

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 aaaa-mm-jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa-mm
 Nom, Prénom de la mère : _____

DÉSObSTRUCTION DE L'OREILLE

Consigne : Se référer à la [MSI désobstruction de l'oreille](#) afin de respecter les standards de pratique

ÉVALUATION INFIRMIÈRE PRÉ-DÉSObSTRUCTION DE L'OREILLE			
Date d'apparition du problème de santé auditive, <i>si applicable</i> : _____ aaaa/mm/jj			
Premier épisode : ☐ Oui ☐ Non		Date de la dernière désobstruction de l'oreille _____ aaaa/mm/jj	
Usager ou représentant légal informé des risques associés à la procédure		☐ Otite externe aiguë ☐ Rupture de la membrane tympanique ☐ Traumatisme du conduit auditif	
Port d'un appareil auditif ☐ Oui ☐ Non		☐ Droite ☐ Gauche	
Présence de symptômes ☐ Oui ☐ Non			
	Oreille	Gauche	Droite
Diminution de l'acuité auditive	☐	☐	_____
Sensation d'oreille bouchée	☐	☐	_____
Bourdonnement	☐	☐	_____
Autre : _____	☐	☐	_____
➤ Examen de l'oreille			
Présence de cérumen obstruant ☐ Oui ☐ Non			
☐ Oreille gauche	_____ % du tympan	Aspect / Couleur : _____	
☐ Oreille droite	_____ % du tympan	Aspect / Couleur : _____	
Aspect du conduit auditif : _____			
Autre : _____			
➤ Contre-indications et précautions à la désobstruction de l'oreille			
☐ L'utilisateur ne présente aucune contre-indication (<i>après validation dans la MSI</i>)			
Contre-indication ou précaution pour l'irrigation: _____			

ORIENTATION DE L'INFIRMIÈRE			
Référence ☐ Oui ☐ Non			
☐ Référence à l'infirmière auxiliaire	☐ Référence à l'IPS	☐ Référence au médecin	
☐ Référence à la pharmacie communautaire	☐ Autre : _____		
Signature de l'infirmière : _____		Date : _____ aaaa/mm/jj	Heure : _____ hh:mm

Nom :

Prénom :

#Dossier :

CONDUITE INFIRMIÈRE POUR LA PRÉPARATION DE L'OREILLE

Afin d'avoir une désobstruction efficace de l'oreille : Instiller dans l'oreille 3 à 5 gouttes d'agent céruménolytique 2 à 3 fois par jour pendant 3 à 5 jours.

Instillation ☐ Oreille gauche _____ gouttes _____ fois/jour _____ # jours
☐ Oreille droite _____ gouttes _____ fois/jour _____ # jours

Suivi prévu pour désobstruction de l'oreille Date : ____aaaa/mm/ji____ Heure : ____hh:mm____

☐ PTI

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____aaaa/mm/ji____ Heure : ____hh:mm____

RÉÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE

Aspect du conduit auditif : _____

Signature et titre : _____ Date : ____aaaa/mm/ji____ Heure : ____hh:mm____

IRRIGATION DE L'OREILLE PAR L'INFIRMIÈRE OU L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

☐ Irrigation de l'oreille gauche Quantité d'eau utilisée pour l'irrigation : _____ ml ☐ Utilisation d'eau tiède du robinet ☐ Eau stérile Signature et titre : _____ Date : ____aaaa/mm/ji____ Heure : ____hh:mm____	☐ Irrigation de l'oreille droite Quantité d'eau utilisée pour l'irrigation : _____ ml ☐ Utilisation d'eau tiède du robinet ☐ Eau stérile Signature et titre : _____ Date : ____aaaa/mm/ji____ Heure : ____hh:mm____
--	--

ÉVALUATION INFIRMIÈRE POST DÉSOBSTRUCTION DE L'OREILLE**➤ Examen de l'oreille**

Présence de cérumen obstruant ☐ Oui ☐ Non
☐ Oreille gauche _____% du tympan Aspect / Couleur : _____
☐ Oreille droite _____% du tympan Aspect / Couleur : _____
 Aspect du conduit auditif : _____
 Autre : _____

ENSEIGNEMENT/ PRÉVENTION PAR L'INFIRMIÈRE OU L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE

☐ Procédure adéquate pour l'hygiène de ses oreilles	☐ Démarche à prendre pour prévenir l'infection
☐ Moyen pour prévenir la récurrence de bouchon de cérumen	☐ Entretien des prothèses auditives, le cas échéant
☐ Risques associés à la technique utilisée	☐ Raisons de consultation
☐ Signes et symptômes associés au bouchon de cérumen	☐ Produits à éviter
☐ Autre : _____	

PLANIFICATION DU SUIVI INFIRMIER

Suivi à prévoir : ☐ Oui ☐ Non
 Préciser : _____

☐ PTI

Signature de l'infirmière : _____ Date : ____aaaa/mm/ji____ Heure : ____hh:mm____