

## GRILLE D'EVALUATION GESTUELLE DE LA TECHNIQUE D'INJECTION D'INSULINE

Nom et Prénom du patient : .....

Date : .....

Nom de l'évaluateur : .....

Horaires	Nom de l'insuline	Dose	Lieu d'injection	Longueur aiguille utilisée

LES ETAPES			REMARQUES
<b>a) La préparation du matériel</b>			
Connait le nom de ses insulines	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Reconnait ses différentes insulines	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Conserve son insuline à l'air ambiant pour celle en cours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Sa réserve d'insuline est conservée au réfrigérateur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'insuline en cours d'utilisation a moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Repère la date de péremption de l'insuline sur les boîtes de réserve	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<b>b) La gestuelle</b>			
Lavage des mains	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Remet en suspension son insuline par 10 retournements de stylo (pour les insulines laiteuses)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Visse ou clip une nouvelle aiguille avant chaque injection	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Vérifie qu'une goutte perle au niveau de l'aiguille à chaque changement d'aiguille	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Bonne programmation de la dose à injecter	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Désinfecte ou nettoyage simple du site	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

DOCUMENT A METTRE DANS LE CLASSEUR PATIENT

LES ETAPES			REMARQUES
c) La technique de l'injection			
Aiguille enfoncée sur toute sa longueur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Bonne adaptation de la longueur de l'aiguille par rapport au nombre d'unités d'insuline injectée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Injecte doucement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Attend 10 secondes avant de retirer rapidement l'aiguille	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Ne masse pas le point d'injection	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Jette l'aiguille dans un collecteur adapté	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Comment le patient élimine ses déchets de soins :			
d) Le choix du site			
Le patient choisit-il les sites en fonction la vitesse d'action de l'insuline ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Décrire comment il réalise la rotation de ses sites d'injection :			
A l'intérieur de chacun des sites, espace-t-il chacune de ses injections de 3 cm ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
e) Divers			
Si activité physique, le patient évite de piquer dans la zone correspondant au muscle sollicité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Transcription dans un carnet d'autosurveillance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Présence de lipodystrophies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Lieu :

**Objectifs choisis avec le patient à la suite de cette évaluation :**

- 
- 
- 

**DOCUMENT A METTRE DANS LE CLASSEUR PATIENT**