

Activités d'apprentissage et scénarios d'intégration

Formation obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires.
(Paramédecine communautaire)

Contexte de réalisation :

Le contenu de ce document a été développé afin de soutenir la formation des paramédics en vue de leurs participations au projet de Paramédecine communautaire développé au Bas-Saint-Laurent.

Le projet de paramédecine communautaire a été réalisé dans le cadre et avec le soutien financier de la programmation de recherche-action *Bien vieillir chez soi* au Bas-Saint-Laurent.

Son développement a été mis en œuvre par un comité de pilotage. Pour connaître la liste des membres participants, la description du projet et les produits de transfert de connaissances réalisées, consultez notre page web de la programmation: <https://vieillirchezsoi-bsl.org/projets/paramedecine-communautaire.html>

Activité d'apprentissage #1

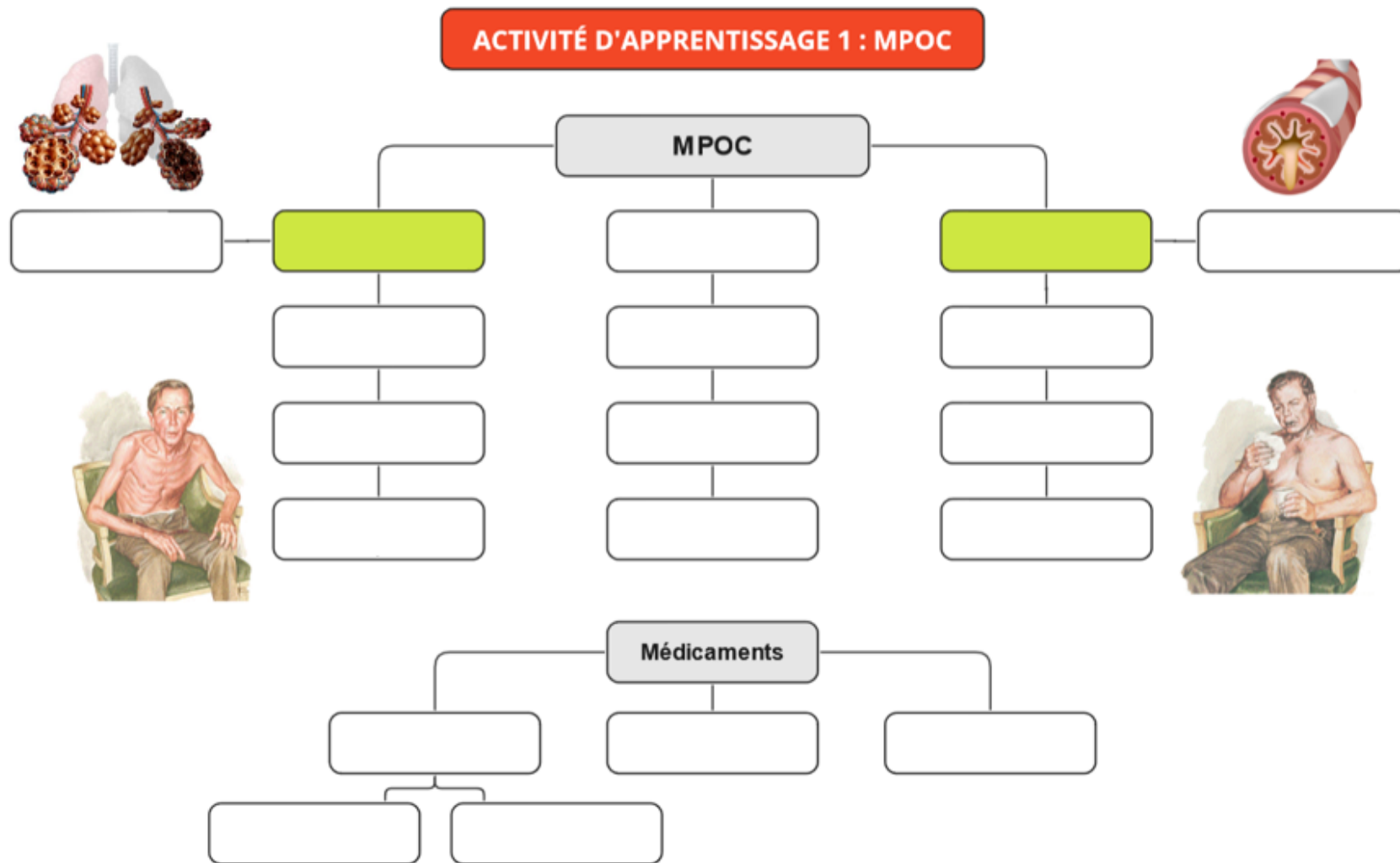
Formation obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires.
(Paramédecine communautaire)

Carte conceptuelle - MPOC

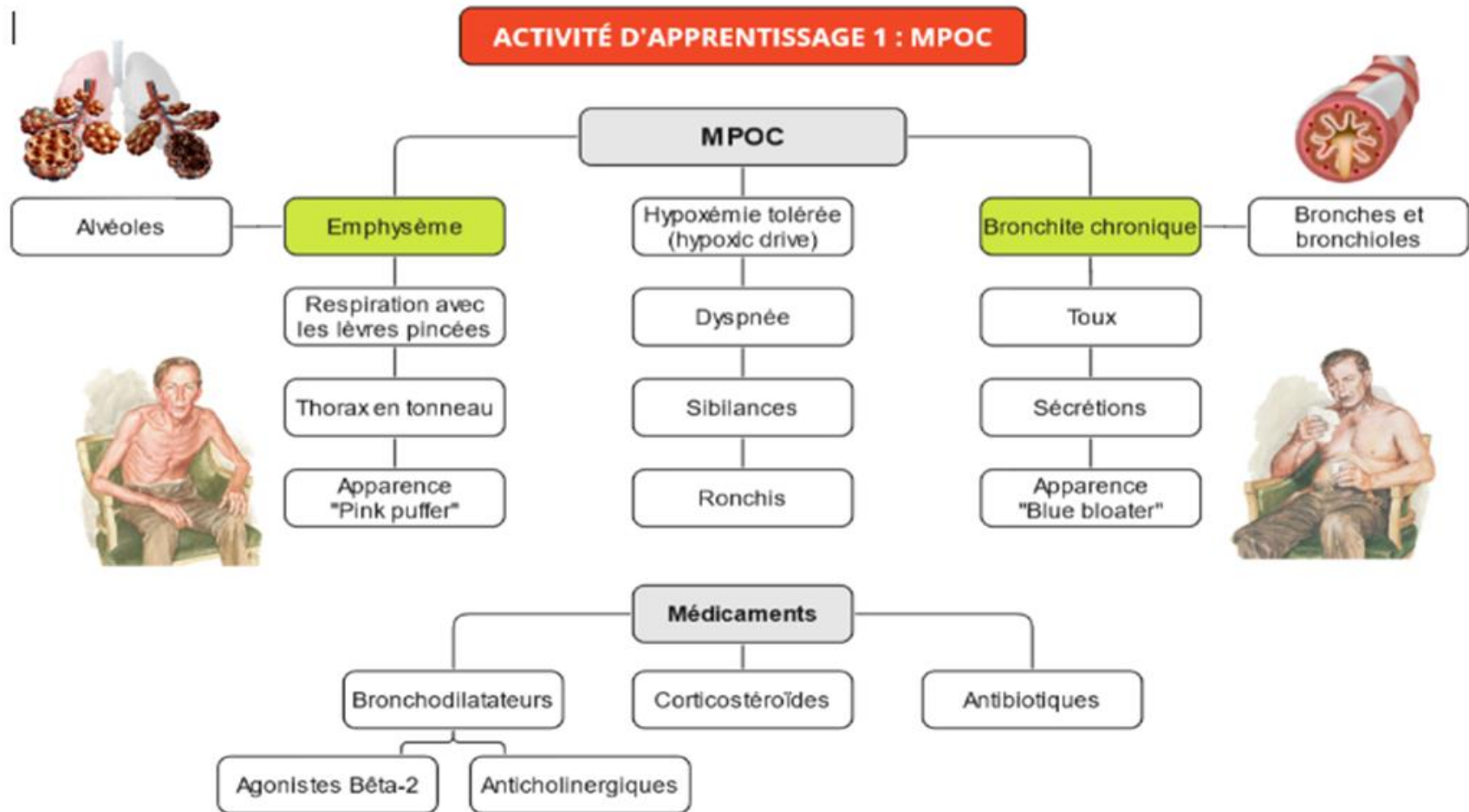
Durée : 10 minutes

- Travail d'équipe – équipe de 2
- Associez les bons termes aux bons endroits sur la carte

Carte conceptuelle MPOC



Réponses :



Activité d'apprentissage #2

Formation obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires.
(Paramédecine communautaire)

Familiarisation avec les différents types de dispositifs
d'inhalation et les outils de référence mis à la disposition des
TAP-COM

Durée : 20 minutes

- Travail d'équipe
- Supportez le patient dans l'utilisation de son médicament inhalé
- Identifiez et utilisez les outils de référence mis à la disposition des TAP-COM

Contexte :

- Monsieur Igor, 78 ans, MPOC, vient de recevoir un nouveau médicament en inhalation pour traiter ses problèmes pulmonaires;
- Il vous dit ne plus se rappeler certains détails concernant l'utilisation de ce nouveau dispositif d'inhalation. Ses questions sont les suivantes :

1. Est-ce qu'il faut que je brasse ma pompe avant de l'utiliser?

2. Pourquoi certains types d'inhalation doivent être brassés, alors que pour d'autres, le brassage est à proscrire?

3. Est-ce qu'on doit utiliser un aérochambre avec toutes les pompes?

4. Est-ce que je dois me rincer la bouche après avoir utilisé ma pompe?

Votre tâche :

En plus d'informer l'intervenant(e) des soins à domicile du besoin de support à apporter au patient, utilisez les outils mis à votre disposition afin de lui offrir du support et si possible, réponses à ses questions.

Activité d'apprentissage # 3

Formation obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires.
(Paramédecine communautaire)

Les bonnes pratiques de prise de tension artérielle et
d'auscultation (Wooclap ou activité de balle)

Durée : 10 minutes

- À l'aide de leur appareil électronique personnel ou en format « activité de balle » les participants répondent à deux questions pour lesquelles plusieurs réponses sont possibles.

1. Nommer des éléments d'une bonne pratique de prise de tension artérielle.

- Brassard directement sur la peau
- Brassard à 2 à 5 cm au-dessus du pli du coude
- Brassard dans le bon sens (les écritures doivent être lisibles à l'endroit)
- La barre indicatrice de l'artère doit être positionnée au niveau de l'artère brachiale
- Brassard serré fermement autour du bras
- Brassard à la hauteur du cœur
- Éviter que le surplus de tubulure pendouille
- Demander au patient de ne pas bouger son bras durant la prise de tension
- Demander au patient d'allonger son bras et de le laisser détendu
- Monitorer le patient pour plus de précision (synchronisée avec l'onde R / Smartcuff)
- Brassard de la bonne taille

Question complémentaire :

Est-ce qu'un brassard trop grand donnera des valeurs de tension artérielle à la baisse ou à la hausse?

- Valeurs plus basses

2. Nommer des éléments d'une bonne pratique d'auscultation pulmonaire.

- Éliminer toute distraction auditive (télévision, radio, etc...)
- Ausculter sous les vêtements (directement sur la peau)
- Bien positionner le patient (position assise)
- Bien choisir les sites d'auscultation (attention aux parties osseuses ou trop basses)
- S'assurer du bon positionnement de la cloche du stéthoscope
- Ausculter toutes les plages et comparer les sons entendus à chacune d'elles
- Ausculter un cycle respiratoire complet (inspiration + expiration)
- Laisser un temps de repos au patient entre les respirations

Activité d'apprentissage #4

Formation obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires.
(Paramédecine communautaire)

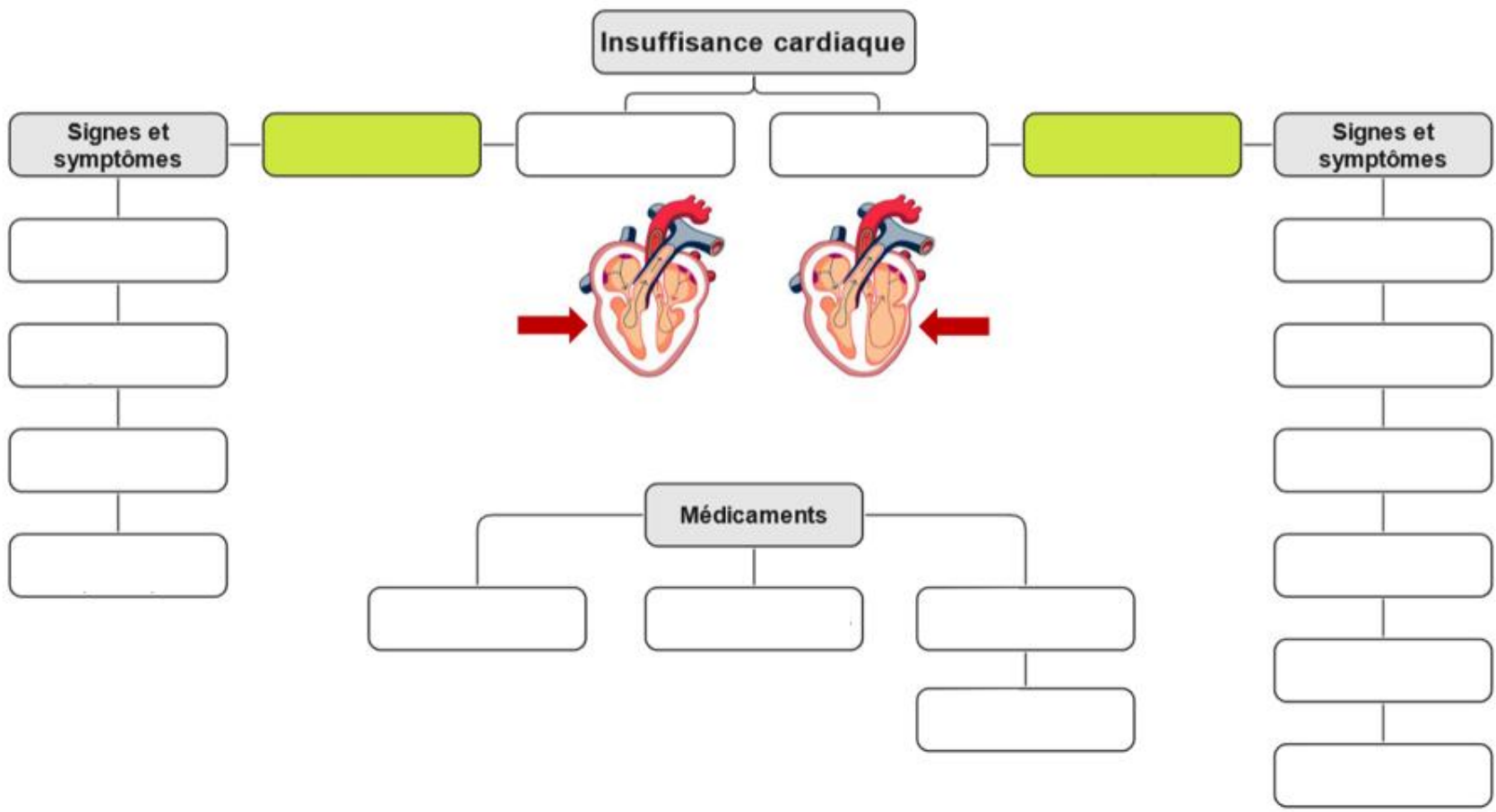
Carte conceptuelle - IC

Durée : 10 minutes

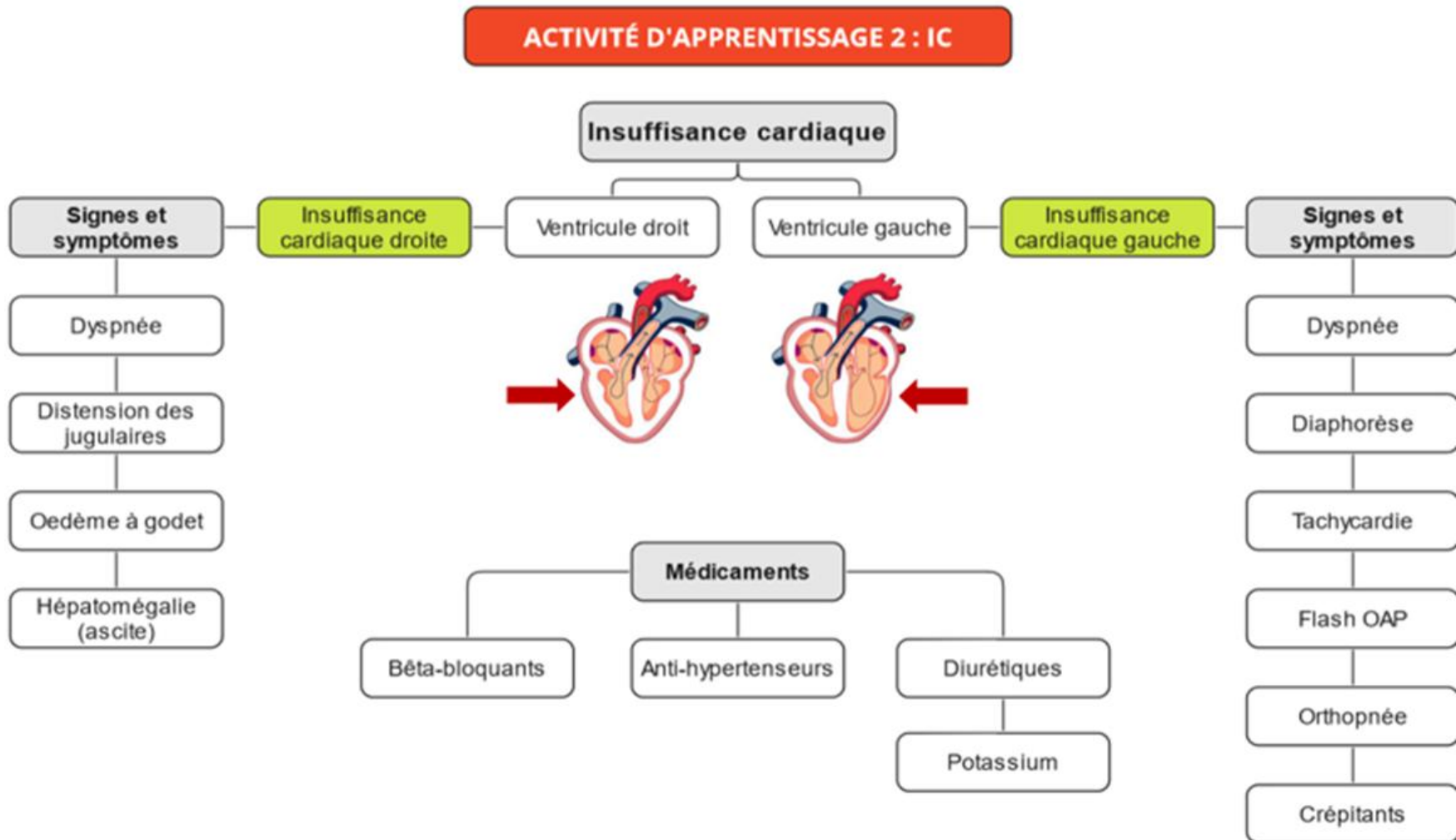
- Travail d'équipe – équipe de 2
- Associez les bons termes aux bons endroits sur la carte

Carte conceptuelle IC

ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE 2 : IC



Réponses :



Activité d'apprentissage #5

Formation obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires.
(Paramédecine communautaire)

Familiarisation avec la tablette dans le cadre de visite de
paramédecine communautaire

Durée : 30 minutes

- Travail d'équipe – équipe de 2
- Simuler l'utilisation de la tablette dans le cadre d'une visite de paramédecine communautaire

IMPORTANT

Durant cette activité d'apprentissage, vous aurez accès au TEAMS de la paramédecine communautaire. Il est important de ne pas aller consulter les dossiers de vrais patients. Veuillez n'accéder qu'au dossier « TEST formation » et à ses sous-dossiers.



Contexte :

Vous êtes affectés pour une visite de paramédecine communautaire en priorité 9, au 48 rue Plourde, à Rimouski.

Vos tâches :

En vous référant au document support d'utilisation de la tablette dans le cadre de la PC :

En vous déplaçant vers l'adresse:

- ✓ Ouvrez la tablette;
- ✓ Connectez la tablette au réseau internet;
- ✓ Accédez au TEAMS de la paramédecine;
- ✓ Consulter le formulaire « *Références* » du patient que vous allez visiter.

Durant votre visite de paramédecine communautaire:

- ✓ Complétez un formulaire de visite (ne complétez que la première section – date, heure et si la visite a été complétée + signez votre formulaire);
- ✓ Déposez votre formulaire complété sur le TEAMS, dans le dossier du patient;
- ✓ Supprimez votre formulaire complété du dossier « *Formulaires vierges* ».

Scénarios d'intégration

Formation obligatoire pour les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires.
(Paramédecine communautaire)

Simulation de visite de paramédecine communautaire

Généralités :

Le ratio des ateliers est de 1 : 4

Une séance de familiarisation avec les équipements est permise avant le début de l'activité.

Il est présumé que tous les candidats connaissent les protocoles en vigueur et qu'ils sont compétents à effectuer les techniques liées aux interventions. Ainsi, le laboratoire constitue une occasion de réactivation des connaissances et une validation des compétences acquises.

Les scénarios sont standardisés en fonction du nombre de protocoles et techniques à utiliser, mais également en fonction de l'ordre dans lequel ils sont présentés. L'ordre d'intervention et le rôle de chacun sont attribués par une pige ou autre processus équivalent.

Les ateliers pratiques se déroulent selon le modèle « formation continue » favorisant la démonstration de la compétence du candidat et l'expression de cette dernière par le propos recueilli à la fin de la prestation.

Compétences :

- 052 F - Interpréter une situation clinique
- 02GB - Effectuer des examens cliniques
- 02GH - Intervenir auprès de personnes ayant besoin de soins médicaux

Durée totale de l'activité : 70 minutes

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| → SCÉNARIO #1 – IC (77 ans) | condition stable |
| → SCÉNARIO #2 – MPOC (70 ans) | condition détériorée |
| → SCÉNARIO #3 – IC (74 ans) | condition instable |
| → SCÉNARIO #4 – MPOC (88 ans) | condition stable + réaffectation |

Objectifs :

- Évaluer les fonctions cognitives, l'autonomie, le milieu de vie et les besoins particuliers (aide à la marche, auditif, visuel, perte d'autonomie, domicile adapté, etc);
- Effectuer l'appréciation clinique et les examens spécifiques (selon le type de clientèle);
- Interprétation de l'état clinique du patient (état attendu vs détérioré vs instable);
- Appliquer la démarche adéquate en fonction de la condition clinique du patient;
- Colliger les informations recueillies lors de la visite sur le formulaire (papier vs plateforme);
- Communiquer avec l'intervenant désigné.

Visite standardisation auprès de la clientèle adulte dans le cadre d'un problème médical de type MPOC et/ou IC

- Contexte de réalisation
- Dans un contexte de soins préhospitaliers
- En situation de visite à domicile auprès de la clientèle cible.
- En se référant au cadre légal lié à l'exercice de la profession.
- Auprès des bénéficiaires
- En équipe
- À l'aide des protocoles d'interventions cliniques et des ouvrages de référence de la Direction médicale nationale.
- À l'aide de l'équipement et du matériel utilisés en milieu préhospitalier.

Matériel requis

- Matériels d'intervention préhospitalière médicale standard
- Tablette électronique (si applicable)
- Cartable de visite de paramédecine communautaire

Éléments de compétence/critères de performance	Aide-mémoire du formateur
Approche au patient et initiation de la visite de PC	<ul style="list-style-type: none"> • Assure sa sécurité en tout temps; • Ouverture du MDSA au contact patient; • Avise le patient que la visite pourrait être interrompu à tout moment; • S'installe dans un endroit propice à la visite et élimine toute distraction; • Prend le temps de discuter avec le patient et de répondre à ses questions s'il y a lieu; • Consulte le formulaire « Références » afin de connaître les informations cliniques pertinentes et l'état clinique attendu pour le patient.
Appréciation du milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Appréciation du milieu de vie en continu; • Appréciation de la fonction cognitive; • Appréciation de l'autonomie (AVQ, AVD); • Appréciation de l'environnement physique; • Appréciation de l'environnement social; • Détecter les signes de maltraitance.
Appréciation de la condition clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Débute par la prise de signes vitaux et les examens cliniques; • Poursuivre avec le questionnaire
Interprétation de l'état clinique du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaît le niveau de stabilité dans la condition clinique.
Démarche en fonction de la condition clinique du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Respect du champ de compétence; • Application des actions complémentaires requises et/ou demandées par l'intervenant SAD.
Colliger et transmettre les informations (papier vs plateforme)	<ul style="list-style-type: none"> • Collige l'ensemble des informations obtenues durant la visite sur le formulaire de visite standardisée; • Contact l'intervenant désigné pour compte-rendu et pour clore la visite si applicable; • Complète les AS-803 et AS-810.

→ SCÉNARIO #1 – IC (77 ans)

Mise en contexte : Il est 8h30 du matin, et le CCS vous affecte à une visite de paramédecine communautaire (priorité 9) :

- Monsieur Dufour, 77 ans;
- Sorti de l'hôpital (il y a 3 jours) suite à une hospitalisation de 2 semaines suite à un infarctus du myocarde.

Première impression des lieux:

Résidence privée, 5 marches pour entrer dans le domicile. Vous observez que les lieux sont propres mais que le portique d'entrée est légèrement encombré par des sacs de récupération que vous devez déplacer pour monter les marches sécuritairement (*image 1*).

Monsieur Dufour est souriant et il est particulièrement content de vous revoir. Il se rappelle très bien le jour où vous êtes apparu dans sa chambre il y a un peu plus de 2 semaines. À ce moment, il croyait que son heure était venue.

Appareillez le patient	
<input checked="" type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Appareils auditifs <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne
Équipements médicaux	
<input type="checkbox"/> Lit orthopédique	<input type="checkbox"/> Concentrateur d'O2 <input checked="" type="checkbox"/> Bas de compression

OPQRST	SAMPLE
O : Sorti de l'hôpital (il y a 3 jours). Hospitalisé 2 semaines suite à un infarctus du myocarde.	S : Lors de l'IM aigu il y a 2 semaines, DTCOP+DOCP+fatigue
P : Insuffisance cardiaque sur infarctus massif du myocarde	A : Mollusques
Q :	M : Furosémide (diurétique), Énalapril (anti-hta / IECA), Atorvastatine (hypolipémiant), K-Dur (supplément de potassium), Metformine (hypoglycémiant), AAS (antiplaquettaire)
R : Un peu fatigué mais ça diminue de jour en jour.	P : HTA, MCAS, IC, diabète type 2, hyper-cholestérolémie
S : Dyspnée 0/4 mais diminue rapidement	L : Petit déjeuner normal
T : Depuis sa sortie de l'hôpital	E :

ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION :

- **Fréquence respiratoire** : 20 /min (régulière)
- **Fréquence cardiaque** : 60 /min (régulière)
- **Tension artérielle** : 138 / 84 /mmHg
- **Saturation** : 95% AA
- **T° tympanique** : 36,2 ° Celcius
- **Glasgow** : 15 /15
- **Dyspnée** : 0 /4 (Revient à la normal rapidement) (Inchangée)
- **Toux** : Habituelle, sèche, non productive (surtout le matin et le soir)
- **Expectoration** : Aucune
- **Auscultation** : MVN (aux 6 plages)
- **Œdème** : **Identique**, à godet (≤ 0.5 cm), qui revient à la normal rapidement (2 sec) - (aux 2 membres inférieurs)
- **Cyanose** : Absente
- **Douleur thoracique** : Absente
- **Médication** : Prise adéquate
- **Milieu de vie et autonomie** :

- **Qualité de l'habitat (air, salubrité, encombrement, etc.) :**

Petit encombrement dans l'entrée de la maison (4-5 sacs de récupération), donc possible risque de chute. Présence d'un chat.

- **Activités sociales (proximité de l'entourage, réseau social, etc.) :**

A 4 filles, dont 3 sont à l'extérieur de la région. Sa conjointe est décédée 8 mois auparavant. Il a un bon cercle d'amis avec qui il échange des services et fait des sorties régulièrement.

- **Capacité à s'organiser/aller chercher des ressources** : Oui

- **Autonomie dans les AVQ** : Autonome

- **Autonomie dans les AVD** : Semi-autonome

- **Signe de maltraitance** : Non

Autres commentaires :

C'est temporairement sa fille qui fait ses commissions. Actif et autonome avant son infarctus et veut le demeurer.

Il envisage demander de l'aide pour l'entretien intérieur et extérieur de la maison.

SPÉCIFIQUE – INSUFFISANCE CARDIAQUE

- **Poids** : 180 lbs (non augmenté)
- **Orthopnée** : Inchangée (2 oreillers)
- **Restriction hydrique** : Respectée
- **Diète hyposodée** : Respectée
- **Bas de compression** : Non portés car difficulté à les enfiler le matin, et ne se rappelle pas pourquoi ça lui a été prescrit.
- **Autres éléments** :
 - Fatigue : légère depuis sa sortie de l'hôpital mais diminue de jour en jour.
 - Palpitations : parfois à l'effort mais disparaît rapidement ensuite. Absentes présentement.

Éléments de support à intégrer :

- ✓ Bas de compression : à quoi ça sert + ressource pour aider le patient à mettre ses bas de compression.

Éléments de compétence/critères de performance	Aide-mémoire du formateur (Particularités SCÉNARIO #1)
Interprétation de l'état clinique du patient	– Reconnaît la stabilité de la condition clinique
Démarche en fonction de la condition clinique du patient	– Respect du champ de compétence; – Contact et informe l'intervenant des SAD : 1. AVQ. Difficulté à enfiler ses bas de compressions; 2. AVD. Aide pour l'entretien intérieur et extérieur. – À la suite du contact avec l'intervenant désigné, assistance au patient pour appliquer la recommandation de l'infirmière des SAD : • À la prochaine visite de l'infirmière, elle va discuter avec le patient de solution pour ses bas de compressions, ainsi que pour de l'aide pour l'entretien de la maison.

Image 1



RÉFÉRENCES – SCÉNARIO 1

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent



Dufour, Oscar
DUFO 4805 2514
1948-05-25
47, rue Plourde
Rimouski
418-750-xxxx

RÉFÉRENCE STANDARDISÉE-PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Programme de paramédecine communautaire

À remplir par l'infirmière de liaison

SECTION RÉFÉRENCES

Nombre de visite prévues/potentielles : **4**

Fréquence des visites à planifier : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuelle
 Unique Autres (préciser) : _____

Antécédents : **Hypertension, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, diabète, hyper-cholestérolémie**

Allergies/intolérances : **Molusques**

Profil pharmacologique : Non Oui Pharmacie (nom): **Jean Coutu**
(en annexe) N° téléphone : **418-722-xxxx**

Prise de la médication : Seul Avec aide Vial Dispill

Exacerbation récente : Non Oui Date (A-M-J) : _____
Traitement : _____

Visite à l'urgence récente : Non Oui Date (A-M-J) : **(il y a 2 semaines)**
Traitement : **Angioplasties**

Hospitalisation récente : Non Oui Date du congé (A-M-J) : **(il y a 3 jours)**

Milieu de vie de l'usager : Maison Logement Couple Seul

Habitude de vie : Tabac Alcool Drogue

Appareil/équipements : Lunettes Appareil auditif
 Lit orthopédique Concentrateur d'O₂ Bas de compression
 Autres (préciser) : _____

Niveau de soins : A B C D

Réanimation cardio-respiratoire : Non Oui

Intervenant désigné de jour : **Émilie Sadoski** N° téléphone : **418-806-xxxx**

Intervenant désigné de soir : _____ N° téléphone : _____

Nom, prénom

Dufour, Oscar

N° Dossier

000000

ÉTAT CLINIQUE GÉNÉRAL

En date du (A-M-J) : (il y a 3 jours)

- Fréquence-respiratoire : **20** min Régulière Irrégulière
 Bruyante Sifflante Tirage
- Fréquence-cardiaque : **66** min Régulière Irrégulière
- Tension artérielle : **135 / 79** mmHg
- Saturation : **95** / % AA Avec O₂ : _____ L/min
- Glasgow : **15** / 15 Préciser : _____
- Dyspnée : (score CRMm) : **0** / 4 Préciser : _____
- Toux : Absente Sèche Grasse Productive Non productive
 Fréquente Occasionnelle Préciser : **Surtout le matin et le soir**
- Expectoration
 • Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
 • Couleur : Claires Blanches Jaunes Vertes Sanguinolentes
- Auscultation : MV Weezing Sibilances Ronchis Crépitants
 Préciser les plages : **6 plages**
- Œdème : Absent À godet Trace (+) Léger (++) Modéré (+++) Sévère (++++)
 Dur Préciser le site : **2 membres inférieurs**
- Cyanose : Absente Digitale Labiale Muqueuse buccale
- Douleur thoracique : Non Oui Préciser : _____
- Autres : _____

Spécifique INSUFFISANCE CARDIAQUE

 Non applicable

- Classifier IC : I (aucune limitation) II (limitations légères)
 III (limitations modérées) IV (limitations sévères)
- Poids : **179** lb kg
- Orthopnée (nombre d'oreillers pour dormir) : **2** oreillers
- Restriction hydrique à la maison : Non Oui (Limite de : **2000** ml/jour)
- Diète hyposodée à la maison : Non Oui

Spécifique MPOC

 Non applicable

- Classification MPOC A – Légère B – Modérée C – Sévère D – Très sévère (terminale)
- Oxygénothérapie à domicile : Non Oui Rx : _____ L/min Utilisation : _____ hrs/24 hrs
- Saturation attendue : _____ %
- Aérosolthérapie à la maison : Non Oui Médicaments : _____

NOM PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : *Émilie Sadoski*

N° PRATIQUE : xxxxxxx

SIGNATURE PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : *Émilie Sadoski*

DATE (A-M-J) : (il y a 3 jours)

→ SCÉNARIO #2 – MPOC (70 ans)

Mise en contexte :

Il est 15h30 et le CCS vous affecte à une visite de paramédecine communautaire (priorité 9) :

- Madame Evelyne Bronchu, 70 ans;
- Sortie de l'hôpital il y a 6 jours suite à une hospitalisation de 2 sem. pour une EAMPOC (1 visite déjà effectuée il y a 5 jours).

Première impression des lieux:

Résidence privée, immeuble à logements, au deuxième étage. 15 marches à franchir pour arriver au domicile (*image 2.1*). Vous observez que les lieux ne sont pas insalubres mais sont un peu encombrés.

Mme. Bronchu vous fait signe d'entrée lorsqu'elle vous voit à sa porte. Elle est assise à la table de cuisine et semble légèrement essoufflée. En vous approchant, elle prend une bouffée de sa pompe bleue (sans aérochambre) (*image 2.2*). Vous devez crier... elle ne porte pas ses appareils auditifs !!!

Appareillez le patient
<input type="checkbox"/> Lunettes <input checked="" type="checkbox"/> Appareils auditifs <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne
Équipements médicaux
<input type="checkbox"/> Lit orthopédique <input checked="" type="checkbox"/> Concentrateur d'O2 <input type="checkbox"/> Bas de compression

OPQRST	SAMPLE
O : Sortie de l'hôpital il y a 6 jours. Hospitalisée plus de 2 sem pour une exacerbation aigüe de sa MPOC (EAMPOC).	S : Dyspnée augmentée, expectorations augmentées et jaunes. Température augmentée.
P : EAMPOC sur surinfection bronchique, pneumonie et Covid	A : Aucune
Q :	M : amlodipine (anti-hta / ICC), rosuvastatine (hypolipémiant), Glucophage (hypoglycémiant), Eliquis (anticoagulant), Airomir et Symbicort.
R : Un peu fatiguée	P : MPOC, HTA, FA, diabète type 2, hyper-cholestérolémie
S : Dyspnée 2/4 (augmenté)	L : Ce midi mais peu d'appétit aujourd'hui
T : Depuis ce matin	E :

ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION :

- **Fréquence respiratoire** : 28 /min (régulière, bruyante, sifflante, tirage)
- **Fréquence cardiaque** : 86 /min (irrégulière)
- **Tension artérielle** : 154 / 84 /mmHg
- **Saturation** : 89% AA
- **T° tympanique** : 37,9 ° Celcius
- **Glasgow** : 15 /15
- **Dyspnée** : 2 /4 (Augmentée depuis ce matin. Doit marcher plus lentement)
- **Toux** : Augmentée depuis ce matin, grasse, productive
- **Expectoration** : Modérée, couleur jaune
- **Auscultation** : Wheezing, sibilances, ronchis (aux 4 plages supérieures)
- **Œdème** : Absent
- **Cyanose** : Absente
- **Douleur thoracique** : Absente
- **Médication** : Prise adéquate (mais n'utilise pas son aérochambre)
- **Milieu de vie et autonomie** :
 - **Qualité de l'habitat (air, salubrité, encombrement, etc.)** :
Maison propre mais un peu encombrée. Risque de chute.
 - **Activités sociales (proximité de l'entourage, réseau social, etc.)** :
Elle a un fils qui vient une fois par semaine.
 - **Capacité à s'organiser/aller chercher des ressources** : Oui
 - **Autonomie dans les AVQ** : Autonome
 - **Autonomie dans les AVD** : Semi-autonome
 - **Signe de maltraitance** : Non

Autres commentaires :

Elle se fait livrer son épicerie et ses médicaments. Elle dit qu'elle a de plus en plus peur de prendre son bain ou sa douche seule car elle craint de tomber. Elle se lave donc à la débarbouillette et cela l'essouffle. Présence d'un cendrier avec mégots. La patiente dit que c'est son fils qui fume lorsqu'il vient la voir.

SPÉCIFIQUE – MPOC

- **Oxygène** : Utilisation respectée (0.5L la nuit)
- **Aérochambre** : Non utilisé (c'est une bébelle qui ne sert à rien! Je l'ai jeté ça fait longtemps!)
- **Glycémie** : 11.2 mmol/L
- **Autres éléments** :
 - Somnolence : se sent plus fatiguée aujourd'hui mais pas somnolente.

Éléments de support à intégrer :

- ✓ Aérochambre : importance
- ✓ Ressource possible via les SAD pour ses AVQ et/ou adapter son bain/douche

Éléments de compétence/critères de performance	Aide-mémoire du formateur (Particularités SCÉNARIO #2)
Approche au patient et initiation de la visite de PC	– Assure sa sécurité en tout temps (EPI).
Appréciation de la condition clinique	– Informe le patient de l'importance de l'aérochambre.
Interprétation de l'état clinique du patient	– Reconnaît la détérioration dans la condition clinique.
Démarche en fonction de la condition clinique du patient	<ul style="list-style-type: none"> – Respect du champ de compétence; – Contact et informe l'intervenant des SAD : <ol style="list-style-type: none"> 1. État détérioré et éléments cliniques pertinents; 2. Non-utilisation de l'aérochambre; 3. AVQ : problème avec le bain; 4. Tabagisme (patiente vs fils). – À la suite du contact avec l'intervenant désigné, assistance au patient pour appliquer la recommandation de l'infirmière des SAD : <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la fréquence d'utilisation du Airomir; • Avis à la pharmacie pour application et livraison à domicile d'une ordonnance d'antibiotique à débiter immédiatement; • Référence en ergothérapie pour sécuriser le bain; • L'infirmière fera au suivi quant au cendrier.

Image 2.1



Image 2.2



Bronchu, Evelyne
BROE 5551 0114
1955-01-01
48, rue Plourde
Rimouski
418-750-xxxx

RÉFÉRENCE STANDARDISÉE-PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Programme de paramédecine communautaire

À remplir par l'infirmière de liaison

SECTION RÉFÉRENCES

Nombre de visite prévues/potentielles : **8**

Fréquence des visites à planifier : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuelle
 Unique Autres (préciser) : _____

Antécédents : **MPOC, HTA, FA, diabète type 2, hyper-cholestérolémie**

Allergies/intolérances : **Aucune**

Profil pharmacologique : Non Oui Pharmacie (nom): **Brunet**
(en annexe) N° téléphone : **418-725-xxxx**

Prise de la médication : Seul Avec aide Vial Dispill

Exacerbation récente : Non Oui Date (A-M-J) : **(il y a 3 semaines)**

Traitement : **Oxygénothérapie, inhalothérapie, antibiothérapie**

Visite à l'urgence récente : Non Oui Date (A-M-J) : _____

Traitement : _____

Hospitalisation récente : Non Oui Date du congé (A-M-J) : **(il y a 6 jours)**

Milieu de vie de l'usager : Maison Logement Couple Seul

Habitude de vie : Tabac Alcool Drogue

Appareil/équipements : Lunettes Appareil auditif
 Lit orthopédique Concentrateur d'O₂ Bas de compression
 Autres (préciser) : _____

Niveau de soins : A B C D

Réanimation cardio-respiratoire : Non Oui

Intervenant désigné de jour : **Émilie Sadoski** N° téléphone : **418-806-xxxx**

Intervenant désigné de soir : _____ N° téléphone : _____

Nom, prénom
Bronchu, Evelyne

N° Dossier
000000

ÉTAT CLINIQUE GÉNÉRAL

En date du (A-M-J) : (il y a 6 jours)

- Fréquence-respiratoire : **20** min Régulière Irrégulière
 Bruyante Sifflante Tirage
- Fréquence-cardiaque : **68** min Régulière Irrégulière
- Tension artérielle : **142 / 74** mmHg
- Saturation : **92** / % AA Avec O₂ : _____ L/min
- Glasgow : **15** / 15 Préciser : _____
- Dyspnée : (score CRMm) : **1** / 4 Préciser : **Dyspnée principalement à la montée des marches**
- Toux : Absente Sèche Grasse Productive Non productive
 Fréquente Occasionnelle Préciser : _____
- Expectoration
• Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
• Couleur : Claires Blanches Jaunes Vertes Sanguinolentes
- Auscultation : MV Weezing Sibilances Ronchis Crépitants
Préciser les plages : **Plages supérieures (fin d'expiration)**
- Œdème : Absent À godet Trace (+) Léger (++) Modéré (+++) Sévère (++++)
 Dur Préciser le site : _____
- Cyanose : Absente Digitale Labiale Muqueuse buccale
- Douleur thoracique : Non Oui Préciser : _____
- Autres : **Patient qui a subi des EAMPOC fréquentes dans la dernière année**

Spécifique INSUFFISANCE CARDIAQUE

Non applicable

- Classifier IC : I (aucune limitation) II (limitations légères)
 III (limitations modérées) IV (limitations sévères)
- Poids : _____ lb kg
- Orthopnée (nombre d'oreillers pour dormir) : _____ /oreillers
- Restriction hydrique à la maison : Non Oui (Limite de : _____ ml/jour)
- Diète hyposodée à la maison : Non Oui

Spécifique MPOC

Non applicable

- Classification MPOC A – Légère B – Modérée C – Sévère D – Très sévère (terminale)
- Oxygénothérapie à domicile : Non Oui Rx : **0,5** L/min Utilisation : **8** hrs/24 hrs
- Saturation attendue : **92 à 93** %
- Aérosolthérapie à la maison : Non Oui Médicaments : **Airomir, Symbicort**

NOM PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : **Émilie Sadoski**

N° PRATIQUE : **xxxxxx**

SIGNATURE PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : *Émilie Sadoski*

DATE (A-M-J) : (il y a 6 jours)

→ SCÉNARIO #3 – IC (74 ans)

Mise en contexte : Il est 8h30 du matin, et le CCS vous affecte à une visite de paramédecine communautaire (priorité 9) :

- Monsieur Beaulieu, 77 ans;
- À consulter à l'urgence il y a 2 jours pour une légère dyspnée à l'effort et un OAP.

Première impression des lieux:

Résidence privée, 2 marches pour entrer dans le domicile. Il a neigé la veille et l'entrée n'est qu'à moitié déneigée (*image 3.1*). La conjointe de monsieur Beaulieu vous ouvre la porte et semble inquiète.

Monsieur Beaulieu est assis au fauteuil. Il se tient la poitrine et semble être en douleur (*image 3.2*). Son teint est pâle et sa peau semble moite. Sa conjointe vous mentionne qu'il ne voulait pas attendre le déneigeur et qu'il a entrepris de déneiger lui-même l'entrée sachant qu'il recevrait votre visite ce matin. Il est revenu dans la maison environ 10 minutes plus tard, se plaignant de douleur à la poitrine. Il n'a pas tenté de prendre sa nitro car sa conjointe ne la trouvait pas. Sa conjointe était sur le point d'appeler le 911 lorsque vous êtes arrivée pour votre visite de paramédecine communautaire.

Questionnaire (informations à transmettre sur demande)

OPQRST	SAMPLE
O : Progressive en pelletant	S : Douleur ischémique, pâleur, diaphorèse, souffle court
P : Effort (pelletage)	A : Aucune
Q : Serrement (comme son angine mais beaucoup plus fort)	M : Furosémide (diurétique), Ramipril (anti-hta / IECA), Rivaroxaban (anticoagulant), K-Dur (supplément de potassium)
R : Rétrosternale sans irradiation	P : HTA, valvulopathie (sténose mitrale), insuffisance cardiaque, angine.
S : Douleur à 2/10 au début, qui augmente à 9/10 Dyspnée 2/10 (« <i>souffle court</i> »)	L : Petit déjeuner normal
T : 10-15 minutes	E :

Signes vitaux

	1e	2e	3e
Niveau de conscience	Alerte	Alerte	Alerte
TA	114/60	112/57	105/48
Pouls	53	58	61
Respiration	24	24	20
Saturation	91	94 (si O2)	94 (si O2)

Rythme initial : sus-décalage en DII

ECG : ***IDM ss-dc seg ST***

Auscultation: crépitants aux bases

OMI présent

Éléments de compétence/critères de performance	Aide-mémoire du formateur (Particularités SCÉNARIO #3)
Appréciation de la condition clinique	<ul style="list-style-type: none"> – Identifie la présence d'une douleur ischémique cardiaque probable.
Interprétation de l'état clinique du patient	<ul style="list-style-type: none"> – Reconnaît l'instabilité de la condition clinique et la notion de chronodépendance.
Démarche en fonction de la condition clinique du patient	<ul style="list-style-type: none"> – Avise le CCS de la nécessité du transport ambulancier; – Traite le patient en respect des PICPSP et le transporte vers le centre hospitalier; – Contact avec l'intervenant des SAD afin de lui signaler la nécessité du transport; – Collige les informations sur le formulaire de visite.

Image 3.1

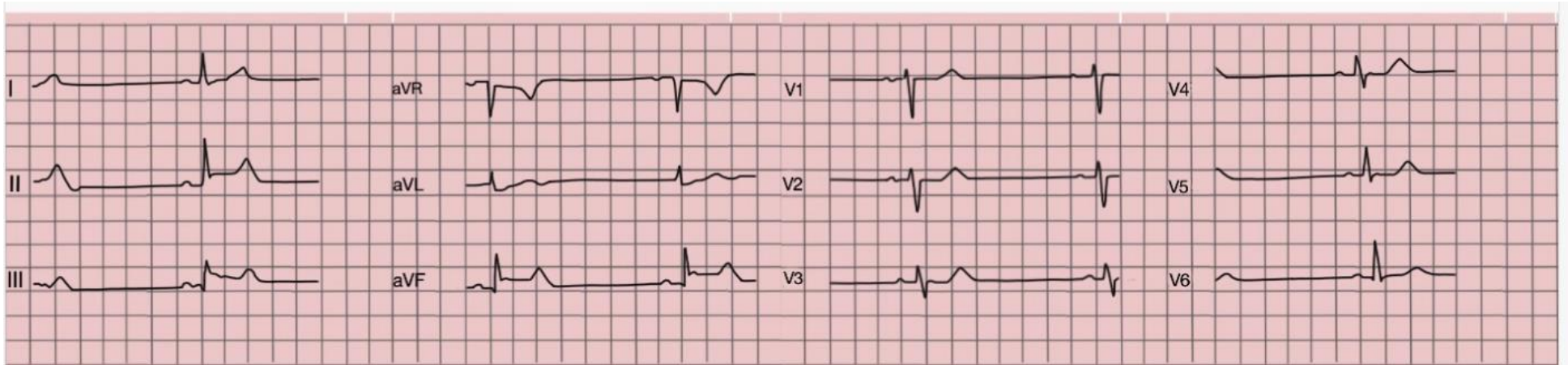


Image 3.2



Scénario 3





Résultats d'analyse

*** IDM ss-dc seg ST ***

Anormal résultat pour 40+ homme/femme

Infarctus surélévation ST aiguë inférieur

Beulieu, Jean
BEAJ 5104 0101
1951-04-01
49, rue Plourde
Rimouski
418-750-xxxx

RÉFÉRENCE STANDARDISÉE-PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Programme de paramédecine communautaire

À remplir par l'infirmière de liaison

SECTION RÉFÉRENCES

Nombre de visite prévues/potentielles : 6

Fréquence des visites à planifier : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuelle
 Unique Autres (préciser) : _____

Antécédents : **HTA, valvulopathie (sténose mitrale), insuffisance cardiaque, angine**

Allergies/intolérances : **Aucune**

Profil pharmacologique : Non Oui Pharmacie (nom): **Familiprix**
(en annexe) N° téléphone : **418-750-xxxx**

Prise de la médication : Seul Avec aide Vial Dispill

Exacerbation récente : Non Oui Date (A-M-J) : **(il y a 2 jours)**

Traitement : _____

Visite à l'urgence récente : Non Oui Date (A-M-J) : **(il y a 2 jours)**

Traitement : **Augmentation du Lasix**

Hospitalisation récente : Non Oui Date du congé (A-M-J) : _____

Milieu de vie de l'usager : Maison Logement Couple Seul

Habitude de vie : Tabac Alcool Drogue

Appareil/équipements : Lunettes Appareil auditif
 Lit orthopédique Concentrateur d'O₂ Bas de compression
 Autres (préciser) : _____

Niveau de soins : A B C D

Réanimation cardio-respiratoire : Non Oui

Intervenant désigné de jour : **Émilie Sadoski**

N° téléphone : **418-806-xxxx**

Intervenant désigné de soir : _____

N° téléphone : _____

Nom, prénom

Beaulieu, Jean

N° Dossier

000000

ÉTAT CLINIQUE GÉNÉRAL

En date du (A-M-J) : (il y a 2 jours)

- Fréquence-respiratoire : **24** min Régulière Irrégulière
 Bruyante Sifflante Tirage
- Fréquence-cardiaque : **74** min Régulière Irrégulière
- Tension artérielle : **157 / 86** mmHg
- Saturation : **94** / % AA Avec O₂ : _____ L/min
- Glasgow : **15** /15 Préciser : __
- Dyspnée : (score CRMm) : **1** /4 Préciser : _____
- Toux : Absente Sèche Grasse Productive Non productive
 Fréquente Occasionnelle Préciser : _____
- Expectoration
 • Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
 • Couleur : Claires Blanches Jaunes Vertes Sanguinolentes
- Auscultation : MV Weezing Sibilances Ronchis Crépitants
 Préciser les plages : **Plages inférieures**
- Œdème : Absent À godet Trace (+) Léger (++) Modéré (+++) Sévère (++++)
 Dur Préciser le site : **Mollets, pieds et mains**
- Cyanose : Absente Digitale Labiale Muqueuse buccale
- Douleur thoracique : Non Oui Préciser : _____
- Autres : _____

Spécifique INSUFFISANCE CARDIAQUE

 Non applicable

- Classifier IC : I (aucune limitation) II (limitations légères)
 III (limitations modérées) IV (limitations sévères)
- Poids : 265 lb kg
- Orthopnée (nombre d'oreillers pour dormir) : **2** oreillers
- Restriction hydrique à la maison : Non Oui (Limite de : **2000** ml/jour)
- Diète hyposodée à la maison : Non Oui

Spécifique MPOC

 Non applicable

- Classification MPOC A – Légère B – Modérée C – Sévère D – Très sévère (terminale)
- Oxygénothérapie à domicile : Non Oui Rx : _____ L/min Utilisation : _____ hrs/24 hrs
- Saturation attendue : _____ %
- Aérosolthérapie à la maison : Non Oui Médicaments : _____

NOM PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : *Émilie Sadoski*N° PRATIQUE : **xxxxxx**SIGNATURE PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : *Émilie Sadoski*

DATE (A-M-J) : (il y a 2 jours)

→ SCÉNARIO #4 – MPOC (88 ans)

Mise en contexte : Il est 13h30, et le CCS vous affecte à une visite de paramédecine communautaire (priorité 9) :

- Madame Dupuis, 88 ans;
- Sorti de l'hôpital (il y a 7 jours) suite à une hospitalisation d'une semaine pour une EAMPOC (1 visite déjà effectuée il y a 3 jours).

Première impression des lieux:

Résidence pour personnes âgées.

Madame Dupuis est souriante et sa fille est présente (*image 4*). Elle vous invite à entrer et à vous installer confortablement.

Madame Dupuis reconnaît que ce n'est pas vous qui étiez venu la voir lors de la première visite de paramédecine communautaire.

Appareillez le patient
<input checked="" type="checkbox"/> Lunettes <input checked="" type="checkbox"/> Appareils auditifs <input checked="" type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne
Équipements médicaux
<input type="checkbox"/> Lit orthopédique <input type="checkbox"/> Concentrateur d'O2 <input type="checkbox"/> Bas de compression

OPQRST	SAMPLE
O : Sorti de l'hôpital (il y a 7 jours). Hospitalisée 1 semaine pour EAMPOC.	S : Lors de l'EAMPOC il y a 2 semaines : fièvre, toux, expecto, dyspnée.
P : Pneumonie	A : Pénicilline
Q : -	M : Amlodipine (anti-HTA), Rosuvastatine (hypolipémiant), Eliquis (anticoagulant), Donezepil (alzheimer), Symbicort, Airomir
R : -	P : HTA, FA, MPOC, hyper-cholestérolémie, Alzheimer stade 3 (léger)
S : -	L : Ce midi. A bien mangé
T : -	E :

ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION :

- **Fréquence respiratoire** : 20 /min (régulière)
- **Fréquence cardiaque** : 68 /min (irrégulière)
- **Tension artérielle** : 142 / 78 /mmHg
- **Saturation** : 94% AA
- **T° tympanique** : 36,7 ° Celcius
- **Glasgow** : 15 /15
- **Dyspnée** : 1 /4 (Surtout à la montée des marches) (Inchangée)
- **Toux** : Occasionnelle, sèche, peu productive (Améliorée)
- **Expectoration** : Légère, blanches (Améliorée)
- **Auscultation** : MVN

SPÉCIFIQUE – MPOC

- **Oxygène** : N/A
- **Aérochambre** : Respecté
- **Glycémie** : 6.5 mmol/L

RÉAFFECTATION SUR UNE PRIORITÉ 1

- **Œdème** : Absent
- **Cyanose** : Absente
- **Douleur thoracique** : Absente
- **Médication** : Prise adéquate – gestion par la RPA
- **Milieu de vie et autonomie** :
 - **Qualité de l'habitat (air, salubrité, encombrement, etc.)** : Très propre.
 - **Activités sociales (proximité de l'entourage, réseau social, etc.)** : A 2 filles qui sont très présentes auprès d'elle. Elle adore son milieu de vie et aime participer aux activités organisées par la résidence. Elle s'ennuie tout de même de son conjoint qui est décédé il y a 5 ans.
 - **Capacité à s'organiser/aller chercher des ressources** : Non
 - **Autonomie dans les AVQ** : Semi-autonome
 - **Autonomie dans les AVD** : Non-autonome
 - **Signe de maltraitance** : Non (ecchymoses à la main et avant-bras droit – hospitalisation récente/sites IV)

Autres commentaires :

N/A

Éléments de support à intégrer :

✓ N/A

Éléments de compétence/critères de performance	Aide-mémoire du formateur (Particularités SCÉNARIO #4)
Approche au patient et initiation de la visite de PC	– Discussion initiale entourant un possible départ hâtif, remise du feuillet explicatif et validation de la compréhension de la patiente.
Interprétation de l'état clinique du patient	– Reconnaît la stabilité de la condition clinique.
Démarche en fonction de la condition clinique du patient	– Après l'appel primaire, si vous êtes l'équipe qui est réaffecté sur la reprise de PC, compléter la visite. – Si vous n'êtes pas l'équipe réaffectée à la paracom ou si la visite ne peut être reprise : <ol style="list-style-type: none">1. Colligez et transmettez les informations obtenues avant la réaffectation;2. Communiquez avec l'intervenant SAD pour lui mentionner l'interruption de la visite, la stabilité de la patiente et toutes autres informations pertinentes.

Image 4



Dupuis, Anne
DUPA 3752 1414
1937-12-14
50, rue Plourde
Rimouski
418-750-xxxx

RÉFÉRENCE STANDARDISÉE-PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Programme de paramédecine communautaire

À remplir par l'infirmière de liaison

SECTION RÉFÉRENCES

Nombre de visite prévues/potentielles : 8

Fréquence des visites à planifier : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuelle
 Unique Autres (préciser) : _____

Antécédents : **HTA, FA, MPOC, hyper-cholestérolémie, Alzheimer stade 3 (léger)**

Allergies/intolérances : **Pénicilline**

Profil pharmacologique : Non Oui Pharmacie (nom): **Jean Coutu**
(en annexe) N° téléphone : **418-722-xxxx**

Prise de la médication : Seul Avec aide Vial Dispill

Exacerbation récente : Non Oui Date (A-M-J) : **(il y a 2 semaines)**

Traitement : **Oxygénothérapie, inhalothérapie, antibiothérapie**

Visite à l'urgence récente : Non Oui Date (A-M-J) : _____

Traitement : _____

Hospitalisation récente : Non Oui Date du congé (A-M-J) : **(il y a 7 jours)**

Milieu de vie de l'usager : Maison Logement Couple Seul

Habitude de vie : Tabac Alcool Drogue

Appareil/équipements : Lunettes Appareil auditif
 Lit orthopédique Concentrateur d'O₂ Bas de compression
 Autres (préciser) : **Marchette**

Niveau de soins : A B C D

Réanimation cardio-respiratoire : Non Oui

Intervenant désigné de jour : **Émilie Sadoski** N° téléphone : **418-806-xxxx**

Intervenant désigné de soir : _____ N° téléphone : _____

Nom, prénom

Dupuis, Anne

N° Dossier

000000

ÉTAT CLINIQUE GÉNÉRAL

En date du (A-M-J) : (il y a 7 jours)

- Fréquence-respiratoire : **20** min Régulière Irrégulière
 Bruyante Sifflante Tirage
- Fréquence-cardiaque : **74** min Régulière Irrégulière
- Tension artérielle : **131 / 67** mmHg
- Saturation : **93** / % AA Avec O₂ : _____ L/min
- Glasgow : **14** / 15 Préciser : **Désorientation dans le temps**
- Dyspnée : (score CRMm) : **1** / 4 Préciser : **Principalement à la montée des marches**
- Toux : Absente Sèche Grasse Productive Non productive
 Fréquente Occasionnelle Préciser : _____
- Expectoration
 • Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
 • Couleur : Claires Blanches Jaunes Vertes Sanguinolentes
- Auscultation : MV Weezing Sibilances Ronchis Crépitants
 Préciser les plages : **Plages supérieures**
- Œdème : Absent À godet Trace (+) Léger (++) Modéré (+++) Sévère (++++)
 Dur Préciser le site : _____
- Cyanose : Absente Digitale Labiale Muqueuse buccale
- Douleur thoracique : Non Oui Préciser : _____
- Autres : _____

Spécifique INSUFFISANCE CARDIAQUE

 Non applicable

- Classifier IC : I (aucune limitation) II (limitations légères)
 III (limitations modérées) IV (limitations sévères)
- Poids : _____ lb kg
- Orthopnée (nombre d'oreillers pour dormir) : _____ /oreillers
- Restriction hydrique à la maison : Non Oui (Limite de : _____ ml/jour)
- Diète hyposodée à la maison : Non Oui

Spécifique MPOC

 Non applicable

- Classification MPOC A – Légère B – Modérée C – Sévère D – Très sévère (terminale)
- Oxygénothérapie à domicile : Non Oui Rx : _____ L/min Utilisation : _____ hrs/24 hrs
- Saturation attendue : **93** %
- Aérosolthérapie à la maison : Non Oui Médicaments : **Airomir, Symbicort**

NOM PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : **Émilie Sadoski**N° PRATIQUE : **xxxxxx**SIGNATURE PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : *Émilie Sadoski*

DATE (A-M-J) : (il y a 7 jours)