

Les notes au dossier
dans le secteur
de l'assistance anesthésique
et de la sédation analgésie

Guide de pratique

avril 2008



Coordination

Martine Gosselin, B. Sc., inh.

Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, OPIQ

Recherche et rédaction

Martine Gosselin, B. Sc., inh.

Coordonnatrice à l'amélioration de l'exercice, OPIQ

Marise Tétreault, inh.

Inspectrice permanente, OPIQ

Consultation

Gaby Bellerose, inh.

CSSS du Sud de Lanaudière,
Hôpital Pierre-Le Gardeur

Nancy Breton, inh.

Assistante-chef en inhalothérapie,
Hôpital Shriners pour enfants de Montréal

Marc Delisle, inh.

Coordonnateur technique, CUSM,
Hôpital Général de Montréal

Dominic Hébert, inh.

Assistant-chef en inhalothérapie, CHU Sainte-Justine

François Hébert, inh.

CSSS de Dorval-Lachine – LaSalle, Hôpital de LaSalle

M^e Andrée Lacoursière

Adjointe à la direction générale, OPIQ

Harry Lattas, inh.

Coordonnateur technique, CUSM,
Hôpital Royal-Victoria

Consultation (suite)

Francine LeHouillier, inh.

Coordonnatrice technique en assistance
anesthésique au bloc opératoire
CHUL du CHU de Québec

Ginette Philie, inh.

Coordonnatrice technique,
CSSS Sud-Ouest Verdun – Hôpital Verdun

Josée Prud'Homme

Directrice générale, OPIQ

Isabelle Truchon, inh.

Coordonnatrice par intérim, CSSS de la Vallée-de-l'Or,
Centre hospitalier de Val-d'Or

Daniel Trottier, inh.

À titre de membre du comité d'inspection
professionnelle
CSSS Arthabaska-Érable, Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Johanne Marois, inh.

CSSS Haut-Richelieu/Rouville,
Hôpital du Haut-Richelieu

Line Prévost, inh.

Coordonnatrice aux affaires professionnelles, OPIQ

Révision

M^e Andrée Lacoursière

Adjointe à la direction générale, OPIQ

Josée Prud'Homme

Directrice générale, OPIQ

Correction

Murielle Pagé

Secrétaire à l'amélioration de l'exercice, OPIQ

Nous adressons nos sincères remerciements à tous les inhalothérapeutes ayant participé au projet pilote.

Table des matières

IV	Avant-propos
1	Introduction
2	L'importance de constituer un dossier
3	Où rendre compte des activités ?
4	Renseignements et activités à inscrire
4	Identification de l'utilisateur
4	Renseignements cliniques
6	Ordonnances
8	Activités
14	Transfert
14	Appareillage
15	Signature et temps de présence en salle de l'inhalothérapeute
15	Notes tardives
16	Utilisation d'un formulaire type
17	Annexes
18	Formulaire type de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
20	Formulaire DT448 du CHUQ Hôpital Saint-François d'Assise
22	Formulaire du CSSS Arthabaska-Érable, Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Avant-propos

Les notes au dossier font partie intégrante de l'intervention clinique et assurent un continuum dans la prestation des soins. La tenue de dossier est régie par le *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* ainsi que par les *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*.

Depuis plusieurs années, la tenue de dossier en assistance anesthésique et en sédation analgésie fait l'objet de nombreuses discussions, en particulier au sujet de la difficulté à identifier et à repérer clairement les activités réalisées par les inhalothérapeutes.

Le présent document est donc un outil mis à la disposition des inhalothérapeutes afin d'améliorer leur pratique en matière de tenue de dossier.

N.B. : Bien qu'il propose des solutions pratiques, ce document ne lie pas le Bureau du Syndic de l'Ordre.

Introduction

Le guide de pratique sur les notes au dossier dans le secteur de l'assistance anesthésique et de la sédation analgésie (ci-après « *Guide* ») a été conçu afin de faciliter la tenue de dossier en conformité avec la réglementation existante, tout en maintenant le cap sur un objectif de qualité et de protection du public, raison première de l'existence d'un ordre professionnel.

Le Bureau de l'Ordre a mandaté le comité d'inspection professionnelle (CIP) qui, en collaboration avec des inspecteurs et des inhalothérapeutes de divers milieux cliniques, a élaboré le présent document. Appuyé sur les résultats d'un projet-pilote réalisé en octobre 2007, ce *Guide* tient compte des réalités cliniques et des dispositions réglementaires en tenue de dossier.

L'objectif ici n'est pas de dédoubler les renseignements et activités cliniques à consigner au dossier de l'utilisateur. Il s'agit plutôt de rendre compte des activités effectuées par l'inhalothérapeute dans l'exercice de ses fonctions en assistance anesthésique et en sédation analgésie.

Il est important de rappeler que ce *Guide* est un complément aux documents déjà existants. L'inhalothérapeute doit donc se référer à la loi, au règlement et aux normes professionnelles en vigueur, **disponibles sur le site Internet de l'Ordre au www.opiq.qc.ca**. Nous faisons notamment référence :

- au *Code de déontologie de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* ;
- au *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* (ci-après le « *Règlement* ») ;
- aux *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, fascicule *Dossier de l'utilisateur* ;
- aux *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, fascicule *Assistance anesthésique* ;
- aux *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, fascicule *Sédation analgésie* ;
- au paragraphe s) de l'article 37 et au paragraphe 7° de l'article 37.1 du *Code des professions du Québec*.

Le *Guide* ne reprendra pas textuellement les documents mentionnés ci-dessus. Cependant, pour en faciliter l'application, il rassemble en un seul ouvrage les éléments essentiels à une bonne tenue de dossier.

Notons que pour toutes les activités exécutées à l'extérieur du bloc opératoire et en lien avec la pratique clinique de l'assistance anesthésique et de la sédation analgésie, les mêmes recommandations s'appliquent.

L'importance de constituer un dossier

Les notes au dossier permettent le suivi clinique de l'usager et d'identifier les activités effectuées par les inhalothérapeutes.

Ainsi, le dossier de l'usager est

- *un outil de communication important.*

Le dossier constitue une source importante d'information. Pour assurer la continuité des soins, les notes qu'il contient sont essentielles aux médecins et autres professionnels de la santé¹ ;

- *un outil de recherche.*

Le dossier est un instrument précieux lors de la compilation de données statistiques. Ainsi, les notes qu'il contient peuvent être utilisées à titre d'indicateurs dans un programme d'appréciation de la qualité de l'acte² ;

- *un outil juridique.*

En cas de litige, le dossier de l'usager est le meilleur moyen pour établir les faits³. Il dresse le portrait des actes posés par les professionnels ;

- *un droit de l'usager.*

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de santé prévoit qu'un établissement doit tenir un dossier sur chacun des usagers qui obtient des services⁴. Bien que l'établissement en ait la garde, l'information contenue dans un dossier est la propriété de l'usager. Le dossier doit permettre la transmission de cette information et une bonne compréhension de l'intervention inhalothérapeutique. À cet effet, l'usager a le droit de recevoir de l'information au sujet de son état de santé et des traitements prodigués à son égard⁵ par tous les professionnels et, par conséquent, par les inhalothérapeutes ;

- *un outil d'évaluation de la qualité de l'exercice des professionnels.*

La tenue de dossier devrait être le reflet de la qualité et de la cohérence des soins et services prodigués par l'inhalothérapeute et, par conséquent, de la compétence de ce dernier. L'OPIQ, dans un souci de protection du public, considère la tenue de dossier comme un outil essentiel dans l'évaluation de la compétence d'un membre.

« Les notes au dossier sont le reflet du savoir-faire professionnel et ce reflet peut être faussé par une tenue de dossier incomplète, mal effectuée, voire absente dans certains cas. Conséquemment, un dossier mal tenu peut donner l'impression que les compétences requises du professionnel ne sont pas maîtrisées ou que le patient est mal évalué et mal suivi. »

Martine Gosselin,
Formation « La tenue de dossier », 2004.

1 Recommandation du comité d'inspection professionnelle.

2 Recommandation du comité d'inspection professionnelle; voir aussi les *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, OPIQ, Montréal, 1^{er} trimestre 2002, fascicule *Outils de perfectionnement*, page 4.

3 Collège des médecins, ALDO-Québec, mai 2006, p. 101.

4 Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, D.1320-84, (1984) 116 G.O. II, 2745 [S-5, r.3.01], à jour au 1^{er} avril 2006, Droit de la Santé, Lois et règlements, Les Éditions Yvon Blais Inc., vol. 1, Envoi n° 39, 1993.

5 L.S.S.S. [1991, c. 42, art. 17]

Où rendre compte des activités ?

L'inhalothérapeute inscrit traditionnellement ses notes en utilisant le formulaire d'anesthésie (formulaire AH-237-1) ou tout autre document approuvé par l'établissement.

Dans le cas où il ne serait pas possible d'y inscrire une partie ou l'ensemble de ses notes, l'inhalothérapeute **doit** compléter le dossier de l'utilisateur en utilisant un autre formulaire disponible, selon les modalités de l'établissement, et le joindre au dossier de l'utilisateur.

Les formulaires suivants peuvent notamment être utilisés :

- requête de services professionnels;
- formulaire de notes d'évolution;
- formulaire d'inhalothérapie;
- formulaire d'ordonnances;
- formulaire type de l'OPIQ ou tout autre modèle de formulaire adopté par l'établissement.

Dans tous les cas, le ou les documents utilisés doivent être intégralement conservés au dossier de l'utilisateur et doivent tenir compte des règles suivantes :

- le document doit être clairement identifié au nom de l'utilisateur;
- toute mention écrite doit être lisible;
- lorsqu'une correction doit être faite, celle-ci doit respecter les règles en vigueur.

Par ailleurs, lorsque le dossier de l'utilisateur est informatisé, cela ne soustrait pas l'inhalothérapeute à ses obligations. C'est pourquoi, dans le cas où toutes les informations pertinentes ne peuvent être colligées au dossier informatisé, un document papier devra être utilisé en complémentarité.

Renseignements et activités à inscrire

Le *Règlement* stipule que tout membre de l'OPIQ doit, à l'endroit où il exerce sa profession, **tenir un dossier ou y contribuer**, selon les circonstances, pour chacun des usagers à qui il dispense des services professionnels.

Peu importe le ou les formulaires utilisés, ils doivent permettre de retrouver facilement les renseignements pertinents ainsi que les activités réservées effectuées par l'inhalothérapeute.

Identification de l'utilisateur

L'inhalothérapeute doit s'assurer que la vérification de l'identité de l'utilisateur a été effectuée ou, le cas échéant, y procéder lui-même. L'identification de l'utilisateur doit comprendre les éléments suivants :

- la date d'ouverture du dossier ;
- le nom ;
- le sexe ;
- la date de naissance ;
- l'adresse et le numéro de téléphone de l'utilisateur⁶ ;
- la vérification du consentement⁷.

6 *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*, (L.R.Q., c. C-26, a. 91).

7 Recommandation du comité d'inspection professionnelle ; voir aussi les *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, OPIQ, Montréal, 1^{er} trimestre 2002, fascicule *Sédation analgésie*, p. 2.

Renseignements cliniques


L'inhalothérapeute a pour rôle d'assurer la surveillance clinique des usagers. Pour ce faire, il doit considérer les éléments suivants :

- le diagnostic/chirurgie ;
- le bilan de santé ;
- les antécédents médicaux, anesthésiques et chirurgicaux ;
- les antécédents familiaux (incluant les antécédents d'hyperthermie maligne, d'anémie falciforme, etc.) ;
- la médication usuelle ;
- l'état de jeûne ;
- la présence de prothèse(s) ;
- l'identification des facteurs de risque (les difficultés possibles inhérentes à l'intubation, la présence d'allergies connues, etc.).


L'inhalothérapeute n'a pas à inscrire ces renseignements s'ils sont déjà consignés sur le formulaire qu'il utilisera. Toutefois, il doit connaître, considérer et, le cas échéant, contribuer à l'obtention de tout renseignement pertinent avant de poser un geste clinique à l'égard de l'utilisateur.

Exemple 1

Quelques renseignements cliniques à documenter.



CHUQ
CENTRE HÔPITALIER
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC



DT448

Hôpital Saint-François d'Assise - Anesthésie

Chirurgie prévue, diagnostic <i>Coléctomie gauche (néo Rectum)</i>	
ATCD personnel (anesthésique) <i>S.P.</i>	ATCD familial (anesthésique) <i>S.P.</i>
Allergie <i>⊖</i>	Intolérance <i>⊖</i>
Médications <i>hypothyroïdie, glicazone, xalatan, metoprolol, imipramine, venonamin, ephédrine</i>	
Age <i>77</i>	Poids <i>74 kg</i>
Taille <i>1,68</i>	IMC <i>26,2</i>
Alcool, drogues <i>⊖</i>	

CARDIOVASCULAIRE	RESPIRATOIRE
HTA <i>✓ 125/75</i> <i>atenolol</i>	MPOC / Asthme: <i>⊖</i> Tabac: <i>excessivement</i>
MCAS / Valvulopathie / Insuf. cardiaque <i>hyperlipémié</i> <i>lijitor</i>	TFR: VEMS <i>⊖</i> CV <i>⊖</i> VEMS/CV <i>⊖</i>
ECC <i>(N) 64. H3A6.</i>	RX pulm. <i>⊖</i>
T. roulant / Mibi <i>—</i>	MUSCULO-SQUELETTIQUE <i>⊖</i>
Echo	HÉMATOLOGIQUE
Coronaro	Coagulopathie: OUI / NON <i>TVP des jambes en 1988.</i>
Angio	MÉTABOLIQUE / ENDOCRINIEN / RÉNAL
NEUROLOGIQUE	Diabète: <i>—</i> Fct rénal: <i>(N) Creat 23</i>
KT / AVC <i>(LSP)</i>	• HGO <i>échec test</i> • Insuline <i>extra hosp. humulin reguée AM.</i>
DIGESTIF	GYNÉCOLOGIQUE / OBSTÉTRIQUE
Jeune: Solide <i>liquide x hui</i> RGO <i>⊖</i>	Age gest.: <i>—</i> Dx OBS <i>—</i>
Mal des transport <i>⊖</i>	LABORATOIRE
VOIES AÉRIENNES	Hb / Ht <i>104/309</i> Na <i>136</i> Glycémie <i>10,4 a 7%</i> BHCQ <i>Pos</i>
Dentition <i>édenté</i>	Plaquettes <i>315000</i> K <i>4,9</i> Urée <i>7,3</i>
Prothèse dentaire <i>retenues</i>	TCA <i>—</i> Cl <i>102.</i> Créatinine <i>94.</i>
Préparation d'intubation	IRN <i>—</i>
éveillée <i>⊖</i>	

AUTRES SYSTÈMES, NOTES COMPLÉMENTAIRES, RÉSUMÉ

RTV Vmaslate néo 1988
proctém coléctomie néo 1982

hypothyroïdie
glaucome xalatan

ANESTHÉSIE				ANALGÉSIE POST-OP				ASA	1	2	3	4	5	URG
	A/G	Raché Périod.	Bloc	Narcose	ACP	Périd	Bloc							
Proposé	<i>✓</i>					<i>✓</i>								
Accepté	<i>✓</i>					<i>✓</i>								
À discuter														

200191 (05-10) Anesthésie R-1133

LABO	
Ht	<i>130</i>
Ht	<i>73h</i>
PRO2	<i>46</i>
PRO3	<i>213</i>
HCO3	<i>22</i>
BE	
BB	<i>22</i>
NaO3	
Na	
K	
Ca	
O	
GR	<i>9,0</i>
Hb	
Hct	
TCA	
BN	
Bilirigine	
D-dimères	
DUN	<i>30</i>
CRAT	<i>72</i>

BILAN	
LI	
NaCl	
Sang	
Plaquettes	
Plasma	
Pencaspas	<i>250 ml</i>
Sang	
Diurèse	

EMERGENCY	
Néostigmine: mg	h:mm
Glycopyrrolate: mg	
N-STIMULATION AU RÉVEIL	
T-4: N	h:mm
OBS: N	
Titanoc: N	

Transfert intubé à la SR, USI
Extubation éveillée en S. Cpp
Extubation sous anesthésie

Source: Formulaire DT448 CHUQ Hôpital Saint-François d'Assise

D	<i>10 h 40</i>	F	<i>14 h 00</i>
---	----------------	---	----------------

Ordonnances

Pour certaines activités, l'inhalothérapeute doit obtenir une ordonnance en fonction du plan de traitement.

Dans tous les cas, il doit être possible de retrouver l'ordonnance au dossier de l'utilisateur, qu'elle soit verbale ou écrite, collective ou individuelle, qu'elle fasse l'objet ou non d'un protocole (voir exemples 2 et 3). Ainsi, pour chaque inscription de l'ordonnance au dossier, il doit être possible de retrouver de façon contemporaine les renseignements suivants :

- l'heure ;
- la date ;
- la mention «O/V» si c'est une ordonnance verbale ;
- la référence à un protocole ou à une ordonnance collective, le cas échéant ;
- la signature et les initiales professionnelles de l'inhalothérapeute ;
- la signature du formulaire utilisé par le médecin⁸.

Dans tous les cas où un médicament est administré, les renseignements suivants doivent être ajoutés :

- le nom ;
- la dose ;
- la voie d'administration, si autre que I.V. périphérique (cathéter central, intramusculaire, péridural) ;
- la vitesse d'administration du médicament, lorsque pertinent.

Par ailleurs, la quantité totale doit toujours être inscrite au dossier, qu'il s'agisse⁹ :

- d'une substance ;
- d'une solution cristalloïde ;
- d'un produit sanguin ou de l'un de ses dérivés.

La vitesse d'administration de ces mêmes produits et substances doit être inscrite au dossier, lorsque pertinent.

⁸ *Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec* (L.R.Q., c. C-26, a. 91).

⁹ Recommandation du comité d'inspection professionnelle ; voir aussi les *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, OPIQ, Montréal, 1^{er} trimestre 2002, fascicule *Assistance anesthésique*, p. 2.

Ordonnances

Exemple 2

Exemple d'inscription d'une ordonnance collective (sevrage de phényléphrine) et ordonnance individuelle à visée thérapeutique émise verbalement (maintien de la T.A.).

HEURE	NOTE CLINIQUE	Signature
9h25	En post-césarienne, début du sevrage de la perfusion de phényléphrine 10 ml/hc, aux 10 min. en maintenant une TA syst. > 105 mmHg tel que prescrit par le Dr Parent. Sevrage de la perfusion de phényléphrine bien toléré par le pte.	J. Bonenfant inh

Exemple 3

Exemple d'inscription d'une ordonnance individuelle à visée thérapeutique.

Rx	Paramètres visés		Rx
	Min.	Max.	
<input checked="" type="checkbox"/> Administrer <u>10</u> mg Éphédrine I.V. et répéter aux 5 min. PRN X <u>2</u>	TA (systolique)		<input checked="" type="checkbox"/> Administrer <u>5</u> mcg Sufentanyl I.V. et répéter aux 5 min. PRN X <u>3</u>
	80	130	
<input type="checkbox"/> Administrer _____ mg Atropine I.V. et répéter aux 5 min. PRN X _____ <input checked="" type="checkbox"/> Appliquer protocole de bradycardie adulte	Pouls/min		
	40		
<input checked="" type="checkbox"/> ↓ Fréquence respiratoire à <u>8</u> / min. <input checked="" type="checkbox"/> ↓ Volume courant à <u>450</u> ml	EtCO2		<input checked="" type="checkbox"/> ↑ Fréquence respiratoire à <u>12</u> / min. <input checked="" type="checkbox"/> ↑ Volume courant à <u>550</u> ml
	32	40	

Inspiré du formulaire du CSSS Arthabaska-Érable, Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Activités

Les activités cliniques effectuées en assistance anesthésique et en sédation analgésie doivent se retrouver au dossier de l'utilisateur. De surcroît, dans tous les cas, l'activité effectuée et l'heure où elle a été réalisée doivent être identifiables.

Les tableaux I, II et III illustrent quelques-unes des activités professionnelles effectuées par l'inhalothérapeute en assistance anesthésique. Les exemples 4, 5 et 6 de notes au dossier qui suivent servent à faciliter la compréhension de l'inscription de ces activités et sont donnés à titre indicatif seulement.

Tableau I

Activités réservées	Ordonnance	Description	Exemples
Effectuer l'assistance ventilatoire.	√	Toute assistance ou support ventilatoire, peu importe la technologie utilisée.	<ul style="list-style-type: none"> paramètres ventilatoires et particularités; prise en charge des voies aériennes.
Introduire un instrument , dans une veine périphérique ou dans une ouverture artificielle ou dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal.	√	L'inhalothérapeute peut introduire et/ou retirer un instrument.	<ul style="list-style-type: none"> installation/retrait d'un cathéter intraveineux; intubation/extubation endotrachéale; insertion/retrait d'un masque laryngé; insertion/retrait d'une sonde gastrique; aspiration endobronchique.

Source : Code des professions, L.R.Q., c. C-26, article 37.1, 7°, paragraphes a) et g)

Activités (suite)

Exemple 4

Exemple d'inscription au dossier en référence aux activités réservées décrites au tableau I.

<input type="checkbox"/>	VENTILATION SPONTANÉE :	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	ASSISTANCE VENTILATOIRE / MASQUE	<input checked="" type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Canule Oro - Naso G-D
<input checked="" type="checkbox"/>	INTUBATION	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	Pré O ₂	<input type="checkbox"/> Sellick <input checked="" type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso G-D <input checked="" type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Difficile _____
	Sonde n°	<u>7,5</u> Fixé à <u>20 coin lèvre D.</u>
<input checked="" type="checkbox"/>	Ballonnet	<input checked="" type="checkbox"/> Gonflé <u>5cc</u> <input checked="" type="checkbox"/> AUSCULTATION: MVG = MVD <u>ok</u> <input checked="" type="checkbox"/> EtCO ₂ <u>32</u>
	Lame	<u>Mbc #2</u>
	Commentaire :	_____

<input type="checkbox"/>	MASQUE LARYNGÉ	_____ <input type="checkbox"/> EtCO ₂
<input type="checkbox"/>	Facile	<input type="checkbox"/> Difficile _____

CORMACK I-II-III-IV

Tiré du formulaire type de l'OPIQ

Activités

(suite)

Tableau II

Activités réservées	Ordonnance	Description	Exemples
Effectuer des prélèvements.	√	Tout prélèvement relié à la pratique de l'inhalothérapie.	<ul style="list-style-type: none"> • prélèvement veineux ou artériel.
Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes sous anesthésie, y compris la sédation analgésique, ou sous assistance ventilatoire.		Cette surveillance n'est assujettie à aucune condition et peut être effectuée en toute autonomie.	<ul style="list-style-type: none"> • les données obtenues par les différents moniteurs ; • la fréquence respiratoire, notamment dans le cadre d'une sédation analgésie ; • la description périodique de l'état de conscience, notamment dans le cadre d'une sédation analgésie^a; • le calcul des pertes et apports liquidiens ; • la position de l'usager.

Source: Code des professions, L.R.Q., c. C-26, article 37.1, 7^e, paragraphes b) et d)

^a Échelle d'évaluation de la sédation selon le Collège des Médecins du Québec (*Analgésie à l'urgence, Lignes directrices du CMQ*, mars 2006, p. 26):


- 0 Alerte
- 1 Patient occasionnellement somnolent, facile à éveiller
- 2 Patient fréquemment somnolent, facile à éveiller
- 3 Patient somnolent, difficile à éveiller

Activités (suite)


Exemple 5

Exemple de renseignements à documenter lors de la surveillance clinique d'un usager sous sédation analgésique (en référence aux activités réservées décrites aux tableaux II et III des pages 10 et 12).

L'inhalothérapeute n'a pas l'obligation d'inscrire les renseignements s'il n'a pas effectué lui-même l'activité. Il doit toutefois prendre connaissance et considérer tout renseignement pertinent avant de poser un geste clinique à l'égard de l'usager.



CHUL
Bloc opératoire



DT684

Opération : Vitrectomie + pelage Âge : 65 ans
 Allergie : membrane d'oeil sèche Poids : 90kg
 Canulation veineuse : insyte # 22 VMD en place
 TANI : De G 5 min ECG : D5-V5

*Données pré-chirurgicales : Après du sommeil
 Pb = 45/rain TA 118/65 SaO₂ 99% z*

Médication	9 ⁰⁰	15	30	45	10 ⁰⁰	15	20	25	30
Midazolam (mg) IV		15							
Fentanyl (mcg) IV		25	25						

OXYGÉNOTHÉRAPIE : Aestiva # 19136	O ₂ <u>2</u> LPM Air <u>10</u> LPM	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	FA FA FA FA 98 96 95 92
	* ECG		
	Sat O ₂		
	ETCO ₂	32 37 32	
	Fr. Resp.	11 12 11	
	Cristalloïdes	M 1/2 F 570 ml GVO	--- 7 total per op = 250 ml

L'air ambiant

** FA connue documenter au dossier consultation cardio*

Note de l'inhalothérapeute

95⁰⁰ Arrivée du pt sur pied en S. op. M 1/2 F 570 ml installé sur insyte # 22 VMD déjà en place. Papeur bien GVO per op. O₂ + air par toute faciale et ellipse. Monitoring installé (ECG, SaO₂, TANI, CO₂ par lunettes nasales) et surveillance des signes vitaux. Sédation IV bonne. Jeffe que présente par le Dr Larue. Bloc pério-bulbaire bien placé. Intervention fin placée. M. Gardin inh 105? Transport à la salle de réveil. Pt alerte. F. Second inh.

Inhalothérapeute : M. Gardin inh ad 95⁰⁰
 Date : 2008 105/18 Année/mois/jour
 Heure d'entrée : 95⁰⁰

Chirurgien : Dr Y. Larue
 Heure de sortie : 106⁰⁰ Salle : 3

Lynn Tailleur, ass.-inhalo. CHUL 06-07-13

9003070 (06-07)
SURVEILLANCE DE PATIENT SOUS ANESTHÉSIE LOCALE
R-1545

Activités

(suite)

Tableau III

Activités réservées	Ordonnance	Description	Exemples
Administrer, y compris par la voie intraveineuse à partir d'un site périphérique, et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.	√	L'inhalothérapeute peut administrer un médicament ou une substance, selon une ordonnance, peu importe la voie d'administration, qu'elle soit périphérique, centrale ou épidurale.	<ul style="list-style-type: none"> la médication administrée, l'heure d'administration, le dosage ainsi que la voie (si autre que I.V. périphérique) et la vitesse d'administration, le cas échéant ; les notes sur l'évolution de l'état clinique de l'utilisateur et ses réactions aux interventions.

Source: Code des professions, L.R.Q., c. C-26, article 37.1, 7^e, paragraphe e)

Transfert

Lorsque l'inhalothérapeute effectue le transfert d'un usager vers la salle de réveil ou l'unité des soins intensifs, il est essentiel que les éléments suivants se retrouvent au dossier¹⁰ :

- l'heure ;
- la condition clinique ;
- les activités effectuées ;
- les informations données au professionnel qui prend charge de l'usager.

Appareillage

Aspect technique

Même si ce n'est pas spécifié par le *Règlement* et les *Normes de pratique* en vigueur, les éléments suivants devraient se retrouver au dossier de l'usager, sur un formulaire ou dans un registre de vérification, et ce, dans le but d'en permettre la traçabilité en cas de problème¹¹ :

- le type d'appareil utilisé ;
- le nom de l'appareil ;
- le numéro des principaux appareils utilisés, le cas échéant ;
- la confirmation de leur vérification, s'il y a lieu.

Aspect clinique

Par ailleurs, certaines situations cliniques font en sorte qu'il devient important de noter au dossier anesthésique le site d'installation d'un capteur, d'une sonde ou d'un brassard. Voici quelques exemples :

- lors de procédures reliées à la détection de ganglions sentinelles (cancer du sein) ou en présence d'un usager présentant une fistule artérioveineuse, le site d'installation du brassard du sphygmomanomètre doit être noté ;
- lors de procédures chirurgicales de longue durée, le site d'installation du capteur du saturomètre et tout changement de son emplacement doivent être notés ;
- en présence d'un usager atteint d'une coarctation de l'aorte, le site d'installation du capteur du saturomètre doit être noté.

Les appareils utilisés en anesthésie doivent être munis d'alarmes fonctionnelles et ces alarmes doivent être ajustées selon une échelle sécuritaire. La mention du fonctionnement des alarmes doit apparaître au dossier.

¹⁰ Recommandation du comité d'inspection professionnelle; voir aussi les *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, OPIQ, Montréal, 1^{er} trimestre 2002, fascicule *Dossier de l'usager*, p. 18.

¹¹ Recommandation du comité d'inspection professionnelle; voir aussi les *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, OPIQ, Montréal, 1^{er} trimestre 2002, fascicule *Appareillage*, p. 3.

Signature et temps de présence en salle de l'inhalothérapeute

En conformité avec le *Règlement* et les normes professionnelles en vigueur :

- L'inhalothérapeute doit apposer lui-même sa signature sur tout formulaire utilisé dans l'exercice de ses fonctions en assistance anesthésique et en sédation analgésie et y ajouter l'abréviation *inh.* ou les initiales professionnelles *R.R.T.* L'inhalothérapeute remplaçant (pause, repas, changement de quart de travail, etc.) doit également apposer lui-même sa signature¹².
- Dans le cas des inhalothérapeutes travaillant en équipe, le second inhalothérapeute doit apposer sa signature sur le formulaire¹³.
- L'inscription systématique et rigoureuse par l'inhalothérapeute de toute activité posée à l'égard d'un usager ainsi que de toutes les informations relatives à sa condition clinique atteste de sa présence. En conséquence, l'inhalothérapeute n'a pas l'obligation de noter son temps de présence en salle.

Notes tardives

Dans les cas où l'inscription au dossier n'a pu être effectuée ou a été omise, l'inhalothérapeute doit, dans les plus brefs délais, consigner ses notes au dossier de l'usager. Il doit indiquer qu'il s'agit d'une note tardive¹⁴.

¹² Recommandation du comité d'inspection professionnelle; voir aussi les *Normes de pratique de l'inhalothérapeute*, OPIQ, Montréal, 1^{er} trimestre 2002, fascicule *Dossier de l'usager*, p. 16.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Idem*, p. 8.

Utilisation d'un formulaire type

Tel que déjà mentionné, ce *Guide* se veut un outil d'aide à la rédaction des notes au dossier de l'utilisateur. L'Ordre propose un formulaire type à l'intention des inhalothérapeutes œuvrant en assistance anesthésique et en sédation analgésie (cf. annexe I). Ce dernier peut être adapté à la réalité des établissements, le cas échéant. Il est également possible de développer tout autre formulaire, selon les politiques en vigueur de l'établissement.

Ainsi, nous avons joint en annexe deux reproductions de formulaires types, l'un développé par le Centre hospitalier universitaire de Québec, Pavillon Saint-François d'Assise et l'autre par le CSSS Arthabaska-Érable, Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Nous remercions ces deux établissements de nous avoir autorisés à les publier ici.

Annexes



Achévé d'imprimer au 2^e trimestre 2008.



Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 320

Montréal (Québec) H3G 1R8

Téléphone: 1 800 561.0029

514 931.2900

Télécopieur: 514 931.3621

Le présent guide est aussi disponible dans la section
Publications du site Internet de l'Ordre

www.opiq.qc.ca