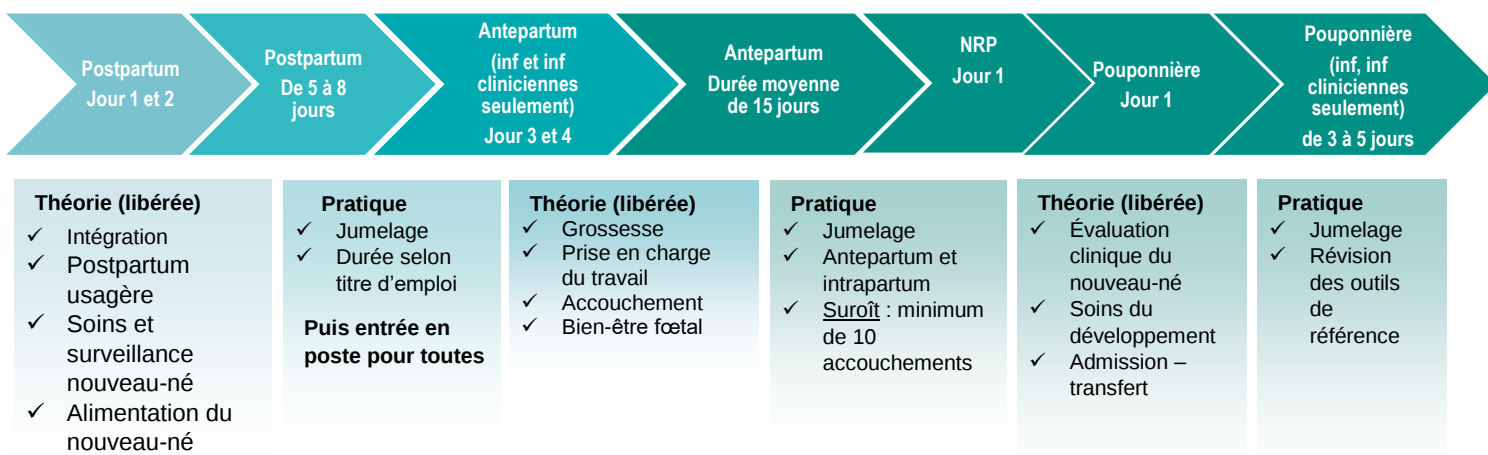




Renseignements généraux et planification de la rencontre	
Nom de l'employé : _____	Matricule : _____
Titre d'emploi : _____	Direction : _____
Unité de soins : _____	Période de référence : _____
Monitrices cliniques :	
Nom : _____	Titre : _____
Nom : _____	Titre : _____
Nom : _____	Titre : _____

Directives : La monitrice clinique doit inscrire un crochet vis-à-vis la case appropriée lors des jours 5, 10 et 15 **au crayon à mine**. Au jour 20, une évaluation finale de l'orientation est réalisée avec la chef, la monitrice clinique et l'infirmière ou l'infirmière clinicienne.

EXIGENCES	À pratiquer	En cours	Atteinte
1. Reconnaître un tracé fœtal normal			
2. Différencier une phase de latence d'un travail actif			
3. Identifier les situations requérant de l'aide et les urgences obstétricales			
4. Effectuer une admission de manière autonome			
5. Montrer le tracé à l'AIC (avec et sans la monitrice clinique)			
6. Se référer aux protocoles, ordonnances collectives, et documents de travail (cartable de triage, etc.)			
7. Compléter les lectures dans Ampro OB : Bien-être fœtal I et II (BEF), Prise en charge du travail, Hémorragie post-partum (HPP), Dystocie des épaules (DDE), et Accouchement précipité			

MÉTHODES DE SOINS INFIRMIERS				
8. Installer un cathéter veineux périphérique				
9. Effectuer une ponction veineuse				
10. Installer une sonde urinaire				
11. Réaliser un examen du col (Toucher Vaginal (TV))				
12. Appliquer la manœuvre de Léopold				
VOLET PRATIQUE				
Prise en charge du travail				
Lors des rencontres avec la chef, exposer le développement des connaissances et compétences de l'infirmière. Références : Dépistage et évaluation – risque de chute périnatalité (CLI-60250), Analgésie par voie épidurale en obstétrique (OIP1-635); Pompe à perfusion (épidurale) : Sapphire d'Hospira (ENA #3883)				
	JOUR 5	JOUR 10	JOUR 15	JOUR 20
<u>ÉVALUATION</u> - Moniteur fœto-maternel (MFM) : installation et utilisation ♦ MFM interne et externe (MFI vs MFE) ♦ Tocodynamomètre externe et interne - Contractions - TV : dilatation, effacement, station - Présentation fœtale ♦ Manœuvre de Léopold ♦ TV - Rupture des membranes Spontanée (RSM) et artificielle (RAM) Prématurée (RPM) Pré-terme (RPPM) - Stades et phases du travail - Contre-indication à l'accouchement vaginal				
<u>BIEN-ÊTRE FŒTAL</u> - Test de réactivité fœtale (TRF) - Interprétation du tracé ♦ Normal, atypique, anormal - Méthodes d'évaluation ♦ Auscultation intermittente (AI) ♦ MFE, MFI - Réanimation intra-utérine - Documentation (feuille 5, FADM, feuille 7)				
<u>ADMISSION</u> - Collecte de données, consentements, et autres documents (risque de chute, infections nosocomiales, etc.) - Révision du dossier incluant les rapports d'échographie et du plan de naissance, s'il y a lieu - Conservation du placenta - Évaluation (TRF, contractions, RSM, etc.) - Accès veineux #18G et labo : FSC, Code 50				
<u>POSITIONNEMENT ET SOULAGEMENT DE LA DOULEUR</u> - Évaluation de la douleur - Respiration, visualisation				

- Points de pression, massages - Bain - Mobilisation ♦ Accessoires de positionnement ♦ Affiches posturales ♦ Créativité - De Gasquet, Bonapace - Épidurale (matériel, pompe, position, accompagnement) - Bloc honteux, anesthésie locale (assistance et préparation du matériel et de la médication)				
<u>ÉVOLUTION DU TRAVAIL</u> - Progression normale - Stimulation du travail - Travail dystocique - Recours à la césarienne et préparation selon la liste de vérifications				
<u>ACCOUCHEMENT</u> - Matériel, vérifications de la table chauffante, préparation de la table d'accouchement, et aménagement de la chambre - Rôles 1^e inf. : soutien, surveillance du CF 2^e inf. : assistance et prise de notes - Positionnement de la parturiente - Dystocie des épaules - Évaluation initiale du nouveau-né / étapes initiales de réanimation PRN / APGAR - Peau-à-peau - Évaluation des lochies et du fond utérin (F U) - Prise en charge de l'HPP				
Induction				
<i>Références : Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail (PRO-10111), Maturation cervicale, induction ou stimulation du travail (OIPI-709), Induction/stimulation du travail – Ocytocine 40 unités/litre (OIPI-710)</i>				
	JOUR 5	JOUR 10	JOUR 15	JOUR 20
<u>MATURATION</u> - Tampon intra vaginal aux prostaglandines : Cervidil - Ballonnet <u>INDUCTION</u> - Raisons principales d'induction - Préparation de l'oxytocin et différenciation entre les types de perfusion - RAM : amniotome - Surveillances associées (protocoles ; MFM vs AI)				
Particularités				
<i>Références : Surveillance fœtal pendant le travail à l'aide de l'auscultation intermittente ou du monitoring fœtal électronique (PRO-6012), Prise en charge des femmes enceintes diabétiques pendant le travail et en postpartum immédiat (OC-6015), Initier une antibioprophylaxie visant le streptocoque du groupe B lors de l'accouchement (OC-6016), Sulfate de magnésium (MgSO4) pré-éclampsie et éclampsie (OIPI-745), Procédure clinique – Troubles hypertensifs liés à la grossesse (PRO-10140), Hypertension grave en obstétrique (supérieure ou égale à 160/110 mmHg) (OIPI-746), Hypertension en obstétrique, médicaments d'entretien (OIPI-747), Prévenir et traiter l'hémorragie post-partum (OC-6032), Hémorragie post partum modérée à sévère (OIPI-650)</i>				
	JOUR 5	JOUR 10	JOUR 15	JOUR 20
<u>GARE et PARTICULARITÉS</u>				

- Diabète gestationnel (DG), de type I, ou type II - Pré-éclampsie (PE) - Retard de croissance intra-utérin (RCIU) - Menace de travail pré-terme (MTPT) - Travail prématuré - Grossesse gémellaire - Chorioamnionite - Cholestase de grossesse - RPPM - Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) -Prævia, vasa prævia - etc. <i>* comme la prise en charge des grossesses à risque <u>n'est pas</u> un objectif à atteindre au terme de l'orientation, simplement inscrire les éléments observés ou discutés lors de l'orientation</i>				
<u>AJUSTEMENT DES SOINS ET SURVEILLANCES</u> - Se référer aux protocoles et OIPI en vigueur - Choix et ajustement du monitoring ; détermination de la fréquence de surveillance - Anticipation des complications pour l'accouchement (saignements antepartum actifs, tracé atypique/anormal, chorioamnionite, accouchement précipité, liquide amniotique méconial, autres facteurs de risque de réanimation néonatale) - Aviser en temps opportun les soignants concernés (AIC, omnipraticiens, gynéco, pédiatres, etc.)				
<u>ACCOUCHEMENT VAGINAL ASSISTÉ</u> - Matériel requis : emplacement - Forceps - Ventouses - Acronymes Ampro OB et autres interventions				
Consultation téléphonique et Triage obstétrical Références : Consultation téléphonique infirmière – Obstétrique (CLI-6002), Triage obstétrical (CLI-60119), Pré-tiage/Triage obstétrical – Usagères enceintes – COVID-19 (CLI-60341), Initier la prise en charge de la femme enceinte au triage obstétrical (OC-6029)				
- Se référer aux documents existants - Compléter les formulaires d'évaluation ♦ appel téléphonique ♦ triage obstétrical - Reconnaître les priorités d'évaluation selon l'échelle OTAS - Identifier les situations d'urgence ex. DPPNI, procidence du cordon, CF AN, saignements... - Communication : iCHAT				

Pour assurer la transition suite à l'orientation, quatre situations importantes requièrent du préceptorat, prodigué par une infirmière d'expérience, une AIC ou une infirmière clinicienne soutien clinique:

- Prise en charge du nouveau-né au bloc opératoire
- Tocolyse
- MgSO₄
- MIU et décès périnatal

Ces quatre situations doivent donc avoir été vues avec l'aide d'une collègue, avant d'assurer la prise en charge subséquente, de manière autonome, par l'infirmière nouvellement orientée.

Ces éléments ne sont pas des objectifs d'orientation; ils ne devraient pas être priorisés lors du volet pratique.

AUTRE				

[illegible]

Signature de l'employé : _____

Date: _____

Signature de la monitrice clinique: _____

Date: _____

Signature de la monitrice clinique: _____

Date: _____

Signature de la chef d'unité : _____

Date: _____

☐ Remis au chef de l'unité

Date : _____

☐ Consigné au dossier de l'employé

Date : _____

☐ Profil de compétences complété

Date : _____