

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 préexécutoires	Supervision	
	#1	#2
1. Lire et comprendre les directives du professionnel de la santé	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
2. Procéder à la vérification des 5 bons principes d'usage (bon usager, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment)	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
3. Vérifier la date d'expiration du médicament	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
4. Assurer l'intimité de l'usager	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
5. Procéder à l'identification sans équivoque de l'usager	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
6. Obtenir le consentement de l'usager	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
7. Procéder à l'hygiène des mains	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA

Étapes exécutoires		
8. Demander à l'utilisateur de rester calme et le questionner face à sa douleur	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
9. Prendre le pouls et la pression artérielle avant d'administrer le médicament	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
10. Installer l'utilisateur en position assise ou semi-assise	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
11. Retirer le capuchon protecteur sans agiter le vaporisateur	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
12. Vaporiser le médicament dans l'air (3 à 5 fois si première utilisation)	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
13. Demander à l'utilisateur d'ouvrir la bouche et de ne pas inspirer durant l'administration	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
14. Placer le vaporisateur en position verticale, le plus près possible de la bouche	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
15. Demander à l'utilisateur de placer sa langue dans la position inscrite dans les directives (soulever ou abaisser la langue)	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
16. Vaporiser le nombre de doses inscrit dans les directives	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
17. Demander à l'utilisateur de fermer la bouche et replacer le capuchon protecteur sur le vaporisateur	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
18. Attendre 5 minutes. Suivre les directives du professionnel habilité.	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
19. Répéter l'administration de nitroglycérine, si la douleur n'est pas soulagée : ○ Peut être répétée une autre fois, après 5 minutes, si non soulagée; ○ 3 doses maximum.	☐ A ☐ NA ☐ NO	☐ A ☐ NA ☐ NO
20. Si la douleur n'est pas diminuée après 2 doses, suivre les directives du professionnel ou appeler le 9-1-1	☐ A ☐ NA ☐ NO	☐ A ☐ NA ☐ NO
Étapes postexécutoires		
21. Réinstaller l'utilisateur confortablement (rester assis durant la période de temps inscrite dans les directives)	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
22. Disposer du matériel	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
23. Retirer et jeter les gants. Procéder à l'hygiène des mains.	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
24. Documenter l'administration du médicament sur le formulaire prévu à cet effet (bonne documentation)	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
25. Surveiller les effets attendus (bon suivi)	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA
26. Aviser l'infirmière ou l'intervenant pivot de la situation	☐ A ☐ NA	☐ A ☐ NA

[illegible]

6. Signatures			
Résultat 1 ^{er} essai	☐ Réussite/Autorisé	☐ Non autorisé	☐ 2 ^e supervision requise
Nom de l'infirmière/superviseur : _____		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
Signature de l'infirmière/superviseur : _____		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
Employé avisé : ☐ Oui ☐ Non		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
Signature de l'employé : _____		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
<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 ^e essai (si requis)	☐ Réussite/Autorisé	☐ Non autorisé	
Nom de l'infirmière/superviseur : _____		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
Signature de l'infirmière/superviseur : _____		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
Employé avisé : ☐ Oui ☐ Non		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
Signature de l'employé : _____		Date : <u>aaaa-mm-jj</u>	
<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 (2015), *Administration d'un médicament par voie auriculaire (n-p)*

CEMEQ (2018), *Règles et procédures au regard de l'administration de médicaments et de soins invasifs d'assistance 7 version provisoire*, 54 - 56