

PRÉSENTATION DU CARNET DE STAGE URGENCES U01

ETUDIANTS BIRSG 3-4

Plan du carnet :

- Check-list accueil étudiant p. 5
- Le service des urgences p. 6
- Les étudiants au sein du service p. 14
- Objectifs au fil des semaines pour les 3^e année p. 17
- Liste des techniques rencontrées aux urgences p. 20
- Les évaluations : p. 23
 - Évaluations quotidiennes 1 à 7 p. 24
 - Auto-évaluation de mi-stage + Objectifs 3^e semaine p. 38
 - Évaluation de mi-stage p. 39
 - Évaluations quotidiennes 8 à 14 p. 40
 - Auto-évaluation de fin de stage p. 54
- Notes personnelles p. 55
- Check-list départ étudiant p. 58
- S'engager au CHU Brugmann p. 58

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

CHECK-LIST ACCUEIL ÉTUDIANT

Remplir la « LISTE DES COORDONNÉES DES ÉTUDIANTS » se trouvant dans la FARDE DES ÉTUDIANTS

SIGNATURE ÉTUDIANT :

SIGNATURE INFIRMIER(E) :

1. PRÉSENTATION DU SERVICE

Vestiaire au 4 ^e étage (utilisation d'un cadenas recommandée) + Lieu de rangement dans le box pharmacie	
Différents modes d'admission des patients : propres moyens, ambulances, SMUR	
Zones de soins et armoire ad hoc : FASTRACK, LOW CARE, HIGH CARE, TRANSIT	
Salle d'attente A et B, sas ambulance, zone écrou	
Chariots de soins : standard, gynéco, pédia et tri/consult	
Locaux annexes : bureau médico-infirmier, Box pharmacie, Local POCT, Kot ortho, Accueil, Utility sale	
Réserve de linge propre (B9 + chariot)	
Élimination du linge sale et poubelles	
Locaux « privés » : cuisine et toilettes du personnel + codes	

2. CÔTÉ ADMINISTRATIF

Remise et présentation du pack étudiant (carnet de stage, brochures ECG et BLS et horaires de stage) et de l'appréciation de terrain de stage	
Présentation de la farde des étudiants et des fardes d'informations complémentaires	
Login Ecare c.-à-d. les 3 premières lettres du nom de famille suivies des 3 premières lettres du prénom : mot de passe à définir par l'étudiant	
Dossier infirmier informatisé via le programme Ecare	
Différents bons de prélèvements : prise de sang, hémocultures, EMU, etc.	
Dossier d'hospitalisation : dossier inf./med., feuille de traitement (Infohos), etc.	
Procédure de recherche de votre badge d'accès : caution de 10 € à remettre à l'admission (09.00-12.00) et chercher le badge au département infirmier (7 ^e)	

3. DIVERS

Présentation de la feuille de répartition et de l'association avec l'infirmier(e) de référence	
Emploi du télétube	
Gestion des listes téléphoniques	
Gestion et fonctionnement : aide logistique, brancardage, radiologie, etc.	
NOM Prénom étudiant	Ecole /Formation

LE SERVICE DES URGENCES

De la part de toute l'équipe, nous vous souhaitons la bienvenue dans notre service.

Les services des soins intensifs et des urgences des sites Horta et Paul Brien font partie du département de médecine critique du CHU Brugmann. Le CHU Brugmann se compose de 3 sites distincts : le site Victor Horta, le site Paul Brien et le site Reine Astrid (services de revalidation de l'hôpital militaire). Enfin, le CHU Brugmann fait partie du CHUB ou CHU Bruxelles qui regroupe 4 hôpitaux publics (CHU Brugmann, CHU St-Pierre, Institut Jules Bordet, Hôpital des enfants Reine Fabiola).

Nous accueillons aux urgences 30 500 patients par an, soit une moyenne de 84 personnes par jour.

Avec environ 2 600 sorties par an depuis sa mise en service en 2003, notre SMUR est un des plus actifs du pays avec une moyenne de 7 sorties par 24h. Pour vous donner un ordre d'idée, en 2015, notre SMUR est sorti 2 450 fois ; ce nombre ne reprenant pas les missions annulées, les faux appels bien ou mal intentionnés, les transports non nécessaires, etc.

1. ADRESSE

36, rue du foyer Schaerbeekois
1030 Schaerbeek

Entrée des urgences :

Avenue Britsiers
1030 Schaerbeek

2. NUMÉROS DE TÉLÉPHONE UTILES

- Urgences – Accueil : 02 477 92 25
- Urgences – Desk infirmier : 02 477 92 92
- Infirmier Chef: 02 477 94 47
- Infirmiers Adjoints : 02 477 94 62
- Infirmier SMUR : 02 477 94 48
- Centrale Brugmann : 02 477 21 11

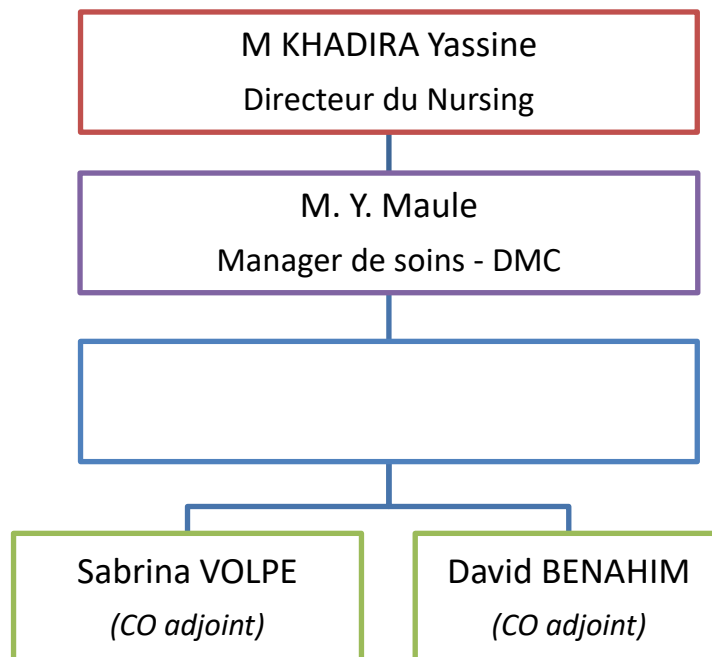
3. L'ÉQUIPE DES URGENCES

L'équipe des urgences est une équipe multidisciplinaire où l'étroite collaboration fait partie du quotidien. Infirmiers, médecins, secrétaires, kinésithérapeutes, brancardiers, technologues en radiologie, assistants logistiques, assistants sociaux, techniciennes de surfaces, et bien d'autres gravitent autour du patient pour faire en sorte que cette situation d'urgence soit la mieux vécue possible.

Le nursing est composé d'une trentaine d'infirmier(e)s expérimentés dont la majorité s'est spécialisée en médecine aiguë (SIAMU).

Le SMUR, créé en février 2003, est quant à lui géré par 2 équipes d'infirmier(e)s se relayant toutes les 6 semaines (6 semaines aux urgences suivies de 6 semaines au SMUR). L'équipe infirmière du SMUR est constituée non seulement d'infirmier(e)s des urgences mais aussi d'infirmier(e)s partageant leur temps de travail avec d'autres services et secteurs tels que les soins intensifs, la centrale 112, le ministère de la Santé Publique, etc.

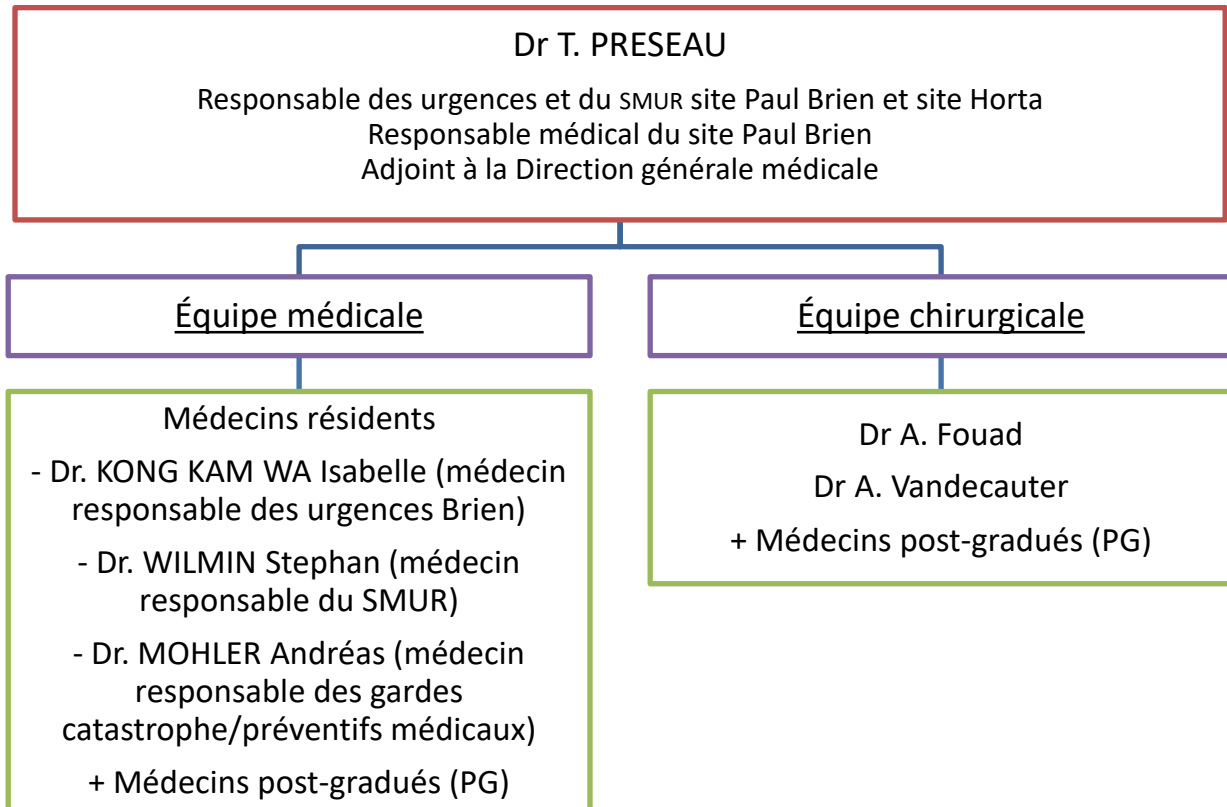
* **Structure hiérarchique infirmière :**



NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

* **Structure hiérarchique médicale :**

Le service des urgences compte au minimum 3 médecins dont 1 chirurgien de jour comme de nuit.



4. HORAIRES TYPE DES INFIRMIERS

* **Aux urgences :**

En journée : - Matin : 06.45-14.45 → 3 infirmiers
- Soir : 12.00-20.15 → 4 infirmiers
- « Le 8-20 » : 08.00-20.00 → 1 infirmier (sauf le WE)

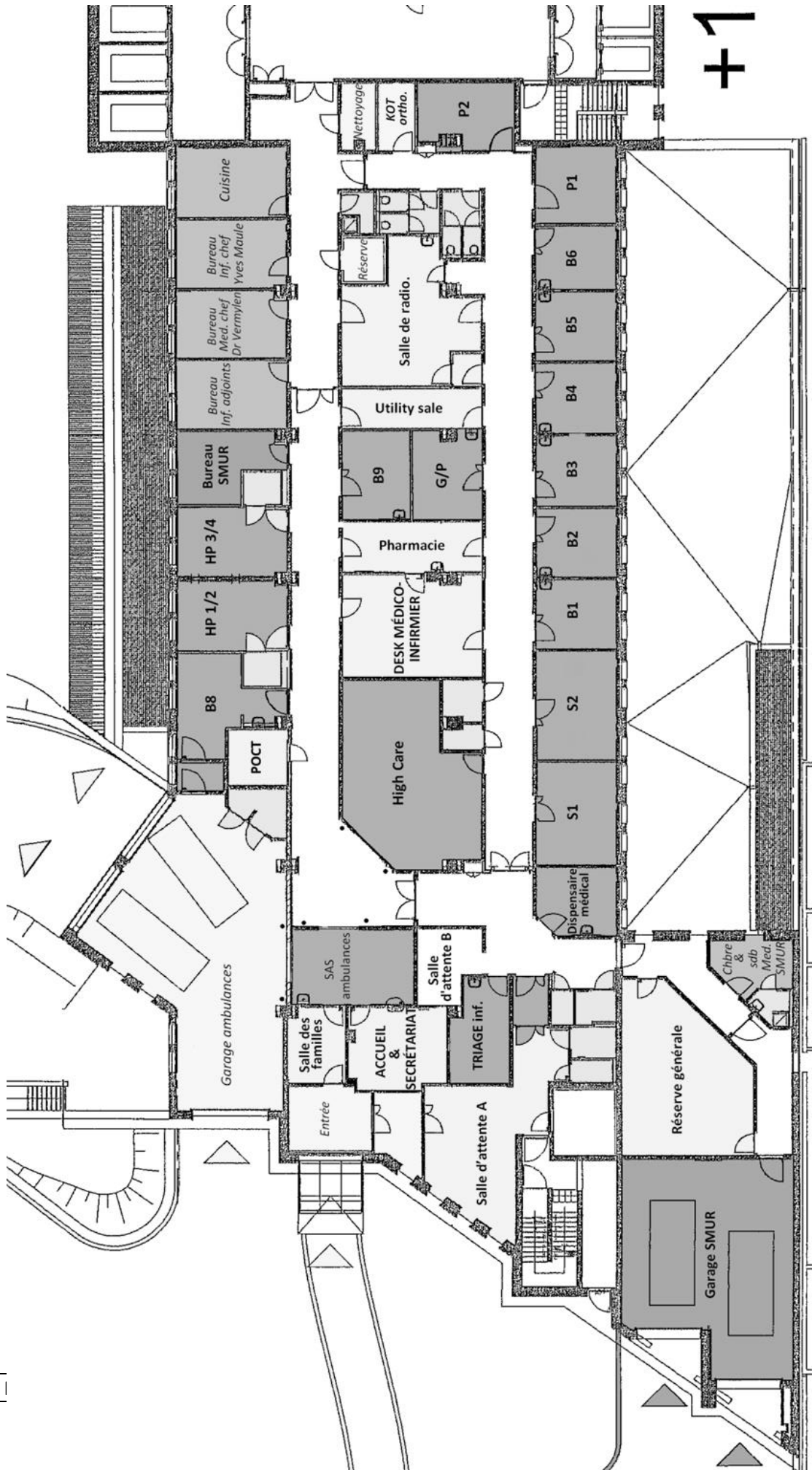
Nuit : 20.00-7.00 → 3 infirmiers

* **Au SMUR :**

Jour : 7.00-19.00 → 1 infirmier

Nuit : 19.00-7.00 → 1 infirmier

5. ARCHITECTURE DU SERVICE



NOM |

Vous pouvez distinguer plusieurs zones par lesquelles les patients transitent lorsqu'ils arrivent par leurs propres moyens, en voici un résumé.

* La zone d'accueil

- L'accueil (secrétariat) : inscription et remise de documents administratifs
- La salle d'attente A : salle d'attente principale

Dès leur inscription, les malades patientent dans la salle d'attente A avant d'être évalués au triage par l'infirmier du FASTRACK.

* La zone de soins

Les urgences sont subdivisées en 4 secteurs. Chaque secteur est géré par un infirmier responsable désigné chaque jour sur une feuille de répartition affichée sur le tableau général des urgences.

Composition des différents secteurs :

- FASTRACK : comprend les box triage et dispensaire ainsi que la salle d'attente B
- LOW CARE : comprend les box banalisés de B1 à B6, les sutures S1 et S2, les plâtres P1 et P2 ainsi que le box gynéco/pédia G1
- HIGH CARE : comprend 3 lits monitorisés HC1, HC2 et HC3
- TRANSIT : comprend le sas ambulance, le B9 (monitorisé), le box d'isolement à pression négative B8 ainsi que 4 lits d'hospitalisation provisoire de HP1 à HP4

* La zone d'attente

Nous possédons plusieurs salles d'attente à l'intérieur même du service :

- Salle d'attente B : zone d'attente pour les patients évalués par un infirmier au Triage et ne nécessitant pas de soins urgents. Certains patients sont aussi amenés à se trouver dans cette salle en attendant certains résultats.
- Salle d'attente Rx (radio.) : zone d'attente pour les patients nécessitant une radiographie et en attendant d'être installés dans un box pour être examinés par un médecin, une fois la radio faite.
- Salle d'attente « écrou » : zone d'attente pour les personnes amenées aux urgences par les forces de l'ordre afin d'y subir un examen avant une mise en détention. Attention, en tant qu'étudiant, et ce pour des raisons de sécurité, il vous est demandé de ne pas vous occuper de ces personnes.

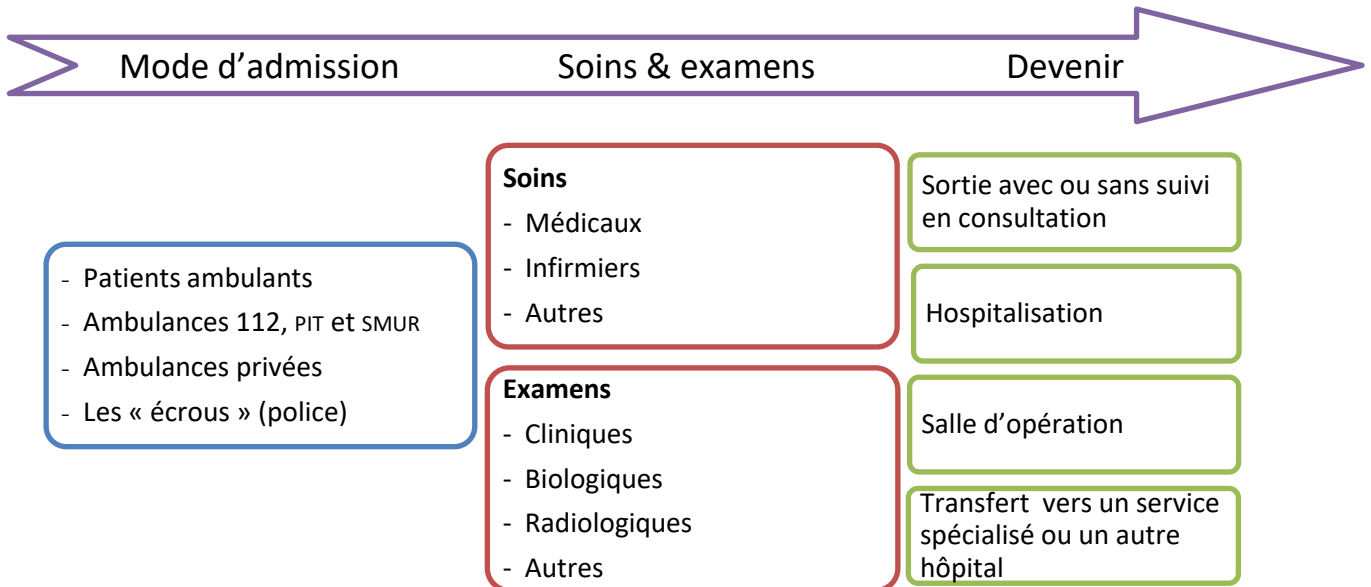
* Radiologie

Un petit plateau de radiologie est annexé au service des urgences. Le plateau principal de radiologie ainsi que le scanner se trouve quant à lui, au même niveau.

6. FONCTIONNEMENT DU SERVICE

1) Parcours d'un patient

Le schéma ci-dessous reprend les différents modes d'admission et de sortie d'un patient lorsque celui-ci transite par le service des urgences.



Distinguons deux principaux modes d'admission des patients : le patient arrivé en ambulance et celui qui arrive par ses propres moyens.

Les patients arrivés **en ambulance** seront évalués au TRI AMBU par l'infirmier du TRANSIT en journée (FASTRACK la nuit et le week-end) et seront ensuite orientés vers le secteur adéquat en fonction de la clinique, des paramètres et de l'échelle de tri (MTS – Manchester Triage System).

Le patient qui arrive par **ses propres moyens** sera accueilli au TRIAGE par l'infirmier du FASTRACK. Il y réalisera une anamnèse, évaluera le degré d'urgence et effectuera les éventuels premiers soins (ex : désinfection de plaie, prise de paramètres, etc.).

Le patient sera alors orienté soit vers une consultation externe sur avis médical (ex : pédiatrie, gynécologie, etc.), soit vers le secteur des urgences le plus approprié, à savoir : le FASTRACK, le LOW CARE, le HIGH CARE et le TRANSIT.

- **FASTRACK** : C'est le circuit court des urgences. L'infirmier du FASTRACK est responsable de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des patients se présentant en salle d'attente A. Il collabore avec le médecin du dispensaire pour l'établissement d'un diagnostic et la mise en œuvre du traitement des patients présents dans son secteur. Au FASTRACK, aucun acte invasif n'est

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

réalisé, seuls des traitements légers y sont prodigués (petits pansements, bandages, médication PO, vaccination antitétanique, analyse d'urines, etc.)

- **LOW CARE** : On y trouve les patients stables qui nécessitent parfois de multiples examens afin d'établir un diagnostic. En fonction des résultats, ces patients seront hospitalisés ou retourneront au domicile avec ou sans suivi en consultation.
- **HIGH CARE** : Il s'agit du secteur où les patients sont prioritaires. L'état de santé est considéré comme instable et nécessite une surveillance rapprochée.

Tous les SMUR, sans exception, sont accueillis au HIGH CARE !

- **TRANSIT** : Ce secteur est ouvert de 8 à 20h en semaine. Cette zone de transition nous permet de surveiller les patients stables ayant un diagnostic établi et un traitement initié, et de clôturer leur dossier d'hospitalisation. L'infirmier en charge de cette zone est également responsable de l'accueil et de l'orientation des patients admis en ambulance ou par les forces de l'ordre.

2) Points clés d'une journée aux urgences

06.45	Rapport infirmier de la nuit à toute l'équipe
7.00	Vérification du matériel à l'aide de la check-list de son secteur
7.30	Soins pour les patients ayant séjournés la nuit aux urgences (contrôle prise de sang, soins d'hygiène, etc.)
8.00	Petit déjeuner pour les patients qui ne sont pas à jeun
9.00	Remise de garde médicale
12.00	Arrivée de l'équipe du soir Rapport infirmier individuel par secteur
12.00-14.30	Relais pour prendre sa « ½ h de table » Repas pour les patients qui ne sont pas à jeun
17.30-20.00	Repas pour les patients qui ne sont pas à jeun
20.00	Rapport infirmier individuel par secteur
Nuit	Vérification du matériel à l'aide de la check-list de son secteur Check-list hebdomadaire (sac réa, valise accouchement, etc.)

Attention : Votre présence aux rapports infirmiers est **obligatoire**, et cela à chaque changement d'équipe. Nous vous encourageons également à assister à la remise de garde médicale.

LES ÉTUDIANTS AU SEIN DU SERVICE

1. PRÉ-REQUIS

En vue d'une évolution favorable de votre formation, nous vous invitons à bien revoir vos pré-requis théoriques et pratiques en matière de soins infirmiers.

2. PRISE EN CHARGE DES ÉTUDIANTS

Nous travaillons avec 5 écoles, ce qui représente en moyenne 60 stagiaires par an !

La gestion des étudiants de SIAMU est confiée aux **référents étudiants** :

- **Pour les BIRSG** : M. Benahim David, et M. Dubois Simon, Mengeot Sébastien, Dodelet Vincent
- **Pour les SIAMU** : M. Benahim David

Ce sont eux qui réaliseront vos horaires, vous guideront tout au long de votre stage et vous évalueront (évaluations intermédiaires et finales).

Nous nous engageons, sur base de vos objectifs de stage et de vos connaissances, à vous guider afin que vous puissiez développer votre jugement clinique. Notre rôle est de vous encadrer pour que vous puissiez acquérir un maximum d'autonomie auprès d'un ou plusieurs patients et ce, pour toutes les situations de soins rencontrées dans le service.

* Votre 1^{er} jour

- Visite et familiarisation avec le service ;
- Noter vos coordonnées personnelles complètes dans la FARDE DES ÉTUDIANTS ;
- Remise du « pack étudiant », comprenant vos horaires de stage, une brochure sur la lecture des ECG et une brochure sur le Basic Life Support ;
- Activation de votre login Ecare (signature électronique dans notre programme de gestion des patients aux urgences) ;
- Aller chercher votre badge d'accès : caution de 10 € à remettre à l'admission (09.00-12.00) et chercher le badge au département infirmier (7^e) ;
- Attribution d'un vestiaire situé au 4^e étage. N'oubliez pas de vous munir d'un cadenas. Si vous le souhaitez, un lieu de rangement est également à votre disposition dans le box pharmacie afin que vous puissiez ranger vos objets de valeurs.

* Du point de vue du SMUR

- **Pour les BIRSG** : pas de sorties SMUR !

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

- **Pour les SIAMU** : votre stage débute par 1 semaine aux urgences, puis apparaitront progressivement les sorties SMUR dès la 2^e semaine.

3. HORAIRES PERSONNELS

Vos horaires sont fixés **avant votre premier jour de stage**. Nous insistons sur le fait qu'aucun changement ne sera accordé car nous ne pouvons répondre à tous les desideratas.

La charge de travail étant de manière générale plus importante l'après-midi, vos horaires sont réalisés de manière à ce que vous ayez le plus d'opportunités d'apprentissage. Ne soyez pas étonné de faire plus de « soirs » que d'habitude.

4. NOS ATTENTES

- La ponctualité
- S'investir dans sa formation en faisant preuve de curiosité intellectuelle
- Une collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire
- Une prise en charge globale du patient et non des actes techniques ponctuels
- Un travail réfléchi, une identification des problèmes du patient et un lien entre les différentes données
- Poser des questions, sans crainte de jugement
- Travailler dans des conditions sécuritaires
- Être conscient de ses limites professionnelles
- Faire preuve d'empathie et de savoir-vivre
- Le respect du secret professionnel
- Faire attention au gaspillage de matériel



Même si nous vous encourageons à être autonome, vous ne travaillerez **jamais seul** ! Vous devrez **toujours être supervisé** par un infirmier référent !

- × Vous ne prescrirez **jamais** de radiographie
- × Vous n'administrerez **jamais** d'antalgie ou tout autre médicament de votre propre initiative mais toujours en collaboration avec l'infirmier référent.
- × Vous ne trierez **jamais** seul (pour les 3^e année).

5. SPÉCIFICITÉS POUR LES SIAMU

Lors de votre stage au SMUR, vous serez sous la responsabilité de l'infirmier SMUR avec lequel vous travaillerez ; c'est pourquoi, il n'y a jamais 2 stagiaires en même temps dans le véhicule.

Nous aimerions que votre passage parmi nous ait un caractère évolutif ; c'est-à-dire que de l'observation du début, vous irez vers de plus en plus d'autonomie et d'initiative. L'objectif final étant la prise en charge d'un patient présentant un degré de gravité moyen.

En attendant la sortie SMUR suivante, vous **participerez activement** par des soins ponctuels à l'activité des urgences. Avant chaque sortie SMUR, n'oubliez pas de réaliser un bref rapport de votre prise en charge auprès de l'infirmier responsable du secteur.

Remarque importante : Un stagiaire SIAMU ne prend pas en charge la supervision d'un autre élève !

* **Matériel pour les interventions SMUR** :

Nous vous prêtons : - une veste et un pantalon SMUR
- un bip et un détecteur CO

Nous vous demandons néanmoins d'amener vos **chaussures personnelles** de type chaussures de marche.

6. DIVERS

- **En cas d'absence ou de retard**, veuillez prévenir le plus rapidement possible l'équipe infirmière par téléphone au **02 477 92 92**.
- **En cas de questions**, problèmes ou difficultés, l'infirmier chef, les infirmiers chefs adjoints et les référents sont à votre disposition.
- **En cas de difficulté psychologique** face à certaines situations professionnelles, une cellule de crise peut être mise en place pour vous aider.
- **Une « FARDE DES ÉTUDIANTS »** est mise à votre disposition pour consulter vos horaires et des informations complémentaires.
- Le service possède également plusieurs classeurs et ouvrages à votre disposition tels que « La bible des urgences », le **référentiel des prises en charge types aux urgences**, un classeur ALS, un compendium, etc.
- **Une armoire dans le box pharmacie** vous est consacrée. Vous pouvez y ranger votre carnet et vos objectifs de stage. C'est également à cet endroit que vos évaluations finales seront déposées sous enveloppe.
- En fonction de vos horaires et de nos possibilités, un référent étudiant vous donnera **une formation de réanimation de base (BLS)**. Celle-ci vous permettra notamment de vous former à une prise en charge systématique d'un patient en état de mort apparente sans moyens techniques.
- En fin de stage, nous souhaitons avoir **vos avis** sur notre prise en charge via le lien internet <https://fr.surveymonkey.com/r/83KVNR6>

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

OBJECTIFS AU FIL DES SEMAINES POUR LES BIRSG 3 ET 4

Voici une liste non-exhaustive de ce que nous attendons de vous au cours de votre stage. Elle est, bien entendu, variable en fonction de la période de l'année et donc de vos acquis théoriques et pratiques.

Vos objectifs personnels sont attendus au plus tard le 1^e vendredi de votre stage.

1. 1^{ÈRE} SEMAINE :

Nous souhaitons que vous vous soyez **acclimaté au fonctionnement et à l'organisation** des urgences :

- Gestion du dossier infirmier via le programme Ecare
- Connaitre la logistique d'envoi des différents prélèvements au labo ou aux soins intensifs : prise de sang, hémocultures, gazométrie, EMU, etc.
- Création d'un dossier d'hospitalisation : anamnèse, inventaire des valeurs, Isar, etc.
- Triage de patients amenés en ambulance

*** Doivent être acquis au terme de la semaine :**

- Suivi du patient : paramètres, traitement, examens et devenir
- Prise des paramètres pertinents selon les plaintes du patient
- Installation du patient en fonction de sa clinique
- Mise au monitoring et réglage correct des alarmes
- Interprétation d'un « Tétanos Quick Stick® », d'une tigette urinaire, d'un β HCG et d'un triage urinaire

*** Doivent être en cours d'acquisition :**

- Rapport écrit et oral auprès de l'infirmier référent
- Connaissance des médicaments couramment utilisés aux urgences (classe, préparation, précautions d'usage, effets secondaires)
- Analyse de base d'un ECG : systématique de lecture d'un ECG, reconnaître un rythme sinusal et une FA
- Réalisation d'une anamnèse ciblée, structurée et complète
- Réflexion sur les prises en charge en fonction des pathologies
- Réalisation des techniques hospitalières courantes : prise de sang avec mise en place d'un KT périphérique, ECG, prélèvement d'urines, soins de plaies, etc.

→ Au terme de cette 1^{ère} semaine au TRANSIT et au LOW CARE, vous devez être capable de prendre en charge un patient stable sous la supervision de l'infirmier référent.

2. 2^e SEMAINE :

*** Doivent être acquis au terme de la semaine :**

- Rapport écrit et oral auprès de l'infirmier référent
- Réalisation d'une anamnèse ciblée, structurée et complète
- Réflexion sur les prises en charge en fonction des pathologies
- Réalisation de techniques relatives aux LOW CARE : prise de sang avec mise en place d'un KT périphérique, bandages, soins de plaies simples et complexes, vaccination, aide à la suture, aide à la réalisation d'un plâtre, réglage de béquilles, etc.
- Lecture et analyse d'une tigelette urinaire et d'un β HCG
- Analyse de base d'un ECG : systématique de lecture d'un ECG, reconnaître un rythme sinusal et une FA

*** Doivent être en cours d'acquisition :**

- Gestion du flux continu des patients
- Connaissance des médicaments couramment utilisés aux urgences (classe, préparation, précautions d'usage, effets secondaires)

→ Au terme de cette 2^e semaine aux LOW CARE, au FASTRACK et au TRANSIT, vous devez être capable de suggérer la prise en charge des patients en fonction de leur pathologie et d'interpréter les premiers résultats.

3. 3^e SEMAINE :

*** Doivent être acquis au terme de la semaine :**

- Réalisation d'une anamnèse ciblée, structurée et complète d'une urgence vitale : dyspnée, douleur thoracique, réaction allergique, intoxications, convulsions, état de choc, etc.
- Connaissance des médicaments couramment utilisés aux urgences (classe, préparation, précautions d'usage, effets secondaires)
- Analyse de base d'un ECG : systématique de lecture d'un ECG, reconnaître un rythme sinusal, une FA, un infarctus et les rythmes incompatibles avec la vie (TV, FV, asystolie)
- Savoir distinguer les différents degrés d'urgence et agir selon les priorités

*** Doivent être en cours d'acquisition :**

- Compréhension théorique et utilisation du matériel de réanimation : défibrillateur Lifepack®, pousses-seringues, matériel d'intubation dont Fastrach®, McGrath®, VNI, CPAP Boussignac®, Lucas®, etc.
- Compréhension théorique des différents modes ventilatoires du respirateur, de la surveillance d'un patient intubé et du réglage des alarmes.
- Connaissances théoriques et mise en pratique des manœuvres de RCP
- Interprétation de base d'une gazométrie artérielle : alcalose/acidose d'origine respiratoire/métabolique

→ Au terme de cette 3^e semaine au HIGH CARE, vous devez être capable de gérer, en étroite collaboration avec l'infirmier référent, plusieurs patients stables ou un patient instable. Vous devez également pouvoir suggérer la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé mais principalement pouvoir comprendre leur pathologie.

→ Au LOW CARE et au FASTRACK, vous devez être capable de suggérer la prise en charge des patients en fonction de leur pathologie et d'organiser les soins prioritaires.

LISTE DES TECHNIQUES RENCONTRÉES AUX URGENCES

Afin de situer votre évolution au sein du service, nous vous proposons une liste de techniques couramment rencontrées aux urgences. Nous vous invitons à compléter ce tableau au fur et à mesure en y inscrivant les techniques que vous avez rencontrées durant ce stage.

Il est bien entendu que chacun de ces actes s'accompagne d'une éducation au patient.

<u>ACTES</u>	<u>NON OBSERVÉ</u>	<u>OBSERVÉ</u>	<u>EFFECTUÉ</u>	<u>ACQUIS</u>
<u>Prélèvements & injections</u>				
Réalisation d'un prélèvement sanguin au Butterfly®				
Pose d'un cathéter périphérique et prélèvement sanguin lors de la pose				
Réalisation d'un prélèvement sanguin par ponction artérielle				
Réalisation d'un Tétanos Quick Stick® et interprétation des résultats				
Préparation et administration d'une perfusion				
Préparation et administration d'un médicament en intraveineux (IVL ou IVD)				
Injection d'un médicament en IM				
Injection d'un médicament en sc				
Préparation et administration d'un médicament au pousse-seringue				
Administration et surveillance d'une transfusion				
<u>Monitoring cardiaque</u>				
Placement d'un monitoring et réglage pertinent des alarmes				
Réalisation d'un ECG 12 dérivations				
<u>Système respiratoire</u>				
Aspiration naso/bucco-trachéale				
Aspiration endo-trachéal (patient intubé)				
Prélèvement d'expectorations par aspiration				
Réalisation d'un frottis de gorge				
Mise en place d'une oxygénothérapie (LN, masque, sonde)				

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

<u>ACTES</u>	<u>NON OBSERVÉ</u>	<u>OBSERVÉ</u>	<u>EFFECTUÉ</u>	<u>ACQUIS</u>
Administration d'un aérosol				
Ventilation au ballon				
Mise en place d'une canule de Guedel				
Utilisation d'une VNI (CPAP, BPAP et Boussignac®)				
Gestion des paramètres du respirateur et surveillance d'un patient intubé				
<u>Système urinaire & digestif</u>				
Réalisation d'un prélèvement d'urines				
Sondage urinaire in/out				
Sondage à demeure chez un homme				
Sondage à demeure chez une femme				
Réalisation d'un rinçage vésical				
Mise en place d'une sonde naso-gastrique				
Réalisation d'un lavement				
<u>Soins de plaie & pansements</u>				
Réalisation d'un frottis de plaie				
Réalisation d'un soin de plaie				
Réalisation d'un pansement simple				
Réalisation d'un soin de plaie complexe : irrigation, méchage, etc.				
Application de Steri-strip®				
Réalisation d'un cooling				
Réalisation d'un pansement pour brûlure				
Réalisation d'un bandage				
<u>Orthopédie</u>				
Réalisation d'une syndactylie				
Placement d'une écharpe de bras (Dessault®)				
Placement d'une attelle de genou (Richards®)				
Placement d'une attelle de clavicule (Huit de chiffre®)				
Placement d'une minerve souple				
Placement d'une minerve rigide d'urgence (Stifneck®)				

<u>ACTES</u>	<u>NON OBSERVÉ</u>	<u>OBSERVÉ</u>	<u>EFFECTUÉ</u>	<u>ACQUIS</u>
Placement d'une attelle à dépression membre inférieur et supérieur				
Aide à la mise en place d'une traction collée				
Aide à la réalisation de plâtre				
Réglage de béquilles				
Manipulation d'une civière-scoop				
Utilisation du matelas coquille				
<u>Pédiatrie</u>				
Placement d'un Urinocol® chez un garçon				
Placement d'un Urinocol® chez une fille				
Administration d'un médicament intra-rectal				
Réalisation et surveillance lors d'une sédation sous MEOPA				
<u>Assistance au médecin</u>				
Préparation d'un plateau de suture				
Aide à l'incision d'un abcès				
Préparation et aide à la mise en place d'un cathéter veineux central, artériel, etc.				
Préparation et aide à l'intubation				
Aide à la réalisation d'une ponction lombaire				
Aide à la mise en place d'un drain thoracique				
Aide à la réalisation d'une ponction d'ascite				
<u>Techniques de réanimation</u>				
Massage cardiaque externe				
Aide à la cardioversion				
Utilisation du Lucas®				
<u>Aide administrative</u>				
Préparation du patient en vue d'un transfert intra-muros : salles d'examen, salle d'opération, etc.				
Préparation du patient en vue d'un transfert extra-muros				
Création d'un dossier d'hospitalisation				

LES ÉVALUATIONS

Une répartition des secteurs est disponible chaque jour sur le tableau général des urgences. Un secteur et un infirmier de référence vous y est attribué.

Il est important afin de pouvoir vous évaluer que vous respectiez bien ces répartitions.

**C'est à vous de solliciter l'infirmier afin qu'il remplisse
votre évaluation quotidienne !**

**Ne le demandez pas à la dernière minute
mais 2h avant la fin de votre service !**

PAS D'ÉVALUATIONS QUOTIDIENNES

=

PAS D'ÉVALUATION INTERMÉDIAIRE

=

MAUVAISE ÉVALUATION FINALE !!!

NB : Votre IP peut être amené à laisser une note informative lors de votre évaluation afin que les référents étudiants aient un retour. Sachez que pour l'évaluation finale de votre stage par l'équipe, seules les évaluations faites par les infirmiers sont prises en compte.

Merci de laisser votre carnet de stage dans l'armoire étudiant.

Nous vous souhaitons, d'ores et déjà, un excellent stage.

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°1

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°2

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°3

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne n°4

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE

	No	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS

	No	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne n°5

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne n°6

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne n°7

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

AUTO-ÉVALUATION DE MI-STAGE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBJECTIFS 3^e SEMAINE : ÉTUDIANT

Quels sont les objectifs que vous souhaiteriez atteindre d'ici la fin de votre stage ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ÉVALUATION DE MI-STAGE PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE

Quels sont les points forts ainsi que les points à améliorer de l'étudiant ?
Quels sont les objectifs, fixés par le référent et l'étudiant, à atteindre pour la fin du stage ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°8

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne n°9

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°10

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°11

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS

	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°12

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°13

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

Évaluation quotidienne N°14

INFIRMIER RÉFÉRENT DU JOUR :

DATE : SEMAINE : 1 – 2 – 3 SECTEUR :

ARRIVÉ À L'HEURE : OUI – NON

DÉPART À L'HEURE : OUI – NON

No : Non Observé **NA** : Non Acquis **AA** : À Améliorer **A** : Acquis **M** : Maitrisé

1. CAS CLINIQUES RENCONTRÉS

2. AUTO-ÉVALUATION

3. ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

	No	NA	AA	A	M
Collaboration et esprit participatif					
Intégration dans l'organisation du service					
Curiosité intellectuelle et désir d'apprendre					
Prise d'initiatives adaptées et connaissance de ses propres limites					
Acceptation des remarques et remise en question					
Gestion du stress et de ses émotions					
Pertinence de l'auto-évaluation					

4. COMMUNICATION

	No	NA	AA	A	M
Rapport écrit : complète le dossier infirmier					
Rapport écrit : traçabilité des informations pertinentes					
Rapport oral : transmission des données					
Utilise un langage et une écriture professionnelle					
Communication avec le patient et ses proches					
Communication avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communication non-verbale adaptée					
Éducation à la santé					

5. JUGEMENT CLINIQUE	NO	NA	AA	A	M
Connaissances en anatomophysiologie					
Connaissances en pharmacologie					
Installation correcte du patient selon sa clinique					
Anamnèse et collecte de données					
Observation du patient et de son environnement					
Adopte une démarche réflexive : liens entre les données					
Pertinence des paramètres vitaux					
Analyse des priorités					
Planification des interventions prioritaires et du suivi du patient					
Évaluation des résultats					

6. PRESTATIONS DE SOINS	NO	NA	AA	A	M
Connaissances des techniques de soins					
Préparation adéquate du matériel et rangement					
Préparation et administration des médicaments (calcul de dose !)					
Respect de la sécurité du patient					
Respect de l'intimité du patient					
Hygiène et asepsie					
Dextérité					
Rythme de travail adapté					
Respect des prescriptions médicales					

7. COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES

8. OBJECTIF(S) FIXÉ(S) AVEC L'ÉTUDIANT POUR LE LENDEMAIN

SIGNATURE :

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

AUTO-ÉVALUATION DE FIN DE STAGE

A series of horizontal dotted lines for writing the evaluation.

NOTES PERSONNELLES

Dotted lines for writing notes.

NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

CHECK-LIST DÉPART ÉTUDIANT

- Remettre votre **badge d'accès** au département infirmier (7^e) et récupérer votre caution auprès de l'admission (09.00-12.00).
- **SIAMU** : Remise de votre tenue **SMUR**, du bip et du détecteur CO.
Compléter l'appréciation de terrain de stage pour le CHU-Brugmann via le lien internet <https://fr.surveymonkey.com/r/LDVXSCK>
- Signature de vos **heures de stage** par un **réfèrent étudiant**. Une copie est à mettre dans le CASIER DES ÉTUDIANTS.
- Reprendre votre **évaluation finale** si celle-ci se trouve dans le CASIER DES ÉTUDIANTS. Si un réfèrent étudiant est présent, un débriefing se fera votre dernier jour de stage.
- Si votre **évaluation finale** n'est pas encore réalisée, merci de nous laisser votre **carnet de stage, une copie de vos heures de stages ainsi que vos objectifs** dans le CASIER DES ÉTUDIANTS.



Nous conviendrons ensemble d'**une date** afin que vous puissiez revenir la chercher lorsqu'un réfèrent est présent dans le service.

Date et heure du rdv :

Réfèrent présent :

N° de téléphone :

Nous vous remercions pour votre investissement et nous espérons que vous avez eu un stage enrichissant parmi nous.

S'ENGAGER AU CHU BRUGMANN

Vous vous posez encore des questions sur votre carrière ?

Vous voulez un jour travailler à Brugmann ?

Au CHU Brugmann, il existe un programme d'accompagnement pour vous orienter :

Devenir jobiste : afin de vous familiariser avec le monde professionnel : jim@chu-brugmann.be

Entretien avec la chef et le manager : poser des questions sur la vie professionnelle.

Entretien avec l'ICANES, chargée de l'accueil des étudiants et des nouveaux : bénéficier d'un coaching d'orientation francoise.joudart@chu-brugmann.be

Pour postuler : <https://job.chu-brugmann.be/fr/vacatures/c/infirmier-3439/index.aspx>

Peu importe que vous n'êtes pas encore diplômés, n'attendez pas pour nous rencontrer.