

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## **Grille d'observation**

### **Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé et en circuit ouvert avec seringue**

#### **Matériel :**

- Nécessaire à irrigation :
  - Champ stérile
  - Récipient gradué stérile
  - Seringue à irrigation de 50 ou 60 ml (avec embout cône)
  - Solution stérile d'irrigation (NaCl 0,9%) volume de 1000 mL à la température ambiante
- Gants stériles
- Bouchon stérile pour tubulure du système de drainage
- Tampon d'alcool 70%
- Piqué jetable
- Gants non stériles

#### **Technique de soin :**

##### **Préparation à la procédure de soins**

1. Appliquer les principes de prévention des infections et de protection de l'utilisateur :
  - a. Lavage des mains avant et après la procédure \_\_\_\_\_
  - b. Mesures de protections individuelles \_\_\_\_\_
  - c. Gestion des déchets \_\_\_\_\_
  - d. Nettoyer la surface de travail si applicable \_\_\_\_\_
2. Consulter le dossier, le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI). **Connaître les antécédents médicaux (contre-indications) au dossier**. **En l'absence de contre-indication et si l'obstruction n'est pas reliée à la présence de caillots, le remplacement du cathéter obstrué est préférable à l'irrigation intermittente de ce dernier** \_\_\_\_\_
3. Vérifier l'ordonnance médicale \_\_\_\_\_
4. Rassembler tout le matériel nécessaire \_\_\_\_\_
5. Procéder à l'hygiène des mains \_\_\_\_\_

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

6. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification \_\_\_\_\_
7. Expliquer la procédure de soins à la personne \_\_\_\_\_
8. Obtenir le consentement \_\_\_\_\_
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y déposer le matériel \_\_\_\_\_
10. Assurer le maintien d'un environnement propre \_\_\_\_\_
11. Assurer l'intimité de la personne \_\_\_\_\_
12. Placer le lit à la hauteur recommandée selon les principes de déplacement sécuritaire de la personne (PDSP) \_\_\_\_\_
13. Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir et prendre en compte ses restrictions physique, le cas échéant. Installer la personne en décubitus dorsal \_\_\_\_\_
14. Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure et à y collaborer \_\_\_\_\_
15. Procéder à l'examen physique abdominal de la personne. Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical \_\_\_\_\_
16. S'assurer que la tubulure de drainage n'est pas coudée \_\_\_\_\_
17. Mesurer la quantité d'urine contenue dans le sac de drainage et vider celui-ci à l'endroit approprié. Observer la qualité de l'urine \_\_\_\_\_
18. Replier le drap de façon à découvrir la sonde. Placer un piqué sous la sonde \_\_\_\_\_
19. Vérifier la perméabilité du cathéter et du système de drainage avant d'irriguer \_\_\_\_\_

### **Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé avec seringue**

20. Mettre des gants non stériles \_\_\_\_\_
21. Ouvrir la trousse d'irrigation stérile et verser la solution d'irrigation dans le récipient stérile \_\_\_\_\_
22. Mettre les gants stériles \_\_\_\_\_
23. Installer un champ stérile sous le site de connexion entre le cathéter et la tubulure du sac collecteur \_\_\_\_\_

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

24. Prélever de façon aseptique le volume requis de solution à l'aide de la seringue à embout conique \_\_\_\_\_
25. Saisir une gaze stérile dans chaque main et en apposer une sur l'extrémité du cathéter urinaire et l'autre sur l'extrémité de la tubulure de drainage \_\_\_\_\_
26. Déconnecter la tubulure de drainage de la lumière de drainage du cathéter urinaire \_\_
27. Déposer le sac collecteur retiré et la gaze ayant servi à la déconnexion dans le sac de déchets \_\_\_\_\_
28. Désinfecter la face externe de la lumière de drainage du cathéter urinaire avec un tampon d'alcool, avec friction pendant 15 secondes puis laisser sécher complètement à l'air libre \_\_\_\_\_
29. Insérer l'embout conique de la seringue stérile dans la lumière de drainage du cathéter urinaire \_\_\_\_\_
30. Injecter doucement la solution d'irrigation (injecter le volume présent dans la seringue selon la tolérance de l'utilisateur, ralentir ou cesser temporairement si l'utilisateur ressent inconfort ou douleur) \_\_\_\_\_
31. Aspirer le contenu de la vessie en tirant doucement sur le piston de la seringue \_\_\_\_\_
- S'il n'y a aucun retour lors de l'aspiration, « Pousser-tirer » sur le piston de la seringue afin de favoriser le morcellement du caillot et de permettre son retrait. Si inefficace : injecter une seconde seringue de liquide d'irrigation lentement selon la tolérance de l'utilisateur à l'inconfort/douleur créée par la distension de la vessie.**
32. Vider le contenu de la seringue dans un récipient gradué propre en prenant soin de ne pas contaminer la seringue \_\_\_\_\_
33. Remplir de nouveau la seringue de solution d'irrigation \_\_\_\_\_
34. Répéter les étapes 28 à 31 jusqu'à l'administration du volume de solution d'irrigation recommandée \_\_\_\_\_
35. Désinfecter la face externe de la lumière de drainage du cathéter urinaire avec un tampon d'alcool, avec friction pendant 15 secondes puis laisser sécher complètement à l'air libre \_\_\_\_\_
36. Insérer le connecteur de la tubulure de drainage du sac de collecteur dans la lumière de drainage du cathéter urinaire de façon aseptique ;  
a. Utiliser un nouveau sac de drainage (sauf exception selon le protocole de l'établissement) \_\_\_\_\_

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Étapes post exécutoires

37. Jeter le matériel souillé selon les procédures de l'établissement \_\_\_\_\_
38. Retirer les gants et les jeter à la poubelle \_\_\_\_\_
39. Refixer la sonde sur la cuisse de la personne \_\_\_\_\_
40. Noter la quantité de solution d'irrigation administrée et la quantité de liquide recueilli. Inscrire les deux résultats au bilan des ingesta et des excréta de la personne \_\_\_\_\_
- En cas de déséquilibre, vérifier le système de drainage, procéder à l'examen physique abdominal de la personne et, dans le doute, aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable.
41. Observer les caractéristiques du liquide de retour : aspect, couleur, odeur, présence de matières (p. ex. des dépôts, des caillots, du sang) \_\_\_\_\_
42. Réinstaller la personne au lit de façon confortable et sécuritaire \_\_\_\_\_
43. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne \_\_\_\_\_
44. Procéder à l'hygiène des mains \_\_\_\_\_
45. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution et apposer sa signature et l'abréviation de son titre professionnel à la fin des notes d'évolution \_\_\_\_\_
46. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI à la suite de l'évaluation clinique effectuée pendant les soins, s'il y a lieu \_\_\_\_\_
47. Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaire dans l'urine \_\_\_\_\_

#### Références :

- MS 8.5 Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé et en circuit ouvert avec seringue. Dans C. Lemire & V. Perreault (2022). *Soins infirmiers : fondements généraux. Méthodes de soins 1 (3<sup>e</sup> édition)* (pp 450-456). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Méthodes de soins informatisé (MSI). (2021) *Irrigation vésicale*. Repéré à <https://msi.expertise-sante.com/fr/>
-