

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

PLAN D'ENSEIGNEMENT PHOTOTHÉRAPIE À DOMICILE « *BILISOFT* »

L'enseignement a été fait auprès de : ☐ Mère ☐ Deuxième parent
☐ Personne significative, préciser : _____

Nom et lien avec l'enfant

ENSEIGNEMENT	FAIT ☒	À POURSUIVRE ☒	DATE aaaa/mm/jj	INITIALES
Les parents comprennent la nécessité de la photothérapie à domicile pour leur enfant.	☐	☐		
Les parents comprennent les risques associés au non-respect du plan de traitement (photothérapie à domicile) de leur enfant.	☐	☐		
Les parents comprennent les principes suivants : - La natte en fibre optique doit toujours être insérée dans la housse protectrice . - L'enfant doit être installé directement sur la natte en fibre optique recouverte de sa housse (pas de couverture/piqué entre la natte et l'enfant). - L'enfant doit dormir sur le dos en suivant les principes du « <i>Sommeil sécuritaire</i> » de l'Agence de santé publique du Canada.	☐	☐		
Les parents prennent adéquatement la température axillaire de leur enfant et connaissent les modifications à apporter lorsque la température est hors de la plage de valeurs normales.	☐	☐		
Les parents connaissent les éléments à surveiller et à noter sur la grille de suivi « <i>Suivi – Photothérapie à domicile</i> ». - Boires / allaitements à la demande - Selles et mictions quotidiennes - Prise de température axillaire un boire sur deux et PRN	☐	☐		
Les parents connaissent les particularités associées aux lunettes protectrices . - Mise en place et retrait des lunettes protectrices - Soins des yeux	☐	☐		
Les parents installent adéquatement la photothérapie chez leur enfant (les parents en font la démonstration).	☐	☐		
Les parents comprennent qu'ils doivent communiquer avec l'infirmière de la pouponnière pour toutes questions ou problématiques .	☐	☐		

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE

Nom :

Prénom :

#Dossier :

ANALYSE ET INTERVENTION

- ☐ Les parents démontrent une bonne compréhension des éléments enseignés pour une utilisation sécuritaire de la photothérapie à domicile.

ET

- ☐ Les parents comprennent que tous les éléments enseignés doivent être respectés et qu'ils doivent suivre le plan de traitement.
- ☐ Congé avec traitement de photothérapie à domicile.

- ☐ Les parents ne semblent pas bien comprendre les éléments enseignés ou l'importance de les respecter pour une utilisation sécuritaire de la photothérapie à domicile.

OU

- ☐ Les parents démontrent de l'incertitude ou une incapacité à suivre le plan de traitement.

Expliquer brièvement : _____

- ☐ Pédiatre avisé Nom du pédiatre : _____

Conduite à tenir : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : aaaa/mm/jj

Consignes : Effectuer la validation avant le congé avec le système de photothérapie à domicile

VALIDATION	FAIT ☒	DATE aaaa/mm/jj	INITIALES
Les parents ont reçu le matériel nécessaire au traitement de leur enfant soit :			
1. Système de photothérapie « <i>Bilisoft</i> »	☐		
2. Housse de protection en quantité suffisante, selon la durée du traitement	☐		
3. Lunettes de protection en quantité suffisante, selon la durée du traitement	☐		
4. Dépliant « <i>Recommandations destinées aux parents de nouveau-nés sous photothérapie « Bilisoft » à domicile</i> »	☐		
5. Grille de suivi « <i>Suivi – Photothérapie à domicile</i> »	☐		
Le formulaire « <i>Prêt d'équipement Bilisoft</i> » CLI-60394 a été signé par les parents.	☐		
Le prochain rendez-vous à la pouponnière pour un contrôle de bilirubine sérique a été donné (Inscrire dans la grille de suivi – « <i>Suivi – Photothérapie à domicile</i> »).	☐		

INITIALES	SIGNATURE ET TITRE	INITIALES	SIGNATURE ET TITRE