

PRÉSENTATION DU CARNET DE STAGE URGENCES U9

Plan du carnet :

- Check-list accueil étudiant p. 5
- Le service des urgences p. 6
- Les étudiants au sein du service p. 13
- Objectifs au fil des semaines pour les BIRG p. 15
- Liste des techniques rencontrées aux urgences p. 18
- Les évaluations : p. 21
 - Évaluations quotidiennes 1 à 7 p. 22
 - 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. 52
- Notes personnelles p. 53
- Check-list départ étudiant p. 54
- Postuler au CHU Brugmann p. 54

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 dans le service des urgences (utilisation d'un cadenas recommandée) + Lieu de rangement dans une armoire à l'HP	
Différents modes d'admission des patients : propres moyens, ambulances, SMUR	
Zones de soins et armoire ad hoc : IAO, FASTRACK, BOX GÉNÉRAUX, HP et RÉA	
Salle d'attente, sas ambulance et département psychiatrique	
Locaux annexes : Desk médico-infirmier, Local pharmacie, Accueil, Utility sale, Bureau AS	
Chariots de soins : standard, sondage, perfusions et médicaments	
Réserve de linge propre + Élimination du linge sale et poubelles	
Locaux « privés » : cuisine et toilettes du personnel	

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), inventaire, feuille de transfert verte, Isar	
Procédure de <u>recherche de votre badge d'accès</u> : caution de 10 € à remettre à l'admission (08.00-12.00)	

3. DIVERS

Présentation feuille de répartition et 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 37 000 patients par an, soit une moyenne de 102 personnes par jour.

Le service des urgences prend en charge les adultes à partir de 15 ans. Notre unité balaye diverses spécialités : médecine, chirurgie, gynécologie et psychiatrie. Nous sommes un des centre de référence sur Bruxelles pour la chirurgie de la main, la prise en charge des AVC frais ainsi qu'un site privilégié pour l'accueil des patients en MEO (mise en observation) et les procédures NIXON.

Dans ce service d'urgences, nous sommes accrédités pour l'accueil des ambulances 100/112 ainsi que les SMUR.

1. ADRESSE

4, Place Van Gehuchten
1020 Laeken

Entrée des urgences :

1, Avenue Jean Joseph Crocq
1090 Jette

2. NUMÉROS DE TÉLÉPHONE UTILES

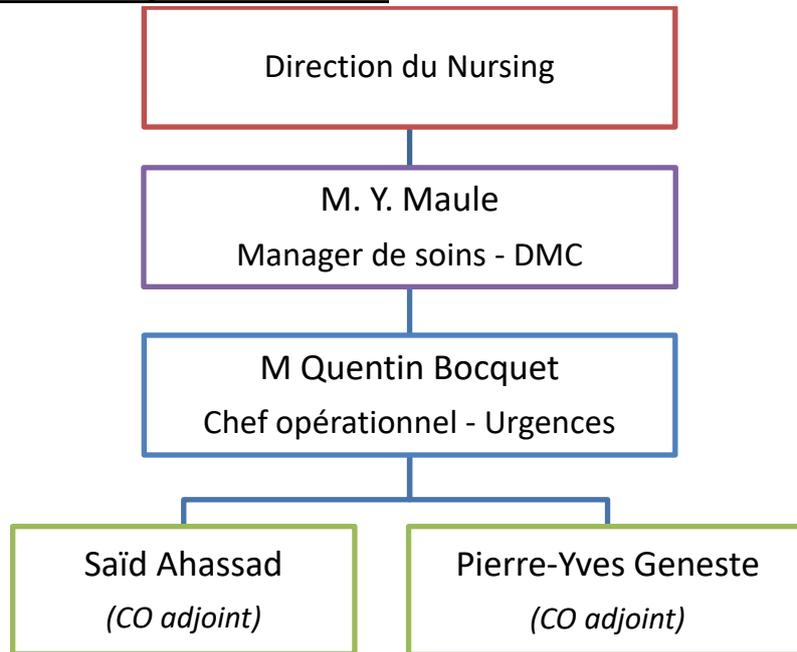
- Urgences – Accueil : 02 477 20 01
- Urgences – Desk infirmier : 02 477 20 03
- Infirmier Chef: 02 477 20 05
- Infirmiers Adjoints : 02 477 28 76
- Centrale Brugmann : 02 477 21 11

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.

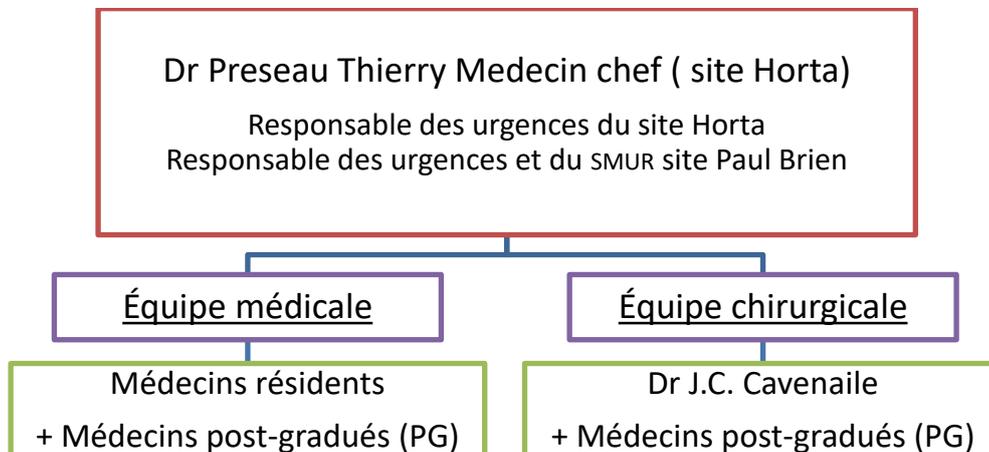
Le nursing est composé d'une trentaine d'infirmier(e)s expérimentés dont la majorité s'est spécialisée en médecine aiguë (SIAMU).

* **Structure hiérarchique infirmière :**



* **Structure hiérarchique médicale :**

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

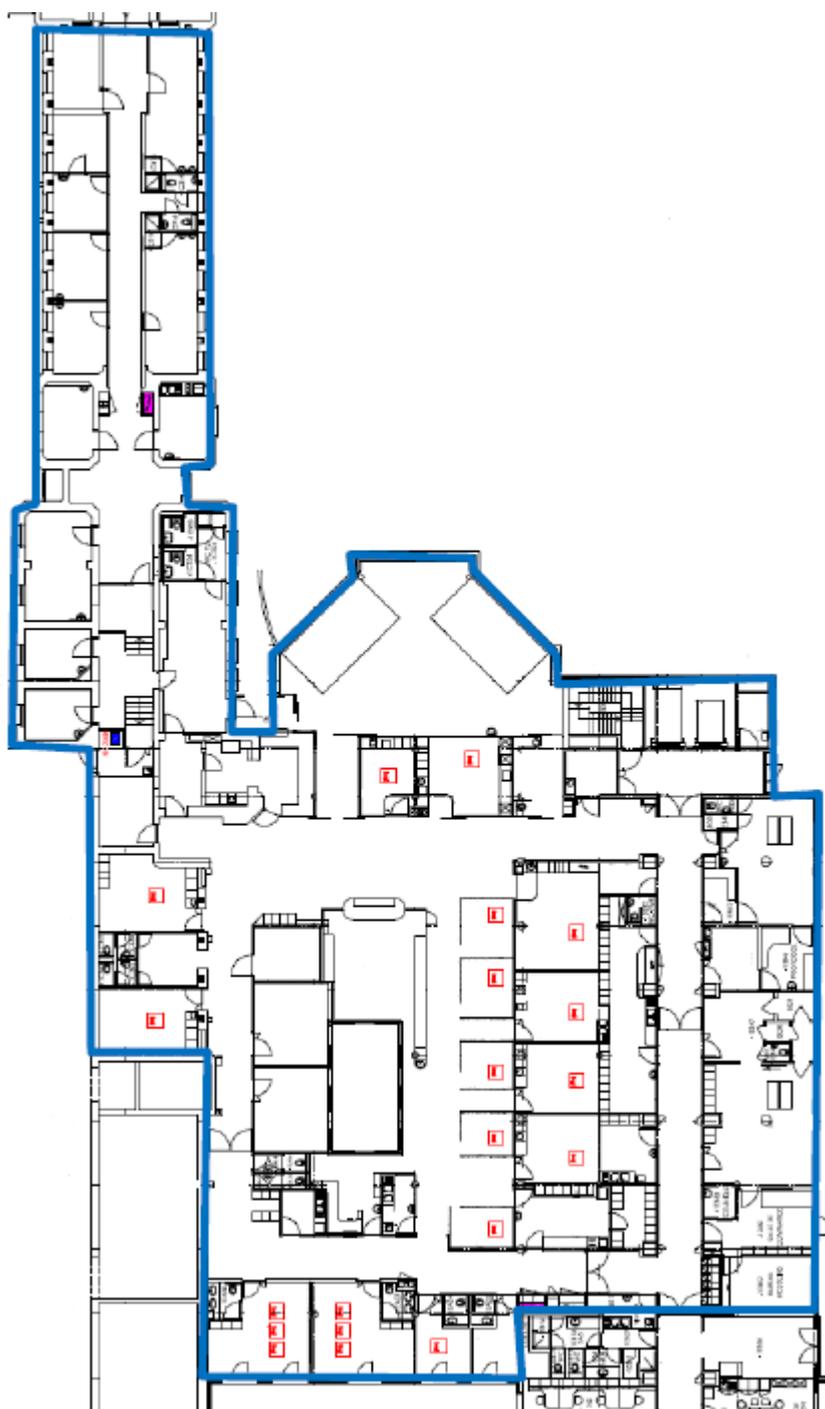


NOM Prénom étudiant		Ecole /Formation	
---------------------	--	------------------	--

4. HORAIRES TYPE DES INFIRMIERS

- * En journée : - Matin : 06h45 - 14h45 → 3 infirmiers
- Soir : 12.30 - 20.30 → 4 infirmiers
- Longue: 08h30 - 20h30 → 1 infirmier
- Renfort : 10h – 18h → 1 infirmier
- Fastrack : 14 - 22h → 1 infirmier
- « IOF » : 11.00-19.00 → 1 infirmier (sauf le WE)
- * Nuit : 20.00-7.00 → 4 infirmiers

5. ARCHITECTURE DU SERVICE



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 externe : salle d'attente principale

Dès leur inscription, les malades patientent dans la salle d'attente externe avant d'être évalués au triage par l'infirmier IAO (infirmier d'accueil et d'orientation).

* La zone de soins

Les urgences sont subdivisées en plusieurs secteurs.

Composition des différents secteurs :

- FASTRACK : comprend
 - Les patients ne présentant pas de signes d'urgences
 - Zone de soins séparée et située à côté des urgences
 - Le patient sera vu à l'IOA et selon ses plaintes sera orienté vers le Fastrack
 - Une équipe médico-infirmière prendra alors le relais pour offrir une prise en charge rapide et complète
- LES BOXS : comprend les box généraux monitorisés, la suture, le plâtre, l'isolement (SDB) ainsi que le box gynéco 9.4
- RÉA : comprend 4 lits monitorisés RÉA1, RÉA2, 9.8 et 9.9
- HP : comprend 7 lits d'hospitalisation provisoire dont 1 chambre privé/isolement (HP17)
- PSY : comprend 2 cabanons, 1 box avec contention et 1 local d'entretien

* La zone d'attente

Nous possédons 2 salles d'attente à l'intérieur même du service :

- Salle d'attente interne : 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 radio. et scanner : zone d'attente pour les patients nécessitant une radiographie.

* Radiologie

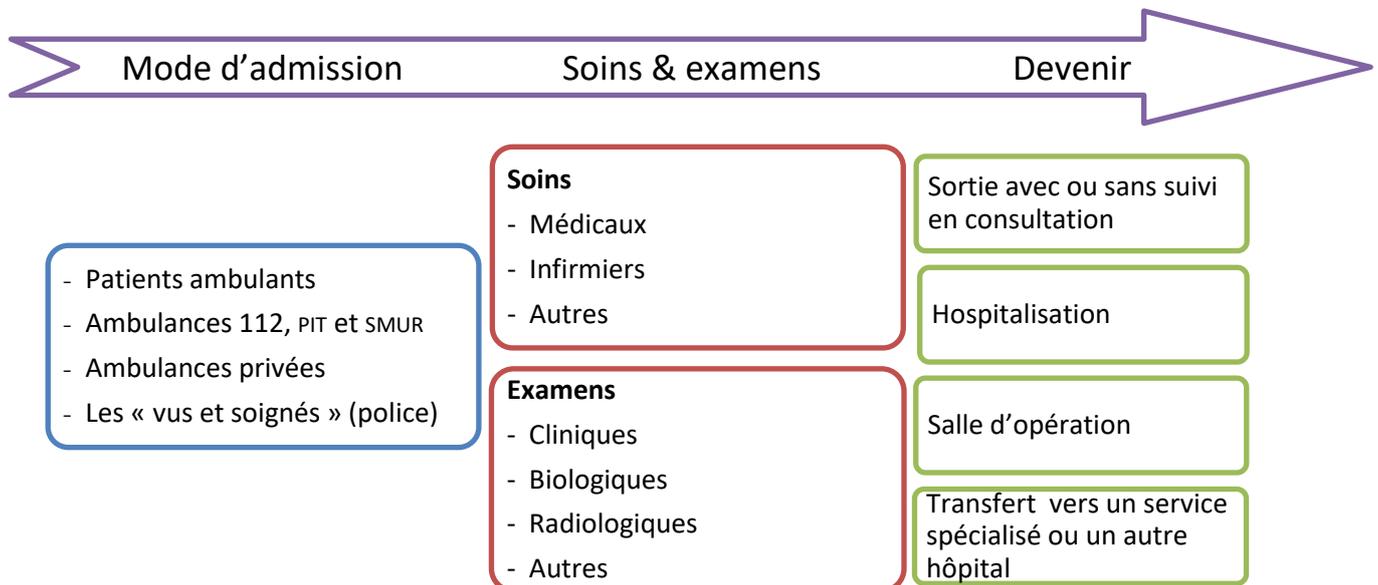
Un petit plateau de radiologie est annexé au service des urgences (radio. et scanner).

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

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 par l'infirmier IOF (infirmier organisateur du flux) 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 IAO. 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 vers le Fastrack ou vers le secteur des urgences le plus approprié.

- **FASTRACK** : En semaine, de 8h30 à 22h, le Fastrack est géré par un médecin et par un infirmier Fastrack. Dans ce secteur, des traitements légers y sont prodigués (petits pansements, bandages, médication PO, vaccination antitétanique, analyse d'urines, etc.)
- **LES BOX GÉNÉRAUX** : 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.

- **RÉA** : 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 dans un box de RÉA !

- **HP** : 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.

2) Points clés d'une journée aux urgences

6.45	Rapport infirmier de la nuit à toute l'équipe
7.00	Vérification du matériel à l'aide de la check-list
7.30-8.00	Soins pour les patients ayant séjournés la nuit aux urgences (contrôle prise de sang, soins d'hygiène, etc.)
8.30	Remise de garde médicale
9.00	Petit déjeuner pour les patients qui ne sont pas à jeun
12.30-13.30	Arrivée de l'équipe du soir (½ h de table)
13.00-13.30	Rapport infirmier
13.30-14.00	Relais pour prendre sa « ½ h de table » pour l'équipe du matin Repas pour les patients qui ne sont pas à jeun
18.00	Repas pour les patients qui ne sont pas à jeun
20.15	Rapport infirmier
Nuit	Vérification du matériel à l'aide de la check-list

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 3^e, 4^e et SIAMU est confiée aux **6 référents étudiants** :

- Assi, Ian (ian.assi@chu-brugmann.be),
- Demulder, Manuela (manuela.demulder@chu-brugmann.be),
- Hakim, Margarita(margarita.hakim@chu-brugmann.be),
- Mizera, Anais (anais.mizera@chu-brugmann.be),
- Rhazi, Loubna(loubna.rhazi@chu-brugmann.be),
- Sales, Sandy(sandy.sales@chu-brugmann.be),

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 (08.00-12.00) ;
- Attribution d'un vestiaire aux urgences. N'oubliez pas de vous munir d'un cadenas. Si vous le souhaitez, un lieu de rangement est également à votre disposition dans une armoire à l'HP.

* Matériel requis :

Uniforme, badge, stylos, bloc note, ciseaux, garrot, etc.

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).

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

5. DIVERS

- En cas d'absence ou de retard, veuillez prévenir le plus rapidement possible l'équipe infirmière par téléphone au 02 477 20 03.
- 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 « Les recettes du chef », le **référentiel des prises en charge types aux urgences**, un classeur ALS, un compendium, etc.
- Un **casier à l'HP** vous est consacré. 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 **votre avis** sur notre prise en charge via le lien internet <https://fr.surveymonkey.com/r/LDVXSK>

OBJECTIFS AU FIL DES SEMAINES POUR LES BIRSG 3, 4 ET SIAMU

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 à l'HP et dans les BOX GÉNÉRAUX, vous devez être capable de prendre en charge un patient stable sous la supervision de l'infirmier référent.

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

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 Box : 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 tige 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 au FASTRACK, dans les BOX et à l'HP, 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[®], Glyde Scope[®], VNI, 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 dans les BOX DE RÉA, 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.

→ Dans les BOX et au FASTRACK, vous devez être capable de suggérer la prise en charge des patients en fonction de leur pathologie, d'organiser les soins prioritaires en gérant le flux continu des patients.

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

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				

<u>ACTES</u>	<u>NON OBSERVÉ</u>	<u>OBSERVÉ</u>	<u>EFFECTUÉ</u>	<u>ACQUIS</u>
Mise en place d'une oxygénothérapie (LN, masque, sonde)				
Administration d'un aérosol				
Ventilation au ballon				
Mise en place d'une canule de Guedel				
Utilisation d'une VNI (CPAP, BPAP)				
Gestion des paramètres du respirateur et surveillance d'un patient intubé				
<u>Systeme 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®)				

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

<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>Psychiatrie</u>				
Respect des consignes de sécurité				
Médication relative				
Mise au cabanon				
Contention physique				
<u>Assistance au médecin</u>				
Préparation et aide lors d'une 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

- **CAS CLINIQUES RENCONTRÉS**

- **AUTO-ÉVALUATION**

- **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					

- **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					

- <u>JUGEMENT CLINIQUE</u>	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					

- <u>PRESTATIONS DE SOINS</u>	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					

- **COMMENTAIRES ET REMARQUES ÉVENTUELLES**

- **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	
---------------------	--	------------------	--

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	
---------------------	--	------------------	--

CHECK-LIST DÉPART ÉTUDIANT

- Remettre votre **badge d'accès** à l'admission et récupérer votre caution.
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**.
- 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.