

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

Nom et prénom du patient :

Date :

Nom de l'évaluateur :

Insuline utilisée et dose :

- Matin :
- Midi :
- Soir :
- Autres :

LES ETAPES			REMARQUES
a) La préparation du matériel			
Connait le(s) nom(s) de son ou ses insuline(s)	<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	
Conserve son insuline au réfrigérateur pour ses réserves	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Repère la date de préemption de l'insuline sur flacon en cours (< 1 mois)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Repère la date de préemption de l'insuline sur les boîtes de réserve	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
b) La gestuelle			
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, sauf Lantus)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Visse ou clip une aiguille avant chaque injection	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Purge son stylo avant chaque injection (2 UI)	<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	

LES ETAPES			REMARQUES
c) La technique de l'injection			
Aiguille enfoncée sur toute sa longueur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Quelle longueur d'aiguille utilise t'il ?			
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			
Lieux des injections et insuline utilisée :			
<ul style="list-style-type: none"> • Le matin : • Le midi : • Le soir : 			
Le patient choisit-il les sites en fonction de la rapidité 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, pique 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	Lieux :

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