

LA CHECK LIST UTILISATION PROTOXYDE D'AZOTE

Auteur : D. RIBEYROL

Date : 21/12/2004

DEFINITION

Check list de vérification du matériel dédié à l'utilisation du protoxyde d'azote à l'hôpital du Kremlin Bicêtre.

Cette liste est remplie, datée et signée par l'infirmière responsable.

- * Date et heure
- * Nom de l'infirmière
- * Nom: (ÉTIQUETTE)
- * Diagnostic :
- * Médicaments dépresseurs du système nerveux (morphiniques, psychotropes, anticonvulsivants...) :
- * Facultés de communication : normales diminuées très diminuées nulles
- * QUEL GESTE ?
- * DUREE de l'inhalation:

Toute utilisation doit être précédée et suivie de la vérification systématique des points suivants.

AVANT LE GESTE : PREPARATION

- * Information>
- * Compréhension de la méthode ?
- * Aptitude à l'auto-administration ?
- * Crème EMLA : oui ou non, heure d'application

AVANT LE GESTE : VERIFICATION DU MATERIEL

- * Masque propre et adapté
- * Filtre anti bactérien
- * Valve propre, vérifiée, ou « système complet de respiration »
- * Pression suffisante (30 bars minimum) dans la bouteille (l'ouvrir pour vérifier)

PENDANT LE GESTE

- * Auto-administration : oui ou non
- * Comportement calme ?
- * Agitation ? Cris ou pleurs ? Grimace de douleur ?
- * Hilarité ? Rêves ? Euphorie ?
- * Coopération pour l'inhalation : oui ou non
- * Administration forcée ? Contention ? Interruption ?

APRES LE GESTE : EVALUATION DE LA DOULEUR

- * Douleur d'après les observateurs : absente, modérée, forte, très forte
- * Satisfaction du malade : oui ou non
- * Echelle visuelle analogue (0 à 10)

* Effets indésirables : lesquels

APRES LE GESTE : VERIFICATION DU MATERIEL

*

Bouteille fermée

* Masque nettoyé ou jeté

* Filtre jeté

* Matériel rangé

REMARQUES

Dr I. NEGRE (D.A.R.)

Dr E. FOURNIER-CHARRIERE (unité douleur)

D. RIBEYROL (I.A.D.E. unité douleur)