

LES RÈGLES DE SOINS MÉDICAUX, UN OUTIL DE PARTAGE

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec



JANVIER 2009



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 5 |
| CHAPITRE 1 | |
| Cadre légal | 8 |
| Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) | 8 |
| Loi médicale (L.R.Q., c. M-9)..... | 10 |
| Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins | 11 |
| CHAPITRE 2 | |
| Définitions et terminologie | 15 |
| Règle de soins médicaux | 15 |
| Règle d'utilisation des médicaments | 15 |
| Règle d'utilisation des ressources..... | 15 |
| Règle de soins infirmiers | 15 |
| Politique | 16 |
| Procédure | 16 |
| Technique de soins (ou méthode de soins)..... | 16 |
| Mode opératoire (ou instructions techniques)..... | 16 |
| Protocole | 16 |
| CHAPITRE 3 | |
| Structure | 18 |
| Approche classique | 20 |
| <i>Identification et description</i> | 20 |
| <i>Professionnels visés et limites</i> | 20 |
| <i>Clientèle</i> | 20 |
| <i>Indications</i> | 20 |
| <i>Contre-indications</i> | 20 |



| | |
|---|-----------|
| <i>Complications</i> | 20 |
| <i>Précautions particulières – surveillance</i> | 20 |
| Approche par condition clinique | 20 |
| CHAPITRE 4 | |
| Processus menant à l’approbation des règles de soins médicaux..... | 21 |
| Les principales étapes | 22 |
| <i>Élaboration</i> | 22 |
| <i>Consultation</i> | 22 |
| <i>Approbation</i> | 22 |
| <i>Communication</i> | 22 |
| CONCLUSION..... | 23 |
| ANNEXE I..... | 24 |
| ANNEXE II | 26 |
| ANNEXE III | 27 |
| ANNEXE IV..... | 32 |

INTRODUCTION

L'expression « règles de soins médicaux » est apparue en 1981, à la suite du dépôt du projet de loi n° 27 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (L.R.Q., chapitre S-5); ces modifications législatives sont entrées en vigueur le 24 mars 1982. En 1989, il en est fait mention pour la première fois dans le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE).

Dans les faits, il existe peu ou pas de règles de soins médicaux, les médecins considérant trop contraignantes de telles règles; de tout temps, ils ont préféré l'utilisation de protocoles qu'ils pouvaient ajuster en fonction de chaque patient, de chaque situation et selon leur expérience particulière.

Dans un contexte d'interdisciplinarité, de travail en équipe et de partage, associé à la pénurie de médecins, le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ont convenu, d'abord dans le cadre des travaux du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines (comité Bernier), puis lors des négociations qui ont précédé l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi 90), d'autoriser l'exercice de certaines activités médicales par des infirmières praticiennes.

L'objectif de développer ce nouveau rôle est partagé par le Collège des médecins du Québec et les ressources investies en sont un témoignage éloquent. Cependant, nous n'en sommes qu'au début du processus et le CMQ est convaincu que les fondations mises en place doivent être solides afin d'assurer la pérennité de l'édifice.

C'est ainsi qu'à la suite des travaux de comités conjoints CMQ/OIIQ, divers règlements ont été adoptés pour encadrer la création de ce nouveau rôle d'infirmière praticienne spécialisée (IPS), notamment le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins. En vertu de ce règlement, le CMQ autorise l'infirmière à prescrire des examens diagnostiques ou des traitements médicaux, à utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ou à utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice à condition que de telles activités fassent l'objet de règles de soins médicaux en vigueur dans le centre hospitalier où elle exerce. Le CMQ est le premier à recourir à cette norme ou condition pour encadrer l'exercice des IPS. Ce règlement, en vigueur depuis le 23 novembre 2005, a cependant rencontré un certain nombre d'obstacles dans son application.

Créer plusieurs règles de soins médicaux représente une tâche énorme compte tenu du petit nombre de milieux concernés ou du faible nombre d'IPS dans chacun; on comprend alors la réticence des chefs de département clinique et des directeurs de soins infirmiers (DSI) à investir beaucoup de temps et d'énergie



pour quelques infirmières parmi l'effectif total de la direction des soins infirmiers. Il est donc essentiel de partager le travail entre les établissements, même si, sauf exception, les établissements ont, plus souvent qu'autrement, travaillé isolément, partageant difficilement le fruit de leur labeur.

Si, au quotidien, les professionnels doivent partager, travailler en équipe, il faut que les dirigeants, médecins et infirmières, travaillent ensemble au sein de leur établissement et avec les directions des autres établissements. D'où l'idée de mettre de l'avant une approche de collaboration dans l'élaboration des règles de soins médicaux visant les IPS.

Devant l'ampleur des difficultés soulevées et la confusion engendrée malgré de nombreuses interventions pour éclairer les divers intervenants, le Bureau du CMQ, sur recommandation du comité directeur sur les activités médicales partageables, a adopté, le 30 mars 2008, un plan d'action menant à la publication de ce guide d'exercice.

Ce guide reprend les différents textes publiés antérieurement par le CMQ avant même la création du rôle d'infirmière praticienne spécialisée et confirme les positions énoncées à l'égard de l'exercice d'activités médicales par d'autres personnes en vertu de règlements d'autorisation. Ce guide se veut un outil de référence regroupant les avis déjà émis par le CMQ, seul ou en collaboration.

Ce guide a pour but non seulement de rappeler aux chefs de départements cliniques les responsabilités que les lois et règlements en vigueur leur confient à l'égard des règles de soins médicaux, mais également de les aider dans l'exercice de ces responsabilités.

Compte tenu de l'importance et de l'influence des directeurs des services professionnels (DSP) dans la gestion des activités quotidiennes au sein d'un établissement, même si leur intervention dans le processus d'approbation des règles de soins médicaux n'est pas explicitement prévue par la Loi sur les services de santé et des services sociaux, le CMQ considère que les DSP ont un rôle clé à jouer dans l'évolution favorable de ce dossier.

Ces règles de soins médicaux ainsi que les règles d'utilisation des médicaments doivent être perçues non pas comme des mesures contraignantes, des obstacles, mais comme des outils très polyvalents :

- outil pour la formation des étudiantes et des étudiants;
- outil pour la supervision des étudiantes et des étudiants durant leurs stages et comme encadrement des candidates infirmières praticiennes spécialisées durant la transition avant l'examen;
- outil de référence pour les IPS;
- outil pour le chef de département clinique dans la surveillance de l'exercice d'activités médicales par les IPS (critères explicites).

***Il est indubitable
que le CMQ est
l'organisme compétent
pour définir ce qu'est
une règle de soins
médicaux et identifier
les conditions à
respecter lors de
son élaboration.***

Rappelons qu'il appartient au CMQ de fournir les précisions permettant l'application du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, règlement du Collège des médecins du Québec qui précise les conditions d'exercice d'activités médicales par les IPS, c'est-à-dire les normes applicables.

Si l'Ordre des pharmaciens peut déterminer ce que doit contenir une règle d'utilisation des médicaments, si l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec peut préciser dans le menu détail les divers éléments à développer dans une règle de soins infirmiers, il est indubitable que le CMQ est l'organisme compétent pour définir ce qu'est une règle de soins médicaux et identifier les conditions à respecter lors de son élaboration.

Le chapitre 1 décrira le cadre légal, notamment les textes pertinents de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) (LSSSS), de la Loi médicale et du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins. Au chapitre 2, la terminologie, les définitions utilisées et les caractéristiques des règles de soins médicaux seront décrites, en plus d'être mises en contexte, notamment à l'aide d'un tableau comparatif. Les objets des règles de soins médicaux seront décrits au chapitre 3, lequel sera suivi, au chapitre 4, d'une description du processus menant à l'approbation des règles de soins médicaux dans un établissement. Finalement, en annexe, des exemples servent à illustrer des modèles satisfaisant les attentes du CMQ.



CHAPITRE 1

Cadre légal

Parmi les lois et règlements en vigueur, mis à jour au 1^{er} janvier 2009, trois textes définissent le cadre légal concernant les règles de soins médicaux.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)

190. Le chef de département clinique est responsable envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :

- 1^o de surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans son département;
- 1.1^o le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers conformément aux paragraphes 1^o et 1.1^o du premier alinéa de l'article 207, les activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale (L.R.Q., chapitre M-9) qui sont exercées par des infirmières, des infirmiers ou d'autres professionnels de son département habilités à les exercer par règlement du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec;
- 2^o d'élaborer, pour son département, des règles de soins médicaux et dentaires et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;
- 3^o de donner son avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges; lorsqu'un département clinique de pharmacie est formé dans le centre, de donner son avis sur le statut à accorder à un pharmacien lors d'une demande de nomination.

[...]

Négligence

Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, le conseil d'administration peut demander au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de les élaborer.

[...]

[...]

Entrée en vigueur

Les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments visées au paragraphe 2^o du premier alinéa de l'article 190 entrent en

vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration qui doit, au préalable, obtenir la recommandation, le cas échéant, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et, à l'égard des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8), du conseil des infirmières et infirmiers.

[...]

207. Sous l'autorité du directeur général, le directeur des soins infirmiers doit, pour chaque centre exploité par l'établissement :

[...]

1.1 le cas échéant, collaborer à la surveillance des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8);

[...]

2.1 le cas échéant, collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers;

[...]

207.1. Le directeur des soins infirmiers peut, pour un motif disciplinaire ou d'incompétence, notamment sur avis du chef de département clinique ou du directeur des services professionnels, limiter ou suspendre l'exercice dans le centre par une infirmière ou un infirmier de l'une ou plusieurs des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8).

Impossibilité ou défaut d'agir

En cas d'urgence, lorsque le directeur des soins infirmiers est dans l'impossibilité ou fait défaut d'agir, le chef de département clinique ou, le cas échéant, le directeur des services professionnels peut prendre une mesure visée au premier alinéa pour une période qui ne doit pas excéder cinq jours. Il en avise le directeur des soins infirmiers dans les plus brefs délais.

Refus d'agir

En cas de refus du directeur des soins infirmiers de prendre une mesure visée au premier alinéa, celle-ci peut être prise par le directeur général de l'établissement, après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du conseil des infirmières et infirmiers.

Avis à l'Ordre

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec doit être informé de toute mesure prise en vertu du présent article.



Loi médicale (L.R.Q., c. M-9)

18.2 Le Conseil d'administration peut vérifier la qualité des activités visées au deuxième alinéa de l'article 31, lorsqu'elles sont exercées par des personnes habilitées par règlement du Conseil d'administration.

Obtention de renseignements

À cette fin, un comité ou un membre de l'Ordre désigné par le Conseil d'administration peut obtenir de ces personnes et des médecins avec lesquels celles-ci collaborent ou de tout établissement qui exploite un centre dans lequel ces activités sont exercées, tous les renseignements qu'il juge utiles et qui sont reliés directement à l'exercice de ces activités, sans qu'aucun d'eux ne puisse invoquer le secret professionnel.

Rapport de vérification

Dans le cas où ces personnes sont des professionnels, le Conseil d'administration, s'il le juge nécessaire, transmet le rapport de vérification à l'ordre dont ils sont membres.

Règlements du Conseil d'administration

19. En outre des devoirs prévus aux articles 87 à 93 du Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration doit, par règlement :

[...]

b) déterminer parmi les activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 celles qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins; à cette fin, il peut, dans ce règlement, constituer un comité consultatif;

[...]

31. L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

Activités réservées

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes :

- 1° diagnostiquer les maladies;
- 2° prescrire les examens diagnostiques;
- 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 4° déterminer le traitement médical;
- 5° prescrire les médicaments et les autres substances;
- 6° prescrire les traitements;

- 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;
- 8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;
- 9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;
- 10° décider de l'utilisation des mesures de contention.

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins ((2005) 137 G.O. II, 6367)

§ 1. Activités autorisées

5. L'infirmière, titulaire d'un certificat de spécialiste dans l'une des classes de spécialités prévues au Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et infirmiers (D. 997-2005), peut exercer, aux conditions et modalités prescrites à la sous-section 2, les activités médicales suivantes :

- 1° prescrire des examens diagnostiques;
- 2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 3° prescrire des médicaments et d'autres substances;
- 4° prescrire des traitements médicaux;
- 5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

D. 996-2005, a. 5.

§ 2. Conditions et modalités d'autorisation

6. L'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie est autorisée à exercer une activité prévue à l'article 5, en néonatalogie, aux conditions et modalités suivantes :

- 1° elle exerce cette activité auprès d'un nouveau-né, prématuré ou à terme, présentant une pathologie nécessitant une admission aux soins intensifs ou aux soins intermédiaires néonataux, durant son séjour dans un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) où sont dispensés des soins tertiaires en néonatalogie;
- 2° cette activité doit faire l'objet d'une règle de soins médicaux ou d'une règle d'utilisation des médicaments en vigueur dans ce centre hospitalier, sauf s'il s'agit de prescrire un médicament visé à l'annexe II ou III du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments (D. 712-98), et



s'exercer conformément aux dispositions de la section II du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (Décision 05-02-23);

- 3° cette infirmière doit maintenir à jour ses connaissances en réanimation néonatale par l'obtention d'une attestation biennale en réanimation néonatale de niveau instructeur délivrée par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes du *Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins* de la Fondation des maladies du cœur du Canada, telles qu'elles se lisent au moment où elles s'appliquent.

D. 996-2005, a. 6; D. 668-2007, a. 2.

7. L'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie est autorisée à exercer une activité prévue aux paragraphes 1, 3 ou 4 de l'article 5, en néphrologie, aux conditions et modalités suivantes :

- 1° elle exerce cette activité auprès d'un patient souffrant d'insuffisance rénale et nécessitant des soins et services en pré-dialyse, en hémodialyse, en dialyse péritonéale et en greffe rénale, dans un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) où sont offerts des soins en dialyse avec le concours d'un service de néphrologie;
- 2° cette activité doit faire l'objet d'une règle de soins médicaux ou d'une règle d'utilisation des médicaments en vigueur dans ce centre hospitalier, sauf s'il s'agit de prescrire un médicament visé à l'annexe II ou III du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments (D. 712-98), et s'exercer conformément aux dispositions de la section II du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (Décision 05-02-23), en y faisant les adaptations nécessaires.

D. 996-2005, a. 7; D. 668-2007, a. 3.

8. L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie est autorisée à exercer une activité prévue à l'article 5, en cardiologie, aux conditions et modalités suivantes :

- 1° elle exerce cette activité auprès d'une clientèle adulte hospitalisée ou ambulatoire, nécessitant des soins et services pour de l'insuffisance cardiaque, en prévention secondaire, en post-chirurgie incluant la transplantation cardiaque, en clinique de la cardiopathie congénitale, en hémodynamie et en électrophysiologie, dans un centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) où sont dispensés des soins et services de cardiologie par au moins 3 cardiologues, excluant les cardiologues itinérants;
- 2° cette activité doit faire l'objet d'une règle de soins médicaux ou d'une règle d'utilisation des médicaments en vigueur dans ce centre hospitalier, sauf s'il s'agit de prescrire un médicament visé à l'annexe II ou III du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments (D. 712-98), et s'exercer conformément aux dispositions de la section II du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (Décision 05-02-23);

- 3° cette infirmière doit maintenir à jour ses connaissances en réanimation cardiovasculaire par l'obtention d'une attestation biennale en soins avancés en réanimation cardiovasculaire délivrée par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes du *Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins*, de la Fondation des maladies du cœur du Canada, telles qu'elles se lisent au moment où elles s'appliquent.

D. 996-2005, a. 8; D. 668-2007, a. 4.

[...]

§ 3. Autres personnes autorisées

9. La candidate infirmière praticienne spécialisée visée au Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice de certaines activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (D. 997-2005) peut exercer une activité prévue à l'article 5.

Outre les conditions et les modalités prévues aux sous-sections 2 et 2.1, une candidate infirmière praticienne spécialisée exerce cette activité aux conditions et modalités suivantes :

- 1° elle s'exerce dans le milieu de stage indiqué sur sa carte de stage délivrée en application du Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, sous la supervision d'un médecin spécialiste de la spécialité visée ou d'un médecin de famille, selon le cas, avec la collaboration d'une infirmière praticienne spécialisée ou, à défaut de celle-ci, d'une infirmière possédant une expérience clinique pertinente d'au moins 3 ans;
- 2° elle s'exerce dans la mesure où elle est requise aux fins de compléter le programme dans lequel elle est inscrite et, lorsque celui-ci est complété, pendant la période de son admissibilité à l'examen de spécialité prévu à la section III de ce règlement.

D. 996-2005, a. 9; D. 668-2007, a. 6.

10. Une infirmière ou une personne habilitée par une autorisation spéciale donnée en vertu de l'article 33 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) à exercer la profession d'infirmière au Québec, peut exercer une activité prévue à l'article 5 si elle est inscrite dans un programme de formation universitaire hors Québec qui mène à l'obtention d'un diplôme d'infirmière praticienne spécialisée.



Outre les conditions et les modalités prévues aux sous-sections 2 et 2.1, une personne visée au premier alinéa exerce cette activité aux conditions et modalités suivantes :

- 1° elle s'exerce dans un milieu de stage figurant sur la liste dressée par le sous-comité d'examen des programmes, en application du Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (D. 1000-2005), et indiqué dans l'autorisation spéciale visée au premier alinéa, le cas échéant, sous la supervision d'un médecin spécialiste de la spécialité visée ou d'un médecin de famille, selon le cas, avec la collaboration d'une infirmière praticienne spécialisée ou, à défaut de celle-ci, d'une infirmière possédant une expérience clinique pertinente d'au moins 3 ans;
- 2° elle s'exerce dans la mesure où elle est requise aux fins de compléter le programme dans lequel elle est inscrite.

D. 996-2005, a.10; D. 668-2007, a. 7.

[...]

CHAPITRE 2

Définitions et terminologie

À plusieurs reprises depuis 2002, le Collège des médecins du Québec a énoncé clairement le sens à donner aux mots utilisés dans ses divers règlements, surtout lorsque cette terminologie n'est pas définie par d'autres textes légaux (lois ou règlements) du domaine de la santé.

À quelques reprises dans le passé, le CMQ a jugé nécessaire d'apporter des précisions à cet égard afin d'éviter la confusion qui semblait exister ou qui pointait à l'horizon. On a cru bon de bien définir les termes afin de s'assurer de la bonne compréhension des nouvelles notions.

En 2004, dans le bulletin *Le Collège*¹, le CMQ établissait clairement sa position à cet égard en présentant un ensemble de définitions et en précisant la portée des termes utilisés.

Règle de soins médicaux

Règle unique, qui concerne la façon de dispenser des soins et pouvant porter sur l'indication de tels soins.

Règle d'utilisation des médicaments

Règle qui concerne spécifiquement l'usage des médicaments.

Règle d'utilisation des ressources

Règle qui vise spécifiquement les ressources de l'établissement, qu'elles soient humaines (médecins, dentistes, pharmaciens) ou matérielles.

Règle de soins infirmiers

« La règle de soins infirmiers est un outil d'encadrement clinico-administratif qui donne des directives claires concernant la prestation de certains soins infirmiers dans l'établissement afin de rendre des services adéquats et efficaces [...].

Elle détermine des conditions à respecter et donne des directives spécifiques liées à l'accomplissement de l'activité clinique visée.

[...] les conditions et directives qui y sont énoncées doivent être respectées par les personnes visées. [...] »²

Avant de définir le protocole, il convient de rappeler la signification de notions telles que politique, procédure, technique de soins (ou méthode de soins) et mode opératoire (ou instructions techniques), afin de bien les distinguer du protocole.

1. C. Ménard, « Ordonnances collectives : quoi de neuf? », *Le Collège*, vol. 44, n° 2, Printemps-été 2004, p. 16.

2. OIIQ/OIIAQ, « Règle de soins infirmiers », *Orientations pour une utilisation judicieuse de la Règle de soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, 2005, p. 11.



Politique

Énoncé général du déroulement et de l'application des procédures.

Procédure

Instructions détaillées portant sur le déroulement des opérations à effectuer, les mesures à utiliser et les précautions à prendre dans l'application des politiques.

Technique de soins (ou méthode de soins)

Outil, consigne précise relativement à l'exécution d'un acte, qui soutient la pratique quotidienne d'un professionnel. Chaque ordre concerné pourra définir précisément en quoi consiste pour ses membres une technique de soins.

Mode opératoire (ou instructions techniques)

Instructions détaillées sur la façon d'exécuter, étape par étape, une tâche précise liée à une procédure.

Protocole

Sur le plan terminologique, la signification du mot « protocole » varie beaucoup selon le contexte et le milieu où il est utilisé, par exemple en administration publique, en agriculture, dans les assemblées délibérantes, en droit ou en économie. Dans les domaines de la médecine épidémiologique et de la pharmacologie clinique, le protocole est un « document écrit qui définit en détails l'objectif, la conception, la méthodologie, les méthodes statistiques, les conditions de réalisation et les diverses étapes d'un essai clinique ou de toute étude biomédicale » (Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française).

Aucune loi ne définit le terme « protocole », même s'il est utilisé dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le mot est pourtant défini dans certains textes réglementaires, définition qui a évolué dans le temps :

- « description des procédures, méthodes ou limites qui doivent être observées par quiconque lorsque tout acte est posé et qui sont établies par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou par le chef de département clinique, après dépôt au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) après consultation du directeur ou du chef de service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, par celui d'un établissement de la région avec lequel un contrat de service a été conclu pour les fins du présent règlement, ou qui sont établies par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire s'il s'agit d'un acte qui peut être posé à l'extérieur d'un établissement; »³
- « description des procédures, méthodes, limites devant être observées. »⁴

3. *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, R.R.Q., 1981, c. M-9, r.1, art. 1.01 (j); à noter que cette section du règlement a été abrogée à la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, c. 33.

4. *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence*, (2003) 135 G.O. II, 1457.

- dans le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (2005) 2007 G.O. II, 902, en vigueur depuis le 24 mars 2005, le mot protocole est défini comme « la description des procédures, limites ou normes applicables pour une condition particulière dans un établissement; ».

Du point de vue clinique, tous les professionnels consultés définissent le protocole de la même manière, à quelques variantes près, en ce qui concerne les mots utilisés. Leurs définitions rejoignent celles citées aux paragraphes précédents. Ces professionnels s'attendent à ce que les définitions de « protocole » comprennent les indications, les contre-indications, les précautions à prendre, les limites ainsi que les directives, les procédures et les méthodes à suivre.

Tableau synthèse

| | Règle de soins médicaux | Règle d'utilisation des médicaments | Règle d'utilisation des ressources | Règle de soins infirmiers | Ordonnance collective | Protocole | Technique de soins |
|--|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| PROVENANCE | | | | | | | |
| Médecin | X | X | X | | X | X | |
| Chef de service médical | X | X | X | | X | X | |
| Pharmacien | | X | | | | X | |
| Infirmière | | | | X | | X | X |
| Inhalothérapeute | | | | | | X | X |
| ÉLABORATION | | | | | | | |
| Chef de département | X | X | X | | X | X | |
| Directeur des soins infirmiers | X (collaboration)* | X (collaboration)* | | X | | | |
| RECOMMANDATION | | | | | | | |
| Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | X | X | Avis | | X | X | |
| Conseil des infirmières et infirmiers | X' | X' | | X | | | X |
| NIVEAU D'APPROBATION | | | | | | | |
| Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | | | | | X | X | |
| Conseil d'administration | X | X | X | | | | |

* Article 207 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)



CHAPITRE 3

Structure

Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments doivent préciser les indications, les contre-indications, les précautions à prendre, les limites ainsi que les directives, les procédures et les méthodes à suivre.

Dans le cadre des travaux du CMQ et de l'OIIQ menant à l'approbation par le gouvernement du Québec des règlements autorisant l'exercice d'activités médicales par l'infirmière praticienne spécialisée, diverses options ont été étudiées, notamment celle d'inclure au Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, des listes d'examens complémentaires, des listes de traitements, des listes de médicaments qu'une IPS serait autorisée à prescrire ou à effectuer selon le cas, en s'inspirant du modèle ontarien. Cependant, à des fins d'efficience, il a été convenu de ne pas retenir cette avenue afin de permettre à chaque établissement d'effectuer un choix en fonction de sa culture, de ses traditions, de ses ressources.

Dans le règlement qui autorise l'exercice d'activités médicales par une IPS, la norme établie est simple et claire : le conseil d'administration de l'établissement où les infirmières praticiennes spécialisées exercent de telles activités devra approuver des règles d'utilisation des médicaments et des règles de soins médicaux tel que l'exige le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins.

Aucun texte légal (loi ou règlement) ne précise la structure d'une règle de soins médicaux. Les seuls documents disponibles sont les textes publiés par le Collège des médecins du Québec.

Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments doivent préciser les indications, les contre-indications, les précautions à prendre, les limites ainsi que les directives, les procédures et les méthodes à suivre. Dans les lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée, publiées conjointement par l'OIIQ et le CMQ en février 2006, on précise que :

« [...] Les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments concernent la manière de dispenser des soins, y compris des médicaments, et peuvent viser l'indication médicale et baliser l'autonomie du professionnel. Il s'agit de règles obligatoires que les professionnels visés doivent respecter sous peine de s'exposer à des mesures disciplinaires. Par comparaison, le protocole est un outil qui peut être modifié par le médecin prescripteur lorsqu'il rédige son ordonnance.

[...]

Une règle de soins médicaux visant l'une ou l'autre activité autorisée par le Collège des médecins du Québec ne peut se limiter à une énumération d'examens diagnostiques ou de techniques diagnostiques ou de traitements.

La structure est identique pour un protocole, une règle de soins médicaux, une règle d'utilisation de médicaments ou une règle d'utilisation des ressources. En voici les principaux éléments :

- l'indication (condition clinique, clientèle);
- les directives;
- le professionnel visé;
- les précautions à prendre, s'il y a lieu;
- les contre-indications, s'il y a lieu;
- les limites.

Il importe donc également de distinguer les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments des règles de soins infirmiers.

[...]

Il faut retenir que le conseil d'administration peut approuver des règles ayant un effet plus limitatif que celles imposées par le règlement du Collège des médecins du Québec. Cependant, les règles locales ne peuvent être plus libérales ou permissives. »

Dans les documents conjoints Collège des médecins du Québec/Ordre des infirmières et infirmiers du Québec intitulés *Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie, en néphrologie et en néonatalogie*, plusieurs exemples sont donnés, illustrant les analyses de laboratoire, les examens d'imagerie médicale et autres examens diagnostiques que l'infirmière praticienne spécialisée pourrait prescrire dans le cadre des règles de soins médicaux en vigueur dans l'établissement où elle exerce.

Une règle de soins médicaux visant l'une ou l'autre activité autorisée par le Collège des médecins du Québec ne peut se limiter à une énumération d'examens diagnostiques ou de techniques diagnostiques ou de traitements.

Les règles de soins médicaux sont des règles d'exercice professionnel d'activités médicales. Chaque règle est unique et a un caractère impératif.

Malgré son caractère unique, une règle de soins médicaux peut être élaborée selon au moins deux approches. Dans la première, plus classique, pour chaque objet (examen, traitement, technique) on doit retrouver une description des diverses caractéristiques, à savoir : les indications, les contre-indications, les précautions, les directives, etc. Comme autre choix, il y a l'approche par problème, par condition clinique.



Approche classique

Ce modèle correspond habituellement à la structure bien connue des protocoles, documents familiers aux professionnels dans tous les établissements.

Identification et description

Sous ce titre se trouve le nom de l'examen de laboratoire, d'imagerie médicale, de traitement ou de la technique effractive disponible dans l'établissement.

Professionnels visés et limites

Dans le contexte actuel, seules les infirmières praticiennes spécialisées sont visées par des règles de soins médicaux. Certains établissements pourraient réserver la prescription de certains examens complémentaires ou certains traitements effractifs à des médecins dans une spécialité donnée.

Clientèle

Sous ce vocable, les patients visés (clientèle) doivent être identifiés en indiquant, s'il y a lieu, les patients qui sont exclus, c'est-à-dire les contre-indications.

Indications

Sous ce titre la condition clinique nécessitant la prescription d'un examen complémentaire, une technique ou un traitement doit être précisée.

Contre-indications

Conditions cliniques en limitant ou en interdisant l'utilisation.

Complications

Il faut inscrire les principales complications pouvant survenir, particulièrement lorsqu'il s'agit de techniques diagnostiques ou thérapeutiques effractives. La nature du préjudice possible doit être identifiée, le cas échéant.

Précautions particulières – surveillance

Dans un but de prévention des complications, les précautions à prendre ou la surveillance devant être effectuées doivent être précisées, s'il y a lieu.

Les exemples qui nous ont été fournis doivent servir de modèles pour les autres milieux.

Approche par condition clinique

Cette façon de faire exige l'intégration dans une même règle des divers gestes ou actes que le professionnel devra réaliser au cours de son intervention auprès d'un patient, incluant des examens complémentaires. Cette façon de faire apparaît plus complexe et nécessite un investissement majeur, mais satisfait à la norme.

Des exemples nous ont été fournis par l'Hôpital de Montréal pour enfants (annexes 1 à 3) et par l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis (annexe 4). Nous les remercions pour leur contribution et pour leur investissement. Ils doivent servir de modèles pour les autres milieux, les premiers illustrant l'approche classique, celui de l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis reflétant l'approche par condition clinique.

CHAPITRE 4

Processus menant à l'approbation des règles de soins médicaux

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise le mécanisme menant éventuellement à l'entrée en vigueur d'une règle de soins médicaux. D'entrée de jeu, il est important de mentionner le rôle fondamental du chef de département clinique dans l'élaboration des règles de soins médicaux visant les médecins exerçant dans son département ou applicables aux infirmières ou aux infirmiers habilités à exercer des activités médicales en vertu du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins.

Il est nécessaire de rappeler certains faits historiques importants pour illustrer les problèmes rencontrés et les solutions envisageables.

Depuis 1974, à la suite de l'entrée en vigueur du Code des professions et de diverses lois particulières dont la Loi médicale, il était possible, notamment pour les médecins, de déléguer à l'intérieur d'un établissement certains actes à d'autres professionnels. C'est dans ce contexte que fut adopté le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins. L'annexe A énumérait les actes que les infirmières pouvaient poser, selon certaines conditions.

Selon ce règlement du CMQ, la direction des soins infirmiers devait être consultée pour la désignation des actes et la détermination des conditions locales visées par le règlement du CMDP (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) avant l'adoption de celui-ci. Traditionnellement, dans les faits, la direction des soins infirmiers, dotée d'un personnel de soutien suffisant, contrairement aux chefs de département ou du CMDP qui devaient en général assumer les tâches cléricales afférentes aux fonctions qui leur étaient confiées, rédigeait tous les documents nécessaires, incluant l'identification de l'acte à déléguer, la détermination des conditions locales dans le cadre des conditions prescrites ainsi que le ou les protocoles afférents.

À des fins d'efficience, dans le but d'éviter la multiplication des documents, les méthodes ou techniques de soins infirmiers étaient, sauf exception, intégrées aux protocoles.

Cette approche hiérarchisée a été remplacée avec la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, (chapitre 33 des lois de 2002) par un nouveau paradigme : le travail en interdisciplinarité, en collaboration, centré sur le patient. Chaque professionnel exerce les activités qui lui sont réservées, certaines en exclusivité (par ex. : établir un diagnostic pour le médecin), d'autres en partage (par ex. : décider de l'application de mesures de contention, pour le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute, le physiothérapeute), en fonction de leur champ d'exercice respectif.



Les principales étapes

Élaboration

La LSSSS stipule que l'élaboration d'une règle de soins médicaux relève de la responsabilité du chef de département clinique.

La préparation ou la rédaction du texte peut être confiée en tout ou en partie à un médecin, membre du département, à une infirmière praticienne spécialisée qui y exerce ou à toute autre personne jugée compétente pour le faire ou y contribuer. Le chef du département demeurera toujours responsable.

Tel qu'indiqué dans la LSSSS, le DSI doit collaborer à l'élaboration des règles de soins médicaux applicables aux infirmières habilitées.

Consultation

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le conseil des infirmières et infirmiers doivent être consultés et faire individuellement une recommandation favorable à l'égard des règles de soins médicaux applicables aux IPS.

Dans le cadre de son analyse, le CMDP doit prendre en considération plusieurs facteurs, notamment l'existence ou non de règles d'utilisation des ressources, l'effectif médical auquel s'ajoute la présence ou non de résidents en médecine ainsi que les autres professionnels appelés à interagir avec les IPS.

Approbation

Tel que l'exige la LSSSS, les règles de soins médicaux doivent être approuvées par le conseil d'administration de l'établissement. La règle de soins médicaux entre en vigueur à la suite de cette approbation selon les règles de régie interne de l'établissement.

Communication

Il est essentiel qu'à la suite de son approbation par le conseil d'administration, une règle de soins médicaux soit diffusée le plus largement possible afin que toute personne ou professionnel interagissant de près ou de loin avec une infirmière praticienne spécialisée soit informée de l'existence d'une telle règle et en connaisse le contenu.

Chaque établissement doit établir une procédure qui lui est propre dans le respect de la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de bien définir les rôles et les responsabilités de chaque intervenant. Par souci de clarté, les diverses étapes peuvent être intégrées à la règle de soins médicaux.

CONCLUSION

Le Collège des médecins du Québec espère que ce guide d'exercice sera un outil précieux pour toutes les personnes concernées de près ou de loin par les règles de soins médicaux. Nous souhaitons que ce guide soit reçu comme une ressource précieuse par tous, qu'il s'agisse d'un chef de département clinique, d'un directeur des services professionnels, d'un directeur de soins infirmiers, d'un président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou d'une infirmière praticienne, sans oublier tous les médecins et infirmières ou autres professionnels, impliqués à un degré ou un autre. Le CMQ veut que ce document soit considéré comme une manifestation de son ouverture à l'interdisciplinarité et comme un autre exemple des ressources investies au cours des dernières années pour garantir une qualité optimale de soins aux citoyens du Québec.



ANNEXE 1



McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE
POLICY AND PROCEDURE

| | |
|---|--|
| Policy title: GENETICS LABS | |
| Manual: MUHC – Policies and Procedures | Originating Dept/ Service : NICU |
| Policy : <input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Reviewed | Effective Date: _____ |
| Key Words: NEONATAL NURSE PRACTITIONERS | |
| Approved by : <input type="checkbox"/> Supervisor/Manager <input type="checkbox"/> Risk /Ethics <input type="checkbox"/> Operations Committee <input type="checkbox"/> Board /Councils | |
| Scope: <input type="checkbox"/> Hospital wide <input checked="" type="checkbox"/> Dept. specific <input type="checkbox"/> (Specify NICU) <input checked="" type="checkbox"/> Other (Specify RVH-NICU) | |
| Site Specific: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Site MCH-RVH | Distributed to: <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Mgmt <input type="checkbox"/> Others |

SERUM AMINO ACID PROFILE

Indication:

- Measurement of certain amino acid is performed to identify diseases associated with specific essential amino acid deficiencies and/or evaluation of suspected and confirmed metabolic disorders.

Contraindications:

- Generally none.

Directives:

- Obtain history of patient symptoms.

Limits:

- Levels are generally higher in infants than adults.
- Normal value may vary widely.
- Steroids may increase amino acid levels.
- A consult in Biochemical Genetics is essential to interpret results.

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!



McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

POLICY AND PROCEDURE

URINE ORGANIC ACIDS

Indication:

- Urine sample obtained when a metabolic disorder is suspected.

Contraindication:

- Generally none.

Directives:

- A consult to Biochemical Genetic is necessary for the interpretation of abnormal results. Procedure done by nurses according to their protocol.

Precautions:

- Generally none.

Limits:

- Generally none.

References:

- 1) Pagana KD and Pagana TJ. Manual of Diagnostic and Laboratory tests. Mosby's third edition, 2006

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!



ANNEXE 2



McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

POLICY AND PROCEDURE

Policy title: NEUROPHYSIOLOGY TESTS

Manual: MUHC – Policies and Procedures

Originating Dept/ Service : NICU

Policy : New Revised Reviewed

Effective Date: _____

Key Words: NEONATAL NURSE PRACTITIONERS

Approved by : Supervisor/Manager Risk /Ethics Operations Committee Board /Councils

Scope: Hospital wide Dept. specific (Specify NICU) Other (Specify RVH-NICU)

Site Specific: Yes No Site MCH-RVH

Distributed to: Staff Mgmt Others

ELECTROENCEPHALOGRAM

Indications:

- Evaluation of documented or suspected seizure activity and follow up.
- Suspected or documented cerebral injury (eg, hypoxic ischemic, hemorrhagic, traumatic, or infectious).
- Central nervous system malformation.
- Metabolic disorders.
- Developmental abnormalities.
- Chromosomal abnormalities.
- Suspected or documented neuromuscular disorder.

Contraindications:

- Infectious lesions on the scalp. (eg. Herpes simplex virus)
- Skin disorders. (eg. Epidermolysis bullosa)

Risk factor:

- None.

Method:

- Performed by the Neurophysiology department.

Limits:

- Severe scalp edema or cephalhematoma may interfere with examination interpretation.

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!

ANNEXE 3



McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

POLICY AND PROCEDURE

| | |
|--|---|
| Policy title: EXCHANGE TRANSFUSION | |
| Manual: MUHC – Policies and Procedures | Originating Dept/ Service : NICU |
| Policy : <input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised <input type="checkbox"/> Reviewed | Effective Date: _____ |
| Key Words: NEONATAL NURSE PRACTITIONERS | |
| Approved by : <input type="checkbox"/> Supervisor/Manager <input type="checkbox"/> Risk /Ethics <input type="checkbox"/> Operations Committee <input type="checkbox"/> Board /Councils | |
| Scope: <input type="checkbox"/> Hospital wide <input checked="" type="checkbox"/> Dept. specific <input type="checkbox"/> (Specify NICU) <input checked="" type="checkbox"/> Other (Specify RVH-NICU) | |
| Site Specific: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Site MCH-RVH | Distributed to: <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Mgmt <input type="checkbox"/> Others |

Indications

The primary aim of exchange transfusion is to prevent the neurotoxic effects of bilirubin by its removal from the body as well as removing other toxins.

- 1) **Hyperbilirubinemia**
Used in infants with hyperbilirubinemia of any origin when serum bilirubin reaches or exceeds a level that puts infant at risk for CNS toxicity.
- 2) **Hemolytic disease of the newborn**
This results from destruction of fetal red blood cells by passively acquired maternal antibodies. Exchange transfusion aids in removing antibody coated red blood cells. Also removes bilirubin toxin from an increased bilirubin load resulting from RBC breakdown.
- 3) **Sepsis**
Neonatal sepsis may be associated with shock caused by bacterial endotoxins. A 2-volume exchange may help remove bacteria, toxins, fibrin split products, and accumulated lactic acid. It may also provide immunoglobulins, complement, and coagulating factors.
- 4) **DIC from multiple causes**
A 2-volume exchange transfusion is preferred.
- 5) **Metabolic disorders causing severe acidosis** such as hyperammonemia, organic acidemia. Partial exchanges are usually acceptable. Peritoneal dialysis may also be useful.
- 6) **Polycythemia**
Partial exchanges transfusion using normal saline is usually the approach.

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!





McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

POLICY AND PROCEDURE

The decision to perform an exchange transfusion to remove bilirubin is based on the level of serum bilirubin, the rate at which the serum bilirubin level is rising, and/or the level of the reserve bilirubin binding capacity. The size and gestational age of the infant, current and previous problems (asphyxia, acidosis, sepsis, hypoxia, etc.) will also influence the decision. (See hyperbilirubinemia protocol).

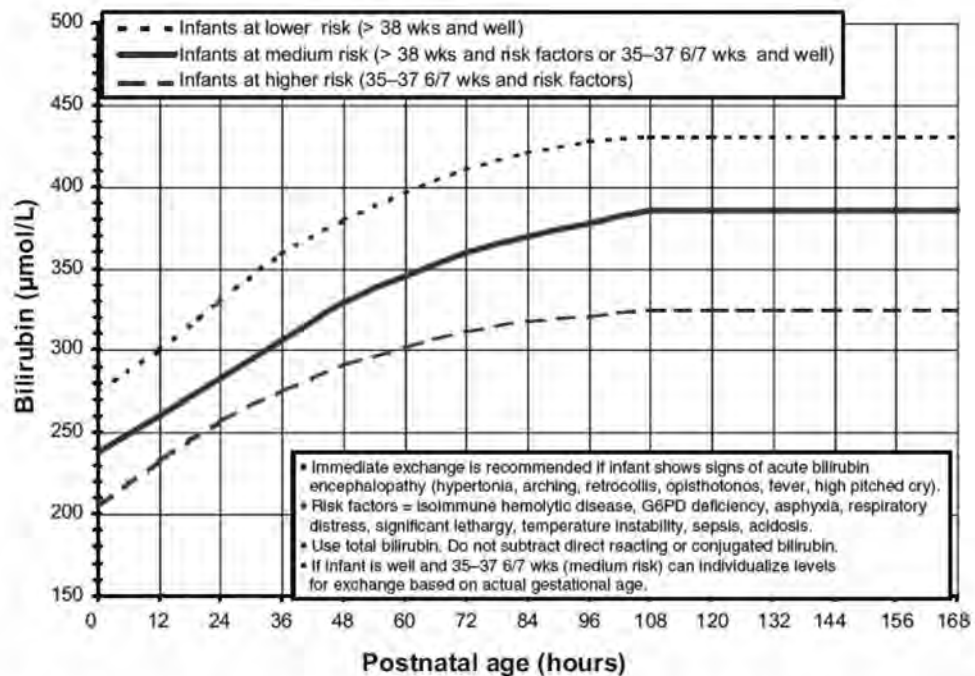


Fig. 1. Guidelines for exchange transfusion in infants of 35 or more weeks' gestation. These guidelines are based on limited evidence and the levels shown are approximations. Exchange transfusions should be used when the total serum bilirubin concentration exceeds the indicated for each category. CPS Statement. Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late preterm newborn infants (35 or more weeks' gestation). *Paediatr. Child Health.* Vol.12, suppl. B, May/June 2007, p.9B.

Equipment

- 1) Exchange transfusion tray
- 2) Umbilical catheterization tray for UVL and UAL insertion
- 3) Umbilical catheters (3.5 and/or 5 Fr)
- 4) Transparent aperture drape

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!



McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

POLICY AND PROCEDURE

- 5) Blood warming bag
- 6) Pall filter
- 7) Hemoset
- 8) Exchange transfusion record sheet
- 9) Umbilical tie
- 10) Heparinized Normal Saline (1 unit/ml)
- 11) 5 ml, 10 ml and 30 ml syringes
- 12) Antiseptic solutions
- 13) Mask and hat
- 14) Sterile gloves and gown
- 15) 3-0 silk suture
- 16) Two 3-way stopcocks
- 17) Extra 2X2 gauzes
- 18) Pink waterproof tape
- 19) Calcium gluconate 10%, IV, available
- 20) Digoxin, IV, available

Preparation

- 1) Infant should be on a radiant warmer, cardiac monitor and oxygen saturation monitor.
- 2) Aspirate the baby's stomach immediately prior to the exchange transfusion.
- 3) Position baby on his back with arms and legs securely restrained.
- 4) Peripheral intravenous access for emergency needs.

Blood

One or two units of whole blood:

- 1) Type and cross-matched as per blood bank protocol.
- 2) Less than 72 hours old should be utilized; if older, sample should be drawn from unit for electrolytes. Wait for results before determining if usable.
- 3) CMV negative and irradiated.

Procedure

Simple 2-volume exchange is used particularly for severe hyperbilirubinemia, DIC and sepsis.

- 1) Normal blood volume in newborn 80 ml/kg
Low birthweight premature newborn may have up to 95 ml/kg
So in an infant weighing 3 kg, volume = 240 ml so double volume = 480 ml
- 2) Allow time for blood typing and cross matching
- 3) Scrub and put on sterile gown

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!





McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

POLICY AND PROCEDURE

- 4) Insert low UVL as per procedure protocol. Position may be confirmed with chest and abdominal X-ray.
- 5) Have the unit of blood prepared and blood should be warmed to body temperature.
- 6) Attach the bag of blood to the tubing and stopcocks.
- 7) Establish volume of each aliquot:

| | |
|--------------|--------|
| > 3 kg | 20 ml |
| 2-3 kg | 15 ml |
| 1-2 kg | 10 ml |
| 850 g - 1 kg | 5 ml |
| < 850 g | 1-3 ml |

Usually removed and given over 1-minute periods (i.e. 1 minute to remove, 1 minute to inject) to avoid significant pressure changes in the blood vessels.

Partial exchange transfusion is used for polycythemia using Normal saline and severe anemia using packed RBC's

The following formula can be used to determine the volume of the transfusion needed:

$$\text{Volume of exchange (ml)} = \frac{\text{Estimated blood volume (ml)} \times \text{Weight (kg)} \times (\text{Observed Hct} - \text{Desired Hct})}{\text{Observed Hct}}$$

Ancillary Procedures

- 1) Monitor and record the vital signs (HR, RR and BP) done by bedside nurse q5 minutes and temperature q15 minutes.
- 2) Laboratory studies should be obtained before and after exchange transfusion
Consider evaluating the ionized calcium, electrolytes levels, blood gas, glucose, CBC, and bilirubin indirect and direct.
- 3) Administration of calcium gluconate (optional)
Calcium gluconate buffer binds calcium and lowers ionized calcium levels. Treatment of a suspected hypocalcemia is controversial; some physicians administer 1 ml of calcium gluconate 10% by slow infusion after each 100 ml of exchange donor blood. Others maintain that treatment has no therapeutic effect unless hypocalcemia is documented.
- 4) Phototherapy
Begin or resume phototherapy following exchange transfusion for disorders involving high bilirubin level.
- 5) Monitoring serum bilirubin
Continue to monitor serum bilirubin following transfusion at 2, 4, and then 6 hour intervals. A rebound of bilirubin levels is to be expected 2 - 4 hours after the transfusion.
- 6) Remedication
Patients receiving antibiotics or anticonvulsants will need to be re-medicated. Patients receiving digoxin should not be re-medicated unless cardiac status is deteriorating. Consider drug level if available.

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!



McGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE

POLICY AND PROCEDURE

- 7) Antibiotic prophylaxis after the transfusion should be considered on an individual basis.
- 8) The catheter is generally removed at the end of the transfusion and the UVL pressure dressing may be applied.

Complications

- 1) Vascular: Thrombosis caused by air emboli/blood clots.
- 2) Cardiac: Arrhythmias, volume overload.
- 3) Metabolic: Hyperkalemia, hypocalcemia, hypo- / hyper- glycemia.
- 4) Infection: Septicemia.
- 5) GI: NEC.
- 6) Coagulopathies: Platelets may decrease by 50% after an exchange transfusion
- 7) Hemolytic: Anemic, polycythemia

References:

- 1) Canadian Paediatric Society, Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late preterm newborn infants (35 or more weeks' gestation). *Paediatr. Child Health*. Vol.12, suppl B, May/June 2007.
- 2) Gomella, T.L. & al. Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases and Drugs. 5th edition, Mc Graw-Hill Companies, Inc., 2004.
- 3) Klaus, M.H. & Fanaroff, A.A. Care of the High-risk Neonate. 5th edition, W.B. Saunders Company, 2001.
- 4) Mhairi, G. MacDonald, Jayashree Ramasethu, Atlas of Procedures in Neonatology. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Copyright © 2009 of the MUHC. Reproduction is prohibited!



ANNEXE 4

Hôpital Général Juif

Sir Mortimer B. Davis

Jewish General Hospital

Prescription of diagnostic tests

DRAFT

SYMPTOM

| | |
|----------------------------|--|
| NAUSEA AND VOMITING | In an acute situation, the SNP is expected to perform an emergency assessment and inform the Cardiac Surgeon of the following options: A. That his presence is required immediately or B. To discuss plan of action. |
|----------------------------|--|

AUTHORIZED PERSON

Specialized Nurse Practitioner in Cardiology (SNP)
Candidate Specialized Nurse Practitioner in Cardiology

POPULATION

All cardiac and cardiac surgery patients, adult or elderly, in an ambulatory setting, intermediate care or medical and surgical Services assigned to the Specialized Nurse Practitioner

INDICATIONS

According to the patient's health status and in association with signs and symptoms found on physical examination, the Specilized Nurse Practitioner may rule out possible complications

According to the findings found on physical examination, the SNP may prescribe the following diagnostic tests to rule out possible complications (see table 1 for list of diagnostic tests)

Nausea and vomiting

| Associated Signs | Associated Symptoms | Possible complication |
|--|--|-----------------------|
| jaundice low grade fever Murphy's sign hypoactive bowel sounds | right upper abdominal pain, can radiate to scapula or back anorexia abdominal distension | Cholecystitis |
| low grade fever tachycardia hypotension jaundice diminished or absent bowel sounds | abdominal pain (epigastric, periumbilical) distress and anxiety | Pancreatitis |

Prescription of diagnostic tests

| Associated Signs | Associated Symptoms | Possible complication |
|---|--|----------------------------|
| hypoactive bowel sounds peritonitis | severe acute abdominal pain diarrhea bloody stool minimally distended abdomen | Visceral ischemia |
| fever | profuse watery diarrhea abdominal cramping bloating bloody stool | C-difficile |
| high pitched bowel sounds abdominal distension | | Paralytic ileus |
| tenderness and rigidity of abdomen decreased or absent bowel sounds presence of palpable abdominal mass abdominal distension | cramping and abdominal pain | Bowel obstruction |
| abdominal distension | persistent, difficult, infrequent or incomplete defecation small hard pellety stool | Severe constipation |
| hypertension tachycardia | retrosernal chest pain diaphoresis anxiety GI upset | Acute MI |
| hypertension tachycardia | retrosernal chest pain diaphoresis anxiety | Coronary spasm |

References:

Bojar, R.M. (2005) *Manual of Perioperative Care in Adult Cardiac Surgery*, 4th edition. Blackwell Publishing: Massachusetts, USA.

Kasper, D.L., Braunwald, E., Fauci, A.S., Hauser, S.L., Longo, D.L. & Jameson, J.L. (2005). *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th edition. McGraw-Hill Companies, USA.

Zipes, D.P., Libby, P., Bonow, R.O., Braunwald, E. (2005). *Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine*, 7th edition. Elsevier Saunders: Pennsylvania.



| NAUSEA / VOMITING |
|---|
| Investigations |
| <p>In stable situations, the SNP may order the following tests, revise the results with the Cardiac Surgeon and discuss plan of action. If patient is unstable, the SNP will notify the Cardiac Surgeon immediately and will :</p> <p>A. Require his presence immediately B. Discuss plan of action</p> |
| <p>Laboratory</p> <p>CBC Electrolytes (Urea, Creatinine, Sodium, Potassium, Chloride, Bicarbonate, Glucose, Magnesium, Calcium, Phosphorus) Fasting Lipid Profile aPTT, PT, INR CK, troponine LFT Iron Studies Arterial Blood Gas Cultures (include any sites which are suspicious for causing the infection i.e. urine, blood, wound, sputum, stool, any indwelling catheters) and according to clinical presentation Stool for c-diff</p> |
| <p>Other investigations</p> <p>ECG Telemetry Chest X-Ray Cardiac Echo Abdominal Series</p> |
| <p>The investigations listed below require a prior discussion with the Cardiac Surgeon</p> <p>CT Scan Abdominal U/S</p> |

Hôpital Général Juif

Sir Mortimer B. Davis

Jewish General Hospital

| NAUSEA AND VOMITING | INVESTIGATIONS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-----|-----|---------|----------|-----|-----------|--------------|-----|---------------|------------|-----|---------------|-------------|--------------------|--------------|--------------|-----|---------------|------------------|-------------|----------------|----------------|-------------------|--------|--|
| | CT scan | CXR | PFT | MIP/MEP | V/Q scan | ECG | telemetry | Cardiac Echo | CBC | Electrolytes* | PT/PTT/INR | LFT | CK, troponine | Cultures ** | arterial blood gas | Iron Studies | Folate/ B-12 | TSH | Abdominal U/S | abdominal series | duplex scan | urine analysis | stool hematest | stool for c-diff. | notter | |
| Investigations listed in red require a prior discussion with the Cardiac Surgeon | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R/O possible complications | ✓ | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| Cholecystitis | ✓ | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| Pancreatitis | ✓ | ✓ | | | | | | | ✓ | X/✓ | | ✓ | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| Visceral ischemia | ✓ | | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | |
| Clostridium difficile | ✓ | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | ✓ | | |
| Paralytic ileus | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| Bowel obstruction | | ✓ | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| Severe constipation | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| Acute MI | | | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| Coronary spasm | | | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |

X: in the case of pancreatitis, a fasting lipid profile could also be prescribed

* Electrolytes include: urea, creatinine, Na, K, Cl, HCO3, glucose; Mg, Ca, Phos, Albumin when necessary and according to patient's situation (renal failure, malabsorption, hypovolemia, etc).

** Cultures include any sites which are suspicious for causing the infection (urine, blood, wound, sputum, stool, any indwelling catheters) and according to symptoms and presentation.



Le Collège tient à remercier les membres du comité directeur sur les activités médicales partageables pour leur contribution à l'élaboration de ce guide d'exercice :

Dr François Croteau
Administrateur, Collège des médecins du Québec
Président du comité

Me Linda Bélanger
Conseillère juridique, Direction des services juridiques, Collège des médecins du Québec

Dr André Jacques
Directeur, Direction de l'amélioration de l'exercice
Collège des médecins du Québec

Dr Marie-Hélène LeBlanc
Administratrice, Collège des médecins du Québec

Dr Marcel Reny
Administrateur, Collège des médecins du Québec

Dr André Rioux
Administrateur, Collège des médecins du Québec

Dr Claude Ménard,
Adjoint à la Direction générale et au secrétaire, Collège des médecins du Québec
Secrétaire du comité



Publication du
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
Courriel : info@cmq.org
Site Web : www.cmq.org

Coordination
Révision linguistique et correction d'épreuves
Graphisme

Le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers

Illustration

Olivier Lasser

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISBN 978-2-920548-64-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-920548-65-7 (PDF)
© Collège des médecins du Québec, 2009

N.B. : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.



the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased from 10.5 million to 12.5 million, and the number of people in the public sector who are employed in health care has increased from 1.5 million to 2.5 million (Department of Health 2000).

There are a number of reasons for this increase in the number of people employed in the public sector. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as diabetes, heart disease, and cancer. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the number of people who are in long-term care.

Another reason for the increase in the number of people employed in the public sector is the increasing demand for health care services from the private sector. The private sector has been growing rapidly in the UK, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the private sector. However, the private sector is not able to meet the demand for health care services, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the public sector.

There are a number of reasons for the increase in the number of people employed in the public sector. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as diabetes, heart disease, and cancer. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the number of people who are in long-term care.

Another reason for the increase in the number of people employed in the public sector is the increasing demand for health care services from the private sector. The private sector has been growing rapidly in the UK, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the private sector. However, the private sector is not able to meet the demand for health care services, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the public sector.

There are a number of reasons for the increase in the number of people employed in the public sector. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as diabetes, heart disease, and cancer. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the number of people who are in long-term care.

Another reason for the increase in the number of people employed in the public sector is the increasing demand for health care services from the private sector. The private sector has been growing rapidly in the UK, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the private sector. However, the private sector is not able to meet the demand for health care services, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the public sector.

There are a number of reasons for the increase in the number of people employed in the public sector. One of the main reasons is the increasing demand for health care services. The population of the UK is ageing, and there is a growing number of people with chronic conditions such as diabetes, heart disease, and cancer. This has led to an increase in the number of people who are hospitalized and the number of people who are in long-term care.

Another reason for the increase in the number of people employed in the public sector is the increasing demand for health care services from the private sector. The private sector has been growing rapidly in the UK, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the private sector. However, the private sector is not able to meet the demand for health care services, and this has led to an increase in the number of people who are employed in the public sector.