

LA FEUILLE D'ANESTHESIE
MANUSCRITE ?
OÙ
INFORMATIQUE ?

<u>CADRE THEORIQUE :</u>	1-2
<u>INTRODUCTION :</u>	3-4
1. <u>CHAPITRE: LA FEUILLE D'ANESTHESIE MANUSCRITE</u>	5
1.1 DEFINITION DE LA SFAR.....	5
1.2 BUT :	6
1.3 RECOMMANDATIONS DE LA SFAR SUR UN PLAN HEMODYNAMIQUE :	6
1.4 LES LIMITES :	7
2. <u>CHAPITRE: LA SITUATION D'URGENCE</u>	8
2.1 ETYMOLOGIE :	8
2.2 DEFINITION :	8
2.3 LES DIFFICULTES FACE A L'URGENCE :	8-9
2.4 CADRE GENERAL DE LA RESPONSABILITE IADE :	9-10
3. <u>CHAPITRE: LA FEUILLE D'ANESTHESIE INFORMATISEE</u>	10
3.1 ASPECT LEGISLATIF DE LA FEUILLE D'ANESTHESIE INFORMATISEE:.....	10-11
3.2 OBJECTIFS DE LA FEUILLE D'ANESTHESIE INFORMATISEE :	12
3.3 LOI INFORMATIQUE :	12-13
3.4 LOI KOUCHNER :	13
3.5 L'ACCREDITATION :	13-14
4. <u>CHAPITRE: CADRE MEDICO-LEGAL</u>	14
4.1 CADRE GENERAL DE LA RESPONSABILITE IADE :	15
4.2 LA RESPONSABILITE CIVILE :	15

4.3 LA RESPONSABILITE PENALE :	16
4.4 LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE :	16
4.5 QUE FAIRE SUR UN PLAN MEDICO-LEGAL :	17-20
5. <u>ENQUETE : OBJECTIF ET ANALYSE DES RESULTATS :</u>	21
5.1 CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION SONDEE :	21
5.1.1 Qu'elle est l'expérience de la population sondée ?	21-22
5.1.2 Le milieu des IADE étant très technique, cet outil attire-t-il autant les femmes que les hommes ?	22
5.1.3 Quand est-il de l'utilisation de l'outil informatique ?	23
5.2 INTERET DE L'INFORMATIQUE AU BLOC :	24
5.2.1 La feuille d'anesthésie informatisée a-t-elle un intérêt au bloc opératoire ?	24
5.2.2 La feuille informatisée a t elle un intérêt dans la prise en charge du patient ?	25
5.3 ASPECT MEDICO LEGAL DE LA FEUILLE D'ANESTHESIE :	27
5.3.1 La population sondée connaît-elle l'existence de recommandation scientifique ?	27
5.3.2 Quelles sont les recommandations concernant l'intervalle de temps pour la retranscription du pouls et de la tension artérielle ?	28
5.3.3 La feuille d'anesthésie papier permet le respect de ses recommandations ?	29
5.3.4 La situation d'urgence permet le respect de ses recommandations ?	30
5.3.5 La feuille informatisée garantirait une sécurité sur un plan médicolégal ?	31
6. <u>SYNTHESE DES RESULTATS :</u>	32
7. <u>CONCLUSION :</u>	33
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXE	35-46

INTRODUCTION

Mon expérience chez les Sapeurs pompiers de Paris pendant 15 années dont 6 ans comme soldat du feu, puis 7ans comme Auxiliaire sanitaire sur ambulance de réanimation m'a permis d'acquérir une certaine connaissance dans la prise en charge des patients dans l'urgence.

Pour parfaire ma formation, je passe ensuite un diplôme d'état d'infirmier, avec pour objectif de travailler dans un service de réanimation, ce que j'ai pu obtenir ; secondairement je souhaite devenir Infirmier anesthésiste, je suis actuellement en cours de formation.

Infirmier diplômé d'état depuis 2002, mon 1^{er} poste est en réanimation adulte de l'Hôtel Dieu.

Dans ce service, la surveillance hémodynamique, les prescriptions, les actes infirmiers, ainsi que les transmissions des patients, se font par un logiciel informatique, les données se font en instantané, dans un temps déterminé, et modifiable. J'ai pu en 3 années de pratique sur ce logiciel, me faire une idée sur l'utilité de l'informatique dans la surveillance d'un patient 24h/24h en réanimation et en ressortir les côtés positifs ainsi que les inconvénients.

Je suis actuellement en 2eme année d'école IADE, et il m'est demandé d'écrire un mémoire, les choix sont biensûr multiples. Les différents stages effectués dans les nombreuses spécialités et dans des contextes différents, en particulier dans l'urgence lors des gardes, m'ont amené à me poser beaucoup de questions en ce qui concerne la feuille d'anesthésie manuscrite. En effet il s'agit bien d'un outil indispensable dans la surveillance d'un patient en peropératoire, tant sur un plan d'exactitude de retranscription de la situation que sur un plan médico-légal.

Au cours de nos études, on ne manque pas de mettre l'accent sur l'importance de la feuille d'anesthésie pour la prise en charge quotidienne de nos patients, feuille qui est la seule traçabilité de la situation vécue en peropératoire et qui " face à un tribunal " serait une pièce capitale.

Dans la pratique quotidienne, la feuille d'anesthésie est scrupuleusement remplie, les informations sont lisibles et compréhensibles, et assez bien représentatives de la situation opératoire.

Voici un exemple concret vécu lors d'une garde : il s'agit d'une situation d'urgence. Une patiente vient de réanimation pour une pathologie néoplasique envahissant le péritoine, en choc septique, elle est sous noradrénaline à de fortes concentrations, avec une hémoglobine à 7, très instable sur un plan hémodynamique, ce qui est majoré par un abdomen très distendu lié à de l'ascite et rendant la ventilation très difficile. Ceci nous amène, le médecin anesthésiste, l'interne en anesthésie et moi même à se répartir les différentes tâches, par priorités (commande de sang et transfusion, anesthésie et analgésie, remplissage, ventilation) pour un maintien des constantes vitales de la patiente. La courte durée de l'acte chirurgical, nous amène à transférer la patiente rapidement en REANIMATION.

Dans cette situation, la feuille d'anesthésie n'a pas fait partie des priorités, les constantes ont été notées avec parcimonie, prises très rapidement en fin d'intervention et lors des transmissions en réanimation, la pression artérielle "pour ne citer qu'elle" n'est pas représentative de la situation vécue en peropératoire.

La question que je me pose concerne certaines situations, en particulier celle de l'urgence, qui nous amène à faire des choix. Pour moi, dans la situation présentée, la feuille d'anesthésie n'a pas été une priorité, le patient et sa survie m'importaient bien plus.

Mais sur un plan médico-légal, comment cela pourra être jugé ?

Et l'informatique, ne pourrait il pas être un allié ?

La recherche que je vais donc effectuer à travers ce sujet est l'intérêt de la feuille d'anesthésie informatisée, dans une situation d'urgence, pour une surveillance peropératoire sur un plan hémodynamique, afin de se sécuriser et éviter une mise en défaut professionnelle.

1. LA FEUILLE D'ANESTHESIE MANUSCRITE:

1.1 DEFINITION DE LA SFAR :

<http://www.sfar.org/dossierar.html> Compte rendu de la SFAR «Dossier anesthésique» page 5

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

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

La feuille d'anesthésie est le seul document médico-légal, retraçant l'état du patient et les modalités d'anesthésie, qui caractérise son passage au bloc opératoire. C'est donc un document capital car il est unique et c'est le seul à donner ces informations. En cas de problème, l'un des éléments qui sera demandé et exploité est cette feuille.

En effet, la survenue d'un accident est souvent perçue comme un événement résultant d'une défaillance technique, d'une erreur de jugement ou d'un trouble de la vigilance. La feuille d'anesthésie doit donc faire la preuve que tout a été mis en place pour assurer la sécurité du patient à travers une surveillance rigoureuse.

1.2 BUT :

<http://www.sfar.org/dossierar.html>

Il est de contribuer à une sécurité optimale des patients anesthésiés, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) *recommande une surveillance fondée sur les éléments détaillés dans ce document*. Cette surveillance doit être mise en oeuvre lors de toute anesthésie générale, locorégionale et sédation susceptible de modifier les fonctions vitales, quel que soit le site où ces actes sont effectués.

1.3 RECOMMANDATIONS DE LA SFAR SUR UN PLAN HEMODYNAMIQUE:

<http://www.sfar.org/recomperop.html>

Les recommandations concernent le personnel et la surveillance minimale du patient et de l'appareil d'anesthésie. A cette surveillance clinique et instrumentale de base sont adjoints des moyens complémentaires en fonction de l'état du patient, du type d'acte, des impératifs anesthésiques. *Certaines situations d'urgence peuvent ne pas permettre l'application de ces recommandations en totalité.*

Ces recommandations tiennent compte des données actuelles de la science et des techniques. Elles ont été établies dans le respect de la législation et de la réglementation française. Elles sont soumises à une révision périodique. Ce document en constitue la deuxième édition, remplaçant celui publié en Juin 1989.

Du début à la fin de l'acte, la surveillance du patient porte sur l'oxygénation, la ventilation, *la circulation*. La surveillance de la circulation porte sur les battements cardiaques, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la circulation périphérique, le capnogramme et l'ECG.

Les battements cardiaques sont surveillés de façon continue par une des méthodes suivantes: palpation du pouls artériel, auscultation cardiaque, mesure continue de la pression artérielle, oxymétrie de pouls ou une technique équivalente. *« La fréquence cardiaque et la pression artérielle sont notées à des intervalles de temps ne dépassant pas 5 minutes »*. La surveillance de l'ECG débute avant l'induction.

1.4 LES LIMITES :

La retranscription manuelle des données expose souvent à des imperfections de saisies aboutissant à un document incomplet, inexploitable ou « faux» :

Retranscription des données de mémoire

Lissage des courbes, données anormales parfois non notées

Base de temps non respectée : ex, noté toutes les 10mn

Ecriture non lisible

Plusieurs intervenants pas toujours identifiés (EIADE, IADE, MAR...)

De plus, certain temps d'anesthésie comme l'urgence, ne permet pas une tenue correcte de la feuille d'anesthésie, l'attention de l'opérateur étant détournée vers le patient.

En effet, l'urgence et l'instabilité hémodynamique du patient entraînent une variation importante des constantes. Il est donc primordial d'assurer une bonne traçabilité des paramètres vitaux tout en surveillant le patient.

Certaines chirurgies, nécessitent une utilisation de plusieurs dispositifs (cellsaver, TGV....), d'une transfusion, de commande de produit sanguin labile, de préparation de médicament, de préparation et de changement de pousse seringue, de prélever et de récupérer des bilans, surveiller les constantes du patient..... Il paraît évident et vu le contexte, que la feuille d'anesthésie passe au second plan.

2. LA SITUATION D'URGENCE :

2.1 ETYMOLOGIE :

[Le Petit Larousse Illustré. 2002. p 1048.](#)

Urgent signifie « sans délai, en toute hâte ». Il sera donc question de situation avec une apparition brutale et inattendue, prenant des formes très variables suivant les circonstances, mais risquant toujours à court ou moyen terme d'engager le pronostic vital du patient.

2.2 DEFINITION :

http://www.upsa.net/patients/douleur_aigue/urgence/definition_urgence.htm

La définition médicale précise : « Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant.

En pratique, la notion d'urgence se définit par tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : douleur aiguë, malaise, traumatisme, détresse médicale, sociale ou psychologique.

2.3 LES DIFFICULTES FACE A L'URGENCE :

Malgré ces obligations légales, les gestes d'urgence ne sont pas toujours réalisés et maîtrisés. En effet, le soignant n'est que peu confronté à l'urgence, mais le risque de devoir mettre en oeuvre de tels gestes existe toujours, ce qui demande au soignant d'être rapide et efficace, afin d'obtenir une prise en charge optimale.

C'est la première personne auprès du patient en détresse qui va devoir mettre immédiatement en place les gestes de suppléance, ce qui demande du sang froid et une bonne gestion des gestes. La loi du « faire vite et bien » devient alors une priorité.

Le stress, engendré par cette nécessité d'agir vite, est souvent la cause non pas de fautes professionnelles mais de gros problèmes organisationnels.

Le soignant se doit de gérer des situations qu'il n'a jamais rencontrées auparavant et où le pronostic vital du patient dépend des gestes qu'il saura lui apporter.

La peur de la mort intervient lors de toute gestion vitale. En effet, l'objectif de la réanimation, sauver la vie du patient, ramène obligatoirement à l'idée de mort, puisque c'est elle que nous cherchons à combattre. Or, il n'existe pas d'enjeu supérieur à celui-ci. La peur de la mort augmente le stress des soignants.

2.4 CADRE GENERAL DE LA RESPONSABILITE IADE :

Décret 2004-802 du 29/07/04 paru au J.O. Du 09/08/04 Article R. 4311-14

<http://www.infirmier.com/inf/legislation/exregles/anexe>

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

<http://www.sfar.org/recomperop.html>

Face à une urgence extrême et vitale, l'IADE est tenu de mettre en oeuvre, sans attendre, les gestes d'urgence et de survie relevant de sa compétence. Il est souhaitable que des protocoles couvrant ces situations soient établies dans chaque service ou équipe d'anesthésie réanimation. L'IADE doit, dans de telles situations, rédiger un compte rendu destiné aux responsables concernés du service d'anesthésie réanimation.

Il existe de multiples barrières lors d'une urgence extrême, ce qui nous amène à prendre en compte uniquement l'aspect vital de la situation vécue. La feuille d'anesthésie ne devient donc pas une priorité.

Mais sur un plan médico-légal ?

3. LA FEUILLE D'ANESTHESIE INFORMATISEE :

3.1 ASPECTS LEGISLATIFS DE LA FEUILLE D'ANESTHESIE INFORMATISEE:

<http://www.caducee.net/dossierSpecialise/information-sante/dsii.asp>

De nombreux textes officiels se rapportent au dossier de soins, notamment :

Le décret du 17/07/1984 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier diplômé d'État.

La circulaire du 15/03/1985 en relation avec la publication du guide du service infirmier " Le dossier de soins ".

La circulaire du 15/09/1989, circulaire ministérielle de Claude Evin sur les modalités d'utilisation et de gestion du dossier de soins.

Le décret du 17/04/1984 en application de la loi du 31/05/1978, article 3 qui stipule que le dossier de soins découle du rôle propre infirmier.

Ces derniers ayant également l'obligation d'utiliser le dossier de soins afin « *d'assurer une transmission écrite et orale de tous les éléments d'observation* ».

L'article 1er du décret du 15 mars 1993 précise que les soins infirmiers

« Sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel, de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic ... »

L'article 2 du même texte rappelle que l'infirmier « *est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* ».

L'article R. 4311-10 du décret 2004-802 du 29/07/04

http://www.infirmier.com/inf/legislation/exregles/anexe_decret_29juillet2004

« L'infirmier doit effectuer la prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant. »

« L'infirmier se doit alors, en toutes circonstances, de maîtriser les outils qui lui permettent de gérer au mieux ce dossier. »

Dans le cadre de l'utilisation de nouvelles technologies, en l'occurrence l'informatique, la participation des infirmiers formés à cette pratique répond à l'article 9 du décret de compétence : **« l'infirmier propose, organise ou participe à des actions : de formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé, d'encadrement des stagiaires en formation, de recherche dans le domaine des soins infirmiers... »**

Dans le cadre du code de la santé publique Article D6124-102

« Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue postinterventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient ».

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

3.2 OBJECTIFS DE LA FEUILLE D'ANESTHESIE INFORMATISEE:

«La feuille d'anesthésie informatisée» Dr Marc ROULLIER et Jean louis MOURAND

La feuille informatisée permet à l'équipe d'anesthésie de :

De disposer de l'ensemble des informations hémodynamiques précis et lisible

De limiter les risques de pertes.

Permettre un gain de temps.

D'avoir une vision globale du patient.

D'éviter les recopiations à postérieure.

La feuille informatisée est en effet le reflet des surveillances effectuées par l'IADE sur un plan hémodynamique et constitue la seule traçabilité des observations peropératoires en cas de faute et de risque de poursuites judiciaires.

La feuille informatisée assure aussi, une confidentialité que la feuille papier visible de tous ne garantie pas.

3.3 LOI INFORMATIQUE :

<http://www.cnil.fr/index.php?id=301>

L'informatique (de information et automatique) peut être définie comme la science du traitement automatique et rationnel de l'information en tant que support des connaissances et des communications.

La loi du 6 janvier 1978 connue sous le nom de « *loi informatique et libertés* » oblige à déclarer auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et libertés) tout fichier de traitement automatisé de données. La loi s'applique à tout fichier qui a pour objet ou pour effet, de collecter des renseignements d'origines diverses, relatifs à des individus nommément désignés. Elle s'applique donc parfaitement à la feuille d'anesthésie informatisée.

Dans les établissements publics ou participant au service public, la procédure qui s'applique est celle de l'acte réglementaire. Une demande d'avis motivée doit être déposée (par le responsable de l'établissement) à la CNIL qui instruit le dossier. La création du traitement ne peut intervenir que si l'avis est favorable ; elle fait alors l'objet d'un acte réglementaire.

3.4 LOI KOUCHNER :

http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/un_textedejorf?

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, stipule que chaque patient peut accéder librement à l'ensemble des informations relevant de leurs état de santé et donc à leur dossier médical informatisé ou non.

En lien avec la loi "informatique et liberté", dans l'art.L.1110-4 la nature secrète des informations médicales et rend obligatoire le chiffrement de celles-ci pour les supports informatiques.

L'art.L. 1111- 8 définit les devoirs et obligations des hébergeurs afin de garantir la confidentialité dans le respect du secret médical des patients.

3.5 L'ACCREDITATION : Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf/accueilpesentationadform>

L'accréditation est une procédure, qui dépend de l'ANAES (Agence Nationale Accréditation et d'Évaluation en Santé), et qui vise à assurer aux patients la sécurité et la qualité de soins ainsi que favoriser une politique de développement de cette même qualité de soins, dans les établissements de santé.

Cette procédure est obligatoire pour tous les établissements de soins. Elle fait suite à l'évaluation de l'établissement selon des critères élaborés par des professionnels du milieu médical. Si l'établissement (ou le service) satisfait aux critères il lui est alors décerné un label de qualité ainsi que l'accréditation. A défaut le service ou l'établissement doivent se mettre en conformité pour pouvoir y prétendre ultérieurement.

L'informatisation du système médical ou infirmier devra lui aussi satisfaire à cette procédure. Pour ce faire, il sera nécessaire, comme il est recommandé dans le manuel d'accréditation de « *procéder à la mise en place du recueil d'informations sur les besoins, l'avis et la satisfaction des professionnels utilisateurs* ».

Cette procédure permettra de savoir quel est le ressenti du personnel vis à vis de l'informatisation, aussi bien au niveau de l'ergonomie que de ses défauts. Elle permettra au personnel soignant de participer au développement de cet outil qu'il sera amené à utiliser régulièrement.

4. CADRE MEDICO-LEGAL :

[DALENS 2004 \(IADE cadre réglementaire, exercice professionnel, responsabilité\) Chapitre 4. p 2691 à 2700](#)

Le décret N° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pour la pratique de l'anesthésie stipule:

Article D.712-43 « l'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un MAR en tenant compte des résultats de la visite anesthésique...»

Article D.712-40 doit permettre de faire bénéficier au patient :

« d'une surveillance clinique continue, d'un matériel d'anesthésie et de suppléance adaptés au protocole anesthésique retenu »

Cet article stipule que l'anesthésie est pratiquée sous la responsabilité d'un MAR mais n'impose pas que se soit lui-même qui le réalise.

« l'IADE est formé à la surveillance clinique continue et à la préparation du site d'anesthésie, il doit posséder la maîtrise de l'utilisation de tous les appareils d'anesthésie et doit être apte à prendre en charge une part importante de la procédure».

« Le MAR peut lui confier la surveillance du patient en cours d'anesthésie».

4.1 CADRE GENERAL DE LA RESPONSABILITE IADE :

<http://www.sfar.org/recomperop.html>

L'IADE engage sa responsabilité en cas de faute dans l'exécution d'un soin ou d'une technique, *de défaut de surveillance* et de maintenance de matériel, de non respect des protocoles ou de prescription médicale et de réalisation fautive d'actes ne relevant pas de sa compétence.

En cas de condition anormale de travail, il devra clairement les dénoncer auprès du directeur de l'établissement.

La passivité est fautive car elle maintient le risque subi par le patient.

Si une relation de cause à effet est établie entre une faute et un incident ou un accident, la responsabilité civile de l'IADE peut être engagée, soit solidairement avec le médecin anesthésiste-réanimateur, soit individuellement. Cette responsabilité est assumée de manière différente selon le statut et le lieu d'exercice de l'IADE.

4.2 LA RESPONSABILITE CIVILE :

<http://www.snia.net/>

Etablissement hospitalier public : Le statut de la fonction publique hospitalière assure la protection de ses agents. A l'exception des fautes détachables du service, l'établissement ou son assureur prend en charge l'indemnisation du dommage.

Etablissements privés : l'employeur ou son assureur prend en charge l'indemnisation de la victime sauf en cas de faute intentionnelle ou de dépassement de compétence ou de mission impartie.

Médecin anesthésiste réanimateur employeur : la responsabilité civile du médecin anesthésiste réanimateur est engagée en tant qu'employeur et éventuellement selon son implication dans l'acte dommageable réalisé par l'infirmier anesthésiste.

4.3 LA RESPONSABILITE PENALE :

La responsabilité de l'IADE est individuelle, même si celle du médecin anesthésiste-réanimateur est également recherchée. La délégation d'une tâche par le médecin anesthésiste-réanimateur à l'IADE n'exonère en rien ce médecin de sa responsabilité qui peut être partagée mais non transférée.

Si la victime ou ses ayants droits déposent une plainte pénale, l'IADE peut être poursuivi quel que soit le type d'établissement ou de contrat. En cas de condamnation, il assume personnellement la sanction, amende et/ou emprisonnement avec ou sans sursis.

L'IADE peut être solidairement responsable des fautes commises par l'étudiant infirmier anesthésiste qu'il est chargé d'encadrer. Aucun acte d'anesthésie ne lui est confié sans l'accord du médecin anesthésiste-réanimateur et sans s'être au préalable assuré que l'étudiant en ait fait l'apprentissage. L'exécution doit être contrôlée par l'IADE ou le médecin anesthésiste-réanimateur responsable.

4.4 LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE:

L'établissement public peut instruire une mesure disciplinaire dont les degrés de sanction figurent dans la loi portant les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. En cas de faute détachable de la fonction, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée.

4.5 QUE FAIRE SUR UN PLAN MEDICO-LEGAL :

<http://www.adarpef.org/congres/adarpef99/Francois.pdf>

Toute anesthésie peut être un jour ou l'autre confrontée à une situation critique et à des conséquences médico-légales. ***Il importe pour y faire face de disposer de documents écrits et d'un dossier d'une qualité irréprochable.***

Une meilleure organisation en partie imposée par des textes réglementaires, des recommandations professionnelles, s'est significativement améliorée depuis cette dernière décennie.

Cependant, malgré ou à cause du caractère exceptionnel des accidents anesthésiques, ceux-ci sont toujours mal vécus par l'entourage du patient.

En présence d'une plainte du patient ou de son entourage concernant un événement indésirable, le juge désigne un ou plusieurs experts avec une mission plus ou moins précise mais dans laquelle se retrouvent des points communs :

Prendre connaissance des pièces de la procédure.

Décrire le déroulement du ou des actes médicaux.

Si ces actes sont pratiqués conformément aux données actuelles scientifiques.

Les juges veulent savoir, si dans le déroulement de l'acte, tout a été mis en œuvre pour limiter le risque et si en présence de l'accident les mesures adéquates ont été prises sans délai, c'est-à-dire si la sécurité a été assurée conformément aux données de la science. Les experts se référeront aux normes réglementaires et à des textes consensuels (Conférences d'experts, de consensus, Recommandations des Sociétés Savantes).

Pour rédiger les faits, les experts préfèrent s'appuyer sur des écrits, plutôt que sur des dires contradictoires.

C'est dire l'importance considérable qui est attachée aujourd'hui à la rédaction de ces documents.

On ne peut que recommander la mise à disposition, pour les intervenants du service, de documents facilement accessibles et régulièrement mis à jour en fonction « des données actuelles de la science ». L'expert, et avec lui le juge, ne peuvent qu'être favorablement impressionnés par une organisation visant à améliorer la sécurité du patient.

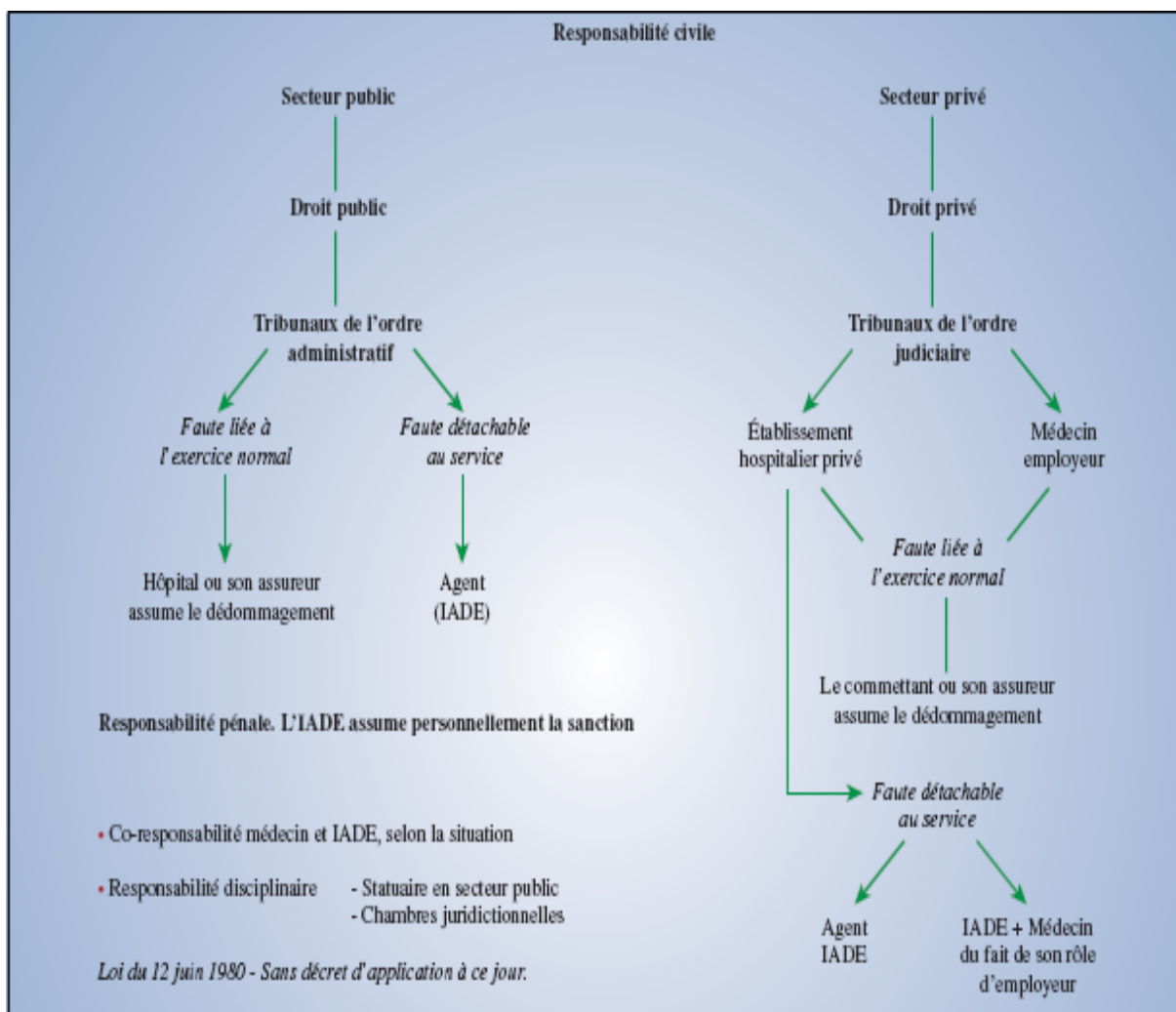
Il arrive trop souvent dans le cadre d'une expertise que l'on ne puisse pas savoir à qui incombait la responsabilité de la prise en charge d'un patient pour une situation d'urgence.

L'importance du dossier d'anesthésie : ici nous allons uniquement évoquer la fiche d'anesthésie peropératoire.

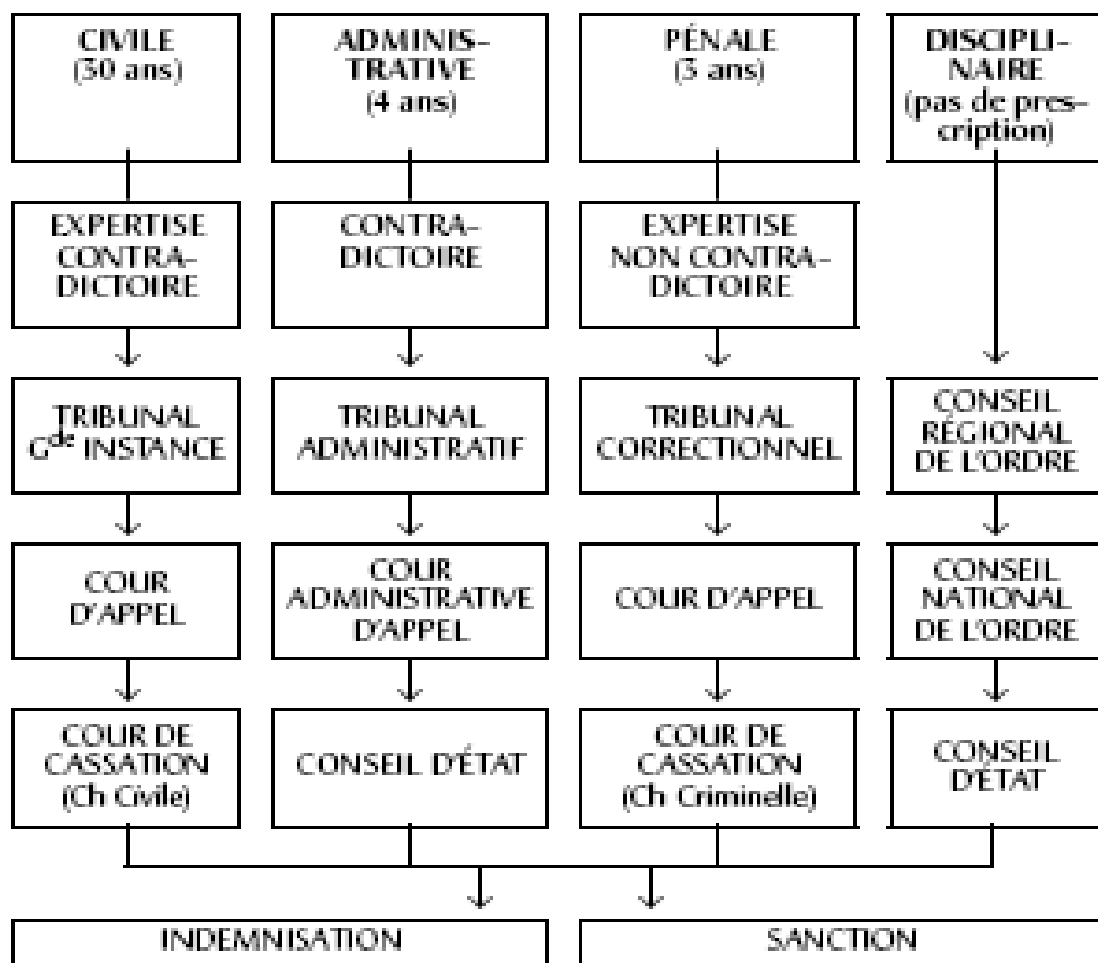
Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de la surveillance continue per interventionnelle sont transcrits dans un document classé lui même dans le dossier médical du patient. Il est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation. Elles font l'objet d'une transmission écrite. Avant le décret de décembre 1994, *L'absence ou le caractère incomplet de ces informations, de même que l'aspect de brouillon illisible, pouvait donner l'impression défavorable d'une pratique bâclée de l'anesthésie.* Aujourd'hui il s'agit de l'inobservation d'un règlement et la responsabilité du médecin anesthésiste peut être engagée dès lors qu'il a été établi qu'un règlement a été violé et si cette violation a un lien de causalité avec le dommage.

La responsabilité de l'IADE semble indéniable, la méconnaissance du cadre légal, de l'exercice professionnel ainsi que la responsabilité de nos actes quotidiens, sont de multiples facteurs de risques professionnels pouvant nuire à la santé du patient.

L'importance de la mise en place de la feuille d'anesthésie informatisée, n'est pas uniquement essentielle pour le monitoring hémodynamique, mais aussi pour la consultation anesthésique, la surveillance pré, per, et post interventionnelle. Une feuille uniformisée, pouvant être mise à jour régulièrement suivant les recommandations scientifiques actualisées, pourrait dans un avenir proche nous sécuriser sur un plan médico-légal.



● **Tableau 4 Responsabilité médicale**
(D'après T. Casagrande - *Entreprise Médicale*)



Enquête sur l'intérêt de la feuille d'anesthésie informatisée

L'objectif de cette enquête est de mieux cerner l'intérêt que porte l'IADE sur l'informatisation de la feuille d'anesthésie, est ce que cet outil apporte un réel gain de sécurité anesthésique pour le patient et l'utilisateur. De plus, il me semble important d'avoir l'avis de personne concernant la médicolegalité de cette feuille d'anesthésie.

J'ai utilisé le questionnaire comme moyen d'investigation. Investigation sur l'ensemble du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand afin de toucher un plus grand nombre de personnes sensibilisées à l'informatique. Le CHU n'utilise pas la feuille d'anesthésie informatique.

5. ANALYSE DES RESULTATS :

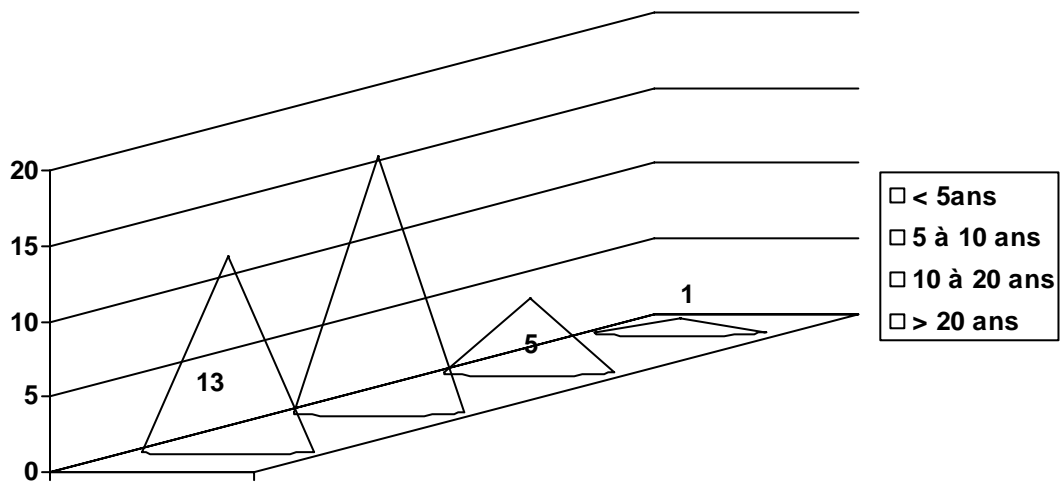
J'ai envoyé soixante questionnaires et je n'ai eu que trente six réponses.

5.1 CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION SONDEE:

5.1.1 Qu'elle est l'expérience de la population sondée ?

Il est intéressant de connaître les caractéristiques de la population qui a répondu. Ceci à travers son expérience professionnelle et son sexe.

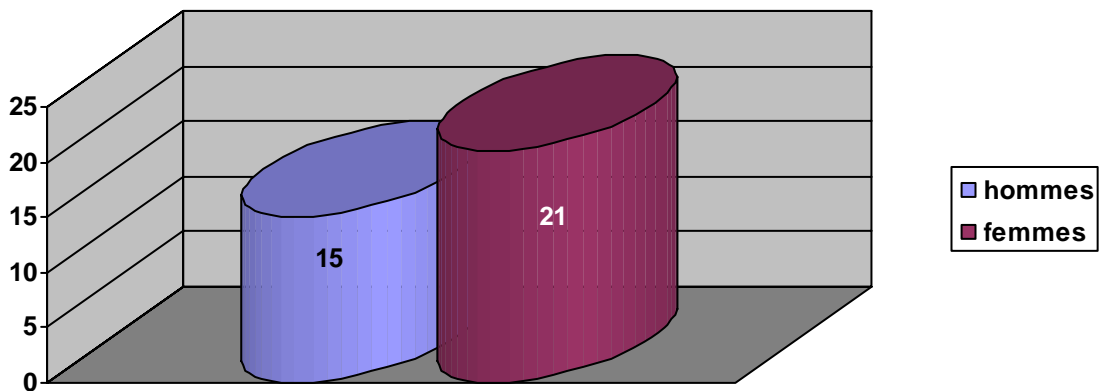
L'outil qu'est l'informatique reste un objet récent, à la pointe de la technologie. Il est intéressant de voir la répartition de l'âge par rapport à l'expérience de la population sondée pour déterminer si ce sont plutôt des jeunes « habitués » à la culture informatique ou des personnes de tous les ages.



Graphique 1 : répartition de la population selon son expérience

- La moyenne est de six ans et demi d'expérience. Il s'agit d'une population plutôt jeune, donc des gens qui ont une culture de l'informatique.

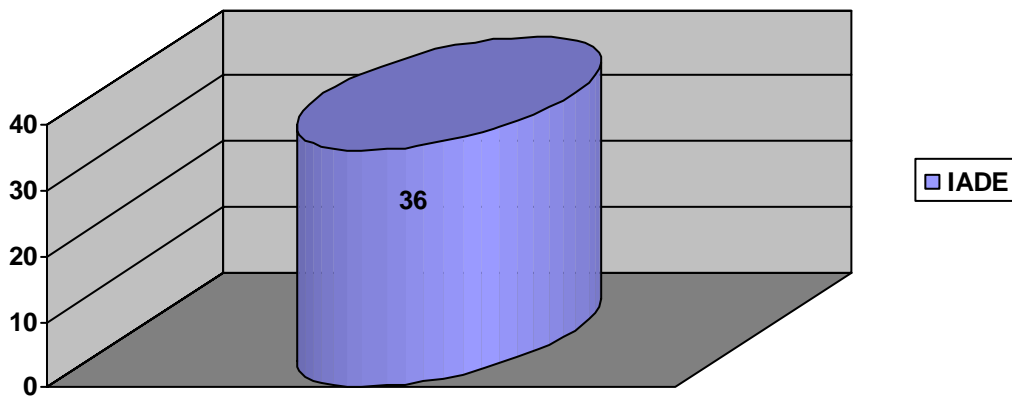
5.1.2 Le milieu des IADE étant très technique, cet outil attire-t-il autant les femmes que les hommes ?



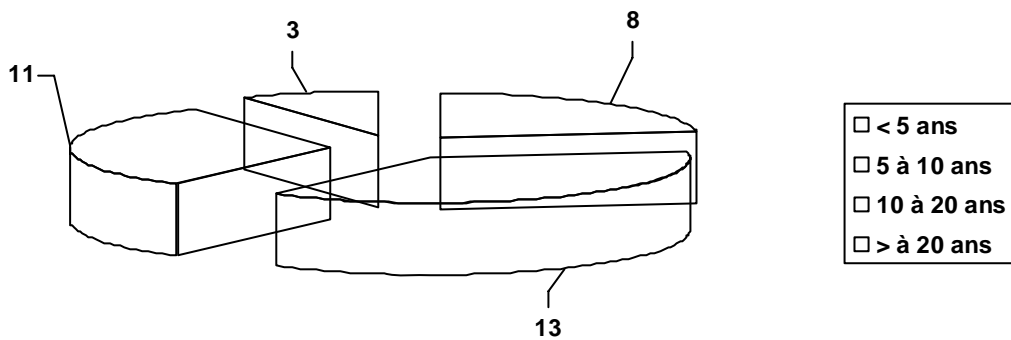
Graphique 2 : répartition de la population selon le sexe

- Dans le milieu IADE, ayant répondu au questionnaire, l'homme représente 41% et la femme 58%.

5.1.3 Quand est-il de l'utilisation de l'outil informatique ?



Graphique 3 : nombre d'utilisateur de l'informatique



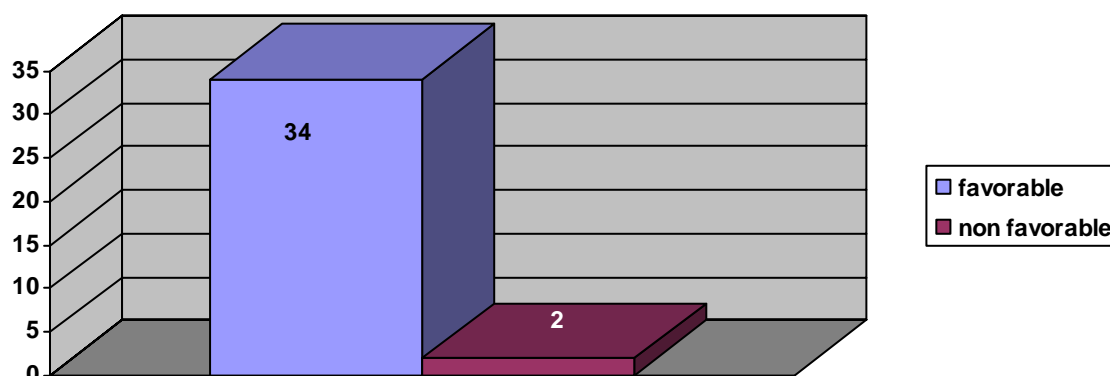
Graphique 4 : ancienneté d'utilisation

- A l'unanimité, 100% des réponses sont positives, donc il n'y a pas de différence, l'homme comme la femme utilise l'informatique à titre professionnel comme à titre personnel, avec pour moyenne d'ancienneté d'utilisation de six année et demi. Le nombre d'utilisateur ayant une expérience informatique inférieure à cinq années est de 22%, entre cinq et dix années 36% et 39% supérieur à 10 années. Il s'agit d'une population familiarisée et s'intéressant à l'outil informatique.

Maintenant, nous allons nous interroger sur l'intérêt que porte l'IADE sur l'informatisation de la feuille d'anesthésie, et que peut elle apporter de plus dans la prise en charge du patient.

5.2 INTERET DE L'INFORMATIQUE AU BLOC :

5.2.1 La feuille d'anesthésie informatisée a-t-elle un intérêt au bloc opératoire ?



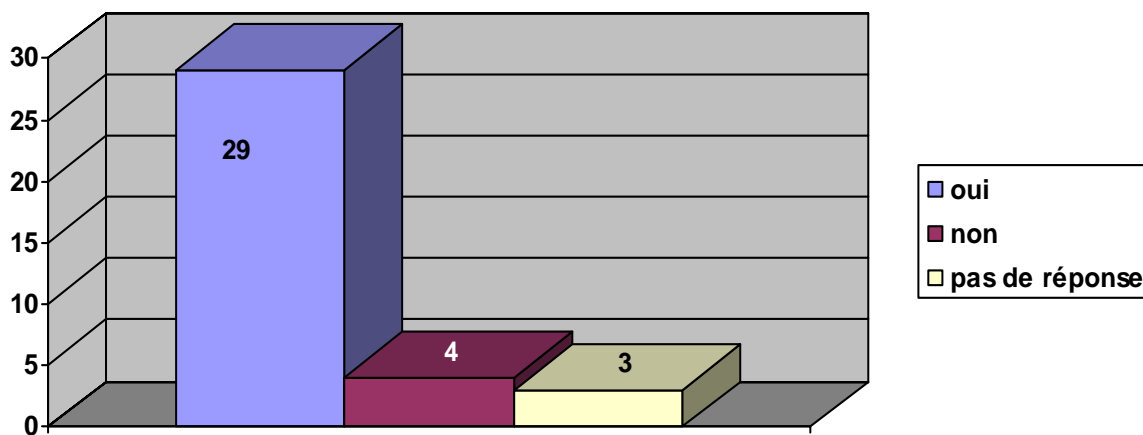
Graphique 5 : population favorable ou non à l'informatique au bloc

- Là encore la majorité est unanime, 94,5% de la population est favorable à l'utilisation de la feuille d'anesthésie au bloc opératoire. Les arguments en faveur sont, *la précision des prises de constante, la rapidité d'exécution, le gain de temps, la diminution des erreurs de retranscription, la clarté des données, l'uniformisation du dossier de soins, la continuité de surveillance bloc/salle de surveillance post interventionnelle, l'impossibilité de modifier les valeurs enregistrées, une meilleur traçabilité.*

- Pour les 5,5% non favorables à la feuille d'anesthésie informatisée au bloc opératoire, les arguments sont, *la crainte d'une panne informatique entraînant la perte des données, la feuille d'anesthésie papier est suffisamment claire et explicite.*

Mais pour nos deux populations, l'inquiétude porte sur la qualité de surveillance clinique du patient, la machine qui enregistre tout ne va-t-elle pas nous détourner du patient ?

5.2.2 La feuille informatisée a t elle un intérêt dans la prise en charge du patient ?



Graphique 6 : intérêt de l'informatique pour le patient

- La population visant à l'utilisation de l'outil informatique comme moyen de surveillance permettant d'améliorer la prise en charge du patient est de 80,5%, les arguments en faveur sont, *Le temps perdu à noter sur la feuille papier est donné au patient, les saisies sont rapides précise et incontestables, il a une adéquation entre les traitements et l'état du patient, les horaires des différents temps opératoires sont respectés.*

- La population contre, qui représente 11,1%, ne justifie pas sa position.

Nous pouvons dire que la population sondée, porte un intérêt certain pour l'utilisation de la feuille d'anesthésie informatique, celle-ci pouvant améliorer la qualité des soins et la prise en charge du patient. Un argument cité ci-dessus est dans plus de 90% des IADE un avantage non négligeable.

Mais a-t-elle un réel avantage par rapport à la feuille d'anesthésie papier ?

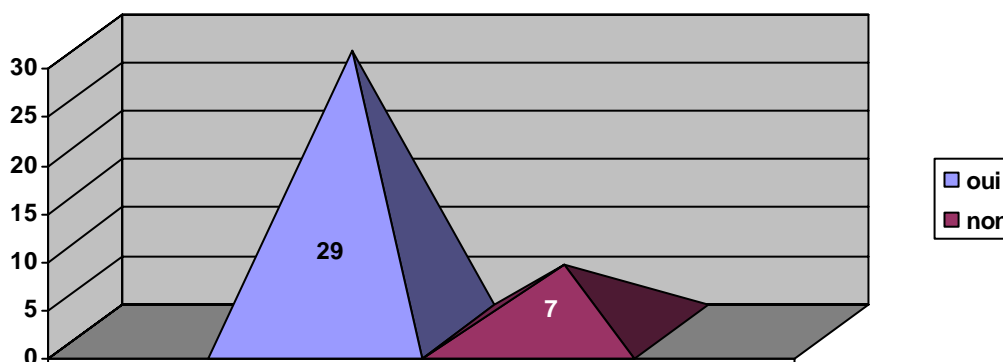
La feuille d'anesthésie informatique peut-elle nous garantir une sécurité sur un plan médicolegal ?

J'ai choisi l'urgence, car cette situation génère beaucoup de stress, les priorités étant axées sur le patient, l'écriture de la feuille passe donc au second plan.

La surveillance hémodynamique du patient et plus précisément « la pression artérielle et le pouls » sont des constantes importantes, les sociétés savantes imposent des limites précises. Quand est-il du respect de ces limites ?

5.3 ASPECT MEDICO LEGAL DE LA FEUILLE D'ANESTHESIE :

5.3.1 La population sondée connaît-elle l'existence de recommandations scientifiques ?



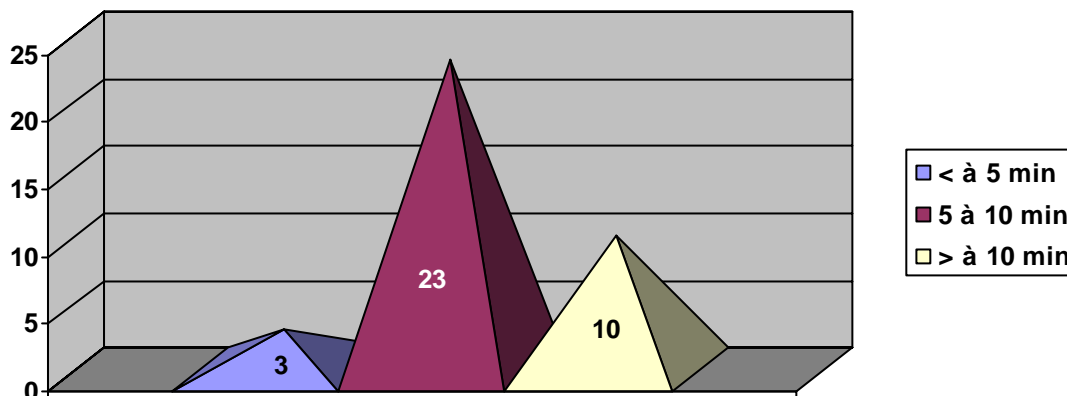
Graphique 7 : population connaissant l'existence de recommandations

- La population reconnaît l'existence de recommandations scientifiques pour 80,5%, mais nous pouvons constater que 19,5% ignore la réglementation concernant la surveillance hémodynamique des patients en peropératoire.

L'objectif recherché est de savoir si la population sondée connaît ces recommandations. La société scientifique de référence citée ci-dessus est la SFAR (société Française d'anesthésie et de réanimation), elle impose une réglementation concernant le respect de l'intervalle de temps des prises de constantes.

L'inobservance de ce texte relève de la responsabilité du médecin anesthésiste et de l'IADE. Cette responsabilité peut être engagée dès lors qu'il est établi qu'un règlement a été violé, il importe pour y faire face de disposer de documents écrits et d'un dossier d'une qualité irréprochable. Il est important de connaître les limites imposées afin d'améliorer la prise en charge du patient et de nous sécuriser sur un plan médico-légal.

5.3.2 Quelles sont les recommandations concernant l'intervalle de temps pour la retranscription du pouls et de la tension artérielle ?



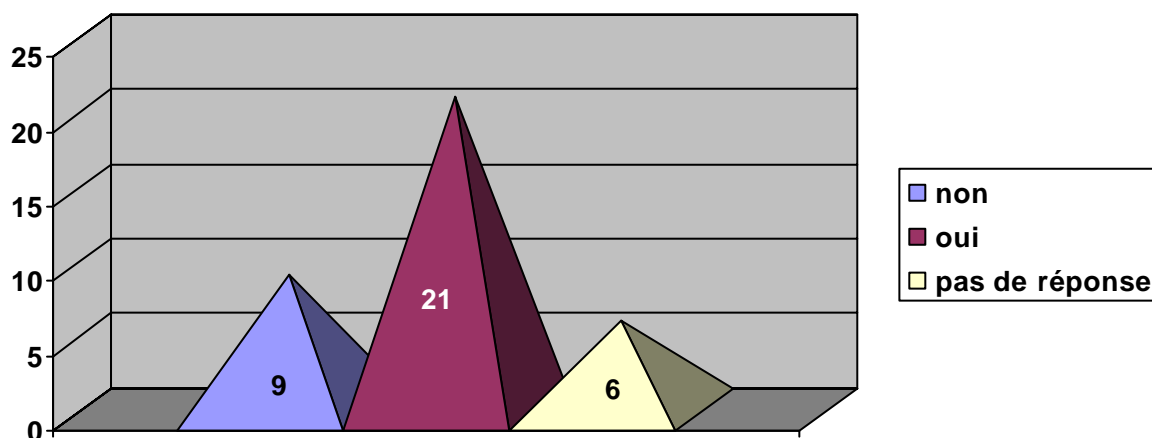
Graphique 8 : connaissance des intervalles de temps de retranscription

La société Française recommande une notification à intervalle de temps inférieur à cinq minutes, concernant la pression artérielle et le pouls.

- Les chiffres sont éloquentes, seulement 8,4% des IADE respectent ces recommandations, 63,8% ignorent le caractère précis de ces données, les paramètres sont notés toutes les cinq ou dix minutes, suivant l'état du patient (hémodynamique instable, patient cardiaque) et en pédiatrie. 27,8% toutes les dix minutes. La méconnaissance de la recommandation est ici justifiée car 91,6% de la population sondée note les constantes à des intervalles supérieurs à cinq minutes.

De plus, il existe d'autres paramètres qui interfèrent dans l'inobservance de la procédure, je pense au support utilisé actuellement (feuille d'anesthésie papier), qui est imprimée à des intervalles de temps de dix minutes, ou bien l'urgence, situation de stress.

5.3.3 La feuille d'anesthésie papier permet le respect de ces recommandations ?

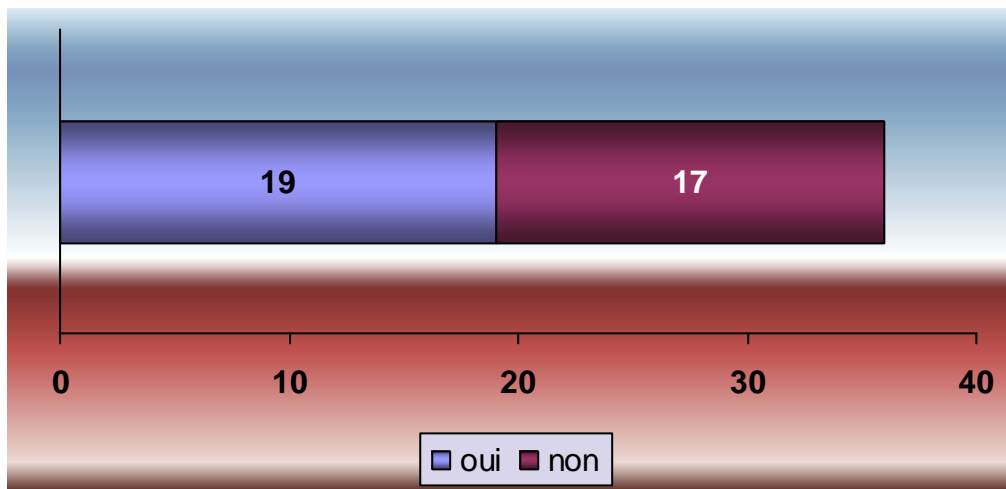


Graphique 9: les intervalles de temps et la feuille d'anesthésie papier

- Oui dans 58,3%, ce résultat montre uniquement la méconnaissance des recommandations par cette population (Cf. graphique 7 : 63,8% note leur constante à des intervalles pouvant aller de cinq à dix minutes), donc ce résultat ne dépend pas du support.

- Il y a tout de même 25% de la population qui dit ne pas pouvoir respecter les recommandations car la feuille n'est pas adaptée, *intervalle de temps de dix minutes sur les interventions trop longues, obligation de faire des découpages des collages et des recopiages (source d'oubli et d'erreur).*

5.3.4 La situation d'urgence permet elle le respect de ces recommandations ?

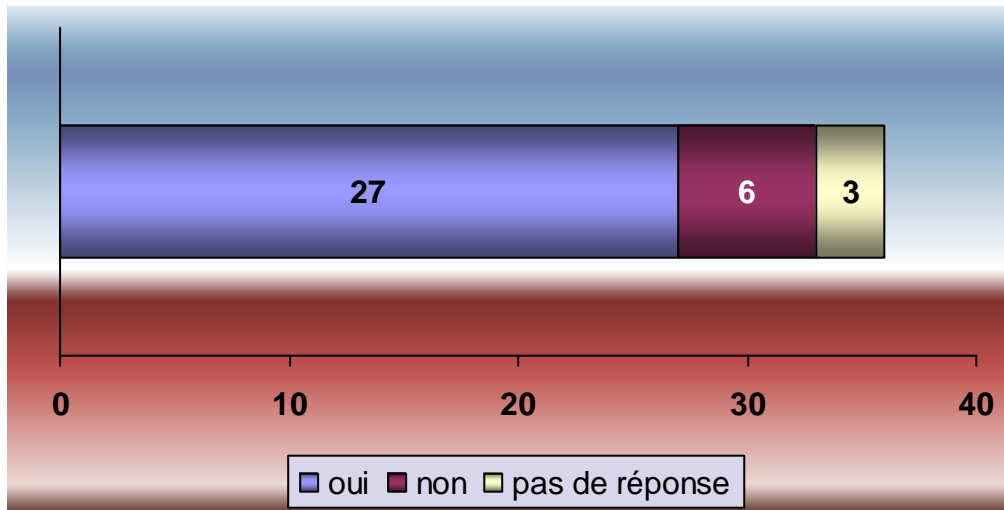


Graphique 10: la feuille d'anesthésie en situation d'urgence

- Il y a 52,2% de la population qui pense remplir la feuille d'anesthésie dans des conditions acceptables sans ne rien oublier. Mais celle ci se réfère le plus souvent aux tendances affichées sur le scope (DATEX, « n'est ce pas de l'informatique ? »), donc retranscription à posteriori, et utilisation de la mémoire immédiate (dans une situation de stress est elle objective ?).

- Aussi 47,2% pense ne pas remplir la feuille d'anesthésie dans des conditions optimales, les arguments en faveur sont, *un remplissage à posteriori, beaucoup d'oubli « la mémoire fait défaut », impossibilité de gérer la feuille et l'urgence simultanément (surtout si l'IADE est seul), manque de temps, la feuille d'anesthésie ne reflète pas la situation peri opératoire.*

5.3.5 La feuille informatisée nous garantirait une sécurité sur un plan médicolégal ?



Graphique 11: la sécurité médicolégale

- 75% de la population se sentirait sécurisée par l'utilisation d'un support informatique pour une surveillance peropératoire. Les arguments en faveur sont, *l'exactitude des données et non modifiables, les constantes sont notées à heure recommandée, un dossier patient unique et à l'abri des regards, moins de perte d'information par rapport au papier, lecture plus facile et uniformisée, amélioration de la traçabilité, l'archivage simplifié, un gain de temps.*

- Mais 16,7% ne sont pas convaincus de la sécurité apportée par l'outil informatique, se justifiant par, *un risque de perte de donnée, l'IADE devra toujours faire des saisies, donc risque d'oubli, doit on faire une confiance aveugle à la machine ?*

6. SYNTHÈSE DES RESULTATS

En conclusion, Je pense que l'outil informatique serait d'une utilité certaine, plus particulièrement en situation de stress, l'urgence. Comme citée ci-dessus, nous pouvons nous apercevoir qu'une majorité de la population reconnaît l'existence de recommandations, mais ne savent pas lesquelles. Une feuille uniformisée, pouvant être mise à jour régulièrement suivant les recommandations scientifiques actualisées, pourrait dans un avenir proche nous sécuriser sur un plan médicolegal.

Cet outil, majoritairement accepté par la population, n'est pas une fin en soi, il ne remplace en rien la personne qui s'en sert. L'expérience dans le domaine de l'anesthésie ne pourra jamais être suppléée par l'informatique.

Le facteur humain ne change pas malgré la machine et si on se trompe en utilisant celle-ci, le résultat obtenu est virtuellement juste mais réellement faux.

Certains soignants sont pour et d'autres contre la feuille d'anesthésie informatique, chacun a le droit d'utiliser le support qu'il juge utile et nécessaire à sa pratique professionnelle. Cela ne remet pas en cause ses compétences ni ses connaissances. Ce n'est pas parce qu'un soignant utilise un support papier qu'il ne dispose pas d'un document d'une qualité irréprochable.

Pour être totalement exhaustive, l'étude aurait pu porter également sur les IADE utilisant la feuille d'anesthésie informatique, pour savoir ce qu'ils en pensaient. En effet, il est difficile de pouvoir juger si l'on ne s'en sert pas ou si l'on n'en a jamais entendu parler.

CONCLUSION

L'IADE est un professionnel de santé, à ce titre, il se doit d'être efficace en permanence et en toute situation. Mais l'être humain n'est pas une machine et n'est pas infaillible. Des outils d'aide au travail existent et on fait leur preuve en terme de fiabilité, de gain de temps, pour la traçabilité et la sécurité. L'informatique est présente partout malgré nous, l'évolution est inéluctable. La législation permet l'avancée technologique en encadrant et contrôlant l'informatique dans le domaine de la santé. Le cadre législatif est défini sur un plan national et européen.

Il est normal que les ordinateurs soient présents dans les salles d'opération, où ils rendent de nombreux services. Ils permettent de libérer les mains des IADE et MAR (médecin anesthésiste et réanimateur) pour qu'ils se consacrent à l'anesthésie elle-même.

Ce qui est nouveau fait toujours peur, mais comment avons-nous réagi à l'arrivée des premiers scopes, capnomètres.... le personnel ne croyait-il pas qu'il pouvait s'en passer ? maintenant ne sont-ils pas indispensables ? Ces outils ne permettent-ils pas de récupérer des tendances ?

Le problème majeur de cet outil est le coût, à l'installation, l'achat, l'entretien et la formation de personnel. Mais l'argent rentre-t-il en compte lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des malades ?

L'informatique est un outil fantastique, il n'a pas fini de surprendre par ses possibilités. En pleine évolution. Actuellement elle aide les professionnels dans la tenue de la feuille d'anesthésie, mais demain ne va-t-elle pas jouer un rôle plus important dans l'anesthésie proprement dite ? Comme la base Priméa® exemple d'information de données pharmacodynamique ayant des applications intéressantes au quotidien, ou bien la surveillance de la profondeur de l'anesthésie par le BIS®.....

FIN

BIBLIOGRAPHIE

- ♣ DALENS 2004, IADE cadre réglementaire, exercice professionnel, responsabilité Chapitre 4. p 2691 à 2700
- ♣ Feuille d'anesthésie informatisée : Réflexions et recommandations après 6 ans d'utilisation. SIFA.
Dr. Marc ROULLIER CHU J. Minjoz BESANCON et
Dr. Jean Louis MOURAND CHU St Jacques BESANCON.
- ♣ Ebele F. et Trouche J. Du dossier de soins papier au dossier de soins patient informatisé. Gestion Hospitalières, n° 392 janvier 2000.
- ♣ Groupe de travail SFAR « dossier anesthésique » juin 2002 disponible sur :
<http://www.sfar.org/dossier.html>
- ♣ L'urgence. Le Petit Larousse Illustré. 2002. p 1048.
- ♣ L'urgence. Définition médicale
http://www.upsa.net/patients/douleur_aigue/urgence/definition_urgence.htm
- ♣ Compte rendu de la SFAR «Dossier anesthésique» page 5
<http://www.sfar.org/dossierar.html>
- ♣ Que faire sur un plan médico-légal
<http://www.adarpef.org/congres/adarpef99/Francois.pdf>
- ♣ Les recommandations concernent le personnel et la surveillance du patient et de l'appareil d'anesthésie
<http://www.sfar.org/recomperop.html>
- ♣ Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf/accueilpresentationadform>
- ♣ Loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 définissant les règles à respecter lors de la collecte, du traitement, de la conservation et de la transmission des informations nominative.
www.cnil.fr
- ♣ Décret 2004-802 du 29/07/04 paru au J.O. Du 09/08/04 Article R. 4311-14 relatif a la profession d'infirmier et article R. 4311-10 du décret 2004-802 du 29/07/04
<http://www.infirmier.com/inf/legislation/exregles/anexe>
- ♣ Recommandation pour l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste
<http://www.snia.net/>

ANNEXE

Exemple d'écran en consultation d'anesthésie

Fiche Patients		Dr		14/01/1999		ACTES A LA CLINIQUE	
Nom		Prénom		Naissance 15/ /53		Colectomie à Gauche, Re	
Date Naissance 15/ /1953		Groupe O+ pro		Agglu POSITIVE le 07/07/99		AG+Intubation	
Méd Traitant : Dr		22, Avenue				(Dr)	
Antécédents médicaux		S		6 00		03 00	
Cardiovasc	Pulmonaire	Digestif	Néphro_Uro	Neuro_Psy	Métabol	ORL-Opht	Génitaux
HTA, hypogonadisme secondaire, Obésité++, Hypothyroïdie, Hyperuricoémie, suspicion embolie pulmonaire (hospitalisation a Laennec)							
Antécédents chirurgicaux							
Cardiovasc	Thoraciques	Chir Générale	Urologie	Orthopédie	ORL-Opht	Gynéco	Divers
Orchidectomie (néo), curage ggl lomboartorique, Eventration 2X, kyste pancréas avec colostomie avec hospitalisation en réa chir Hautepierre, Chimiothérapies, Colectomie à Gauche, Rectum							
Antécédents obstétricaux							
Antécédents allergiques		Antécédents Familiaux		Antécédents anesthésiques		Naissance	
PAS D'ALLERGIES		Obésité		Pb infectieux post-op ayant nécessité transfert en réa , Intubation très difficile (mandrin, seule l'épiglotte		Le	
Poids 114 Kg		Tabac NEANT		Déjà transfusé : OUI		Naissance	
Taille 1,70 m		Dents DENTS SP		Mallampati 4		Le	
Phlébites <input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON				Intubation			
				Précisions sur l'intubation			
VALIDER		QUITTER		CONSULTATIONS		ANESTHESIES	
ETAT CML		NOUVEAU DOSSIER (Personne différente)		COURRIERS		EFFACER	
MODIFIER MEDECIN TRAITANT		CHERCHER DANS LISTE DES MEDECINS					

Exemple d'écran en consultation d'anesthésie

Fiche Patients

Nom _____

Date Naissance 01/01/1956 Groupe A

Méd Traitant : Dr _____

Antécédents médicaux

Cardiovasc	Pulmonaire	Digestif	Néphro_Uro	Neuro_Psy	Métabol	ORL-Opht	Génitaux	Divers
------------	------------	----------	------------	-----------	---------	----------	----------	--------

Antécédents chirurgicaux

Cardiovasc	Thoraciques	Chir Générale	Urologie	NOUVELLE VALEUR
------------	-------------	---------------	----------	------------------------

Antécédents obstétricaux

Antécédents allergiques

Poids 0 Kg Tabac _____

Taille ,00 m Dents _____

Phlébites OUI NON

Menu déroulant de la chirurgie orthopédique :

- Ablation Agrafe
- Ablation matériel
- Ablation matériel hanche
- Acromioplastie
- Algodystrophie
- Arhrodèse cervicale
- Arthrodèse cheville
- Arthrodèse genou
- Arthrodèse hanche
- Arthrolyse
- Arthroscopie cheville
- Arthroscopie épaule
- Arthroscopie genou
- Arthrotomie coude
- Biopsie osseuse
- Bursite
- Butée épaule (Bristow)
- Changement PTH
- Changt Polyéthylène PTG
- Comblement cavité osseuse
- Ender
- Epicondylite
- Examen sous AG
- Excision plaie sur cicatrice
- Exostose
- Fracture
- Fracture jambe
- Hallux Valgus
- Harrington
- Hernie discale

RETOUR MODIFIER CHERCHER

Paiements Plannings

THESIES EMENT

Anesthésiste: Dr		Fiche de Consultation		Chirurgien: Dr	
Remplaçant:		Date Consultation Jeu 08 nov 2001		Date de Naissance Dim 16 juil 19 2 ans	
PTH Gauche				Date Admission Ven 30 nov 2001	
				Date Intervention Lun 03 déc 2001	
Intervention		Traitement <input checked="" type="checkbox"/> Antiagregants		<input type="checkbox"/> Ambulatoire	
Générale ORL-Opht Vasculaire Urologie Orthopédie Endoscopie Sein Thora Radio Vasc Gynéco Esthétique Divers SOS Main COTE		ZYLORIC 100, CELECTOL, PLAVIX (ARRET LE 8/11)			
CardioVasc Pulmonaire Digestif Rénal Neuro Divers		Dyspnée d'effort, Artérite II prédominant à D, HTA TRAITEE, Toux productive			
TA 16/8 Pouls 70		Veines <input checked="" type="radio"/> Faciles <input type="radio"/> Difficiles		DIVERS	
Etat général Moyen		Intubation <input checked="" type="radio"/> Facile <input type="radio"/> A Risque		Doppler carotidien : sténose moyenne à G (Dr); demande par l'angiologue de faire une artério TSA et mbres inf.	
ASA 2 Mallampati 2		Facile a priori			
ECG		THORAX		BIOLOGIE	
Suivi par Dr Consult chez Cardiologue: Dr				BIOLOGIE A LA CLINIQUE	
Veille Soir : Prémédication -		Anticoagulants		Prémé Matin J op	
Atarax 50+ 1/2 Lexomil		AUCUN		Atarax 50+ 1/2 Lexomil	
				Heure VOIR A LA VISITE	
				Prévisions Transfusionnelles Pas nécessaire	
Technique d'anesthésie proposée				AG+Intubation	
Début 17:07		VALIDER QUITTER DOSSIER PATIENT INTERVENTIONS IMPRIMER FICHE PLANNING		Honoraires Cs : 150	
Fin 17:30		LETTRES-IMPRIMES ORDONNANCES et BILANS EXAMENS DEMANDES OP EN 2 TEMPS		Dépassement prévu :	
00:23		NOUVELLE CS ETAT CIVIL Cs PRECEDENTES HORAIRES EFFACER CORONARO			

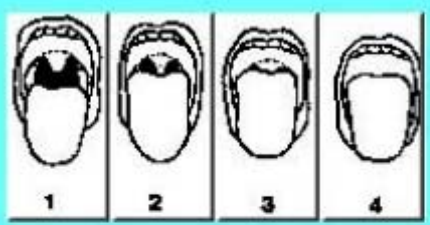
TYPE D'ORDONNANCE A EDITER :			
EXAMENS / ANALYSES	ORDONNANCES	EPARGNE SANGUINE	DIVERS
<input type="radio"/> BIOLOGIE EN VILLE <input checked="" type="radio"/> EXAMENS A LA CLINIQUE <input type="radio"/> THORAX <input type="radio"/> CORONAROGRAPHIE <input type="radio"/> SCANNER <input type="radio"/> ARTERIOGRAPHIE <input type="radio"/> EFR <input type="radio"/> AUTRE EXAMEN <input type="radio"/> BILAN TCK ALLONGE	AVK <input type="radio"/> RELAIS AVK-CALCIPARINE <input type="radio"/> RELAIS AVK-HBPM <input type="radio"/> PROLONGATION RELAIS <small>(= + 3 jours à partir d'aujourd'hui)</small> ANTIAGREGANTS <input type="radio"/> RELAIS ASPIRINE-CEBUTID <input type="radio"/> RELAIS TICLID-CEBUTID <input type="radio"/> CONSIGNES ARRET ASPIRINE EMLA <input type="radio"/> PATCH EMLA	<input type="radio"/> ERYTHAPHERESE PRE-OP <input checked="" type="radio"/> AUTOTRANSFUSION <input type="radio"/> ERYTHROPOIETINE <input type="radio"/> FER-ACIDE FOLIQUE <input type="radio"/> BILAN POST TRANSFUSION	<input type="radio"/> PREPA ANTI-ALLERGIQUE <input type="radio"/> PREVENTION ENDOCARDITE <input type="radio"/> FAIRE UN COURRIER <input type="radio"/> ORDONNANCE MANUSCRITE
OK		OK puis AUTRE ORDONNANCE	
QUITTER			

EXAMENS A FAIRE A LA CLINIQUE

<p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGIE</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <input checked="" type="checkbox"/> NFS <input checked="" type="checkbox"/> Plaquettes <input checked="" type="checkbox"/> Groupe (ABO,Rh,Kell) <input type="radio"/> 1 détermination <input type="radio"/> 2 déterminations <input checked="" type="checkbox"/> RAI <input checked="" type="checkbox"/> TP, TCK <input checked="" type="checkbox"/> YS, CRP <input checked="" type="checkbox"/> NA, K, Cl <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Ca, Ph <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Clearance Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> SGOT, SGPT, Phosph. Alo <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Ganna-GT </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> CPK, CPK-MB <input type="checkbox"/> Bilirubine T+D <input type="checkbox"/> Protéines, Albumine <input type="checkbox"/> Gaz du sang <input type="checkbox"/> Cholestérol, Triglycérides <input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique <input checked="" type="checkbox"/> Ferritine <input checked="" type="checkbox"/> Transferrine + Saturation <input type="checkbox"/> Sérologies HIY <input type="checkbox"/> Ag et Ac Hépatite B <input type="checkbox"/> Ac Hépatite C <input type="checkbox"/> Autre : </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> NFS <input checked="" type="checkbox"/> Plaquettes <input checked="" type="checkbox"/> Groupe (ABO,Rh,Kell) <input type="radio"/> 1 détermination <input type="radio"/> 2 déterminations <input checked="" type="checkbox"/> RAI <input checked="" type="checkbox"/> TP, TCK <input checked="" type="checkbox"/> YS, CRP <input checked="" type="checkbox"/> NA, K, Cl <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Ca, Ph <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Clearance Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> SGOT, SGPT, Phosph. Alo <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Ganna-GT	<input type="checkbox"/> CPK, CPK-MB <input type="checkbox"/> Bilirubine T+D <input type="checkbox"/> Protéines, Albumine <input type="checkbox"/> Gaz du sang <input type="checkbox"/> Cholestérol, Triglycérides <input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique <input checked="" type="checkbox"/> Ferritine <input checked="" type="checkbox"/> Transferrine + Saturation <input type="checkbox"/> Sérologies HIY <input type="checkbox"/> Ag et Ac Hépatite B <input type="checkbox"/> Ac Hépatite C <input type="checkbox"/> Autre :	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CARDIOLOGIE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> ECG + Consult Cardio <input type="checkbox"/> Echographie cardiaque <input type="checkbox"/> Coronarographie <input type="checkbox"/> Doppler cervical </div> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> RADIOLOGIE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> Colonne lombaire </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <input type="checkbox"/> Consult Pneumo + EFR </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #0000ff; color: white; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> PAS D' EXAMEN A FAIRE </div>
<input checked="" type="checkbox"/> NFS <input checked="" type="checkbox"/> Plaquettes <input checked="" type="checkbox"/> Groupe (ABO,Rh,Kell) <input type="radio"/> 1 détermination <input type="radio"/> 2 déterminations <input checked="" type="checkbox"/> RAI <input checked="" type="checkbox"/> TP, TCK <input checked="" type="checkbox"/> YS, CRP <input checked="" type="checkbox"/> NA, K, Cl <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Ca, Ph <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Clearance Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> SGOT, SGPT, Phosph. Alo <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Ganna-GT	<input type="checkbox"/> CPK, CPK-MB <input type="checkbox"/> Bilirubine T+D <input type="checkbox"/> Protéines, Albumine <input type="checkbox"/> Gaz du sang <input type="checkbox"/> Cholestérol, Triglycérides <input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique <input checked="" type="checkbox"/> Ferritine <input checked="" type="checkbox"/> Transferrine + Saturation <input type="checkbox"/> Sérologies HIY <input type="checkbox"/> Ag et Ac Hépatite B <input type="checkbox"/> Ac Hépatite C <input type="checkbox"/> Autre :		

OK

ANNULER

<p>NOM <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Prénom <input style="width: 80%;" type="text"/></p>	
<p style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 2px;">Difficile prévisible</p>	
<p>Poids : <input style="width: 150px;" type="text" value="75 Kg"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> Distance Thyro-mentonnaire < 65 mm</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Rétrognathisme</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ouverture de bouche < 35 mm</p> <p><input type="checkbox"/> Subluxation mâchoire impossible</p> <p><input type="checkbox"/> Proéminence des incisives</p> <p><input type="checkbox"/> ATCD connu d'échec d'intubation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cou Court</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Extension cervicale limitée</p>	<p>Mallampati : <input style="width: 100px;" type="text" value="4"/></p> <p><i>(Patient assis, regard à l'horizontale, langue sortie au maximum (sans traction), sans phonation)</i></p>
<p>Dents :</p> <p>Dents à pivots</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Commentaires</p> <p>Antécédent de néo de base de la langue,</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	

12:21 Réveil bleu - Lit 2 [] (34 ans, 56 kg) Marquer Memento Aide Durée: 0:4

Commentaires

Heure Valider Annuler

Général

75 FC (b/m)

126/74 NIBP/NIBPD (mm Hg)

98 NIBP (mm Hg)

100 SpO2 (%)

InsE/teol (%)

Ordre familles

Tot: 15 mg (1)

Tot: 500 ml (1)

Tot: 500 ml (1)

Tot: 475 mg (4)

Tot: 55 µg (4)

Tot: 1000000 µg (2)

& é " ' (- è _ ç à) Arr. Eff

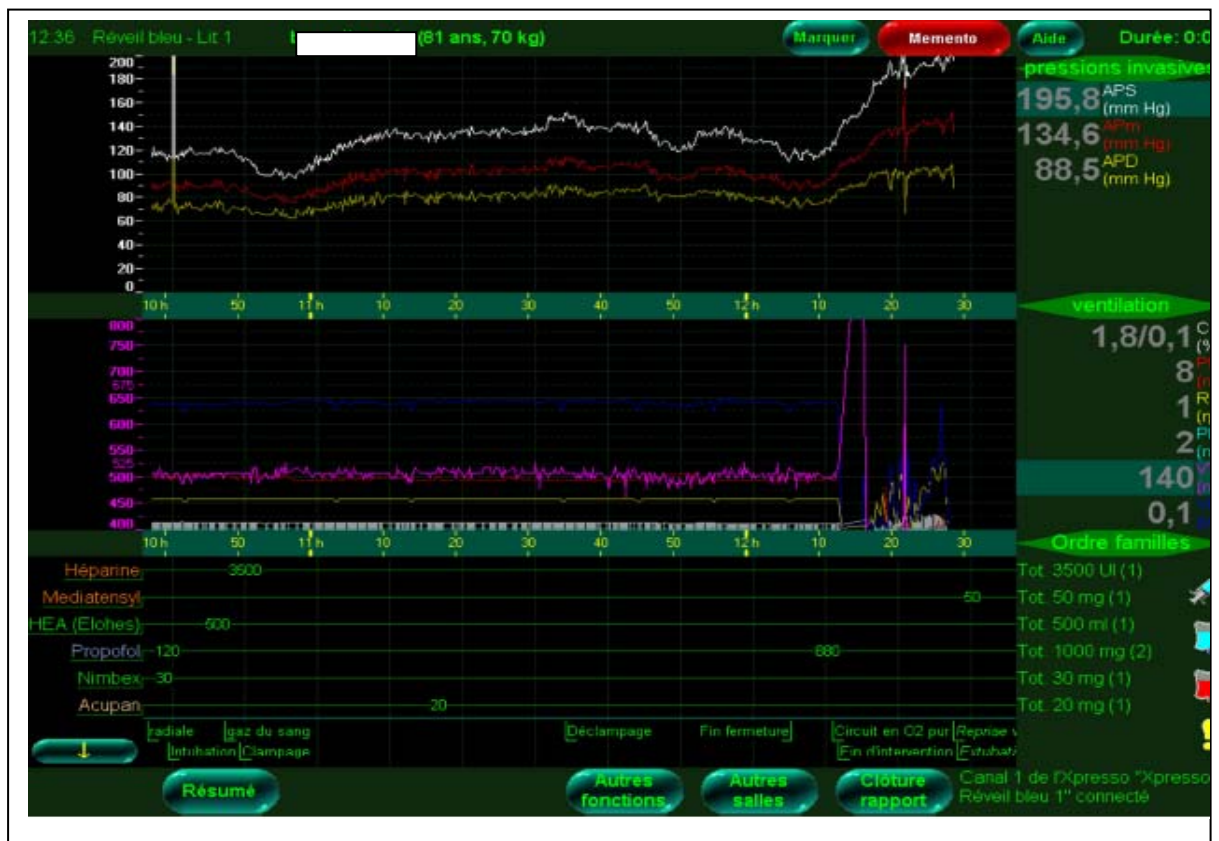
a z e r t y u i o p ^ \$ Ann

Ver q s d f g h j k l m ù OK

Maj w x c v b n , : ; = - J

Ctl Alt Espace ← ↑ ↓ →

(partielle) protocole général externes retour



Affichage des courbes et des valeurs des moniteurs et du ventilateur. Affichage des évènements saisis (menus déroulants sur écran tactile) et visualisation synthétique de la chronologie. Affichages des doses et volumes cumulés des médicaments et des perfusions

Récapitulatif des introductions manuelles

Acte posé	Introduction manuelle	Famille	Encodé
10:35:50	Circuit en O2 pur		10:46:30
10:35:50	Induction		10:46:17
10:36:34	Ringer lactate: 500 ml	Cristalloïde	10:43:47
10:36:40	radiale		11:07:07
10:37:45	Propofol: 120 mg	Hypnotique / BDZ / Neuroleptique	10:46:50
10:37:53	Nimbex: 30 mg	Myorelaxant	10:42:07
10:37:57	Remifentanyl: 50 µg	Analgésique	10:42:54
10:39:30	Intubation		10:47:16
10:44:40	HEA (Elohes): 500 ml	Autres	10:44:39
10:47:20	gaz du sang		10:49:36
10:48:00	Héparine: 3500 UI	Réanimation	11:06:20
10:49:26	Clampage		10:51:31
10:54:33	Ringer lactate: 500 ml	Cristalloïde	10:54:33
11:15:45	Acupan: 20 mg	Analgésique	11:22:06
11:34:19	Déclampage		11:34:19
11:38:46	Morphine: 10 mg	Analgésique	11:38:46
11:53:34	Ringer lactate: 500 ml	Cristalloïde	11:53:34
12:05:15	Fin fermeture		12:05:45
12:07:48	Remifentanyl: 2,13 mg	Analgésique	12:07:48
12:08:47	Propofol: 880 mg	Hypnotique / BDZ / Neuroleptique	12:08:47
12:11:00	Circuit en O2 pur		12:11:18
12:11:50	Fin d'intervention		12:09:16

 Sélection multiple

Supprimer

Modifier

Retour

pressions invasive

195,8^{APS}
(mm Hg)134,6^{APM}
(mm Hg)88,5^{APD}
(mm Hg)

Ordre familles

Tot: 3500 UI (1)

Tot: 50 mg (1)

Tot: 500 ml (1)

Tot: 1000 mg (2)

Tot: 30 mg (1)

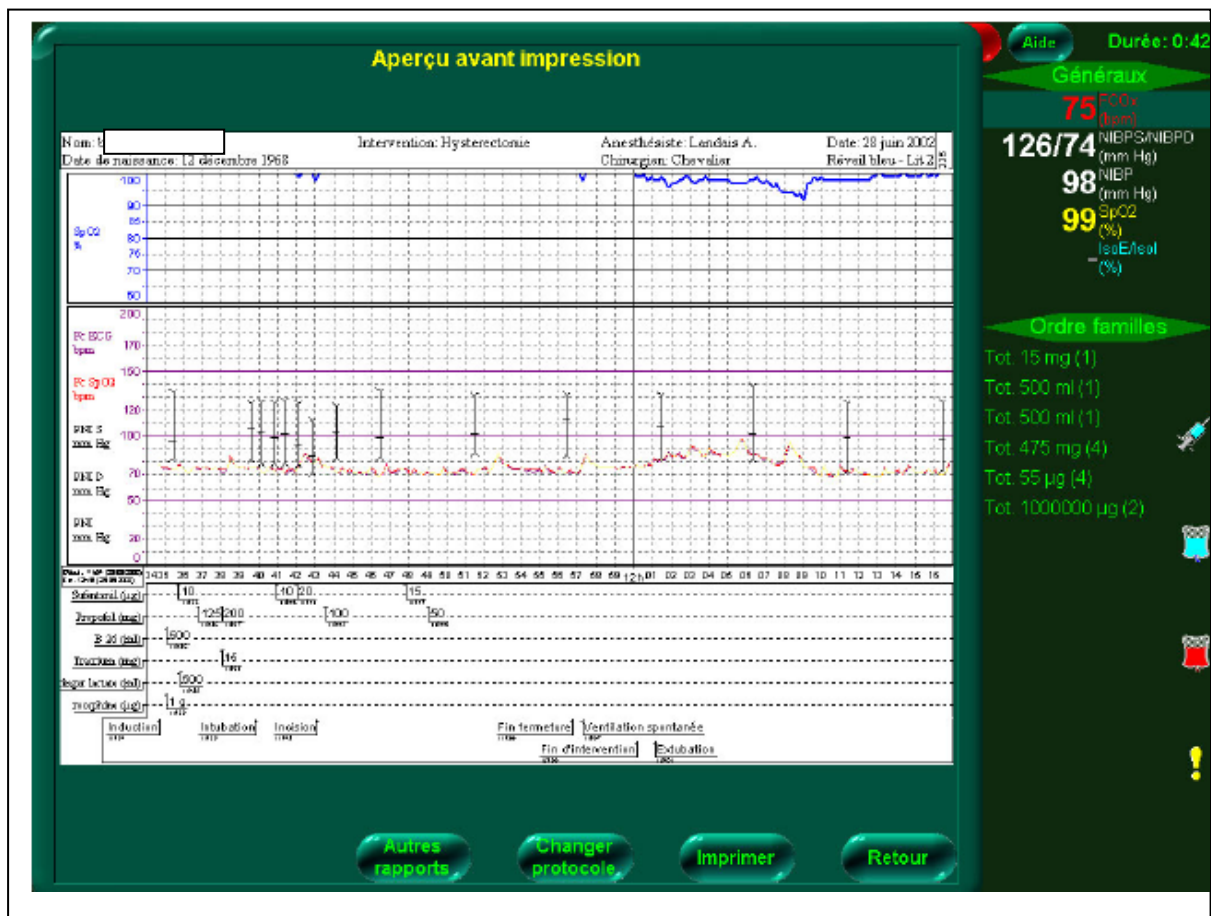
Tot: 20 mg (1)

Tot: 10 mg (1)

Tot: 2180 µg (2)

Tot: 1500 ml (3)

1 de l'Xpresso "Xpresso
bleu 1" connecté



Acquisition et fusion dans le même dossier de la phase per et postinterventionnelle. Différentes visualisations (choix des courbes et des paramètres) sont possibles.





Accès possible à distance (depuis d'autres postes) des différents sites monitorés

QUESTIONNAIRE

1° Depuis combien de temps êtes-vous IADE ?

2° Etes vous EIADE ?

1^{ère} année

2^{ème} année

3° Etes vous ?

Un homme

Une femme

4° Les feuilles de surveillance des patients se font elles sur support papier ou par informatique ?

Papier

Informatique

5° Utilisez vous l'informatique ?

Oui

Non

6° Si oui, où (domicile, dans votre service ...) ?

7° Si oui depuis combien de temps ?

8° A quel intervalle de temps, la fréquence cardiaque et la tension artérielle sont-elles notées sur la feuille d'anesthésie ?

9° Pensez-vous qu'il existe des recommandations concernant la surveillance peropératoire de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ?

Oui Non

10° Le support utilisé actuellement, vous permet il de respectait les recommandations ?

Oui Non

11° Connaissez-vous le risque encouru par l'IADE sur un plan médico-légal d'une erreur de relevée des constantes ? Si oui le quel ?

Oui Non

12° Vous semble t'il que votre feuille d'anesthésie remplie en situation d'urgence est valide sur un plan médico-légal ?

Oui Non

Pourquoi ?

13° Seriez vous favorable au développement de l'informatique dans les blocs opératoire ?

Oui Non

Pourquoi ?

14° Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes en informatique pour :

- Participer à la mise en place d'une feuille d'anesthésie informatisée ?

Oui Non

- Participer à l'utilisation de cette feuille informatisée ?

Oui Non

- Participer à la formation du personnel sur la feuille informatisée ?

Oui Non

15° Pensez vous qu'une feuille informatisée facilitera la prise en charge du patient ?

Oui

Non

Pourquoi ?

16° Pensez vous qu'une feuille informatisée nous garantirait une sécurité sur un plan médico légal ?

Oui

Non

17° En quoi nous garantirait elle une sécurité / ne nous garantirait elle pas une sécurité ?

Suite à l'épreuve de lecture BON CAFE

