



Normes de pratique de l'inhalothérapeute en assistance anesthésique

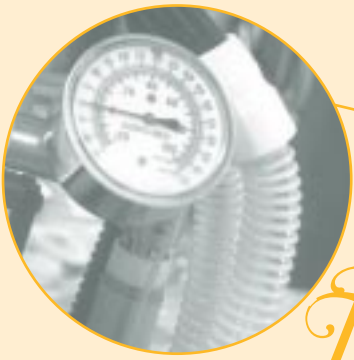
*P*réambule

L'anesthésie est une spécialité dynamique de la médecine qui a grandement évolué au cours des dernières années. Au Canada, des efforts continus sont faits pour améliorer la qualité des soins anesthésiques.

Le travail et la formation de l'inhalothérapeute doivent donc être le reflet de cette progression. Évoluer dans ce secteur exige un sens professionnel aigu et des connaissances de pointe afin de dispenser, de façon optimale, des soins de support en anesthésie, en réanimation et en soins critiques, le tout avec un souci constant du bien-être de l'utilisateur.

La multiplication rapide des techniques d'anesthésie et des agents pharmacologiques divers, combinée à l'évolution des technologies, oblige l'inhalothérapeute à se tenir constamment à jour pour offrir des soins de qualité et pour évoluer efficacement avec le reste de l'équipe médicale.

Ces normes s'appliquent à l'ensemble des inhalothérapeutes travaillant en assistance anesthésique tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Par ailleurs, tous les actes posés doivent répondre aux présentes normes.



Rôle et responsabilités

Le rôle et les responsabilités de l'inhalothérapeute en anesthésie varient d'un établissement à l'autre. Il est toutefois important de se rappeler que tout acte posé ou toute technique pratiquée par l'inhalothérapeute doivent être conformes aux normes professionnelles et à l'encadrement légal de la profession. De plus, la pratique doit être uniforme d'un individu à l'autre, et ce, dans chaque établissement.

Évaluation de l'usager

Au début de chaque cas, l'inhalothérapeute prend connaissance de l'évaluation de l'usager et du dossier médical de celui-ci. Les aspects suivants doivent être pris en considération :

- ~ diagnostic actuel;
- ~ bilan de santé;
- ~ antécédents médicaux, anesthésiques et chirurgicaux;
- ~ antécédents familiaux;
- ~ médication usuelle;
- ~ état du jeûne;
- ~ présence de prothèses dentaires ou de lentilles cornéennes, s'il y a lieu;
- ~ difficultés possibles inhérentes à l'intubation;
- ~ allergies connues.

En collaboration avec l'anesthésiologiste, l'inhalothérapeute s'assure que l'usager comprend bien les explications relatives aux actes qui seront posés à son égard.

Surveillance anesthésique

L'inhalothérapeute, en collaboration avec l'anesthésiologiste, a pour rôle d'assurer, de manière optimale, la surveillance physiologique de l'usager avec un maximum de vigilance et de sécurité. Cette règle s'applique à chaque phase de l'anesthésie générale et locorégionale. Voici quelques exemples :

- ~ mesures préventives en ce qui a trait aux points d'appui et aux compressions (position, protection oculaire...);
- ~ vigilance continue à l'égard de l'installation technique;
- ~ surveillance des signes vitaux (température, tension artérielle, pouls...);
- ~ surveillance de la ventilation mécanique et de l'ensemble de ses composantes telles que :
 - pression inspiratoire de pointe,
 - volume courant,
 - fréquence respiratoire,
 - volume minute,
 - CO₂ expiré,
 - fraction inspirée d'oxygène,
 - débit de gaz stable;
- ~ calcul des pertes et des apports liquidiens (sang, colloïdes, cristalloïdes);
- ~ observation des réactions physiologiques de l'usager au moment de l'administration des médicaments.

Matériel de base

Au début de chaque cas et afin d'assurer une sécurité optimale, et ce, pour tout type d'anesthésie, le matériel de base doit contenir les éléments suivants :

- ~ lames de laryngoscope de format approprié;
- ~ manches de laryngoscope de format approprié avec ampoule et piles de rechange;
- ~ sondes endotrachéales de format approprié;
- ~ seringue pour gonfler le ballonnet, s'il y a lieu;
- ~ masque de format approprié;
- ~ canules oropharyngées de divers formats;
- ~ mandrin;
- ~ pince Magill;
- ~ dispositif pour la fixation de la sonde endotrachéale;
- ~ médication nécessaire en fonction du choix de l'anesthésiologiste;
- ~ soluté et tubulure appropriés;
- ~ un réanimateur manuel fonctionnel et adéquat disponible dans chaque salle.

Monitoring

L'inhalothérapeute, en collaboration avec l'anesthésiologiste, prépare le matériel requis à la surveillance et à la sécurité de l'usager, et ce, en fonction de l'évaluation préopératoire de l'état de l'usager, du type d'anesthésie et de la chirurgie que ce dernier doit subir.

Monitoring non invasif (non effractif)

Le monitoring non invasif installé doit inclure :

- ~ En anesthésie locorégionale (blocs divers, rachidienne, épidurale) :
 - moniteur cardiaque,

- oxymètre de pouls,
- moniteur à tension artérielle.

- ~ En anesthésie générale : les trois éléments mentionnés précédemment, plus :
 - capnographe (préalement étalonné),
 - analyseur d'oxygène (oxymètre).

Monitoring complémentaire

- ~ moniteur de température;
- ~ analyseur de gaz (préalement étalonné), s'il est disponible;
- ~ stéthoscope;
- ~ stimulateur neuro-musculaire;
- ~ analyseur de profondeur de l'anesthésie (moniteur de type BIS);
- ~ autres monitorages spécialisés (échographie transœsophagienne).

Monitoring invasif (effractif)

Le monitoring invasif est, lui aussi, déterminé en fonction des besoins relatifs au type d'anesthésie, au type de chirurgie et à l'état de santé de l'usager. Il est généralement utilisé chez les usagers qui présentent un risque potentiel ou qui ont des antécédents médicaux significatifs. Dans le secteur privé, il est peu probable de le retrouver, mais, si tel est le cas, il doit répondre aux mêmes exigences.

L'inhalothérapeute assiste l'anesthésiologiste au moment de l'installation du monitoring qui doit être fait selon une procédure définie.

- ~ Canule artérielle :
 - vérification de la date de péremption du soluté et du matériel,
 - préparation et montage de façon aseptique et uniforme,

Normes de
pratique de
l'inhalothérapeute
en assistance
anesthésique

- héparinisation selon la technique établie avec le Service de pharmacie,
- étalonnage au point zéro et capteur à niveau,
- ajustement des échelles, si cela est nécessaire,
- assistance ou installation de façon aseptique et uniforme.

~ Tension veineuse centrale :

- vérification de la date de péremption du soluté et du matériel,
- préparation et montage du matériel de façon aseptique et uniforme,
- étalonnage à zéro et capteur à niveau,
- cathéters à simple ou à multilumières selon le besoin et héparinisation selon la technique établie, si cela est nécessaire,
- ajustement des échelles, si cela est nécessaire,
- assistance à l'installation de façon aseptique et uniforme.

~ Cathéter de Swan-Ganz :

- vérification de la date de péremption et de l'intégrité du ballonnet, s'il y a lieu,
- préparation et montage du matériel de façon aseptique et uniforme,
- héparinisation selon la technique établie avec le Service de pharmacie,
- étalonnage à zéro et capteur à niveau,
- ajustement des échelles, si cela est nécessaire,
- préparation et calibration du Swan-Ganz,
- préparation et calibration *in vitro* du Swan-Ganz à lecture de débit cardiaque et SVO_2 continue, s'il y a lieu,

- préparation et calibration du Swan-Ganz avec stimulateur cardiaque intégré, s'il y a lieu,
- assistance à l'installation de façon aseptique et uniforme.

Matériel complémentaire

Tout comme pour l'utilisation du monitoring, tout matériel utile pour l'ensemble des étapes liées à l'anesthésie doit être utilisé selon une procédure décrite dans le manuel de techniques et de procédures. Dans ce matériel, on retrouve, entre autres :

- ~ autotransfuseur;
- ~ pompe à perfusion;
- ~ réchauffe-sang ou réchauffe-soluté;
- ~ pousse-seringue;
- ~ couverture chauffante et matelas réfrigérant;
- ~ bronchoscope et trachéoscope;
- ~ garrot (simple et/ou double).

Alarmes

Les appareils utilisés en anesthésie doivent être munis d'alarmes fonctionnelles qui doivent être ajustées selon une échelle sécuritaire en fonction de l'état de l'usager.

Voie veineuse

L'inhalothérapeute assiste ou installe, le cas échéant, la voie intraveineuse de façon aseptique et uniforme en respectant les éléments suivants :

- ~ tubulure de longueur et de diamètre adéquats avec site d'injection et préférentiellement valve antiretour;
- ~ vérification de la date de péremption et identification du soluté;
- ~ préparation aseptique;

- ~ fixation à la canule intraveineuse de façon aseptique et sécuritaire. Aucun diachylon ne devrait être préparé à l'avance et apposé sur une surface autre que le peau.

La conservation des solutés doit respecter les normes du fabricant.

S'il y a ajout de médicaments à l'intérieur du soluté, les renseignements suivants doivent être inscrits sur le contenant :

- ~ nom du médicament ajouté;
- ~ concentration du médicament;
- ~ date de préparation;
- ~ initiales de l'inhalothérapeute, s'il y a lieu.

Produits sanguins et dérivés

En ce qui concerne l'administration et la conservation de produits sanguins et de ses dérivés, un protocole d'administration doit être établi, en collaboration avec la banque de sang et en conformité avec les normes d'Héma-Québec. À ce titre, veuillez vous référer au fascicule *Médication*.

Intubation / extubation

L'inhalothérapeute peut assister le médecin au moment d'une intubation ou d'une extubation ou poser lui-même un de ces actes. Veuillez vous référer au fascicule *Normes en soins critiques*.

Salle de réveil

Transfert

Le transfert vers la salle de réveil ou vers une autre unité de soins doit être fait avec un maximum de sécurité. À l'arrivée de l'usager, un rapport sur son état est fait par l'anesthésiologiste ou l'inhalothérapeute, le cas échéant.

Surveillance

Dans le cas où l'inhalothérapeute a la responsabilité de la surveillance de l'usager à la salle de réveil, un protocole doit être établi et entériné par le responsable médical, le CMDP et le C.A. de l'établissement et il doit contenir :

- ~ le monitoring de base;
- ~ le matériel d'urgence nécessaire;
- ~ les critères de congé.

Ventilation

Même si la ventilation artificielle est de courte durée à la salle de réveil, elle doit être faite selon les mêmes exigences qu'en soins critiques et l'inhalothérapeute doit y apporter le même suivi (voir fascicule des *Normes en soins critiques*). L'ensemble des normes applicables à la pratique de l'inhalothérapeute en soins critiques doit être respecté, c'est-à-dire que :

- ~ la ventilation doit être faite selon une ordonnance médicale;
- ~ les observations de l'inhalothérapeute doivent être inscrites au dossier;
- ~ les alarmes doivent être utilisées avec le maximum de sécurité.

Normes de
pratique de
l'inhalothérapeute
en assistance
anesthésique



A

ppareillage

Contrôle de qualité de l'équipement

L'inhalothérapeute s'assure de la présence et du fonctionnement adéquat de tout appareillage et équipement nécessaire à l'anesthésie en respectant l'ensemble des éléments mentionnés plus bas. Bien que le contrôle de la qualité de l'équipement soit effectué de façon automatique avec certains appareils, l'inhalothérapeute doit connaître l'utilité de chacun des tests et doit s'assurer que la totalité des tests soient effectués.

Vérifications avant chaque cas

Table d'anesthésie

- ~ Vérification du circuit :
 - étanchéité et intégrité du circuit.
- ~ Vérification de la chaux sodée :
 - variation de la couleur de la chaux sodée. Dans le cas d'un doute ou d'une chirurgie de longue durée, changer la chaux sodée dès l'apparition du doute ou avant la chirurgie.

Avertissement : Si l'utilisation de la chaux sodée est mal surveillée, certains composés sont neutralisés et s'évaporent, changeant ainsi son pH et sa couleur. Une chaux sodée peut paraître alors intacte tout en étant en partie altérée. Le changement de couleur doit donc être utilisé comme une indication immédiate d'épuisement.

- ~ Vérification de la succion :
 - fonctionnement adéquat de la succion,
 - tubulure et succion rigide en place.
- ~ Vérification des vaporisateurs :
 - niveau de liquide adéquat,
 - orifice de remplissage indexé fermé,
 - vaporisateur fermé entre les cas.
- ~ Vérification du respirateur :
 - en pratique pédiatrique, changement du soufflet en fonction du poids de l'usager,
 - paramètres physiologiques adaptés,
 - étanchéité et intégrité du soufflet.
- ~ Vérification de la présence, de la propreté et de l'étanchéité du filtre, s'il y a lieu.

Chariot d'anesthésie

La vérification du contenu du chariot en anesthésie est sous la responsabilité de l'inhalothérapeute. Ce contenu doit être vérifié avant chaque cas et il peut varier d'un établissement à l'autre. Dans certains centres, une partie du contenu décrit peut être incluse dans le matériel de la table d'anesthésie. Le chariot doit contenir tout le matériel de base nécessaire à l'anesthésie :

- ~ nécessaire à intubation (batteries, lames, lumières, sondes endotrachéales, mandrins...);
- ~ nécessaire à intraveineuse (aiguilles, seringues, cathéters intraveineux...);
- ~ masques de formats différents;
- ~ canules oropharyngées et nasopharyngées, sondes nasogastriques;
- ~ suctions (rigides, flexibles);
- ~ médication;
- ~ protecteur oculaire;
- ~ stéthoscope;
- ~ électrodes.

Vérifications quotidiennes

En plus des vérifications avant chaque cas, les vérifications suivantes doivent être faites quotidiennement.

- ~ L'inhalothérapeute doit s'assurer de la présence des appareils suivants dans la salle :
 - oxymètre de pouls,
 - capnographe (étalonnage, s'il y a lieu),
 - analyseur d'oxygène,
 - analyseur de gaz (s'il est disponible),
 - cardioscope,
 - moniteur de tension artérielle non invasif,
 - moniteur de tension invasif, s'il y a lieu,

- moniteur de température,
- stimulateur neuromusculaire.

- ~ Vérification de l'alimentation :
 - étanchéité des bouteilles de gaz (présence d'une clé sur la bouteille d'oxygène),
 - pression suffisante dans les bouteilles d'O₂ et d'air comprimé (changer le cylindre si la pression est inférieure à 600 psi)
 - purge des manodétendeurs après vérification,
 - pression suffisante dans la bouteille de N₂O (changer le cylindre si la pression est inférieure à 745 psi) à 745 psi, les bouteilles sont considérées vides au 3/4
 - purge du manodétendeur après vérification,
 - pression suffisante dans la canalisation (entre 40 et 60 psi ou entre 275 et 415 kPa),
 - alarme de basse pression d'oxygène,
 - mécanisme de défaillance d'oxygène (purge).

- ~ Vérification des débitmètres et des pointeaux :
 - intégrité des débitmètres,
 - débit minimal d'oxygène à 200 ml/min, $\pm$ 50 ml (ou test d'ouverture de l'O₂ en présence de N₂O); ou selon le type de système de sécurité de l'appareil d'anesthésie.,
 - entraînement des débits d'oxygène et de protoxyde d'azote (FiO₂ minimale de 25 %).

- ~ Vérification des vaporisateurs :

**Normes de
pratique de
l'inhalothérapeute
en assistance
anesthésique**

- intégrité des vaporisateurs,
- vis de remplissage en position fermée, s'il y a lieu,
- système de sécurité des vaporisateurs,
- vaporisateurs en position fermée entre les cas.

~ Vérification de l'intégrité de l'absorbeur.

- ~ Vérification du circuit en cercle :
- valve d'évitement en position fermée,
 - valve sélective fonctionnelle,
 - valve régulatrice de pression (APL) fonctionnelle,
 - manomètre à zéro,
 - valves unidirectionnelles fonctionnelles,
 - connecteur de l'alarme de basse pression, s'il y a lieu,
 - intégrité de la tubulure de gaz frais, s'il y a lieu.

- ~ Vérification du circuit coaxial (Bain) :
- tubulure d'arrivée des gaz frais,
 - connecteur d'alarme de basse pression,
 - test de pression négatif (test de Pethick),
 - test de la chute de débit,
 - manomètre à zéro.

- ~ Vérification de l'analyseur d'oxygène :
- calibrage et étalonnage à 21 % et à 100 %.

~ Vérification du spiromètre.

- ~ Vérification des capteurs de débit, s'il y a lieu.

- ~ Vérification du respirateur :
- alarme sonore de basse pression entre 6 et 10 secondes,
 - étanchéité du respirateur,
 - intégrité du soufflet,
 - alarme sonore de volume/minute minimal, s'il y a lieu.

- ~ Vérification du système antipollution :
- intégrité et bon fonctionnement du système et de la tubulure,
 - mobilité de la valve d'interface,
 - système rattaché à la canalisation.

- ~ Vérification des piles sur certains appareils, s'il y a lieu.

Vérifications mensuelles

En plus des vérifications avant chaque cas et des vérifications quotidiennes, les vérifications suivantes doivent être faites chaque mois ou ajustées au nombre d'heures d'utilisation ou encore selon les normes du fabricant.

- ~ Vérification du système de basse pression :
 - intégrité du système de basse pression (test de la « poire »).
- ~ Vérification du haut débit d'oxygène :
 - haut débit d'oxygène entre 30 et 70 litres/min.
- ~ Vérification du circuit :
 - clapet de détente fonctionnel (maximum de 70 cm d'H₂O).
- ~ Vérification du capnographe :
 - changement du filtre et de la trappe à eau, s'il y a lieu.
- ~ Vérification de l'analyseur d'agents anesthésiques.
- ~ Vérification du vaporisateur :
 - échantillonnage minimal une fois par année ou selon les recommandations du fabricant,
 - si l'agent anesthésique contient un additif ou un stabilisant chimique, le vaporisateur doit être vidangé régulièrement (ex. : halothane), selon les normes du fabricant.
- ~ Vérification des piles sur certains appareils, s'il y a lieu.

Vérifications périodiques

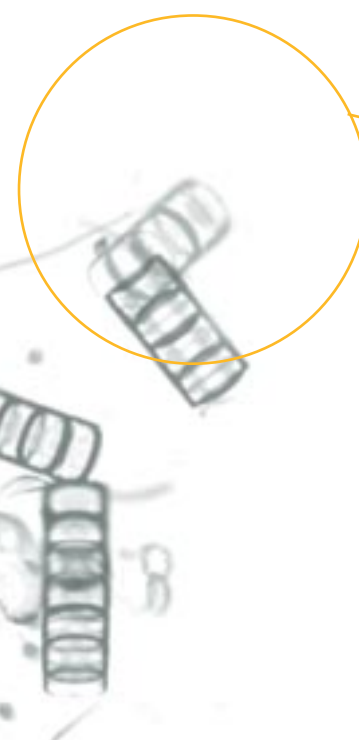
Tout appareil doit être vérifié périodiquement selon un programme défini et à des intervalles réguliers. Ces vérifications périodiques peuvent être assurées soit par le génie biomédical de l'établissement ou par un contrat de service auprès des compagnies respectives. Les vérifications périodiques sont faites dans le but d'assurer un rendement optimal et sécuritaire de l'appareil. Il incombe à l'inhalothérapeute de voir à ce que ces vérifications soient faites dans le délai prescrit par le fabricant, ou plus fréquemment, si cela est nécessaire (capnographe et analyseur de gaz). À cette fin, veuillez vous référer au fascicule *Appareillage*.

En ce qui a trait aux vaporisateurs, un étalonnage doit être fait 1 fois l'an. Quant à la révision complète de ceux-ci, elle est effectuée selon les normes du fabricant.

Respirateurs de la salle de réveil

Tout comme l'ensemble de l'appareillage, les respirateurs de la salle de réveil doivent être vérifiés avant leur utilisation. L'étalonnage, la vérification, le contrôle de qualité et l'entretien préventif doivent être assurés et inscrits dans un registre signé par l'inhalothérapeute (voir le fascicule *Normes en soins critiques*).

Normes de
pratique de
l'inhalothérapeute
en assistance
anesthésique



Matériel et médication d'urgence

Tout établissement doit obligatoirement posséder le matériel nécessaire en cas d'urgence. Il est du devoir de l'inhalothérapeute de voir à ce que tout le matériel d'urgence utilisé soit conforme, complet et fonctionnel et d'en assurer la vérification de façon périodique et après utilisation. Le matériel doit être placé dans un endroit connu de tous. Les vérifications devront être certifiées par une signature. Ce matériel peut différer selon l'établissement, mais il doit contenir :

- ~ Médication d'urgence :
 - médication nécessaire à toute urgence respiratoire ou cardiaque,
 - médication jugée nécessaire pour répondre à tout besoin pharmacologique relatif au maintien de l'anesthésie ou de la réanimation.
- ~ Matériel de réanimation adulte et pédiatrique, s'il y a lieu :
 - moniteur défibrillateur et gelée conductrice,
 - électrodes,
 - médication de réanimation selon la politique locale.

- ~ Matériel et protocole d'hyperthermie maligne :
 - circuit de ventilation neuf,
 - chaux sodée non préalablement utilisée,
 - dantrolène (36 bouteilles minimum sur le même lieu physique, selon les recommandations de l'Association de l'hyperthermie maligne),
 - eau stérile pour la préparation pharmaceutique du dantrolène,
 - solutés froids,
 - thermomètre,
 - autre matériel et médication jugés nécessaires, selon le protocole.



~ Alternative en cas d'intubation difficile, selon le ou les choix de l'établissement :

- mandrin,
- guide d'échange de sonde endotrachéale,
- bougie d'Eschmann,
- nécessaire à trachéotomie d'urgence,
- système de ventilation transtrachéale,
- lames et manches de laryngoscope de divers formats,
- alternatives au masque facial telles que masque laryngé, Combitube™, Proseal et ses dispositifs d'insertion, Fast-Track,
- alternatives à l'intubation par laryngoscopie directe telles que mandrin lumineux, trachéoscope flexible, laryngoscope de Bullard...,
- nécessaire à cricothyroïdectomie,
- valve manuelle fonctionnelle pour ventilation « JET » (s'assurer de son emplacement et que le nécessaire soit disponible dans l'établissement),
- autre matériel jugé nécessaire.

~ Matériel et protocole d'allergie au latex :

- gants stériles et à usage unique sans latex,
- seringues sans latex,
- matériel sans latex (tubulure de soluté, masques...),
- robinets trois voies,
- thermomètre,
- brassard de pression compatible,
- autre matériel jugé nécessaire.

Le CIP recommande de joindre, au contenu de ce matériel, la marche à suivre, selon les algorithmes en vigueur, dans chacune des situations d'urgence précédentes.

Environnement et sécurité

Selon le *Guide d'exercice de l'anesthésie de la Société canadienne des anesthésiologistes*, il est recommandé :

- ~ d'éviter la « recirculation » d'air usé durant les heures d'activité de la salle d'opération;
- ~ de surveiller régulièrement l'exposition aux gaz anesthésiques résiduels. Le protocole de surveillance devrait porter sur les individus et le type de ventilation des salles évaluées. Si le N₂O est utilisé, le contrôle constitue une façon acceptable d'évaluer l'efficacité du système d'évacuation des gaz.

Normes de
pratique de
l'inhalothérapeute
en assistance
anesthésique



Aseptisation

Santé Canada répartit le matériel médical, l'équipement et le matériel chirurgical en trois catégories selon le risque d'infection lié à leur utilisation : matériel critique, semi-critique et non critique. Le matériel utilisé en anesthésie a été classifié en respectant ces catégories. Toutefois, les normes contenues dans le fascicule *Prévention de la transmission des infections* doivent être respectées afin de couvrir l'ensemble des lignes directrices établies par Santé Canada.

Matériel critique

Selon Santé Canada, le matériel critique nécessite un nettoyage méticuleux suivi d'une stérilisation. Il s'agit d'instruments ou d'appareils qui pénètrent les tissus stériles.

Matériel	Fréquence d'aseptisation
Fibre optique (partie invasive seulement)	Entre chaque usager. Le temps de trempage doit être conforme aux normes du fabricant en fonction du produit utilisé. Pour certains produits, le temps de trempage fait la différence entre une aseptisation et une stérilisation.
Bronchoscope (partie invasive seulement)	
Trachéoscope (partie invasive seulement)	
Guide d'échange pour sonde endotrachéale	
Bougie d'Eschmann	
Masque laryngé	

Matériel semi-critique

Selon Santé Canada, le matériel semi-critique nécessite un nettoyage méticuleux suivi, de préférence, par une désinfection de haut niveau. Il s'agit du matériel qui entre en contact avec la peau non intacte ou les muqueuses, mais qui, généralement, ne les pénètre pas.

Normes de
pratique de
l'inhalothérapeute
en assistance
anesthésique

Matériel	Fréquence d'aseptisation
Masque	Entre chaque usager.
Circuits, ballons et réanimateur manuel	Entre chaque usager. Si l'établissement souhaite établir une politique d'aseptisation différente (ex. : utilisation de filtres), le CIP recommande de faire valider la procédure par le comité de prévention des infections de l'établissement.
Lame de laryngoscope	Entre chaque usager. Le temps de trempage doit être conforme aux normes du fabricant.
Protecteur oculaire et dentaire	Entre chaque usager.
Soufflet	1 fois par mois ou plus fréquemment, si cela est nécessaire.
Adaptateur en turbine pour spiromètre	
Fil de capteur de basse pression	
Fil de capteur de capnographe	
Fil de l'analyseur de gaz	

Matériel non critique

Selon Santé Canada, le matériel non critique nécessite un nettoyage et une désinfection de faible niveau. Il s'agit d'appareils qui n'entrent pas en contact avec l'utilisateur ou qui peuvent toucher la peau, sans avoir de contact avec les muqueuses.

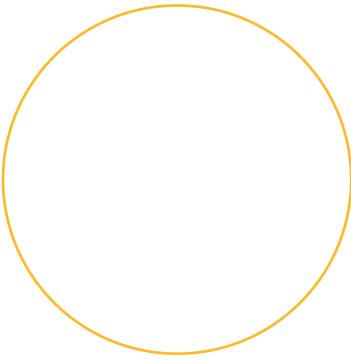
Matériel	Fréquence d'aseptisation
Moniteur de température	Entre chaque usager.
Capteur de l'oxymètre de pouls	Entre chaque usager.
Bac à chaux sodée	1 fois par mois ou plus fréquemment, si cela est nécessaire.
Valves unidirectionnelles (incluant disques, dômes, joints d'étanchéité)	
Manche de laryngoscope	1 fois par 24 heures ou plus fréquemment, si cela est nécessaire.
Surface de la table d'anesthésie	
Surface du chariot d'anesthésie	
Brassard à pression	
Surface des petits appareils (ex. : oxymètre de pouls, réchauffe-liquide)	1 fois par semaine ou plus fréquemment, si cela est nécessaire.



Matériel à usage unique

Matériel	Fréquence de changement
Filtres antibactériens : s'il y a utilisation à la sortie de la sonde endotrachéale	Entre chaque usager.
Filtres antibactériens : s'il y a utilisation au niveau des circuits inspiratoires et expiratoires	Selon les recommandations du fabricant. Si l'établissement souhaite établir une politique d'aseptisation différente, le CIP recommande de faire valider la procédure par le comité de prévention des infections de l'établissement.
Tubulure du système antipollution	Changement tous les 4 mois ou plus fréquemment, si cela est nécessaire.

Normes de
pratique de
l'inhalothérapeute
en assistance
anesthésique



*Ordre professionnel
des inhalothérapeutes
du Québec*

OPIQ

Achévé d'imprimer le 1^{er} trimestre 2002