

## 1. Renseignements généraux et planification de la rencontre

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Matricule : \_\_\_\_\_  
Ressource : \_\_\_\_\_  
Date, Supervision #1 : aaaa-mm-jj Date, Supervision #2 : aaaa-mm-jj

## 2. Légende

**A** : Réponds aux attentes

**NA** : Ne réponds pas aux attentes ou réponds partiellement

**NO** : Non observé

**Légende** : Cocher la case appropriée (✓)

## 3. Consignes d'utilisation générales

- Doit être complétée par le professionnel habilité (PH) lors de la supervision.
- Compléter la grille d'observation dès la première supervision afin de documenter les éléments observés.
  - Pour la première supervision, son utilisation reste à la discrétion du PH.
  - Si l'employé ne répond pas aux attentes, complétez cette grille d'observation et informez-le de sa complétion ainsi que de sa conservation en cas d'échec.
- Remettre une copie à l'aide-soignant pour son apprentissage.
- Déposer une copie dans TEAMS (CISSMO - Loi 90 – Supervision. Fichier : 7. Grilles de supervision. Grilles d'observation complétées).
  - Créer un dossier nominatif unique pour chaque aide-soignant (Nom, prénom, date de naissance (DDN) aaaa-mm-jj).
- Utiliser, lors d'une deuxième supervision, la grille d'observation initiale pour comparer les éléments observés.

## 4. Éléments observés

| Étapes préexécutaires                                                                                                       | Supervision                                                                              |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             | #1                                                                                       | #2                                                                                       |
| 1. Lire et comprendre les directives du professionnel de la santé                                                           | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                |
| 2. Procéder à la vérification des 5 bons principes d'usage (bon usager, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment) | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                |
| 3. Vérifier la date d'expiration du médicament                                                                              | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                |
| 4. Assurer l'intimité de l'usager                                                                                           | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA<br><input type="checkbox"/> NO |
| 5. Installer l'usager dans une position confortable, tête appuyée                                                           | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                |
| 6. Procéder à l'identification sans équivoque de l'usager                                                                   | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                |
| 7. Obtenir le consentement de l'usager                                                                                      | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                |
| 8. Procéder à l'hygiène des mains                                                                                           | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA                                |
| 9. Mettre des gants non stériles                                                                                            | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA<br><input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> NA<br><input type="checkbox"/> NO |

[illegible]

[illegible]

## 6. Signatures

|                                                                                                                                                                       |                                            |                                       |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Résultat 1 <sup>er</sup> essai                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Réussite/Autorisé | <input type="checkbox"/> Non autorisé | <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> supervision requise |
| Nom de l'infirmière/superviseur : _____                                                                                                                               |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| Signature de l'infirmière/superviseur : _____                                                                                                                         |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| Employé avisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                             |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| Signature de l'employé : _____                                                                                                                                        |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| <i>Par cette signature, l'employé consent à la collecte de ces observations et à la conservation de celles-ci jusqu'à ce qu'il soit autorisé à effectuer le soin.</i> |                                            |                                       |                                                             |
| Résultat 2 <sup>e</sup> essai (si requis)                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Réussite/Autorisé | <input type="checkbox"/> Non autorisé |                                                             |
| Nom de l'infirmière/superviseur : _____                                                                                                                               |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| Signature de l'infirmière/superviseur : _____                                                                                                                         |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| Employé avisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                             |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| Signature de l'employé : _____                                                                                                                                        |                                            | Date :                                | aaaa-mm-jj                                                  |
| <i>Par cette signature, l'employé consent à la collecte de ces observations et à la conservation de celles-ci jusqu'à ce qu'il soit autorisé à effectuer le soin.</i> |                                            |                                       |                                                             |

### Références :

Méthode de soins informatisée (2016). *Administration d'un médicament par voie ophtalmique (n-p)*

CEMEQ (2018), Règles et procédures au regard de l'administration de médicaments et de soins invasifs d'assistance 7 version provisoire, 57 - 59.