



Projet pédagogique d'accueil des étudiants hospitaliers

1



DARA

Centre Oscar Lambret

Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
3, rue Frédéric Combemale- BP 307
59020 LILLE

Tél : 03 20 29 59 59

FAX : 03 20 29 59 63

SOMMAIRE

1/L'ETABLISSEMENT	3
2/LE DARA	3
3/ LES OBJECTIFS DU STAGE	4
A/ Objectifs globaux	4
B/ Objectifs particuliers à chaque étape de la prise en charge du patient	4
B1 - En hospitalisation péri opératoire	4
B2 – En consultation et visite pré-anesthésique	5
Cadre législatif et recommandations	6
B3 – Au bloc opératoire	7
Cadre législatif et recommandations	7
B4 – En SSPI	8
Cadre législatif et recommandations	8
C/ Objectifs de fin de stage	8
 4/LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX ITEMS A RECUEILLIR PENDANT LES DIFFERENTES PERIODES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT	 9-10

1/L'ETABLISSEMENT

Type : ESPIC : **E**tablissement de **S**anté **P**rivé d'**I**ntérêt **C**ollectif

Orientation : Centre de Lutte contre le Cancer faisant partie de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer et du Centre Régional de Référence en Cancérologie en convention avec le C.H.R.U de Lille.

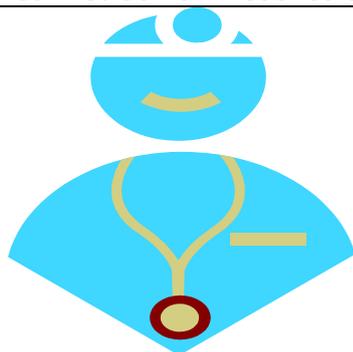
Plateaux techniques : Radiothérapie, Médecine nucléaire, Imagerie, Blocs opératoires.

Segmentation en Département : Oncologie générale, ORL, Cancérologie Digestive et Urologique, Gynécologie, Sénologie, Radiothérapie, Médecine nucléaire, Imagerie, Anesthésie réanimation algologie, Soins palliatifs, Pédiatrie, Anatomopathologie, Pharmacie, Pharmacodynamique, Laboratoires, Unité intégrée de recherche clinique.

3

2/LE DARA : Département d'Anesthésie, Réanimation, Algologie.

Les Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR)



Dr. Abesse Ahmeidi
Dr Eliane Boufflers Chef de département adjointe
Dr Agnès Hamdani
Dr Didier Delbrouck
Dr Jean Luc Desmaretz
Dr Danièle Lefebvre-Kuntz, Chef du département
Dr Nathalie Leroux-Bromberg
Dr Paul Marx

Dr Jérôme Danklou, en charge des soins péri-opératoires

Les locaux



- ↔ 1 secrétariat dédié
- ↔ 6 salles d'interventions chirurgicales
- ↔ 1 salle SSPI (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle)
- ↔ 1 Unité de Soins Continus (USC)

Les logiciels utilisés



- ↔ Exacto
- ↔ Dxcare
- ↔ Intranet (annuaire, gestion documentaire etc...)

3/ LES OBJECTIFS DU STAGE

A - Objectifs globaux

1. Découvrir les missions de l'anesthésiste réanimateur (cf planning mensuel)

- a. Hospitalisation péri-opératoire
- b. Consultations
- c. Anesthésie et salle de soins post interventionnelle

2. Les particularités de la cancérologie

- a. Titration des morphiniques
- b. Douleurs chroniques
- c. Nutrition

4

B – Objectifs particuliers à chaque étape de la prise en charge du patient

B1. En hospitalisation péri opératoire

- **Dans les services** : 2D VADS, 2B H de Jour, 2A sénologie, 2C oncologie générale et gynécologique
- **En USC**
 - Chirurgie lourde
 - Patients fragiles et/ou âgés

Les étudiants accompagnent un patient de la sortie de SSPI vers chacun des différents services jusqu'à la fin de la prise en charge par l'IDE.

Objectif primaire :

Juger de l'intérêt de la continuité des soins et des prescriptions postopératoires

Objectif secondaire :

Evaluer l'intérêt des procédures et connaître l'importance du brancardage.

B2. En consultation et visite pré anesthésiques

Les objectifs de l'étudiant



- ↔ Effectuer un examen clinique
- ↔ Evaluer l'ASA
- ↔ Evaluer le score d'intubation
- ↔ Gérer les médicaments
- ↔ Connaître les classes d'Altemayer – l'antibioprophylaxie

5

NB : Les étudiants hospitaliers assisteront à une consultation par chacun des anesthésistes et suivant leur intérêt à une ou plusieurs consultations d'CETD (Consultation, Evaluation et Traitement de la Douleur)

A savoir

Le dossier :

Le dossier d'anesthésie, élément essentiel de la continuité des soins en période péri anesthésique et péri interventionnelle, a pour objectif de rassembler l'ensemble des informations concernant les périodes pré, per et post anesthésiques pour tout acte d'anesthésie délivré à un patient. Ces informations enregistrées dans leur totalité doivent pouvoir être facilement communiquées aux différents médecins intervenant à toutes les étapes de la prise en charge péri anesthésique et péri interventionnelle.

Un dossier individuel global d'anesthésie est une nécessité pour un établissement donné. Il est spécifique, facilement identifiable et inclus dans le dossier du patient dont il partage la sauvegarde et le statut confidentiel.

Le questionnaire pré anesthésique précise en particulier :

- ↔ les antécédents médico-chirurgicaux (hospitalisations antérieures)
- ↔ les antécédents anesthésiques, s'ils existent, et transfusionnels
- ↔ les habitudes de vie
- ↔ et les traitements en cours (ordonnances)

Il est demandé au patient ou à son entourage de remplir ce questionnaire avec l'aide éventuelle du médecin traitant. Le document est remis au médecin anesthésiste réanimateur lors de la consultation pré anesthésique.

Les avantages de ce questionnaire sont certains :

- ↔ synthèse de ses antécédents par le patient lui-même
- ↔ recueil des informations sans doute plus exhaustif que lors de la consultation
- ↔ attention particulière accordée à l'acte anesthésique

mais les inconvénients ne sont pas négligeables :

- ↔ oubli d'informations essentielles
- ↔ limitation du dialogue médecin-patient
- ↔ « automatisation » de la consultation

Il s'agit donc d'un outil intéressant mais qui ne peut se substituer à l'interrogatoire effectué par le médecin.

Des informations écrites concernant l'anesthésie et la transfusion sont remises au patient à la consultation pré anesthésique. Cette méthode permet le plus souvent au patient de lire attentivement les informations et, si besoin, de demander des précisions complémentaires au médecin anesthésiste réanimateur lors de la visite préopératoire. L'expérience montre que les patients posent aussi des questions concernant l'acte interventionnel. Il appartient à l'opérateur d'expliquer au patient ou de lui remettre également une information concernant l'intervention prévue.

Certains items sont obligatoire (indicateurs IPAQSS) et permettent de juger de la qualité du dossier.

Cadre législatif et recommandations :

Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique.

- La consultation pré anesthésique pour une intervention programmée a lieu plusieurs jours avant l'intervention
- Elle est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur

Sont notés :

- les risques liés à l'anesthésie
- les transfusions
- l'état dentaire
- le score d'intubation
- la préparation préopératoire : 1) gestion des médicaments 2) sevrage tabagique 3) ;;;
- le choix de la technique
- la gestion de la douleur post-opératoire

Les résultats sont consignés dans un document écrit incluant les résultats des examens complémentaires et/ou des consultations spécialisées, le tout devant être inséré dans le dossier médical du patient.

Cette consultation est différente de la visite pré anesthésique qui elle aussi doit être réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur et être réalisée dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention

Aucune donnée scientifique ou norme réglementaire n'impose la pratique systématique d'examens complémentaires. Ils doivent être motivés par les données de l'interrogatoire, de l'examen, de l'acte, de l'anesthésie envisagée.

La consultation doit être réalisée dans de bonnes conditions

Pour les actes réalisés en ambulatoire, l'interrogatoire, l'examen clinique et l'information ne doivent pas être réalisés dans l'instant qui précède l'anesthésie

Le patient doit être informé que le médecin qui réalisera l'acte ne sera pas nécessairement celui qui l'a vu lors de la consultation.

Les prescriptions pré opératoire sont faites par le médecin anesthésiste effectuant la consultation.

B3- Au Bloc opératoire

Les objectifs de l'étudiant



- ↪ Connaître les classes médicamenteuses
- ↪ Réaliser avec l'IADE l'ouverture de salle
- ↪ Participer à la Check list d'ouverture, check list d'intervention
- ↪ Poser les voies veineuses
- ↪ Poser une sonde naso gastrique
- ↪ Poser une sonde urinaire
- ↪ Réaliser l'intubation par laryngoscope/video laryngoscope

Cadre législatif et recommandations :

Article 4 de l'arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux utilisés en anesthésie fait obligation de vérifier leur état et leur fonctionnement avant le début de chaque programme interventionnel et de chaque anesthésie (si une partie du matériel est changé ou si une autre équipe anesthésique prend le relais).

Cette procédure de vérification doit faire l'objet d'une trace écrite, contresignée par le médecin anesthésiste réanimateur. Cette transmission des informations est indispensable pour les utilisateurs suivants et les techniciens assurant l'entretien.

Les recommandations de la SFAR « concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation » proposent une procédure type de vérification « pour les appareils ne disposant pas de check-list ou quand celle-ci ne porte pas sur des systèmes anesthésiques particuliers ».

La liste indicative des principaux items à recueillir pendant cette période est rapportée dans La check-list (pages 9 et 10).

Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique. Les moyens nécessaires à la réalisation de l'anesthésie doivent permettre d'assurer :

- ↪ Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique
- ↪ La surveillance de la pression artérielle
- ↪ Le contrôle continu du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé
- ↪ De la saturation du sang en oxygène
- ↪ Des pressions, des débits ventilatoires, de la concentration en gaz carbonique expiré chez le patient intubé
- ↪ Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.
- ↪ Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient en secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie (SFAR - janvier 1994)

Tout acte d'anesthésie donne lieu à l'établissement d'une fiche d'anesthésie sur laquelle sont consignés les principaux éléments de l'examen pré interventionnel, la prémédication, les données de la surveillance per anesthésique, les temps opératoires, les médicaments et les produits sanguins administrés, les gestes associés (accès vasculaires, intubation trachéale, réglages du ventilateur).

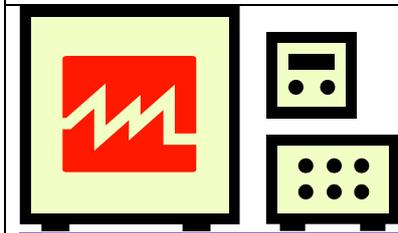
Pour l'anesthésie locorégionale sont notés la technique utilisée, le site de ponction, le type de matériel, les caractéristiques du bloc, les noms des personnes ayant assuré l'examen pré interventionnel, l'anesthésie et la surveillance du réveil.

En cas d'accident ou d'incident, un rapport écrit est ajouté.

Le recueil des données de la période per anesthésique concerne la surveillance issue du monitoring et les prescriptions, les diagnostics d'incidents ou d'accidents, la trace de l'analyse des risques réalisée avant la prise d'une décision importante.

B4 -En SSPI Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Les objectifs de l'étudiant



- ↻ Reconnaître les signes de réveil et critères d'extubation
- ↻ Connaître les mesures d'antalgie postopératoires

La période du réveil correspond à la disparition progressive des effets résiduels des agents de l'anesthésie et l'apparition des conséquences de l'acte chirurgical. La surveillance post interventionnelle et post anesthésique immédiate est obligatoirement effectuée dans une structure dédiée à cette période et effectuée par un personnel qualifié. La qualité de cette surveillance clinique et instrumentale est un élément de la sécurité post anesthésique. Les éléments de cette surveillance font l'objet d'un recueil spécifique dans le dossier d'anesthésie.

Les prescriptions post interventionnelles, de surveillance à distance de l'anesthésie et d'exams para cliniques, destinées au secteur d'accueil du patient à sa sortie de SSPI assurent la continuité des soins.

Cadre législatif et recommandations :

5.1. Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 décrit avec précision l'organisation et le fonctionnement de la surveillance continue post interventionnelle.

L'article D 712-50 de ce décret précise que l'intégralité des informations recueillies lors de la surveillance continue post interventionnelle est transcrite dans un document classé dans le dossier médical du patient.

Il en est de même « des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation » qui font également l'objet d'une transmission écrite.

8

C - OBJECTIF DE FIN DE STAGE



L'étudiant choisit un cas clinique de prise en charge anesthésique d'un patient ASA 3 ou 4 et en réalisera une présentation à la réunion du vendredi

4/LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX ITEMS A RECUEILLIR PENDANT LES DIFFERENTES PERIODES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Période per anesthésique (check-list)

9

1/Identification Patient

Nom patronymique : _____ Prénom : _____
Nom d'épouse : _____
Date de naissance : ____/____/____ Sexe : H F

2/ Intervention

Date de l'intervention : ____/____/____
Nature de l'intervention : _____
Site (bloc opératoire) : _____
Salle d'intervention : _____
Nom du médecin anesthésiste réanimateur : _____

Nom de l'IADE : _____
Nom de l'opérateur : _____

3/Anesthésie

Circonstances de l'anesthésie : ••Programmée ••Non programmée ••Urgence
••Estomac plein ••Ambulatoire

Patient mineur : • **autorisation d'opérer**

Monitoring exigé par le décret 94-1050 : • Electrocardioscope • Pression artérielle
• SpO2 • PetCO2 • Débit d'oxygène • Teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé
• Pression ventilatoire • Débit ventilatoire • BIS • Curarisation

Autres monitorages : • Hémodynamique • Curarisation • Température • Autre (BIS,....)

Equipements :

• Sonde intubation / masque laryngé /Fibroscopie
• **Voies veineuses** (type et site) : • cathéter central • cathéter périphérique • Cathéter artériel (site) _____

Sondage : • estomac •• vessie

• Lutte contre l'hypothermie : _____

Position : ••DD ••DV ••DL ••GP ••Assis ••Trendelenburg (*degré d'inclinaison de la table*) : _____

Technique anesthésique

• AG ••Sédation ••Surveillance
•Péridurale : ••Site de ponction : _____ Matériel Utilisé : _____
• Rachianesthésie : ••Site de ponction : _____ Matériel Utilisé : _____

Surveillance au bloc opératoire

Heure d'entrée en salle : |__|__| H |__|__|
Heure d'induction : |__|__| H |__|__|
Heure début d'intervention (incision) :
|__|__| H |__|__|
Heure fin d'intervention : |__|__| H |__|__|
Heure d'extubation : |__|__| H |__|__|
Heure sortie de salle : |__|__| H |__|__|

Principaux temps opératoires

Clampage début |__|__| H |__|__|
Clampage fin |__|__| H |__|__|
Garrot début |__|__| H |__|__|
Garrot fin |__|__| H |__|__|
Changement de position |__|__| H |__|__|

10

Protocole anesthésique (Agents Nature Dose Induction Dose entretien)

• Hypnotique • Halogéné • Curare • Morphinique • Autres _____

Nature Quantité ou dose administrée

- Solutés de perfusion : _____
- Solutés d'expansion volémique : _____
- Produits sanguins : _____
- Antibioprophylaxie : _____

Modalités de la ventilation :

Paramètre du ventilateur : _____
• Oxygénothérapie : _____
• Assistance manuelle : _____
• Mesures de recrutement

Orientation post interventionnelle : • SSPI • Unité d'hospitalisation

Incident/accident : • OUI • NON

Recueil des incidents ou accidents

3/Monitorage et surveillance en SSPI

• Electrocardioscope • Pression artérielle non invasive • invasive • SpO2 • PetCO2
• Curarisation • Température • Diurèse horaire
• Drainage : type: _____ quantité : _____
Site opératoire : _____

Ventilation FiO2 : |__|__| % Pression ventilatoire : _____ Débit ventilatoire : _____

4/Surveillance régulière – Sortie de SSPI

Heure : |__|__| H |__|__| mm Fréquence cardiaque : _____ Pression artérielle : _____
Conscience : _____ SpO2 : _____ PetCO2 : _____
Température : _____ Diurèse : _____ Douleur : EVA, EN _____