



MOCLI60665

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

SOINS ET SURVEILLANCE D'UNE GASTROSTOMIE MILIEU HORS HOSPITALIER

Consigne : Spécifique à la gastrostomie, ne pas utiliser pour jéjunostomie et gastrojéjunostomie Date d'installation : _____ aaaa/mm/jj

Types de dispositifs (si connu) :	☐ Ballonnet	☐ Champignon	☐ Étoilé	☐ Dôme
	☐ Autre : _____			
Présence de sutures :	☐ Oui	☐ Non	☐ Sutures retirées	Date de retrait : _____ aaaa/mm/jj
Tubulure (rallonge) :	Diamètre : _____ FR	Longueur : _____ cm	Marque : _____	Changement (fréquence) : _____
Ballonnet (selon les recommandations du fabricant) :	Vérification (quantité) : _____ mL Vérification (fréquence) : _____			
Tube ou bouton d'alimentation :	Changement (fréquence) : _____			

Rappels

- Se référer au répertoire des activités en soins infirmiers et aux méthodes de soins informatisées (MSI)
- Assurer une surveillance au pourtour de la gastrostomie :
 - Minimum 2 fois par semaine par l'infirmière auxiliaire ou l'infirmière
 - PRN selon l'état de l'usager, l'intégrité de la stomie et de la peau péristomiale, la qualité et la quantité d'écoulement
- Selon ordonnance ou directive infirmière : Faire pivoter le tube de gastrostomie **exempt de suture** de 360° minimum une fois par semaine et maximum une fois par jour
- Soins au pourtour de la gastrostomie post chirurgie : 0 à 7 jours = selon ordonnance médicale; 7 à 14 jours = technique stérile avec solution stérile (H₂O ou NaCl); 14 jours et + = technique propre : nettoyer (ex. : eau tiède, savon doux) rincer et assécher

Légende : v Élément ou changement fait sans particularité
Ø Élément non évalué, changement non fait ou S/O
* Particularité en lien avec l'énoncé, nécessite une note d'observation spécifique au verso

Année :	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj	mm/jj
aaaa	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm

Période postopératoire seulement → selon ordonnance et/ou directive infirmière

Examen / observation de l'abdomen															
Changement de pansement															

Période postopératoire et par la suite

Examen / observation du pourtour de la gastrostomie															
Soins au pourtour															
Tubulure en place et stabilisée															
Pivotement du tube / bouton (selon PTI)															
Changement de tubulure															
Changement de tube/bouton															

Vérification du ballonnet : inscrire la quantité d'H₂O retirée et ajoutée

Retrait H ₂ O (mL)															
Ajout H ₂ O (mL)															

INITIALES															
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom, prénom :

#Dossier :

[illegible]

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales