



MOCLI60720

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

PLAN OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE DIRECTIVES AUX AIDES-SOIGNANTS

IMPORTANT : Il est interdit de modifier le débit indiqué au plan de traitement d'oxygène. Si vous jugez que l'utilisateur va moins bien, se référer aux signes et symptômes et suivre les directives. Toujours suivre les consignes de sécurité à l'utilisation de l'oxygène.

Équipements et dispositifs	Débit (L/min) ou position	Date aaaa-mm-jj	Init.	Cessé	
				Date aaaa-mm-jj	Init.
Au repos (Assis, immobile, tranquille. Exemple : manger, regarder la télévision, jouer au bingo, aux cartes, etc.)					
☐ Concentrateur _____ ☐ canule nasale régulière ☐ masque ☐ barboteur ☐ trappe à eau ☐ tubulure (rallonge) ☐ _____					
☐ Concentrateur portatif _____ en mode ☐ pulsé ☐ continu avec canule nasale évasée					
☐ Cylindre d'oxygène de déambulation ☐ avec économiseur _____ en mode pulsé avec canule nasale évasée					
☐ avec régulateur et canule nasale régulière					
À l'effort (Activité qui nécessite un mouvement actif ou requiert une énergie. Exemple : marcher d'une pièce à l'autre, se vêtir, aller aux toilettes, prendre une douche, faire une promenade, faire des exercices, jouer aux poches)					
☐ Concentrateur _____ ☐ canule nasale régulière ☐ masque ☐ barboteur ☐ trappe à eau ☐ tubulure (rallonge) ☐ _____					
☐ Concentrateur portatif _____ en mode ☐ pulsé ☐ continu avec canule nasale évasée					
☐ Cylindre d'oxygène de déambulation ☐ avec économiseur _____ en mode pulsé avec canule nasale évasée					
☐ avec régulateur et canule nasale régulière					
Durant le sommeil (Dormir la nuit ou durant une sieste pendant la journée)					
☐ Concentrateur _____ ☐ canule nasale régulière ☐ masque ☐ barboteur ☐ trappe à eau ☐ tubulure (rallonge) ☐ CPAP ou BIPAP branché à l'oxygène					
Pause d'oxygène (Retrait de la canule nasale/masque pour une période déterminée ou lors d'une activité précise)					

AUTRES ACTIVITÉS DE SOINS ET DIRECTIVES	Date aaaa-mm-jj	Init.	Cessé		
			Date aaaa-mm-jj	Init.	
Lors d'une panne électrique ou bris du concentrateur					
- Utiliser immédiatement le cylindre d'urgence. Régler le débit à : _____ L/Min. _____ L/Min. _____ L/Min. - Si la personne usagère n'a pas de cylindre d'urgence, l'installer à une position semi-assise de 35 degrés et plus. Éviter la position couchée à plat. - Autre précision : _____					
				- Suivre les directives au « Plan d'urgence panne électrique ». - Vérifier régulièrement l'autonomie des cylindres et commander aussitôt qu'il y a moins de 12 heures d'autonomie.	
À tous les quarts de travail, surveiller les signes et symptômes					
- Essoufflement augmenté; - Cyanose (coloration bleutée) des extrémités et des lèvres; - Toux augmentée durant plus de 24 heures; - Changement dans les sécrétions (crachats) plus colorées, plus épaisses; plus visqueuses, plus abondantes pour plus de 24 heures; - Difficulté respiratoire durant le sommeil; - Somnolence inhabituelle; - Confusion inhabituelle; - Fatigue importante (perte d'énergie); - Chevilles et/ou jambes plus enflées que d'habitude (augmentation de volume). - Autre (s) : _____				En présence de 2 symptômes et plus ↳ Avez immédiatement l'inhalothérapeute ou l'infirmière ↳ En leur absence, appeler le 8-1-1 pour une assistance ↳ En situation d'urgence, appeler le 9-1-1 - Inscrire les signes et symptômes observés ainsi que les interventions (s'il y a lieu) au CLI-60560-Soin d'assistance activité vie quotidienne (AVQ) - Observation aide-soignant (annexe 8).	
À tous les quarts de travail, vérifier que :					
- Le concentrateur est branché (si utilisé); - Le débitmètre est au bon litrage selon l'activité; - Le bon mode d'administration est sélectionné; - La tubulure n'est pas écrasée ou coincée; - La canule nasale ou le masque est bien positionné; - Il n'y a pas de rougeur aux points d'appuis (oreilles, nez, bouche, le cou).				- Inscrire les observations et/ou les interventions effectuées pour corriger un problème au CLI-60560-Soin d'assistance activité vie quotidienne (AVQ) - Observation aide-soignant (annexe 8). - Si les problèmes et les interventions sont fréquents, avisez l'inhalothérapeute. - En présence de rougeurs aux points d'appuis, avisez l'inhalothérapeute.	
Vérifier l'autonomie des cylindres d'oxygène					
☐ La quantité de cylindres de déambulation pleins à tous les : _____ ☐ L'autonomie des cylindres d'urgence à chaque fois qu'il est utilisé; lorsqu'une tempête est annoncée; lorsqu'une panne électrique est prévue; lors d'une panne électrique.				Inscrire les vérifications effectuées au BRU-90005-Entretien et vérification équipements d'oxygène-enregistrement aides-soignants.	
Commander ou remplir les cylindres d'oxygène					
☐ Les cylindres de déambulation sont précommandés et livrés les _____ <i>(En cas de besoin de cylindres supplémentaires à ce qui est déjà prévu dans la commande, téléphoner à l'inhalothérapeute).</i>					
☐ Les commandes ou les remplissages sont assumés par ☐ l'utilisateur ☐ un proche <i>(Aviser l'inhalothérapeute si les commandes ou remplissages tardent à être effectuées par l'utilisateur ou son proche).</i>					
☐ Commander/remplir les cylindres de déambulation lorsqu'il reste moins de 7 heures d'autonomie pour l'ensemble des cylindres.					
☐ Commander le cylindre d'urgence lorsqu'il reste moins de 12hres d'autonomie.					
Nombre fournis : Cylindres de déambulation : _____ mini _____ D _____ E Cylindres de d'urgence fournis : _____ M _____ E				Inscrire les commandes/remplissages des cylindres au BRU-90005 Entretien et vérification équipements d'oxygène-Enregistrement aides-soignants.	
Entretien des équipements et dispositifs d'oxygène					
- Effectuer l'entretien des équipements et le changement des dispositifs selon la fréquence indiquée au BRU-90005. - Suivre les consignes d'entretien contenues dans les guides d'utilisation remis par l'inhalothérapeute.				Inscrire les entretiens effectués au BRU-90005-Entretien et vérification équipements d'oxygène-enregistrement aides-soignants.	
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	TITRE	INITIALES	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	TITRE	INITIALES