Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

AIDE-MÉMOIRE
Orientation pratique - Foyer de groupe en déficience physique de Longueuil
Destiné aux préposés aux bénéficiaires

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 : _____

ACTIVITÉS	Initiales Employée	Initiales Monitrice	Date
GÉNÉRALITÉS ÉQUIPEMENTS / APPAREILLAGES			
1. Appareil à succion			
2. Oxygénothérapie			
3. Pompe à alimentation entérale (gavage)			
4. Soins urinaires			
5. Trousse d'urgence/planche de massage			
6. Appareillage orthopédique (orthèse, corset, etc.)			
DOSSIER USAGER – COLLECTE DE DONNÉES / DÉPISTAGE			
7. Fiche d'identification visuelle de la mobilité			
8. Prévention des chutes et interventions lors d'une chute			
9. Mesures de contrôle : • Mesures de remplacement CLI-60058 (participer à la recherche) • Documentation : Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle – CH/déficience (CLI-60066) • Détecteurs de mobilité (systèmes TABS, SMART, etc.) • Matériel pour les mesures de contrôle • Installation de la mesure de contrôle			
10. Prévention et traitements des lésions de pression • Horaire de positionnement de l'usager • Matelas thérapeutique			
11. Dosage Ingesta / Excreta			
ORGANISATIONNEL			
12. Organisation / fonctionnement par quart de travail (Jour / Soir / Nuit) : • Travail d'équipe • Feuille de route • Plan de travail • Rapport inter quart			

ACTIVITÉS	Initiales Employée	Initiales Monitrice	Date
13. Rôles des autres professionnels de la santé • Pharmacien • Physiothérapeute • Ergothérapeute • Travailleuse sociale/Intervenant pivot • Nutritionniste • Conseillère en soins infirmiers			
14. Trajectoire de soins d'un usager • Admission / Hospitalisation • Transfert : inter établissement • Décès			
ALIMENTATION			
15. Aide pour l'alimentation			
16. Alimentation d'un usager dysphagique			
ÉLIMINATION			
17. Bassin de lit			
18. Urinal			
19. Culotte d'incontinence / Soins d'incontinence			
20. Chaise d'aisance			
21. Vidange de stomie			
HYGIÈNE			
22. Produits d'hygiène			
23. Bain partiel ou complet au lit			
24. Guitare (hygiène des cheveux)			
25. Soins de bouche			
26. Rasage			
27. Soins des ongles			
MOBILISATION			
28. Séance station debout			
29. Aide à la marche			
30. Mobilisation - Installation			
TRANSFERT			
31. Du lit au fauteuil et du fauteuil au lit			
32. Avec levier			

ACTIVITÉS	Initiales Employée	Initiales Monitrice	Date
33. Avec levier sur rails			
34. Avec toile de glissement			
35. Avec planche de transfert			
36. Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)			
37. Transport des usagers			
POSITIONNEMENT			
38. Au fauteuil			
39. Au lit			
SOINS DE FIN DE VIE			
40. Soins de confort			
41. Soins post-mortem			
42. Soins de bouche			
43. Soins des yeux			
SÉCURITÉ			
44. Code bleu/code rose • Rôles des intervenants • Manœuvres RCR (si formation à jour)			
45. Tournées visuelles			
MATÉRIEL – ENTRETIEN			
46. Cuisinette (matériel)			
47. Entreposage des déchets • Culottes d'incontinence • Contenants biorisques			
48. Surfaces thérapeutiques			
49. Fauteuils roulants			
50. Levier (entretien des toiles, etc.)			
51. Chariot de lingerie			
52. Objets et vêtements personnels des usagers			
53. Tâches domestiques (ex : vaisselle, remplissage, etc.)			
AUTRES			
54. Prévention et contrôle des infections (PCI): • Localisation des affiches • Hygiène des mains			

ACTIVITÉS	Initiales Employée	Initiales Monitrice	Date
55. Gestion de la qualité et des risques: • Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223)			
56. Particularités de chaque enfant (ex : routine, préférences, besoins, etc.) en complément du PTI			
57. Stimulation des enfants et exercices passifs			
58. Support aux professeurs			

COMMENTAIRES

Signature de l'employé : _____ Date: _____

Signature de la monitrice clinique:_____ Date: _____

Signature de la monitrice clinique:_____ Date: _____

☐ Remis au chef de l'unité Date : _____

☐ Consigné au dossier de l'employé Date : _____