserver la sensibilité. -Pour favoriser la vasodilatation et éviter une hémodilution qui pourrait fausser les résultats. -Être prêt à utiliser.

<p>-Enfiler les gants non stériles. -Comprimer en dessous de la zone à ponctionner. <i>*Ne jamais mettre d'alcool ou d'antiseptique</i> - Ponctionner avec l'autopiqueur. -Recueillir une goutte de sang sur la bandelette. -Appliquer une compresse imbibée d'antiseptique sur le point de ponction. -Attendre quelques secondes (le temps indiqué par le fabricant) -Noter et comparer la mesure trouvée aux résultats antérieurs. -Jeter l'aiguille existant dans l'autopiqueur dans le container à objets tranchants ou piquants.</p>	<p>-Assurer la sécurité du soignant. -Pour que l'afflux sanguin soit garanti. <i>car risque de fausser la mesure.</i> -Pour pouvoir faire la lecture de la glycémie. -Pour éliminer une infection. -Pour lire le résultat sur l'écran. -Pour assurer la surveillance de l'état de santé du patient et apprécier les écarts. -Par mesure de sécurité.</p>
---	--

Attention !

Les heures les plus souvent conseillées chez un diabétique pour effectuer ses contrôles sont :

- Le matin à jeun.
- Avant chaque injection d'insuline.
- Le soir au coucher.
- Avant et après une activité physique.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Fiabilité des résultats.
- Degré de participation du patient à la réalisation de l'analyse.
- Absence de douleur au point de ponction pour une glycémie capillaire.



Les points de ponction pour une glycémie capillaire

Injection intradermique

TEMPS DE PRÉPARATION : 3 min

TEMPS DE RÉALISATION : 1 min

DÉFINITION :

L'injection intradermique (ID) est utilisée le plus souvent pour l'intradermo-réaction qui est un moyen de dépistage de la tuberculose ou de positivité à la vaccination antituberculeuse (BCG). Elle s'effectue aussi pour certains tests d'allergie.

Les doses de (ID) sont de petite quantité dans la couche externe de la peau à la face antérieure de l'avant-bras en raison de la facilité d'accès à ce site d'injection et de l'absence de pilosité. L'absorption systémique est faible. On l'utilise souvent pour produire un effet local.

OBJECTIF :

- Respecter les conditions techniques nécessaires pour la réalisation de l'injection (ID).

MATÉRIEL :

- Plateau propre et désinfecté.
- Produit prescrit.
- Seringue de 1ml à tuberculine + aiguille à biseau court.
- Compresse non stériles ou boules de coton.
- Alcool à 70° ou éther.
- Gants propres à usage unique.
- Réniforme (haricot).
- Container à aiguilles.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
-Vérifier la prescription médicale. -Se laver les mains. -Informer le patient qu'il va avoir une injection en ID et lui informer qu'il va ressentir une sensation de picotement lors de l'injection. -Rassembler le matériel nécessaire. -Demander au patient d'étendre le bras et de le poser sur une surface plane, face antérieure de l'avant-bras vers le haut. -Enfiler les gants. -Dégraisser la partie concernée de la peau avec l'éther.	-Pour éviter les erreurs thérapeutiques. -Réduire le risque de transmission de micro-organismes. -Contribuer à réduire l'anxiété du patient et favoriser sa collaboration. -Pour la bonne gestion du temps. -Stabiliser le site d'injection pour en faciliter l'accès. -Par mesure de sécurité. -pour éliminer les sécrétions contenant sur le derme.

<p>-Tenir l'avant-bras dans la main non dominante, tendre la peau avec le pouce et introduire l'aiguille biseau vers le haut sous l'épiderme parallèlement à la surface de la peau en formant un angle de 15°.</p> <p>-Injecter lentement la solution en sentant une légère résistance.</p> <p>-Observer pendant l'injection du produit la formation à la surface de la peau d'une petite papule en peau d'orange d'environ 8mm de diamètre.</p> <p>-Retirer l'aiguille et appliquer une compresse sèche sur le point d'injection sans appuyer et sans frotter.</p> <p>-Éliminer l'aiguille dans le container à aiguilles.</p> <p>-Ôter et jeter les gants</p> <p>-Entourer le site d'injection d'un cercle, marqué au stylo bille.</p> <p>-Transcrire la date et l'heure du geste de soin sur la feuille de surveillance.</p> <p>-Se laver les mains.</p>	<p>-Pour s'assurer que l'extrémité de l'aiguille a atteint le derme.</p> <p>-L'absence d'une telle résistance signifie que l'aiguille est enfoncée trop profondément : dans ce cas, l'enlever et recommencer la procédure.</p> <p>-La présence d'une papule indique que le produit a atteint le derme.</p> <p>-Pour ne pas disperser le produit.</p> <p>-Pour prévenir les accidents exposants au sang.</p> <p>-Pour éviter la transmission des germes.</p> <p>-Pour faciliter la lecture ultérieure.</p> <p>-Afin de faire la lecture dans 72h.</p> <p>-Pour réduire le risque de transmission de micro-organismes.</p>
--	--

Attention !

-La lecture de l'intradermo-réaction se fait à la 72^e heure. Le résultat est considéré comme positif si l'induration est supérieure ou égale à 5mm, mesure du diamètre horizontal.

-Donner des conseils au patient à titre éducatif concernant :

*L'hygiène (lui dire de ne pas prendre de douche ou de bain et de ne pas mouiller la zone de test pendant 72h).

*Le régime alimentaire (éviter les allergies alimentaires qui s'accompagnent de prurit généralisé)

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Respect des conditions techniques nécessaires pour la réalisation de l'injection (ID).
- Présence d'une papule en peau d'orange après l'injection (ID) de la solution de tuberculine.
- Respect de délai entre l'injection (ID) et la lecture de la réaction.

Injection sous cutanée

TEMPS DE PRÉPARATION : 3 min

TEMPS DE RÉALISATION : 1 min

DÉFINITION :

L'injection par voie sous cutanée permet d'injecter une faible quantité de produit thérapeutique au niveau de tissu sous cutané tel que l'injection d'insuline chez les diabétiques insulino-dépendants et l'injection d'anticoagulants chez les patients alités à risque thrombo-embolique.

Les sites habituels d'injection sont les cuisses, l'abdomen et les bras.

OBJECTIF :

- Administrer une substance médicamenteuse par voie(S/C) à un patient tout en respectant : la prescription médicale, la dose, la posologie, la validité du produit et les précautions d'utilisation.

MATÉRIEL :

- Médicament prescrit.
- Seringue et aiguille de taille appropriée : seringue (1à3ml) /aiguille (calibre25à 27G, longueur 1 ,25 à 1 ,5cm) ou seringue avec aiguille préfixée de 1ml.
- Compresse ou coton.
- Antiseptique (alcool à70°).
- Gants propres à usage unique.
- Container à aiguilles.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
-Vérifier la prescription médicale. -Informé le patient qu'il va avoir une injection en S/C et le renseigner sur le but de l'injection. -Rassembler le matériel nécessaire. -Se laver les mains et enfiler des gants propres. -Choisir le site d'injection en fonction de : <u>la solution à injecter :</u> <u>l'état de la peau :</u>	-Pour éviter les erreurs thérapeutiques. -Contribuer à réduire l'anxiété du patient et favoriser sa collaboration. -Pour la bonne gestion du temps. -Par mesure de sécurité. -S'il s'agit d'un anticoagulant de préférable utiliser la région abdominale (à 10 cm de nombril) car elle est plus vascularisée et s'il s'agit d'injection d'insuline alterner les sites d'injection (bras, abdomen, cuisses). -Éviter les zones inflammées, irritées, les cicatrices, les grains de beauté, les angiomes.

<p>-Aider le patient à adopter une position confortable et veiller à ne découvrir que la partie concernée du corps.</p> <p>- Appliquer l'antiseptique sur la zone à ponction par un mouvement circulaire du centre vers l'extérieur sur un rayon d'environ 5 cm. (S'il s'agit d'un anticoagulant)</p> <p>-Laisser sécher la peau.</p> <p>-Pincer la peau avec la main non dominante en formant un pli.</p> <p>-Insérer l'aiguille rapidement et fermement dans la peau en un seul geste, biseau vers le haut, en piquant sous un angle de 45 à 90°.</p> <p>-Ne lâcher pas la peau, une fois l'aiguille introduite.</p> <p>-Injecter lentement le médicament.</p> <p>-Retirer doucement l'aiguille dans un mouvement régulier et appliquer une compresse sèche sur le site d'injection.</p> <p>-Ne pas masser le site après une injection S/C d'héparine ou d'insuline.</p> <p>-Éliminer l'ensemble aiguille seringue dans le container à aiguilles.</p> <p>-Laisser la traçabilité de l'acte de soin.</p> <p>-Se laver les mains.</p>	<p>-Pour préserver l'intimité du patient.</p> <p>-Pour éviter la contamination du patient.</p> <p>-Respecter le temps de contact recommandé (une minute).</p> <p>-Pour séparer le tissu conjonctif du muscle.</p> <p>-L'angle varie selon l'épaisseur du tissu sous-cutané du patient, la taille de l'aiguille et la zone à ponctionner.</p> <p>-Pour garantir la pénétration de la totalité de produit médicamenteux dans le tissu congénitif.</p> <p>-Réduire la douleur et le traumatisme des tissus.</p> <p>-Par mesure d'asepsie.</p> <p>-Le massage du site après une injection d'héparine peut provoquer un saignement alors qu'après une injection d'insuline, il peut accroître l'absorption.</p> <p>-Pour prévenir les accidents exposants au sang.</p> <p>-Assurer la transmission écrite pour l'autre équipe soignante.</p> <p>-Pour réduire le risque de transmission de micro-organismes.</p>
---	---

Attention !

Dans le cas des injections d'anticoagulants :

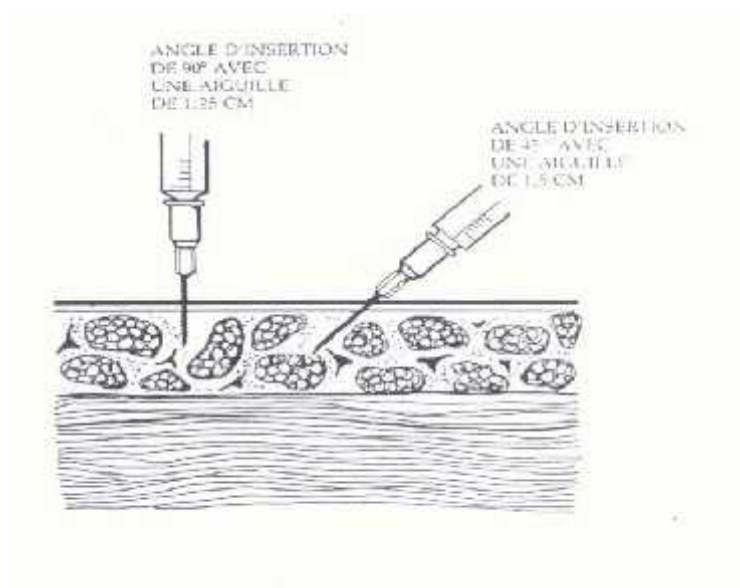
- L'ensemble aiguille-seringue préparé à la dose à injecter contient une bulle d'air qu'il ne s'agit pas d'éliminer. Elle évite la formation d'un hématome sous-cutané.

Dans le cas des insulines :

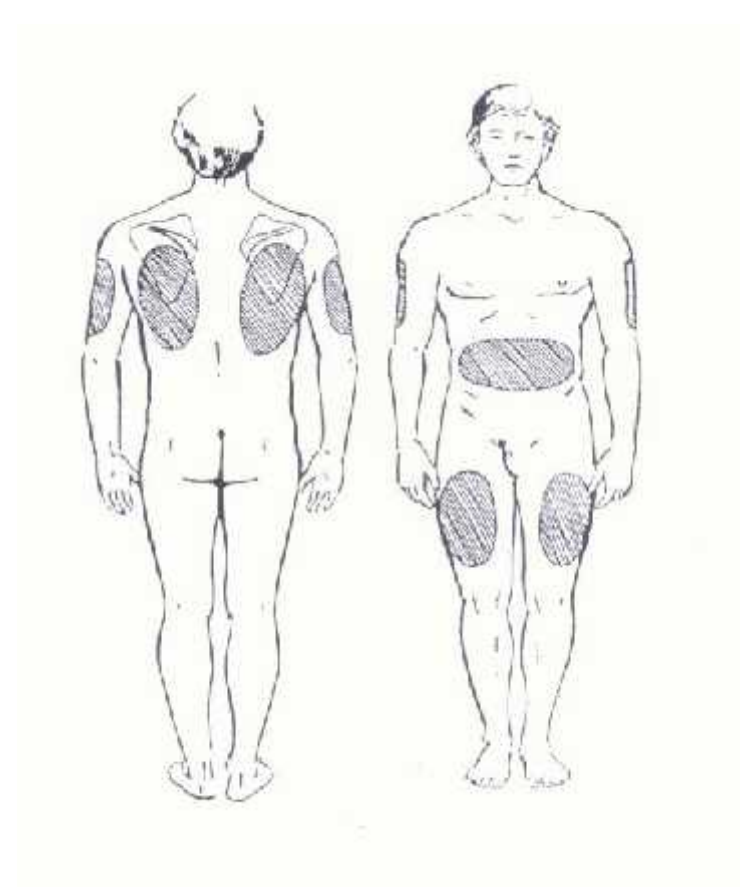
- Varier les points de ponction pour éviter les lipodystrophies en exerçant une rotation des sites.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Concordance entre la prescription, la préparation et l'administration du médicament.
- Identification de l'identité du patient.
- Respect des règles d'asepsie lors de la préparation et de l'injection des médicaments.



Les injections S/C consistent à inoculer la solution médicamenteuse dans le tissu sous-cutané



Les sites possible pour donner une injection sous-cutanée

Injection intramusculaire

TEMPS DE PRÉPARATION : 3 min

TEMPS DE RÉALISATION : 1 min

DÉFINITION :

L'injection intramusculaire (IM) est l'administration dans un muscle d'un produit médicamenteux présenté sous forme injectable.

Le site d'injection habituel est le muscle grand et moyen fessier dans le quart supéro-externe de la fesse (quantité à injecter < 5 cc). Parfois on utilise le muscle vaste de la cuisse ou le deltoïde (quantité à injecter < 2 cc).

L'absorption systémique du produit injecté est rapide à cause de la vascularisation importante des muscles.

OBJECTIF :

- Administrer une substance médicamenteuse par voie IM à un patient tout en respectant les mesures d'asepsie et de sécurité.

MATÉRIEL :

- Plateau propre et désinfecté.
- Produit prescrit.
- Seringue adaptée à la quantité à injecter + aiguille de 20 à 25 gauges et de 4 à 7 cm de longueur.
- Compresse non stériles ou boules de coton.
- Bétadine + alcool à 70°.
- Gants propres à usage unique.
- Réniforme (haricot).
- Container à aiguilles.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
<p>-Vérifier la prescription médicale. -Vérifier les antécédents médicaux et allergiques du patient.</p> <p>-Préparer la solution médicamenteuse à administrer avec asepsie tout en vérifiant le nom du produit, le dosage, la date de péremption, le mode d'emploi et la concordance avec la prescription médicale. -Expliquer la procédure d'administration au patient et le prévenir qu'il va ressentir une piqûre lors de l'introduction de l'aiguille. -Se laver soigneusement les mains et enfiler des gants propres. -Choisir le site d'injection en fonction de la quantité à injecter, l'état du muscle et de la peau ainsi que les structures anatomiques sous le site d'injection. -Demander au patient de s'allonger sur le côté (jambe de dessous allongée et jambe de dessus fléchie à la hauteur de la hanche et du genou) ou sur le ventre (pieds jointés vers l'intérieur). -Faire le repérage du site à piquer en traçant une ligne imaginaire horizontale à partir du pli inter-fessier supérieur et une deuxième ligne verticale dans le milieu de cette ligne horizontale. Le site d'injection se trouve dans le quart supéro-externe. -Désinfecter la zone de ponction en mouvement circulaire du centre vers l'extérieur. -Tendre la peau et demander au patient d'expirer. -Entre le pouce et l'index de la main non dominante, enlever le protecteur de l'aiguille avec les doigts de la main libre. -Introduire la seringue à un angle de 90° au moment de l'expiration, d'un geste rapide, précis et ferme. -Faire une légère aspiration, s'il n'y a pas de sang, injecter le médicament lentement et régulièrement en cas contraire préparer à nouveau l'injection et piquer dans un autre site. -Retirer l'aiguille d'un geste rapide sous un angle de 90° et recouvrir le point de ponction d'une compresse imbibée d'antiseptique. -Jeter immédiatement l'aiguille dans le</p>	<p>-Pour éviter les erreurs thérapeutiques. -Pour éviter une éventuelle hémorragie ou l'apparition d'un hématome s'il est sous anticoagulant et pour prévenir un choc anaphylactique s'il a une allergie contre le médicament prescrit. -Pour assurer la sécurité du patient.</p> <p>-Contribuer à réduire l'anxiété du patient et favoriser sa collaboration.</p> <p>-Pour réduire le risque de transmission de micro-organismes. -Prévenir les complications.</p> <p>-Favoriser le relâchement des muscles fessiers.</p> <p>-Pour éviter de toucher le nerf sciatique ou les vaisseaux sanguins importants.</p> <p>-Pour minimiser la flore bactérienne qui existe sur la peau.</p> <p>-Afin de détendre son muscle.</p> <p>-Pour minimiser le risque de contamination.</p> <p>-Pour diminuer la douleur lors de la piqûre.</p> <p>-Pour vérifier le reflux sanguin.</p> <p>-Par mesure d'asepsie.</p> <p>-Pour prévenir les AES.</p>

<p>conteneur à aiguilles. -Réinstaller le patient. -Ranger le matériel. -Se laver les mains. -Laisser la traçabilité.</p>	<p>-Pour assurer son confort. -À titre d'organisation. -Réduire le risque de transmission de micro-organismes. -Pour assurer la continuité des soins.</p>
---	--

Attention !

-Il est bon d'aspirer une bulle d'air (0,2 ml d'air) avec le médicament à injecter pour que la quantité restante dans l'aiguille soit poussée complètement dans le muscle.

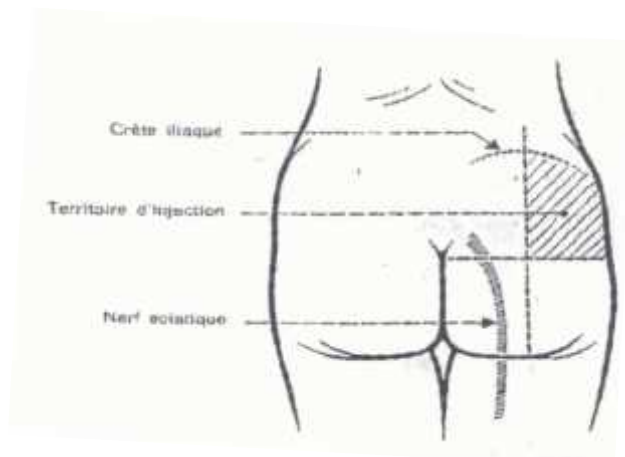
-Ne jamais utiliser le muscle dorso-fessier chez les nourrissons et les jeunes enfants, car il n'est pas suffisamment développé par la marche.

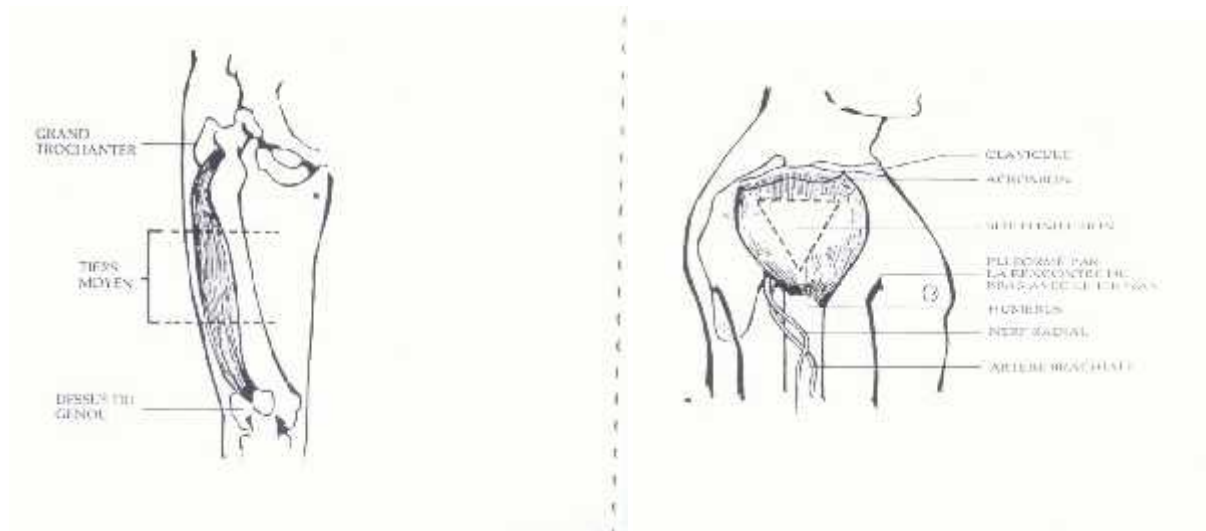
-Le site d'injection le plus fréquemment utilisé est le quart supéro-externe de la fesse et dont le point idéal est le point de galliot.

-Si on doit injecter plus de 5 ml de solution médicamenteuse, on divise la dose en deux parties que l'on donne à deux endroits différents.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Concordance entre la prescription, la préparation et l'administration de médicament.
- Respect des règles d'asepsie lors de la préparation et de l'injection des médicaments par voie IM.





Les sites possibles de l'injection intramusculaire

Injection intraveineuse

Injection intraveineuse directe

TEMPS DE PRÉPARATION : 3 min

TEMPS DE RÉALISATION : 1 min / 1cc

DÉFINITION :

L'injection intraveineuse directe (IVD) est l'administration directement dans une veine d'un produit médicamenteux présenté sous forme injectable. Elle permet une action thérapeutique diffusée à tout l'organisme, plus intense et plus rapide que les autres voies.

Les sites privilégiés : veines céphaliques, basiliques, métacarpienne et radiales (mains et avant-bras) et pli de coude (situation d'urgence).

OBJECTIF :

- Administrer une substance médicamenteuse par voie IVD à un patient tout en respectant les mesures d'asepsie et de sécurité.

MATÉRIEL :

- Plateau propre et désinfecté.
- Produit prescrit.
- Seringue adaptée à la quantité à injecter +aiguille de 20 gauges et de 2,5 à 3 cm de longueur.
- Garrot désinfecté.
- Compresse non stériles ou boules de coton.
- Bétadine + alcool à 70°.
- Alèze de protection.
- Gants propres à usage unique.
- Compresse stérile + sparadrap.
- Réniforme (haricot).
- Container à aiguilles.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
- Vérifier la prescription médicale. - Préparer en respectant les règles de préparation, le produit à injecter. - Prévenir le patient du soin. - Effectuer un lavage antiseptique des mains. - Mettre des gants. - Repérer la veine en posant le garrot.	- Pour éviter les erreurs thérapeutiques. - Pour assurer la sécurité du patient. - Contribuer à réduire l'anxiété du patient et favoriser sa collaboration. - Parce qu'il s'agit d'un geste invasif. - Par mesure de sécurité. - Afin de visualiser une veine de gros calibre.

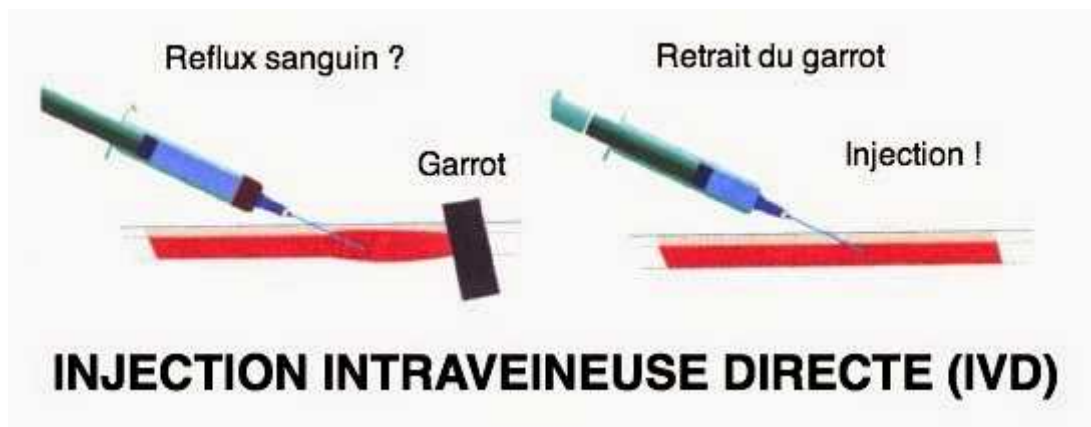
<ul style="list-style-type: none"> -Enlever le garrot temporairement. -Placer une protection sous le bras. -Désinfecter largement le site d'injection avec des mouvements circulaires en partant du centre vers la périphérie. -Laisser un temps de contact (une minute) et appliquer un décolorant (l'alcool blanc) en partant de bas vers le haut. -Mettre en place le garrot (10 à 12cm au-dessus du point de ponction) et vérifier la présence du pouls radial. - Demander au patient de serrer le poing, l'aider à mettre son bras en position déclive et tapoter la veine désirée. -Maintenir le membre avec la main non dominante en tendant légèrement la peau au-dessous de la veine choisie de manière à l'immobiliser et introduire l'aiguille sous un angle de 30°, biseau vers le haut. -Tirer légèrement le piston. -Ôter le garrot, si présence de reflux sanguin. -Demander au patient de desserrer le poing et injecter lentement le produit médicamenteux en évitant de mobiliser l'aiguille. -Parler avec le patient tout le long de l'injection en regardant son faciès d'un temps à un autre. -Retirer l'ensemble aiguille /seringue et comprimer le point de ponction d'une compresse stérile sèche pendant 3 minutes. -Poser un pansement adhésif une fois le saignement arrêté. -Jeter immédiatement l'aiguille dans le container à aiguilles. -Ranger le matériel. - Jeter les gants et se laver les mains. -Laisser la traçabilité. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pour éviter de comprimer les veines pendant une longue durée. -pour protéger la literie du patient du sang qui peut se couler ultérieurement. -Pour renforcer l'asepsie. -La décoloration permet une bonne visualisation de la veine à ponctionner. -Pour arrêter le retour veineux sans nuire au débit artériel. -Pour faire dilater la veine choisie. -Pour éviter de percer la paroi veineuse. -Pour vérifier le reflux sanguin. -Afin de faciliter l'introduction du produit médicamenteux dans la veine. -Pour prévenir les douleurs lors de l'injection. -Pour détecter un éventuel malaise et les signes d'un état de choc. -Pour éviter le saignement. -Pour prévenir les infections associées au soin. -Pour prévenir les AES. -À titre d'organisation. -Réduire le risque de transmission de micro-organismes. -Pour assurer la continuité des soins.
--	--

Attention !

- **L'injection intraveineuse peut se faire par dispositif intraveineux ou par perfusion.**
- Ne jamais injecter un produit huileux ou visqueux en intraveineux.
- Laisser un garrot serré très longtemps peut être dangereux, il peut par une destruction tissulaire, provoquer une production d'acide lactique, toxique pour l'organisme, provoquant entre autres des problèmes rénaux, cérébraux et cardiaques.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- L'injection s'est réalisée dans les conditions d'asepsie requise, et n'a provoqué ni hématome, ni diffusion sous-cutanée du produit.
- Le port des gants a été réalisé.
- Pas d'accidents exposants au sang.



Prélèvements veineux

TEMPS PRÉVU DE PREPARATION : 3 min.

TEMPS DE REALISATION : 5 min

DEFINITION :

Le prélèvement veineux vise à recueillir un échantillon de sang d'une veine superficielle dans un ou plusieurs tubes en vue d'être examiné en laboratoire. Une veine superficielle visible et aisée d'accès est ponctionnée avec une aiguille stérile. Le choix se porte naturellement chez l'adulte sur le bras (veine basilique ou céphalique).

OBJECTIF :

Prélever une quantité de sang veineux, en respectant les mesures de sécurité, d'asepsie, et de confort.

INDICATIONS :

- Dépister des troubles biologiques.
- Aider au diagnostic.
- Suivre l'évolution d'un traitement ou d'une maladie.

MATERIEL :

- Plateau propre et désinfecté.
- Etiquettes de laboratoire d'identification du patient + bords de laboratoires+ Tube(s) de prélèvement.
- Seringue adaptée ou aiguille à ponction (trocart).
- Compresse propre ou boules de coton hydrophile.
- Garrot désinfecté.
- Bétadine + alcool à 70°.
- Alèze de protection.
- Gants propre à usage unique.
- Réniforme (haricot).
- Container à aiguille.

IDENTIFICATION DU PRELEVEMENT :

- ✓ La nature de l'échantillon à analyser.
- ✓ La date du prélèvement, l'heure. L'identification du patient (matricule, nom et prénom du patient)
- ✓ Le nom de service.
- ✓ Les ou l'examen(s) demandés.

DEROULEMENT

Etapes	justifications
<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier la prescription médicale. - Vérifier la concordance entre la prescription médicale et le choix des tubes d'analyses. - Prévenir le patient du soin. - Effectuer un lavage antiseptique des mains. - Mettre des gants propres - Repérer la veine en posant le garrot à environ 10 à 12 cm au-dessus du point de ponction. - Enlever le garrot temporairement. - Placer une protection sous le bras. - Désinfecter largement le site d'injection avec des mouvements circulaires en partant du centre vers la périphérie. - Laisser un temps de contact (1min) et appliquer un décolorant en partant de bas vers le haut. - Poser le garrot une deuxième fois et vérifier la présence du pouls radial. - Demander au patient de serrer le poing, l'aider à mettre son bras en position déclive et tapoter la veine désirée. - Préparer l'aiguille (la sortir de l'emballage et la fixer sur le tube ou la seringue). - Introduire l'aiguille sous un angle de 30°, biseau vers le haut, dans la veine, puis abaisser légèrement l'aiguille parallèlement à la peau et pénétrer doucement dans la veine. - fixer la seringue par le pouce de la main non dominante après avoir le reflux sanguin. - aspirer doucement la quantité de sang à prélever. - Retirer le garrot. - Retirer l'aiguille, et comprimer le point de ponction. - Demander au patient de desserrer le poing - mettre un pansement adhésif. - jeter immédiatement l'aiguille dans le container à aiguilles. - Procéder au remplissage des différents tubes selon un ordre précis, jusqu'au niveau prescrit, en homogénéisant doucement par retournements ceux contenant un anticoagulant. - ôter et jeter les gants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour éviter les erreurs thérapeutiques. - Contribuer à réduire l'anxiété du patient et favoriser sa collaboration. - Il s'agit d'un geste invasif. - Par mesure de sécurité. - pour visualiser une veine de gros calibre. - Pour éviter de comprimer les veines pendant une longue durée. - Pour protéger la literie du patient du sang qui peut se couler ultérieurement. - Pour renforcer l'asepsie - la décoloration permet une bonne visualisation de la veine à ponctionner. - pour arrêter le retour veineux sans nuire au débit artériel. - Pour faire dilater la veine choisie. - Pour une meilleure utilisation. Pour éviter le risque d'hématome - Pour prévenir les infections associées au soin. - Pour prévenir les accidents exposant au sang. - Pour ne pas causer une hémolyse.

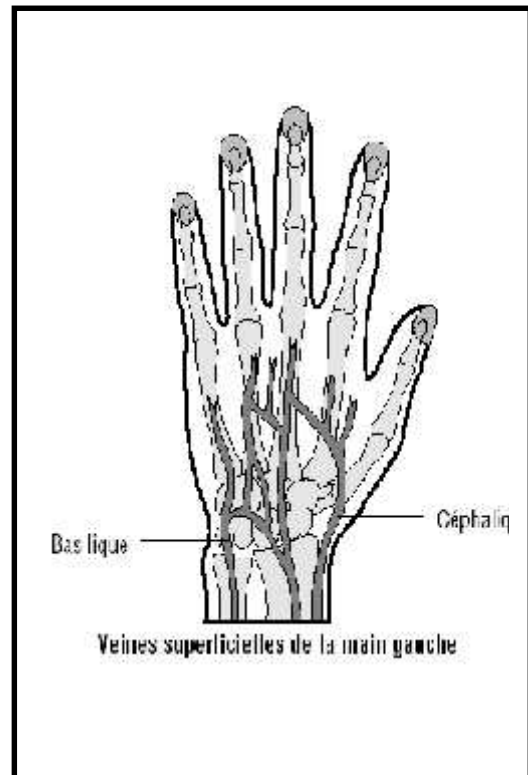
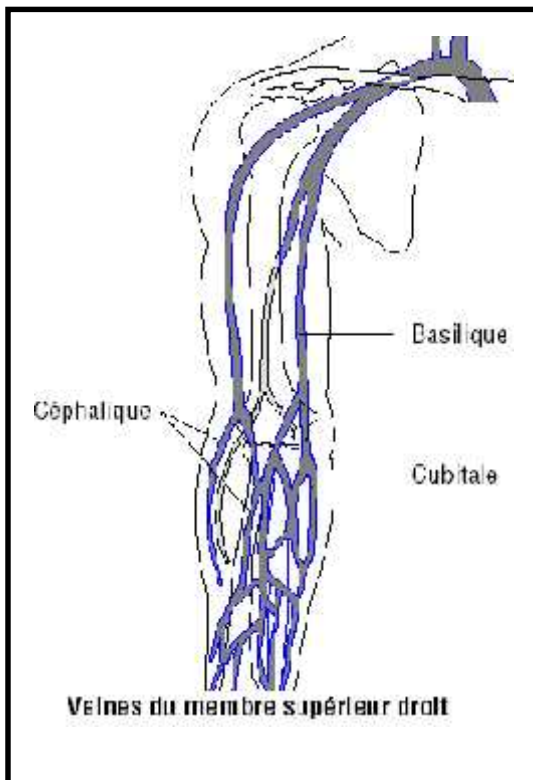
-Laisser la traçabilité.
- Ranger le matériel.
-Se laver les mains

-Pour assurer la continuité du soin.
- A titre d'organisation.
- Réduire le risque de transmission de micro-organismes

Attention !

- Si le patient est perfusé au bras, effectuer obligatoirement le prélèvement sur le bras opposé.
- Eviter de faire le prélèvement sur un bras hémiplegique.
- Les tubes de prélèvements doivent être bien identifiés.

Choix de la veine du membre supérieur



Perfusion sur voie périphérique

TEMPS DE PRÉPARATION :10 min

TEMPS DE RÉALISATION :10 min

DÉFINITION :

Elle consiste à ponctionner une veine périphérique, dans des conditions d'asepsie rigoureuses, à l'aide d'un cathéter court afin d'obtenir un abord veineux continu ; Ce cathéter est laissé en place en fonction des besoins et /ou de la durée du traitement.

Il est conseillé de changer le cathéter toutes les 72 heures. Son retrait doit être immédiat devant toute suspicion d'inflammation ou d'infection du site de ponction.

OBJECTIF :

- Poser une perfusion de soluté sur une voie veineuse à l'aide d'un cathéter court à un patient tout en respectant les mesures d'asepsie et de sécurité.

MATÉRIEL :

- Plateau propre et désinfecté.
- Une poche de solution à perfuser+ tubulure+ pied à sérum.
- Alèze de protection.
- Gants propres à usage unique.
- Garrot propre et désinfecté.
- Antiseptique (Bétadine).
- Coton hydrophile.
- Cathéter court (sa longueur est de 2 à 10 cm et son calibre de 14 à 24G)
- Compresse stérile+sparadrap.
- Réniforme (haricot).
- Container à aiguilles.

LES VISÉES DE LA PERFUSION SUR VOIE PÉRIPHÉRIQUE :

Visée thérapeutique

- Hydratation et apport d'électrolytes.
- Nutrition parentérale.
- Apport médicamenteux.
- Transfusion de produits sanguins et dérivés.

Visée diagnostic

- Administration des produits de contrastes.

DÉROULEMENT

A-PRÉPARATION DE LA PERFUSION :

1-Rassembler le matériel

- Sélectionner le matériel en fonction de l'ordonnance médicale et des normes de stérilité en vérifiant le nom du produit, le dosage, la date de péremption et le mode d'emploi.
- Une poche de soluté à perfuser /Une tubulure/Un pied à sérum/Une étiquette.

2-Effectuer un lavage antiseptique des mains

3-Préparer le matériel

- Ouvrir l'enveloppe de la poche de soluté à perfuser : déchirer l'enveloppe vis -à -vis les coches, avec un mouvement continu vers le bas.
- Vérifier l'étanchéité de la poche de soluté à perfuser et la limpidité de la solution.
- Suspendre la poche de soluté à perfuser au pied à sérum.
- Ouvrir l'emballage de la tubulure en évitant qu'elle ne traîne par terre et glisser le presse tube à roulette près de la chambre compte-gouttes.
- Fermer le presse tube à roulette.

4- Adapter la tubulure à la poche de soluté

- Enlever le protecteur de plastique de l'orifice de sortie de la poche sans la contaminer.
- Enlever le capuchon protecteur de la fiche perforante sans la contaminer.
- Enfoncez la fiche perforante dans l'orifice de sortie de la poche en la stabilisant avec la main libre.

5-Remplir la chambre compte -gouttes à moitié

- Comprimer et relâcher les parois de la chambre compte-gouttes jusqu'à ce qu'elle soit remplie à moitié.

6-Évacuer l'air dans la tubulure

- Enlever le capuchon protecteur de l'embout raccord mâle.
- Ouvrir le presse-tube à roulette pour remplir la tubulure avec le soluté.
- Fermer le presse-tube à roulette après que la tubulure ait été débarrassée de l'air qu'elle contenait.
- replacer le capuchon protecteur sur l'embout raccord mâle.
- Fixer l'extrémité de la tubulure dans la coche du presse-tube à roulette pour empêcher le capuchon protecteur de tomber par terre ou de se mouiller.

7-Identifier la poche de soluté

- Fixer sur la poche une étiquette indiquant le nom du patient, la date et l'heure de pose et les médicaments ou électrolytes ajoutés.

B-MISE EN PLACE DU CATHÉTER VEINEUX PÉRIPHÉRIQUE :

1-Se laver les mains de façon hygiénique

2-Vérifier l'identité du patient

3-Renseigner le patient sur la procédure

- Expliquer au patient les raisons de la thérapie intraveineuse et les principales étapes de la procédure.

4-Choisir le site d'injection

- Sélectionner la veine en fonction de la solution prescrite et de la durée de la thérapie, du confort et de l'autonomie du patient et de l'état de ses veines.

5-Choisir le cathéter

- Sélectionner le type et le calibre du cathéter en fonction de la solution prescrite, du débit, de l'âge du patient, et de l'état du calibre de ses veines.

6-Dilater la veine

- Fixer le garrot 10 à 15cm au-dessus du site d'injection.

7-Désinfecter le site d'injection

- Glisser l'âlèze de protection sous le bras du patient.
- Mettre les gants propres.
- Appliquer la solution de Bétadine avec des mouvements circulaires en partant du point d'injection vers la périphérie.

8-Positionner le cathéter

- Enlever le capuchon protecteur du cathéter.
- Saisir les ailettes et les rapprocher en s'assurant que le biseau du cathéter est pointé vers le haut.
- Immobiliser la veine.
- Positionner le cathéter à un angle de 15° par rapport à la veine dans le sens de la circulation sanguine.
- Percer la peau et pénétrer le cathéter dans la veine en réduisant l'angle d'insertion jusqu'à ce qu'elle soit parallèle à la peau.
- Dès que le sang apparaît dans le cathéter retirer le garrot.
- Retirer le mandrin métallique (qui a permis de franchir peau et veine) et simultanément, comprimer légèrement la veine au-dessus de site d'introduction du cathéter pour éviter un écoulement sanguin trop abondant.
- Jeter le mandrin dans le container à aiguille.

9- Adapter le cathéter à la tubulure

- Ouvrir lentement le presse tube à roulette et observer le cathéter pour détecter tout signe de gonflement.
- Fixer les ailettes avec le sparadrap.

10-Vérifier le bon écoulement du produit et le reflux du sang

- Mettre la poche en position déclive et ouvrir le presse tube à roulette largement.

11-Fixer le cathéter à la peau

- Recouvrir le point de ponction avec un pansement occlusif.

12-Régler le débit de la solution

- Calculer le débit.
- Ouvrir le presse tube jusqu'à ce qu'il s'écoule de l'orifice de stillation le nombre de gouttes requis par minute.

13-Ranger le matériel

14- Jeter les gants et se laver les mains

15-Laisser la traçabilité

Attention !

Pour calculer le débit : Trois valeurs sont nécessaires

- La quantité de produit prescrite
- Le temps de la perfusion en minute
- Le nombre de gouttes correspondant à 1 ml de solution selon le dispositif
 - Tubulure macro-goutte=20 gouttes /ml
 - Tubulure microgoutte=60 gouttes /ml (métrisettes)
 - Transfuseur=15 gouttes /ml

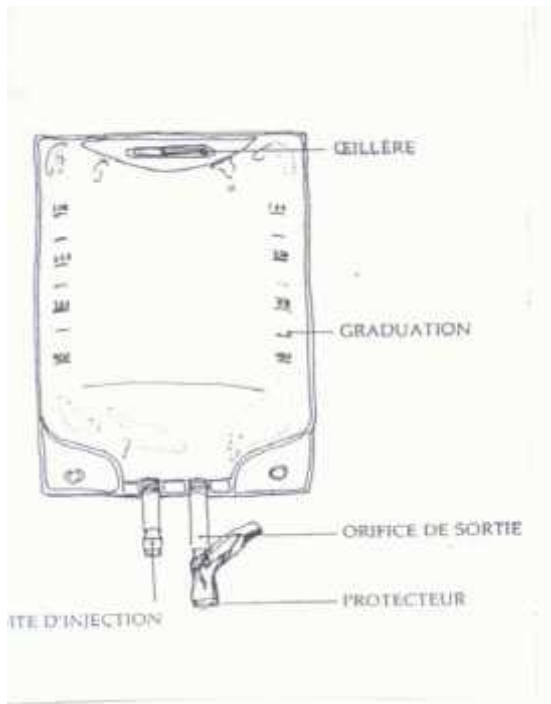
La quantité de produit prescrite x nombre de goutte /ml de la tubulure

Temps en minutes

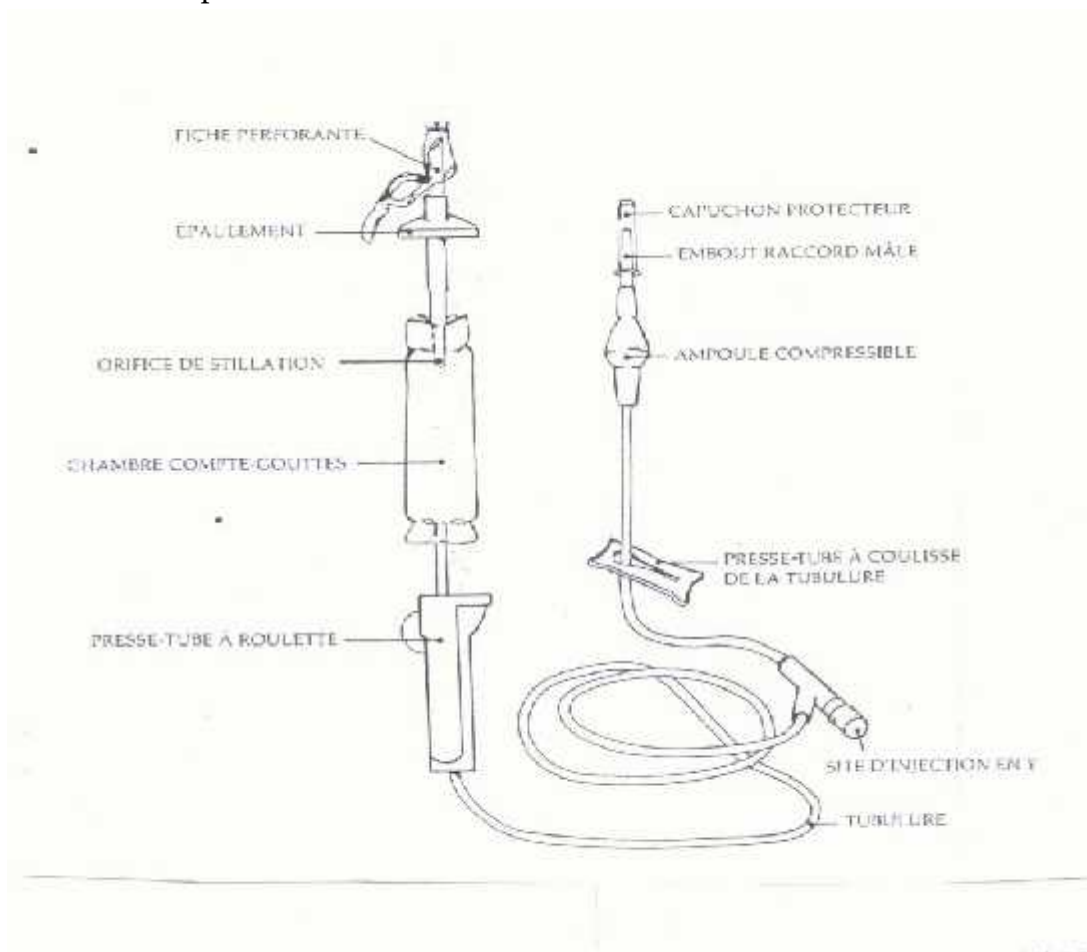
=Nombre de gouttes /min

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Application d'un antiseptique recommandé.
- Absence d'hématome au point de ponction.
- Fixation de cathéter à la peau et protection du point de ponction.
- Identification de la date de pose.



Les différentes parties du sac de soluté



Les différentes parties de l'ensemble à perfusion

Réfection d'un pansement

TEMPS DE PRÉPARATION : 5 min

TEMPS DE RÉALISATION : 5 à 10 min

DÉFINITION :

Un pansement est un dispositif de protection destiné à recouvrir une plaie, une lésion au moyen de compresses stériles fixées soit par un bandage soit par un adhésif.

OBJECTIFS :

- Prévenir l'infection par une désinfection.
- Protéger la peau de la macération et l'action irritante des sécrétions.
- Protéger la plaie des traumatismes.
- Aider à la cicatrisation.
- Assurer une compression en cas d'hémorragie.

MATÉRIEL :

Un chariot propre et décontaminé à 2 ou 3 étages.

-Étage supérieure contenant tout ce qui est stérile et propre

- Gants à usage unique.
- Compresses stériles.
- Pincettes ou gants stériles.
- Antiseptique iodé.
- Sérum physiologique.
- Pansement occlusif ou sparadrap.
- Alèze de protection.
- Masque facial (au besoin)

-Étage inférieur

- Haricot.
- Sac poubelle pour l'élimination des déchets.

PRINCIPES DE BASE

- En cas de plaie multiple, commencer par les plaies aseptiques pour terminer par les plaies septiques.
- Lorsqu'il y a deux plaies situées dans la même zone, il faut faire deux pansements séparés.

DÉROULEMENT

Étapes	Justifications
<p>-Expliquer la procédure au patient et lui demander de ne pas toucher à la région de la plaie ni au matériel stérile.</p> <p>-Installer confortablement le patient et ne découvrir que le site du pansement.</p> <p>-Installer le chariot judicieusement dans la chambre et s'installer en respectant les règles d'ergonomie.</p> <p>-Se laver les mains.</p> <p>-Enfiler des gants à usage unique.</p> <p>-Ôter le pansement souillé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir la peau et tirer l'adhésif en direction de la plaie. ➤ Si le pansement est collé, l'imbiber avec de sérum physiologique et retirer doucement. <p>-Observer la nature et la quantité de l'écoulement sur le pansement, ainsi que l'aspect de la plaie.</p> <p>-Jeter le pansement et les gants dans le sac d'élimination des déchets.</p> <p>-Effectuer un lavage antiseptique des mains et mettre des gants stériles ou se saisir des pinces stériles.</p> <p>-Nettoyer la plaie avec le savon antiseptique de haut vers le bas, de l'intérieur vers l'extérieur ou de plus propre vers le plus sale en changeant impérativement à chaque fois de compresse.</p> <p>-Rincer avec le sérum physiologique.</p> <p>-Sécher avec des compresses stériles sèches.</p> <p>-Appliquer l'antiseptique dermique.</p> <p>-Poser des compresses stériles sur la plaie.</p> <p>-Enlever les gants ou déposer les pinces dans le haricot.</p> <p>-Fixer le pansement qui doit être occlusif, et esthétique.</p> <p>-Réinstaller le patient.</p> <p>-Éliminer les déchets contaminés, désinfecter le matériel utilisé et se laver les mains.</p> <p>-Laisser la traçabilité en précisant l'état du pansement et de la plaie.</p>	<p>-Pour réduire l'anxiété du patient et éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.</p> <p>-Préserver l'intimité du patient et avoir un accès facile à la plaie.</p> <p>-Assurer l'élimination facile des pansements souillés.</p> <p>-Réduire le risque de transmission de micro-organismes.</p> <p>-Prévenir la transmission des agents infectieux du pansement souillé.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduire la tension exercée sur la suture de la plaie. ➤ Assurer la sécurité du patient. <p>-Évaluer l'état de la plaie.</p> <p>-Réduire le risque de transmission de micro-organismes.</p> <p>-Permettre de manipuler le matériel stérile sans le contaminer.</p> <p>-Pour se débarrasser de tous débris.</p> <p>-Favorise le bourgeonnement de la plaie.</p> <p>-Absorber l'humidité de la plaie.</p> <p>-Protéger la plaie contre les micro-organismes.</p> <p>-Pour couvrir la plaie.</p> <p>-Réduire le risque de transmission de micro-organismes.</p> <p>-Conformément aux normes.</p> <p>-Assurer le confort au patient.</p> <p>-Réduire le risque de transmission de micro-organismes.</p> <p>-Pour assurer la continuité des soins.</p>

Attention !

Il y'a différents type de pansement

- Le pansement sec : c'est un pansement qui a pour but de protéger la plaie des germes extérieurs, des chocs, des irritations.
- Le pansement froid favorise la régression de l'inflammation d'une plaie opératoire, après ablation de fils ou d'agrafes, et /ou évacuation d'hématome.
- Le pansement chaud élimine le processus inflammatoire, facilite la collection d'un abcès et calme la douleur.
- Le pansement gras a pour but de favoriser le bourgeonnement des plaies, d'éviter l'adhérence des compresses sur la plaie et de protéger les tissus sains autour d'une plaie suintante ou irriguée.

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA TECHNIQUE DU SOIN :

- Efficacité du produit utilisé pour le nettoyage de la plaie.
- Absence des complications au niveau de la plaie.
- Dépistage précoce des signes d'infection locale.
- Etanchéité du pansement.

Références Bibliographiques

Hallouët P, Eggers J, Malaquin Pavan E. Fiches de soins infirmiers. 4^{em} ed. Paris : Elsevier-Masson ; 2014

Pauchet-Traversat AF, Besnier E, Bonnery AM, Gaba-Leray C. Soins infirmiers Fiches technique. 5^{em} ed. Paris : Maloine ; 2006

Patricia A, Potter, Anne G, Perry. Soins infirmiers cahier de méthodes de soins. 4^{em} ed. Canada : Beauchemin ; 2012

Rioufol M O. Fiches de soins La règle d'ORR de l'aide-soignante. 4^{em} ed. Paris : Masson ; 2008

[http:// Soins infirmiers. com](http://Soins_infirmiers.com)

