



LIVRET D'ACCUEIL
DES ETUDIANTS INFIRMIERS
SERVICE DE SURVEILLANCE
CONTINUE

PC INFIRMIER : 04.90.11.21 32

CADRE DE SANTE : 04.90.11.23.17

SECRETARIAT : 04.90.11.21 30

SOMMAIRE

	Page
1. PRESENTATION DU SERVICE	1
2. PRESENTATION DE L'EQUIPE MEDICALE	2
3. PRESENTATION DE L'EQUIPE PARAMEDICALE	2
4. FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DES SOINS	3
5. DEROULEMENT DU STAGE	4
6. OBJECTIFS DE STAGE ATTENDUS PAR LE SERVICE	4
7. ROLE DE L'ENCADREMENT DE STAGE	5
8. EVALUATION	6
9. APPRECIATION DU STAGE	7
ANNEXES 1	
➤ <i>Les principales pathologies chirurgicales rencontrées en service de surveillance continue</i>	
ANNEXES 2	
➤ <i>Les principales pathologies médicales rencontrées en service de surveillance continue</i>	
ANNEXES 3	
➤ <i>Appréciation de stage</i>	

1. PRESENTATION DU SERVICE

L'unité de surveillance continue est un service qui accueille 24h/24h des patients atteints de pathologies qui demandent des soins constants et une surveillance médicale et/ou chirurgicale rapprochée.

➤ Localisation

Le service de surveillance continue se situe au 2^{ème} étage, du bâtiment principal, entre les services de médecine A et de médecine B.

➤ Nombre de lits

Le service comporte 6 lits : 2 chambres seules équipées de lits Hilrom
2 chambres doubles

➤ Filière d'admission :

- Soit par mutation d'un des services de l'établissement : urgences, médecine, chirurgie, SSR...
- Soit par entrées programmées : les patients programmés pour une chirurgie lourde ou ayant de nombreux ATCD et nécessitant une surveillance post opératoire rapprochée
- Soit entrées par transferts externes d'autres hôpitaux ou cliniques suite à un séjour en réanimation ou après une intervention chirurgicale si leur état clinique s'avère encore trop sévère ou instable pour permettre un retour dans un service de court séjour...

➤ Pathologies rencontrées

- Médicales : décompensations cardio-respiratoires, décompensations diabétique, pancréatites, intoxications médicamenteuses...
- Chirurgicales : surveillance post-opératoire en chirurgie uro-digestive, orthopédique...
- Patients présentant des pathologies multiples

➤ Matériel spécifique

- 1 moniteur par lit avec mesure ECG, pression artérielle, fréquence respiratoire, saturation en O² avec rappel au niveau du PC IDE
- Eléments de monitoring cardio vasculaire : 2 modules de pression artérielle, 2 modules PICCO (débit cardiaque)
- Système de ventilation : 1 respirateur type 840, 1 respirateur de transport, 1 VNI BIPAP (ventilation non invasive), 1 humidificateur chauffant...
- Dispositif de perfusion : pompe, pousse seringue électrique, PCA
- Chariot d'urgence avec 1 défibrillateur semi-automatique
- 1 système de vidéosurveillance

PRESENTATION DE L'EQUIPE MEDICALE

- Chef de pôle : Dr COHEN ALORO
- Chef de service : Dr HUVET
- Anesthésistes :
 - Dr BRUERE
 - Dr CORNEA
 - Dr KOUALEF
 - Dr MEYER
 - Dr PRUNET
- Intervenants extérieurs médicaux
 - Cardiologues, pneumologue, gastro-entérologues, angiologue, diabétologue, rhumatologue, neurologue, psychiatre, gériatres, néphrologue
 - Chirurgiens digestifs, orthopédiques et urologue
- Intervenants paramédicaux
 - Diététicienne
 - Kinésithérapeute, ergothérapeute,
 - Assistante sociale, psychologue,
 - Equipe escarres et plaies chroniques
 - Equipe UTNC (nutrition) / CLUD (douleur)
 - ELSA Santé

2. PRESENTATION DE L'EQUIPE PARAMEDICALE

- Effectif quotidien
 - 1 médecin anesthésiste réanimateur
 - 1 cadre de santé
 - 1 IDE + 1 AS de jour en 12 heures (7h30/19h30)
 - 1 IDE + 1 AS de nuit en 12 heures (19h30/7H30)
 - 1 IDE coordinatrice en 7h45 (9h/16H45)
 - 1 ASH de jour partagée avec le service de chirurgie,
 - 1 secrétaire médicale
- Effectif global
8 IDE / 6 AS / 1 ASH

3. FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION DES SOINS

➤ Journée type

SURVEILLANCE CONSTANTE ET REGULIERE DES 6 PATIENTS SUR LES 24 HEURES.

7H30 : Relève de l'équipe de nuit à l'équipe de jour

Préparation des feuilles journalières de surveillance au lit du patient

Prise et notification des paramètres vitaux de chaque patient + administration des traitements qui se réalisent en systématique toutes les 2 heures

Vérification de la prise en charge alimentaire de chaque patient avec la diététicienne

Prise de rendez-vous pour les radiographies en chambre

Prise en charge des soins de nursing en binôme avec l'AS, sur la matinée

9 H : Arrivée de l'IDE coordinatrice qui a pour fonction la prise en charge des soins itératifs aux patients : pansements divers, pose de VVC, prise de rendez-vous d'examens, gestion des transferts des patients...

Relève avec le médecin anesthésiste du jour

10 H : Staff pluri professionnel (médecin, IDE, AS, ASH, Secrétaire, Cadre de santé...) au cours duquel chaque patient est présenté par l'IDE postée en 12 h. En regard des résultats des examens du jour (bilan sanguin, radio, scanner, gazométrie.....), l'anesthésiste du service adapte le traitement et décide des différents examens et consultations à prévoir.

12 H : **BILAN DES ENTREES ET SORTIES** qui clôture la feuille de surveillance journalière et prise des constantes de midi sur la nouvelle feuille de surveillance. L'anesthésiste va y prescrire les perfusions, traitement médicamenteux et examens pour les 24 h suivantes.

14 H : Vérification des traitements en fonction de la nouvelle prescription, modification de la planification des soins sur la feuille de surveillance et la planification murale, et préparation des perfusions prescrites.

➤ Horaire de visites

Les visites sont autorisées de 13h30 à 14h30 et de 17h30 à 18h30.

4. DEROULEMENT DU STAGE

Les horaires de stage sont de 7h15 à 14h15 ou de 12h45 à 19h45.

Possibilité de travailler en 12h, le week-end ou de nuit suivant le projet professionnel de l'étudiant, avec l'accord de l'IFSI et du Cadre de santé du service.

Lors du 1^{er} jour de stage, l'étudiant sera accueilli par le tuteur qui le présentera à l'équipe soignante. Après la visite du service, le déroulement de la journée lui sera expliqué. Le tuteur présentera le livret d'accueil de l'hôpital et celui des étudiants IDE.

Il est souhaitable que l'étudiant se munisse de son Portfolio dès le 1^{er} jour. Cela permettra de réaliser ensemble un premier point sur les compétences acquises au cours des précédents stages.

Un planning sera attribué au stagiaire. Les dates pour réaliser les bilans de stage, pour assister à des opérations, réaliser un parcours patient, participer à une consultation en stomathérapie et en plaies chroniques, seront fixées en concertation avec le tuteur et le stagiaire.

Un parcours de stage est mis en place pour chaque étudiant qui comprend : l'accueil du patient, la préparation préopératoire, le bloc, la salle de réveil, les suites opératoires et préparation à la sortie, une journée stomathérapie et plaies chroniques, la stérilisation, une journée en orthopédie et à l'hôpital de jour.

Au cours de la 1^{ère} semaine, l'étudiant devra présenter ses objectifs de stage.

Par la suite, il lui sera demandé de travailler sur des démarches de soins.

Toute absence devra être signalée à votre IFSI ainsi qu'auprès de notre service le plus tôt possible.

5. OBJECTIFS DE STAGE ATTENDUS PAR LE SERVICE

➤ Prérequis indispensables en début de stage

Revoir tous les modules acquis ainsi que la pharmacologie

- Anatomophysiologie : les différentes fonctions cardiaques, rénales, respiratoires et digestives.
- Pharmacologie : les drogues vasopressives (adrénaline, noradrénaline, dopamine, dobutrex), les anticoagulants, le traitement de l'hypertension et des troubles du rythme, les morphiniques et les différents analgésiques.

Revoir les différentes surveillances en fonction des pathologies

Se servir des ressources documentaires du service : protocoles médicaux, d'hygiène, de prise en charge de la douleur, de la dénutrition.....

➤ Objectifs de stage

Le but est d'arriver à la prise en charge d'un, puis de deux patients.

1^{ère} et 2^{ème} semaine : La 1^{ère} semaine de stage privilégie l'observation clinique du patient

- Immersion dans le service, afin de diminuer l'appréhension de l'étudiant
- Rappel des règles élémentaires d'hygiène
- Prise de contact avec les différents appareils de surveillance
- Soins de nursing d'un patient non appareillé, puis d'un patient intubé ventilé avec surveillance cutanée
 - Prise de contact et remplissage de la feuille de surveillance
 - Surveillance des alarmes du scope et du respirateur
 - Conduite à tenir lors du déclenchement des alarmes
 - Manipulation des pompes à perfusions, des seringues électriques
 - Calculs de dose

Les besoins de l'étudiant sont évalués et les soins sont priorisés.

3^{ème} semaine :

- VVC (voie veineuse centrale) : surveillance, retour veineux, pansement
- Détection de l'aggravation du patient : observation des signes cliniques, hémodynamique, résultats des bilans sanguins et radiologiques
- Surveillance des effets secondaires des amines
- Transmissions orales et écrites

Semaines suivantes : Prise en charge d'un ou deux patients en fonction de l'évolution des possibilités de l'étudiant.

6. ROLE DE L'ENCADREMENT DE STAGE

Le Maître de stage et le tuteur sont responsables de l'encadrement en stage.

➤ **Le maître de stage**

* Accueille et intègre l'étudiant

- Apporte toutes les informations nécessaires sur le lieu et l'organisation du stage
- Présente l'étudiant aux équipes et s'assure de son intégration
- Valide le planning et le parcours de stage de l'étudiant
- Permet à l'étudiant de se positionner dans le lieu de stage
- Gère les situations problématiques et fait le lien avec les IFSI.

➤ **Le tuteur de stage**

* Assure le suivi de l'étudiant pendant le stage

- Accompagne l'étudiant dans l'établissement de ses objectifs
- S'assure de la qualité de l'encadrement de proximité
- Réalise des entretiens réguliers
- Répond aux questions de l'étudiant
- Règle les difficultés éventuelles

* Assure l'évaluation des compétences acquises

- Identifie les points forts et les lacunes
- Aide l'étudiant à s'autoévaluer
- Évalue ou fait évaluer les acquis au fil du stage et suit la progression de l'étudiant, à l'aide des outils et du portfolio
- Établi avec l'étudiant ses objectifs de progression

* Le tuteur détient un rôle très important tout au long du stage car il va permettre, à travers son encadrement, de construire un parcours d'apprentissage à complexité croissante favorisant l'autoévaluation de l'étudiant. Il se doit de promouvoir le développement de la communication pluri professionnelle de l'étudiant afin qu'il puisse s'épanouir dans sa formation.

➤ **Le professionnel de proximité**

*Assure le suivi et la formation de l'étudiant

- Organise les activités d'apprentissage de l'étudiant, en lien avec les éléments du référentiel de compétences
- Questionne, explique, montre, mène des activités en duo et laisse progressivement l'étudiant mener des activités en autonomie
- Accompagne, indique ce qui est conforme aux bonnes pratiques et ce qui doit être amélioré (explique les risques, réglementation, sécurité...)

➤ **L'approche réflexive**

Le temps où il suffisait de montrer, voire d'expliquer est révolu.

Maintenant, comme cela a toujours été fait implicitement, il est nécessaire d'y incorporer une autre dimension, celle de transmettre le sens logique de la pratique soignante.

Entrer dans la logique de compétences demande de lâcher prise sur la réalisation d'actes professionnels séquentiels et de privilégier le champ du sens de l'activité de soins prodigués.

7. EVALUATION

Afin de suivre l'évolution de l'étudiant sur l'acquisition des actes proposés dans le service, des évaluations hebdomadaires ainsi qu'un bilan de mi-stage seront effectués à l'aide du Port Folio. Ils permettront au stagiaire de progresser et de réajuster ses objectifs de stage.

L'appréciation finale sera réalisée par le tuteur de stage, qui aura préalablement consulté l'équipe soignante sur les points positifs, les axes d'amélioration et élaborera un commentaire sur le déroulement du stage.

8. APPRECIATION DU STAGE

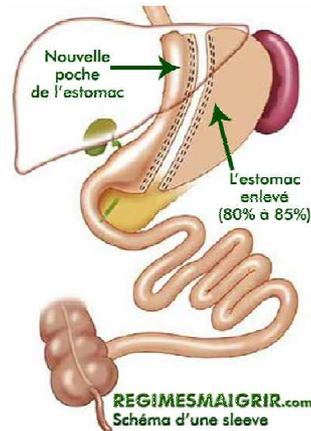
L'étudiant aura la possibilité de remplir une feuille d'appréciation de stage qui permettra à toute l'équipe d'améliorer l'encadrement des EIDE.

BON STAGE A TOUS.....

LES PRINCIPALES
PATHOLOGIES
CHIRURGICALES
RENCONTREES EN
SERVICE DE
SURVEILLANCE
CONTINUE

SLEEVE GASTRECTOMIE

La gastrectomie « sleeve » consiste en la résection verticale de plus des 2/3 de l'estomac. Les aliments vont d'abord être ralentis pendant leur passage dans le tube, puis être évacués très rapidement dans l'intestin grêle. L'intérêt porté outre son caractère restrictif, diminue le taux de ghréline, qui est l'hormone de la faim, ce qui entraîne un désintérêt pour la nourriture.



GASTROPLASTIE OU ANNEAU GASTRIQUE

L'anneau gastrique consiste à mettre un anneau en silicone, dont le calibre est modifiable facilement, autour de la partie supérieure de l'estomac. Elle va séparer l'estomac en deux poches. Les aliments vont passer lentement à travers l'anneau gastrique. Lorsqu'on avale une petite quantité de nourriture bien mâchée, celle-ci va descendre dans la poche supérieure située au dessus de l'anneau gastrique. Cette poche va un peu se dilater, ce qui va stimuler le centre de la satiété. L'anneau peut être resseré ou desserré grâce à un boîtier situé sous la peau au niveau de l'abdomen sous les côtes. Le principal intérêt est de rétablir la sensation de satiété.



BY-PASS

L'intervention consiste à réduire le volume de l'estomac et à modifier le circuit alimentaire. Les aliments ne passent plus par l'estomac et la partie supérieure du tube digestif, ils vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle. L'opération combine la diminution de l'ingestion des aliments à une diminution de leur réabsorption au niveau de l'intestin grêle. Le by-pass agit par plusieurs mécanismes qui associent une restriction, une malabsorption (les aliments sont moins digérés), un dumping-syndrome (les aliments très sucrés en quantité importante entraîne un malaise général), une diminution du taux de ghrêline.

OCCCLUSION

L'occlusion intestinale: un syndrome défini par l'arrêt du transit intestinal, du fait d'un obstacle (occlusion mécanique) ou d'une paralysie du tube digestif (occlusion fonctionnelle). L'occlusion intestinale est une des principales urgences abdominales. Elle peut toucher l'intestin grêle ou le gros intestin. En cas de rétrécissement intestinal, l'obstruction intestinale est incomplète alors qu'en cas d'iléus, l'obstruction intestinale est complète.

Occlusion mécanique : tumeur bénigne ou maligne, brides, hernie étranglée, volvulus...

Occlusion fonctionnelle : péritonite

PERITONITES

Définition : inflammation aigüe du péritoine. La péritonite est une urgence en chirurgie digestive.

Péritoine : Séreuse enveloppant l'ensemble des viscères digestifs.

Causes : Perforation digestive, appendicite, pancréatite, sigmoïdite, salpingite, cholécystite.

Signes : hyperthermie, vomissement, arrêt du transit, ventre tendu, ballonné et contracturé.

COLECTOMIE ET STOMIE

➤ Colectomie

Définition : Résection d'un segment plus ou moins étendue du colon.

Causes : Maladie inflammatoire (maladie de Crohn, RCH), lésions malignes, pathologies diverticulaires compliqués (infection ou récurrence, abcès ou perforation)

A froid, en dehors de l'urgence, le rétablissement du circuit digestif est effectué dans le même temps opératoire.

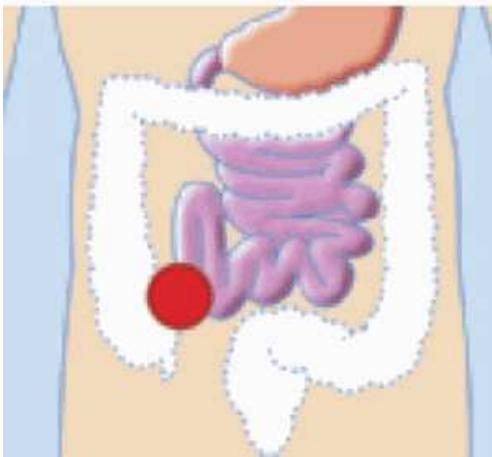
Dans le cas contraire, une stomie digestive peut être mise en place

➤ Stomies digestives

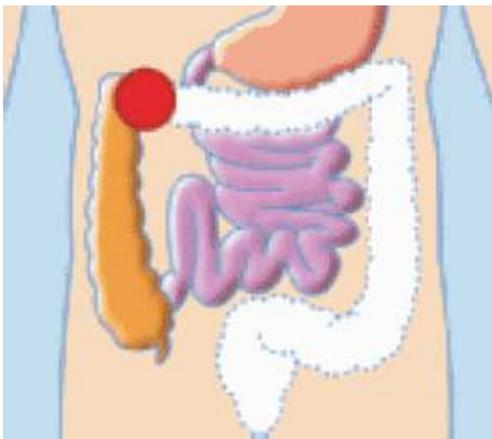
Définition : C'est l'abouchement chirurgical temporaire ou définitif d'un segment de l'appareil digestif à la paroi abdominale.

L'iléostomie : iléon abouché à la paroi abdominale. Les selles sont liquides et abondante en post opératoire puis après ¾ semaine l'iléon va acquérir certaines propriétés et les selles vont être moins liquides et moins volumineuses.

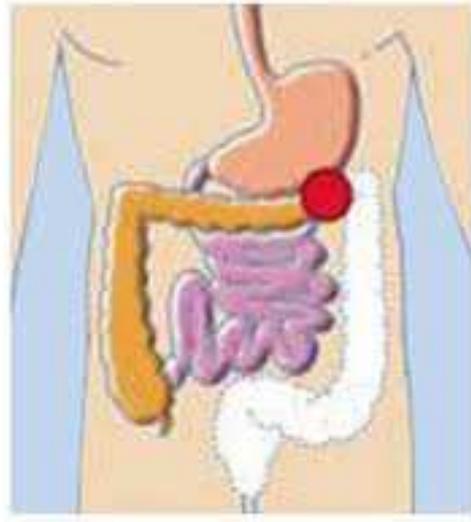
Une alimentation sans résidu peut être mise en place en post opératoire immédiat.



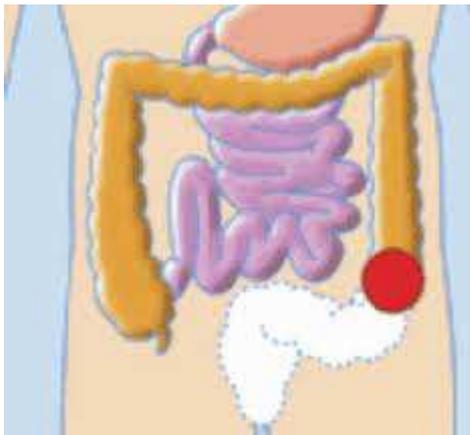
Colostomie : Le colon est abouché à la paroi abdominale. Il existe différentes colostomie selon la partie du colon abouché à la peau.



Colostomie transverse droite : abouchement du colon ascendant droit à la paroi abdominale. Les selles sont liquides et abondantes



Colostomie transverse gauche : abouchement du colon transverse gauche à la paroi abdominale. Les selles sont pâteuses et l'évacuation fréquente.

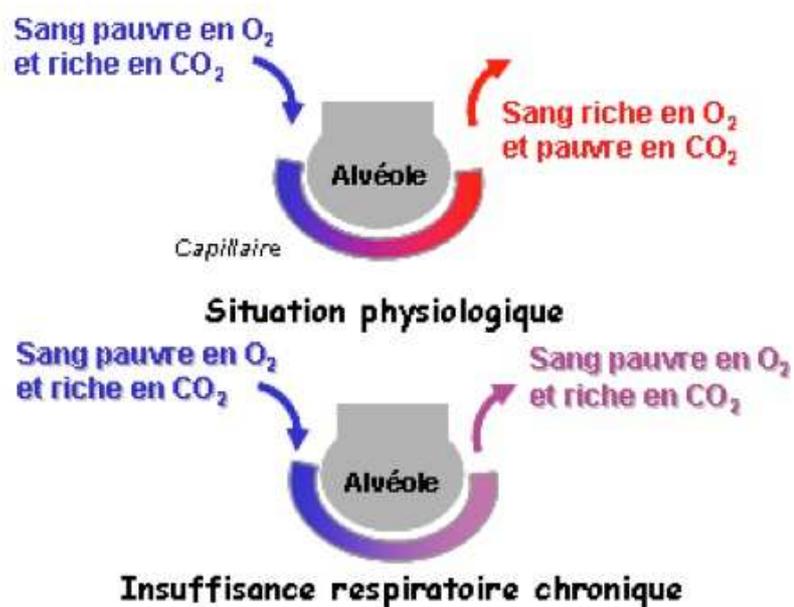


Colostomie gauche : abouchement du colon gauche descendant à la paroi abdominale. Les selles sont solides et l'évacuation intermittente.

LES PRINCIPALES
PATHOLOGIES
MEDICALES
RENCONTREES EN
SERVICE DE
SURVEILLANCE
CONTINUE

L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE

L'Insuffisance Respiratoire Chronique (IRC) est l'incapacité pour le système respiratoire à assurer l'oxygénation du sang. Elle se traduit par une chute du taux d'oxygène (O_2) dans le sang, associée parfois à une augmentation du taux de gaz carbonique (CO_2). **La Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)** est la cause la plus fréquente d'insuffisance respiratoire.



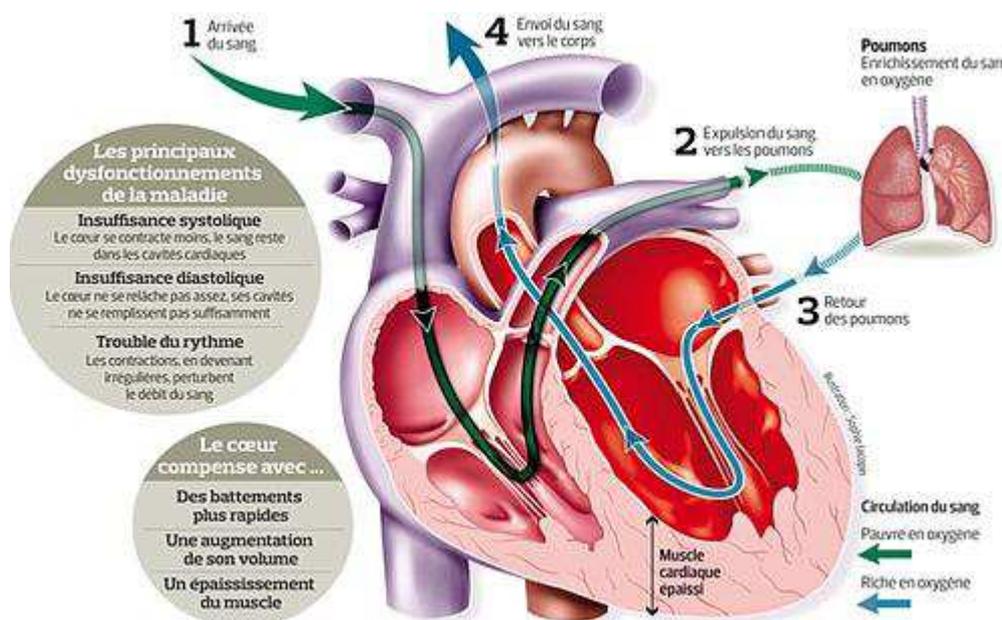
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Il y a insuffisance cardiaque quand le cœur ne peut plus effectuer correctement son travail de pompe : il n'assure plus le débit sanguin nécessaire au bon fonctionnement des tissus.

Il s'ensuit en aval une diminution de la vascularisation sanguine et en amont un encombrement du sang dans le système veineux de retour : la voie vers le cœur droit et celle vers le cœur gauche sont obstruées.

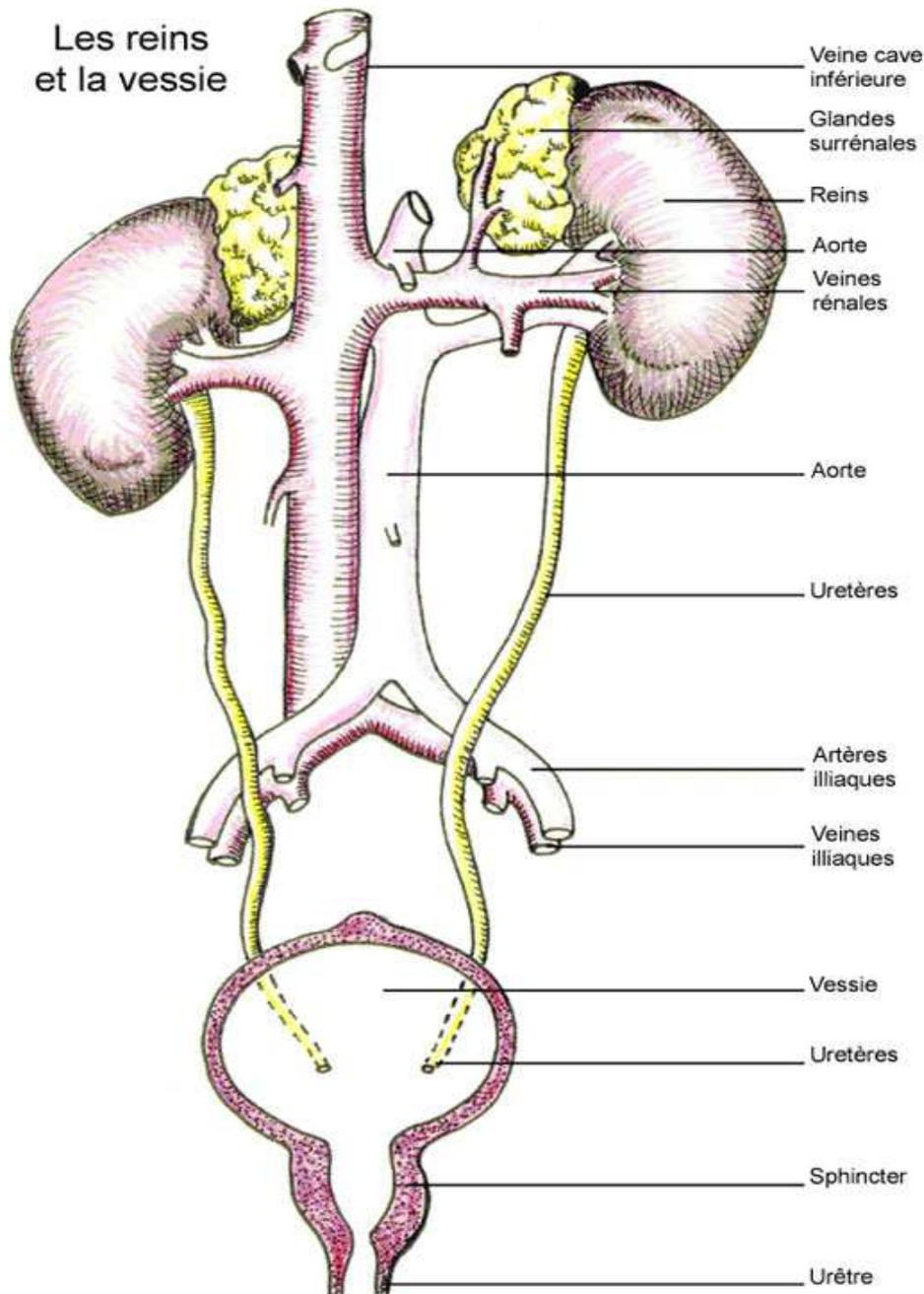
DEUX CAUSES SONT POSSIBLES

- Le myocarde peut avoir perdu une partie de sa contractilité ; c'est le cas par exemple d'un défaut d'oxygénation des cellules par athérosclérose des artères coronaires ou bien d'une atteinte toxique ou inflammatoire des cellules myocardiques ;
- Les cavités cardiaques peuvent avoir perdu leur propriété de se dilater ; c'est le cas d'une fibrose réduisant l'élasticité du cœur, d'une hypertrophie du myocarde ou d'une dilatation maximale des cavités (mycardiopathies dilatées idiopathiques).



L'INSUFFISANCE RENALE

L'insuffisance rénale est une altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang. Elle est dite aiguë si le dysfonctionnement est transitoire, chronique lorsque la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison. En cas d'insuffisance rénale majeure, la fonction rénale peut être supplantée par dialyse ou greffe de rein.



APPRECIATION DU STAGE

Identification de l'étudiant

Année de formation

- 1^{ère} année
 2^{ème} année
 3^{ème} année

Identification de stage :

Période de stage :

Service :

Votre Accueil :

1. Avez-vous bénéficié d'un accueil ? Oui Non

Si oui, par qui ?

2. Avez-vous reçu les informations concernant :

- L'organisation de l'établissement Oui Non
- Le fonctionnement du service Oui Non
- La spécificité du service Oui Non
- L'organisation des soins Oui Non
- Les outils et protocoles du service Oui Non
- La composition de l'équipe Oui Non
- Votre planning de stage (horaires, repas...) Oui Non

Vos modalités d'encadrement :

3. Un tuteur a-t-il été désigné pour vous accompagner au cours du stage ?

Oui Non

4. Avez-vous élaboré des objectifs de stages (attentes)

Oui Non

Si oui, ces objectifs ont été présentés à qui :

5. Le bilan de mi-stage a-t-il été effectué ? Oui Non

Si oui, par qui ?

6. L'évaluation du stage a été faite en présence :

- Cadre de santé du service
- Tuteur
- Equipe soignante
- Etudiant

Si vous n'avez pas participé au bilan de fin de stage, une argumentation vous a-t-elle été faite ? Oui Non

Si oui, par qui ?

Votre bilan d'apprentissage :

7. Le développement de vos acquis au cours du stage a été dans le domaine :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant
Des soins de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins relationnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins éducatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Quelles compétences particulières avez-vous pu acquérir ou développer pendant le stage :

.....
.....
.....

9. Avez-vous rencontré des difficultés durant le stage Oui Non

Si oui lesquelles ?

.....
.....

10. Situez votre degré de satisfaction pour ce stage :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

