



## Objectifs d'apprentissage

Cette liste identifie les objectifs relatifs aux **compétences et connaissances minimales requises** pour effectuer les soins nécessités par votre enfant. Elle permet à l'équipe de soins d'ajuster les apprentissages nécessaires.

**Consigne :** Lorsque l'apprentissage est satisfaisant aux yeux de l'infirmière ou de l'inhalothérapeute et du parent, tous deux inscrivent leurs initiales dans le tableau et apposent leur nom et leur signature à la fin de celui-ci.

La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>connaissent</b> :	Date	Initiales Infirmière/ Inhalo	Initiales Parent
les conseils pour les activités de la vie quotidienne de l'enfant (habillement, alimentation, hydratation, hygiène, sommeil, activités et transport)			
le fonctionnement et le matériel requis pour les techniques d'assistance à la toux			
les indications et la fréquence des techniques d'assistance à la toux			
toutes les étapes de la technique d'hyperinflation pulmonaire avec ballon ventilatoire modifié, si pertinent			
toutes les étapes de la technique des poussées abdominales, si pertinent			
toutes les étapes de la technique des compressions thoraciques, si pertinent			
toutes les étapes de la technique des compressions thoraciques latérales, si pertinent			
toutes les étapes de la technique de toux autodirigée			
toutes les étapes de la technique d'utilisation de l'appareil d'insufflation-exsufflation			
les problèmes potentiels et les solutions recommandées			
les motifs de consultation de l'équipe de soins			
<b>Commentaires :</b>			

La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>maitrisent</b> de façon <u>sécuritaire</u> et <u>compétente</u> :	Date	Initiales Infirmière/ Inhalo	Initiales Parent
la technique du lavage des mains			
toutes les étapes de la technique d'hyperinflation pulmonaire avec ballon ventilatoire modifié			
toutes les étapes de la technique des poussées abdominales, si pertinent			
toutes les étapes de la technique des compressions thoraciques, si pertinent			
toutes les étapes de la technique des compressions thoraciques latérales, si pertinent			
toutes les étapes de la technique de toux autodirigée			
toutes les étapes de la technique d'utilisation de l'appareil d'insufflation-exsufflation			
le fonctionnement du matériel requis pour les techniques d'assistance à la toux			
<b>Commentaires :</b>			



La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>tiennent compte</b> :	Date	Initiales Infirmière/ Inhalo	Initiales Parent
de la préparation de l'enfant, du parent et de l'environnement avant de débiter le soin			
de l'approche pédiatrique dans le soin fourni			
du niveau d'autonomie de l'enfant dans sa participation au soin			
du besoin de réajustement dans les procédures de soins, lorsque nécessaire			
du soutien nécessaire à l'enfant avant, pendant et après le soin			
<b>Commentaires :</b>			

La famille ou le proche aidant (et l'enfant, si approprié) <b>ont reçu l'information et la comprennent au sujet</b> :	Date	Initiales Infirmière/ Inhalo	Initiales Parent
des coordonnées du ou des fournisseurs pour le matériel et l'équipement requis			
des ressources à leur disposition			
de la date et du lieu du prochain rendez-vous, si requis			
des coordonnées des personnes ressources, au besoin			
du numéro à composer en cas d'urgence			
<b>Commentaires :</b>			

Nom de l'infirmière/inhalo :	Signature :	Initiales :
Nom de l'infirmière/inhalo :	Signature :	Initiales :
Nom de l'infirmière/inhalo :	Signature :	Initiales :
Nom de l'infirmière/inhalo :	Signature :	Initiales :

Nom du parent :	Signature :	Initiales :
Nom du parent :	Signature :	Initiales :