



Hôpital Charles LeMoine

Centre affilié universitaire
et régional de la Montérégie



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

ACTIVITÉS RÉSERVÉES : INFIRMIÈRES

RÈGLE DE SOINS

SEVRAGE DE LA TRACHÉOTOMIE

- a) *Dégonfler le ballonnet à basse pression d'une canule trachéale (page 4);*
- b) *Utilisation de la canule trachéale fenestrée sans ballonnet (CFN) et bouchon trachéal (page 8);*
- c) *Algorithme décisionnel pour le sevrage de trachéotomie et/ou la reprise de l'alimentation per os (PO) chez un patient porteur d'une trachéotomie (page 16).*

DATE: Juin 1997
RÉVISION: Juin 2007
 Mars 2011

CONTEXTE

En conformité avec l'article 36 de la Loi sur les infirmiers et infirmières, **l'infirmière** assume la responsabilité des activités qui lui sont réservées dont :

- **Évaluer** la condition physique et mentale de la personne symptomatique ;
- **Déterminer** et **assurer** la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers;
- **Prodiguer** les soins et les traitements infirmiers et médicaux;
- **Exercer** une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, **incluant le monitoring et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier** ;
- **Appliquer** des techniques invasives.

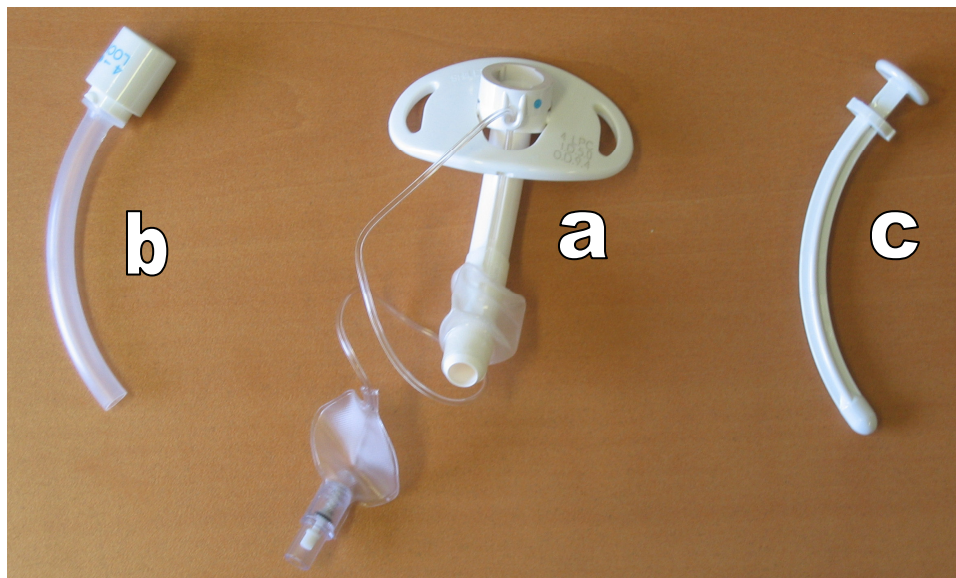
CANULE AVEC BALLONNET À BASSE PRESSION (LPC Low Pressure Cuff)

Canule constituée d'un ballonnet à basse pression de grand volume et à paroi mince qui épouse la forme naturelle de la trachée et assure l'étanchéité. De plus, elle diminue les risques de dommages pouvant être infligés à la trachée.

Grandeurs disponibles à l'hôpital Charles LeMoine: 4 - 6 - 8 et la canule interne extra longue (numéro de produit 203582).

La boîte contient:

- a) Canule externe avec ballonnet
- b) Canule interne
- c) Mandrin
- d) Cordon

**BUTS**

- Réhabiliter progressivement le patient à respirer par ses voies respiratoires supérieures avant de fermer définitivement sa trachéotomie et de la retirer ;
- Évaluer la capacité du patient à mobiliser ses sécrétions ;
- Évaluer la capacité du patient à tolérer le ballonnet à basse pression dégonflé toute la journée.

PRÉCAUTIONS ET DIRECTIVES

- S'assurer d'avoir l'ordonnance médicale;
- **Privilégier les conditions idéales suivantes:**
 - Le patient est en phase d'éveil pour une durée minimale de 30 minutes trois (3) fois par jour;
 - Il est en mesure de répondre à des ordres simples de façon constante;
 - Toutefois, il est permis de procéder au sevrage de la trachéotomie en assurant une surveillance étroite;
- S'assurer d'une ventilation spontanée adéquate;
- Être capable de tousser et expulser ses sécrétions. Mesure de la force musculaire expiratoire (V.E.M.S.) si nécessaire; **N.B.: Demander l'inhalothérapeute.**
- S'assurer de l'absence de problème infectieux. **Si la température du patient est > 37.5°C buccale, aviser le médecin avant de dégonfler le ballonnet à basse pression;**
- Observer la quantité des sécrétions bucco-pharyngées. Elle doit être minimale et nécessiter peu d'aspiration mécanique bucco-pharyngée;
- **Évaluer le réflexe spontané de déglutition. En période d'éveil, le patient est capable de déglutir avec le ballonnet à basse pression GONFLÉ à une fréquence minimale d'une (1) déglutition par cinq (5) minutes;**
- Surveiller les signes de dyspnée, l'utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage, respiration paradoxale), une respiration rapide et bruyante, une saturation pulsatile en oxygène < 92%, l'apparition de signes d'hypoxie (lèvres bleutées, pâleur);
- Surveiller la température aux quatre (4) heures;
- Ausculter les poumons avant et après l'instillation trachéale pour évaluer la ventilation du patient;
- Favoriser une atmosphère calme;
- Restreindre le nombre de personnes entourant le patient;
- **Avoir le nécessaire à aspiration au chevet, prêt à être utilisé en tout temps.**

a) DÉGONFLER LE BALLONNET À BASSE PRESSION D'UNE CANULE TRACHÉALE**DÉFINITION**

Méthode qui consiste à retirer complètement l'air du ballonnet à basse pression.

ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL REQUIS

- Seringue de 10 mL;
- Nécessaire à aspiration mécanique (Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie section a) L'aspiration des sécrétions » cartable des règles de soins Tome I, chapitre V – Appareil respiratoire);
- Réanimateur manuel (ballon-masque) relié à une source d'oxygène;
- Un stéthoscope.

SÉQUENCES

Actions	Spécifications
1. Vérifier l'ordonnance médicale.	
2. Rassembler le matériel requis.	
3. Procéder à l'hygiène des mains.	
4. Au chevet du patient , appliquer 3 mL de solution antiseptique sur vos mains.	<ul style="list-style-type: none">• Bien appliquer sur toute la surface de vos mains. Frotter pendant 15 secondes et laisser sécher.• Selon le tableau « Lavage des mains ».
5. Identifier le patient selon la politique de la double identification.	<ul style="list-style-type: none">• Pour éviter les erreurs de personne.
6. Expliquer la procédure au patient.	<ul style="list-style-type: none">• Afin de le rassurer et d'obtenir sa collaboration.

SÉQUENCES

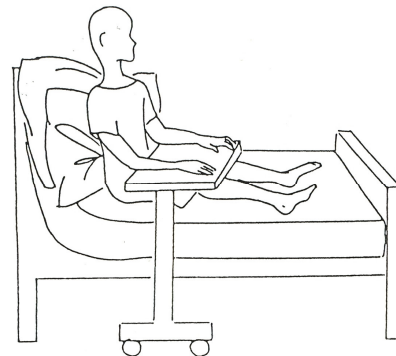
Actions	Spécifications
7. Évaluer la condition respiratoire du patient : signes vitaux, température, respiration et saturation pulsatile en oxygène, effort respiratoire, tirage et auscultation pulmonaire.	<ul style="list-style-type: none"> Afin d'établir une base de référence.

ALERTE NURSING

Si la température du patient est $> 37.5^{\circ}\text{C}$ buccale, aviser le médecin avant de dégonfler le ballonnet à basse pression.

8. Installer le patient confortablement en position assise 90° préférablement (si impossibilité, la position assise à 60° est acceptable). La tête est dans l'axe du tronc avec ou sans support externe.

- S'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication au positionnement privilégié.



9. Demander au patient de tousser et d'expectorer lui-même ses sécrétions, si inefficace, aspirer mécaniquement les sécrétions bucco-pharyngées.

- Afin d'éviter que les sécrétions situées au-dessus du ballonnet descendent dans la trachée.
- Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section b) « L'aspiration des sécrétions » cartable des règles de soins Tome I chapitre V – Appareil respiratoire.

ALERTE NURSING

Si les sécrétions sont abondantes, réessayer dans six (6) heures afin de permettre au patient de récupérer.

N.B. : LA DERNIÈRE TENTATIVE NE DOIT PAS ÊTRE FAITE APRÈS 16H00.

SÉQUENCES

Actions

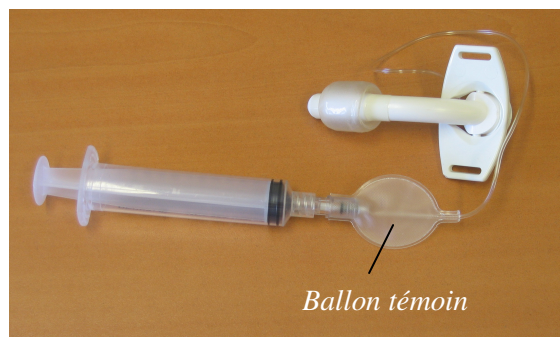
10. Placer une seringue de 10 mL à l'extrémité du ballon témoin et être prêt pour aspirer mécaniquement les sécrétions trachéales dès que le ballonnet à basse pression est dégonflé. Retirer l'air du ballonnet jusqu'à la sensation d'une résistance.

11. Noter la quantité d'air retiré du ballonnet.

12. Procéder à l'auscultation pulmonaire. Noter la présence et l'intensité de la toux s'il y a lieu.

Spécifications

- Afin de récupérer les sécrétions situées au-dessus du ballonnet et éviter qu'elles descendent dans la trachée.
- Afin que l'air soit complètement retiré.



- Pour avoir une base de référence.

Grandeur de la canule à ballonnet à basse pression	Quantité maximale d'air dans le ballonnet
4	11 mL
6	14 mL
8	17 mL

- L'intensité de la toux est un indice du niveau de tolérance du patient.

ALERTE NURSING

Si présence de signes de détresse respiratoire, dyspnée importante, toux intense, utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage, respiration paradoxale), respiration rapide et bruyante et saignement au niveau des voies respiratoires supérieures ou au pourtour de la plaie trachéale :

- Regonfler le ballonnet à basse pression et remettre l'essai au lendemain.

Le patient qui réussit cette étape peut conserver le ballonnet à basse pression dégonflé.

13. **Aux quatre (4) heures, prendre les signes vitaux, la respiration, la température et saturation pulsatile en oxygène. Observer l'effort respiratoire et ausculter le patient.**

- Une élévation de température peut être un symptôme d'une pneumonie d'aspiration.
- Respecter le sommeil la nuit.

SÉQUENCES

Actions	Spécifications
14. Encourager le patient à expectorer.	• Afin de diminuer les aspirations mécaniques.
15. Disposer du matériel souillé.	
16. Procéder à l'hygiène des mains.	• Selon les quatre (4) moments de l'hygiène des mains.

NOTE : Référer au médecin traitant si le patient ne tolère pas la procédure.

INFORMATIONS À CONSIGNER AU PLAN DE SOINS

- Date et heure du sevrage.
- Le ballonnet à basse pression est dégonflé.
- Enseignement sur la façon d'expectorer ses sécrétions.
- Algorithme décisionnel à insérer au plan de soins.

INFORMATIONS À CONSIGNER AU DOSSIER

- Date et heure du sevrage;
- Réaction du patient;
- La quantité d'air retiré du ballonnet;
- La capacité du patient à déglutir;
- Si présence de sécrétions lors de l'aspiration mécanique: noter la quantité, la couleur, la viscosité, l'odeur et l'aspect;
- Si présence de sécrétions à la canule interne: noter la quantité, la couleur et l'aspect;
- Enseignement sur la façon d'expectorer ses sécrétions;
- L'évaluation de la condition respiratoire : la qualité de sa respiration : fréquence, amplitude, présence de bruits respiratoires, tirage, effort respiratoire et auscultation pulmonaire.

b) UTILISATION DE LA CANULE TRACHÉALE FENESTRÉE SANS BALLONNET (CFN) ET BOUCHON TRACHÉAL

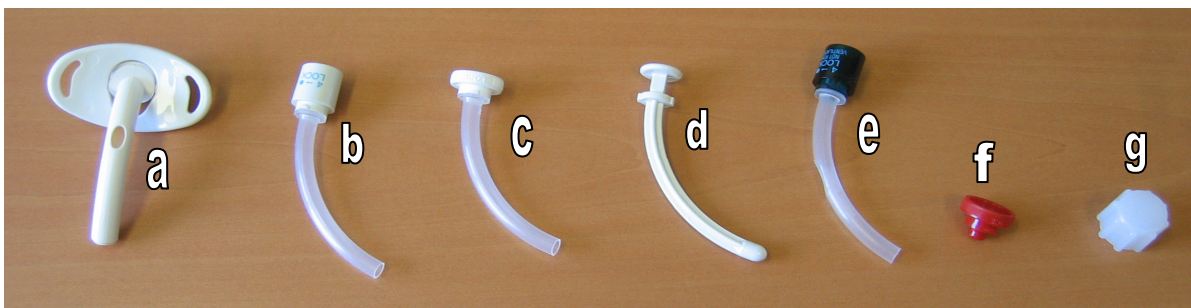
DÉFINITION

Utilisation d'une canule munie d'une ou plusieurs ouvertures, fenêtres et d'un bouchon trachéal qui permet au client de respirer uniquement par les voies respiratoires supérieures.

Grandeurs disponibles à l'hôpital Charles LeMoine: 4 - 6 - 8 et la canule interne extra longue (numéro de produit 203582).

La boîte contient:

- a) Canule externe fenestrée
- b) Canule interne sans fenêtre
- c) Canule interne à lumière ouverte à petite collerette sans fenêtre: utilisée pour des raisons esthétiques
- d) Mandrin
- e) Canule interne fenestrée avec raccord vert utilisé pour le sevrage
- f) Opercule de décanulation: bouchon qui ferme la canule trachéale et permet au client de respirer par les voies respiratoires supérieures et de parler
- g) **Bouchon rouge:** S'adapte à la canule interne à petite collerette et à la canule externe fenestrée
- h) **Bouchon blanc:** S'adapte à la canule interne fenestrée avec connecteur vert
- i) **Cordon**



- **Il est préférable d'accompagner le médecin lors de l'installation de la canule.**
- **Conserver le matériel inutilisé dans un sac de type Zip Loc au chevet du patient en prenant soin de bien l'identifier.**
- **LE MATÉRIEL N'EST PAS DISPONIBLE INDIVIDUELLEMENT.**

BUTS

- Réhabiliter progressivement le patient à respirer par ses voies respiratoires supérieures avant de fermer définitivement sa trachéotomie et de la retirer;
- Évaluer la capacité du patient à tolérer la canule trachéale fenestrée sans ballonnet et le bouchon trachéal toute la journée;
- Permettre au patient de s'exprimer par la parole.

PRÉCAUTIONS ET DIRECTIVES

- S'assurer d'avoir l'ordonnance médicale;
- **Le patient tolère la canule avec ballonnet à basse pression dégonflé toute la journée depuis 24 heures;**
- **La canule trachéale fenestrée sans ballonnet est installée par le médecin;**
- **Le sevrage de la trachéotomie et la reprise de l'alimentation per os peuvent être faits en même temps (voir l'algorithme décisionnel page 16);**
- **Privilégier les conditions idéales suivantes:**
 - Le patient est en phase d'éveil pour une durée minimale de 30 minutes trois (3) fois par jour;
 - Il est en mesure de répondre à des ordres simples de façon constante;
 - Toutefois, il est permis de procéder au sevrage de la trachéotomie en assurant une surveillance étroite;
- S'assurer d'une ventilation spontanée adéquate;
- Être capable de tousser et d'expulser ses sécrétions;
- Mesure de la force musculaire expiratoire (V.E.M.S.) si nécessaire. **N.B.: Demander l'inhalothérapeute;**
- **S'assurer de l'absence de problème infectieux. Si la température du patient est > 37.5°C buccale, aviser le médecin avant l'installation de la canule trachéale fenestrée;**
- Observer la quantité des sécrétions bucco-pharyngées. Elle doit être minimale et nécessiter peu d'aspiration mécanique bucco-pharyngée;
- Surveiller les signes de dyspnée, l'utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage, respiration paradoxale), une respiration rapide et bruyante, une saturation pulsatile en oxygène inférieure à 92%, l'apparition de signes d'hypoxie (lèvres bleutées, pâleur);
- Surveiller la température aux quatre (4) heures;
- Favoriser une atmosphère calme;
- Restreindre le nombre de personnes entourant le patient;
- Surveiller l'absence de tissu de granulation dans la fenêtre de la canule trachéale, lorsque la canule trachéale fenestrée est utilisée pour une longue période (Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section c) « Nettoyage de la canule interne » dans le cartable des règles de soins Tome I chapitre V – Appareil respiratoire);
- **Utiliser la canule interne NON FENESTRÉE pour aspirer et ventiler le patient** (Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section b) « L'aspiration des sécrétions » dans le cartable des règles de soins Tome I chapitre V – Appareil respiratoire);
- S'assurer que les voies respiratoires supérieures sont libres;
- Procéder à l'auscultation pulmonaire;
- Avoir le nécessaire d'aspiration au chevet, prêt à être utilisé en tout temps.

ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL REQUIS

- Nécessaire à aspiration mécanique (Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section b) « L'aspiration des sécrétions » dans le cartable des règles de soins Tome I chapitre V – Appareil respiratoire);
- Réanimateur manuel (ballon-masque) relié à une source d'oxygène;
- Bouchon trachéal **blanc**;
- Gant non stérile;
- Sac de plastique de type ZipLoc (#601403);
- Nécessaire à nettoyage pour trachéotomie;
- Débarbouillette.

SÉQUENCES

Actions	Spécifications
1. Vérifier l'ordonnance médicale.	
2. Procéder à l'hygiène des mains.	
3. Rassembler le matériel nécessaire.	
4. Au chevet du patient , appliquer 3 mL de solution antiseptique sur vos mains.	<ul style="list-style-type: none"> • Bien appliquer sur toute la surface de vos mains. Frotter pendant 15 secondes et laisser sécher. • Selon les quatre (4) moments de l'hygiène des mains.
5. Identifier le patient selon la politique de la double identification.	<ul style="list-style-type: none"> • Pour éviter les erreurs de personne.
6. Expliquer la procédure au patient.	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de le rassurer et d'obtenir sa collaboration.
7. Prendre les signes vitaux, température, respiration et saturation pulsatile en oxygène. Observer l'effort respiratoire.	<ul style="list-style-type: none"> • Afin d'établir une base de référence.

ALERTE NURSING

Si la température du patient est > 37.5°C buccale, aviser le médecin avant de poursuivre le sevrage.

SÉQUENCES

Actions	Spécifications
8. Installer le patient confortablement en position semi-assise.	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication au positionnement privilégié.
9. Procéder à l'hygiène des mains.	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique de base.
10. Enfiler les gants de procédé non stériles.	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique de base.
11. Demander au patient de tousser et d'expectorer lui-même ses sécrétions, s'il est incapable, aspirer mécaniquement les sécrétions bucco-pharyngées.	<ul style="list-style-type: none"> • L'expectoration du patient est plus efficace que l'aspiration mécanique. L'aspiration mécanique est traumatique. • La canule trachéale étant un corps étranger dans la trachée, il est possible que le patient soit incapable d'expectorer ses sécrétions. • Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section b) « L'aspiration des sécrétions » cartable des règles de soins Tome I chapitre V – Appareil respiratoire.
12. Prendre de nouveau les signes vitaux, respiration, température et saturation pulsatile en oxygène. Observer l'effort respiratoire et ausculter le patient.	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de détecter une obstruction des voies respiratoires supérieures.
13. Retirer la canule interne et installer la canule interne fenestrée (raccord vert).	<ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer la canule interne selon la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie c) Nettoyage de la canule interne » cartable des règles de soins Tome I, chapitre V « Appareil respiratoire ».
14. Assécher la canule interne non fenestrée et la placer dans un sac de plastique de type ZipLoc bien identifié au chevet du patient.	<ul style="list-style-type: none"> • Il est impératif de placer la canule dans un sac en plastique. Ne pas la laisser à l'air ambiant sur le somno.

SÉQUENCES

Actions

Spécifications

ALERTE NURSING

Utiliser la canule interne NON FENESTRÉE pour aspirer et ventiler le patient. Ne pas utiliser la canule interne fenestrée pour ventiler et aspirer mécaniquement (Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section b) « L'aspiration des sécrétions » dans le cartable des règles de soins Tome I chapitre V « Appareil respiratoire »).

L'utilisation de la canule fenestrée lors de l'aspiration des sécrétions peut entraîner une blessure de la trachée par le cathéter à succion qui peut alors pénétrer par la fenêtrée.

L'utilisation de la canule fenestrée lors de l'aspiration des sécrétions peut entraîner aussi la formation d'un bouchon de sécrétions en bas de la fenêtrée.

L'utilisation de la canule fenestrée laisse passer l'air par les voies respiratoires supérieures, il y a donc fuite d'air.

Si les sécrétions sont abondantes ou que la saturation pulsatile en oxygène < 92 %, remettre la fermeture de la canule trachéale au lendemain.

15. Installer le bouchon trachéal blanc sur la canule interne fenestrée (raccord vert).

- Le bouchon trachéal blanc installé sur une canule interne non fenestrée empêche l'air de passer.
- **Ne pas utiliser le bouchon rouge puisqu'il ne se fixe pas sur la canule interne fenestrée.**

ALERTE NURSING

S'assurer que la canule interne fenestrée (raccord vert) est en place avant d'installer le bouchon trachéal blanc. En l'absence de signes de détresse respiratoire, le bouchon trachéal peut être installé immédiatement après l'installation de la canule trachéale fenestrée.

Si présence de signes de détresse respiratoire, dyspnée importante, toux intense, utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage, respiration paradoxale), respiration rapide et bruyante :

Retirer immédiatement le bouchon et remettre l'essai à plus tard.

16. Enseigner au patient comment enlever et replacer le bouchon trachéal blanc.

- Afin de le sécuriser.

SÉQUENCES

Actions	Spécifications
17. Aux quatre (4) heures, prendre les signes vitaux, la respiration, la température et la saturation pulsatile en oxygène. Observer l'effort respiratoire et ausculter le patient.	<ul style="list-style-type: none">• Une élévation de température peut être un symptôme d'une pneumonie d'aspiration.• Respecter le sommeil la nuit.
18. Encourager le patient à expectorer.	<ul style="list-style-type: none">• Afin qu'il y ait peu d'aspiration mécanique.
19. Demander au patient de placer une débarbouillette sur le bouchon trachéal blanc lorsqu'il tousse.	<ul style="list-style-type: none">• Afin de diminuer les fuites d'air au pourtour du bouchon trachéal et de la stomie.
20. a) Enlever le bouchon trachéal blanc à partir de 20h00 pour la nuit. Le placer à son chevet dans le sac de plastique de type Ziploc, bien identifié au nom du patient.	<ul style="list-style-type: none">• Afin de sécuriser le patient.• Nettoyer le bouchon trachéal blanc selon la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section c) « Nettoyage de la canule interne » cartable des règles de soins Tome I chapitre V « Appareil respiratoire ».• Il est impératif de placer le bouchon trachéal blanc dans un sac de plastique. Ne pas le laisser à l'air ambiant sur le somno.
b) Par la suite, laisser le bouchon trachéal blanc en place 24 heures sur 24 dès 8h00 le lendemain.	
c) Lorsque le patient tolère la canule fenestrée sans ballonnet et le bouchon trachéal blanc toute la journée, le médecin peut procéder à la décanulation.	

SÉQUENCES

Actions	Spécifications
21. Vérifier périodiquement l'absence de tissu de granulation dans la fenêtre de la canule en examinant la fenêtre avec une lampe de poche.	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque la canule fenestrée est utilisée pour une longue période, du tissu de granulation peut se développer à l'intérieur des fenêtres et diminuer ainsi le passage de l'air. Aviser le médecin s'il y a présence de tissu de granulation. Se référer à la méthode de soins « Entretenir une trachéotomie » section c) « Nettoyage de la canule interne » cartable des règles de soins Tome I chapitre V – Appareil respiratoire.
22. Disposer du matériel souillé.	
23. Retirer les gants.	
24. Procéder à l'hygiène des mains.	<ul style="list-style-type: none"> Selon les quatre (4) moments de l'hygiène des mains.

INFORMATIONS À CONSIGNER AU PLAN DE SOINS

- Le type de canule externe et interne;
- Horaire de l'installation du bouchon trachéal ;
- Enseignement sur la façon d'expectorer ses sécrétions;
- Algorithme décisionnel à insérer au plan de soins #1137.

INFORMATIONS À CONSIGNER AU DOSSIER

- Date et heure du sevrage;
- Horaire de l'installation du bouchon trachéal;
- Réaction du patient;
- Capacité à expectorer lui-même ses sécrétions;
- Fréquence des aspirations mécaniques;

INFORMATIONS À CONSIGNER AU DOSSIER (SUITE)

- Si présence de sécrétions lors de l'aspiration mécanique: noter la quantité, la couleur, la viscosité, l'odeur et l'aspect;
- Enseignement sur la façon d'expectorer ses sécrétions;
- Si présence de tissu de granulation dans les ouvertures de la canule fenestrée sans ballonnet;
- La qualité de sa respiration: fréquence, amplitude, présence de bruits respiratoires;
- Les résultats de l'auscultation pulmonaire;
- Habileté à parler.

c) ALGORITHME DE DÉCISION

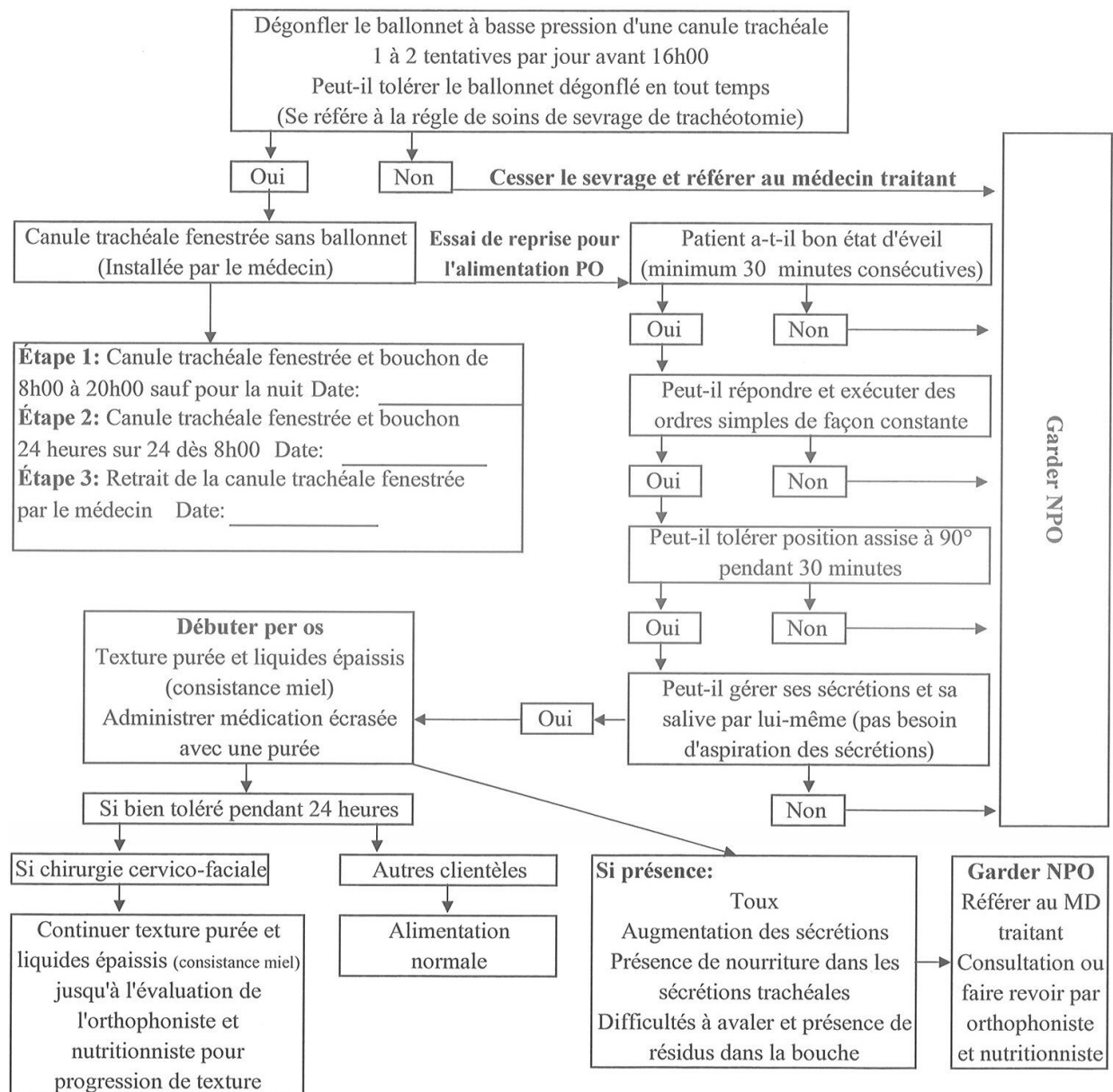


Hôpital Charles LeMoine
Centre affilié universitaire
et régional de la Montérégie
UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Algorithme décisionnel pour le sevrage de trachéotomie
et/ou la reprise de l'alimentation per os (PO)
chez un patient porteur d'une trachéotomie

CONDITION ESSENTIELLE: ORDONNANCE MÉDICALE

Le sevrage de trachéotomie peut être fait si patient NPO,
alimentation entérale ou parentérale ou avec reprise de l'alimentation per os
N.B.: Ne pas amorcer le sevrage ou faire retirer la canule trachéale la fin de semaine



7 mars 2011

1137

RÉFÉRENCES

Becker Weilitz, Pamela, Detten Meier, Patricia A. (Février 1994). Test your knowledge of tracheostomy tubes. American Journal of Nursing. P. 46-50.

Kozier B. et al (2005). Soins Infirmiers Théorie et pratique. Tome 2 adaptation française sous la direction de Sophie Longpré et Lyne Cloutier, ERPI. p. 1598-1608.

Lewis Sharon Mantik, Idolia Cox Collier (2000). Medical Surgical Nursing. Mosby Year Book Assessment and Management of Clinical Problems. Third Edition. P. 592-600

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires. 2005. Règle de soins infirmiers. Orientation pour une utilisation judicieuse de la règle de soins infirmiers.

<http://scalpel.stanford.edu/ICU/Trach%20Weaning%20Protocol%208-3.pdf>. Tracheostomy weaning and decannulation protocol.

<http://www.rcjournal.com/contents/04.05/04.05.0538.pdf>. Tracheostomy decanulation.

http://www.dbh.nhs.uk/Library/Patient_Policies/PAT%20T%2020%20v.1%20-%20A%20Collaborative%20Approach%20to%20Tracheostomy%20Care%20-%20Guidelines%20for%20Best%20Practice.pdf. A collaborative approach to tracheostomy care- Guidelines for best practice.

RÉVISION

Madame Chantal St-Onge, infirmière clinicienne.

Madame Chantal Doddridge, inf., conseillère en soins spécialisés.

CONSULTATIONS

Dr Nicolas Charbonneau et l'équipe de chirurgie ORL.

Mesdames Julie Coiteux et Judith Gibson, orthophonistes.

Madame Johanne Duchesneau, nutritionniste.

Madame Martine Gaudreault, chef de service de nutrition clinique.

Madame Sylvie Desjardins, conseillère en soins spécialisés.

Madame Isabelle Neas, conseillère en soins spécialisés.

Madame Lucie Pintal, infirmière clinicienne.

Madame Julie Dionne, chef de service, Prévention et contrôle des infections.

Comité de revue de pratique professionnelle.