

PAR COURRIEL

Sherbrooke, le 18 Février 2019



Notre référence : ADM-2019-02

Objet : Conclusion – Votre demande d'accès à l'information



Par la présente, nous souhaitons répondre à votre demande d'accès à l'information datée du 28 janvier 2019 visant à obtenir :

- o les règlements des blocs opératoires applicables dans les installations du CHUS entre 2007 et 2012.

Vous trouverez en pièces jointes les documents demandés correspondant :

- Le règlement du bloc opératoire adopté en 2006 et révisé en 2007.
- Le même règlement révisé en 2010.

La version suivante a quant à elle été révisée en 2013, version que vous trouverez également en pièce jointe pour votre information.

Conformément à l'article 51 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez ci-joint une note relative à l'exercice de ce recours.

Nous vous prions d'agréer,  nos salutations distinguées.

[ORIGINAL SIGNÉ PAR] :

Marie-France Bégin

Responsable de l'accès à l'information

MFB/dd

p. j. Règlements du bloc opératoire (4 Fichiers PDF).

Avis de recours.

Article 51 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

RÈGLEMENTS DU BLOC OPÉRATOIRE

**Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke
Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu**

OCTOBRE 2005

Révisés Octobre 2013

RÈGLEMENTS DU BLOC OPÉRATOIRE

ELABORÉS LE : 1998

REVISÉS LE : 1 mai 2006, 6 septembre 2007, 27 avril 2010, 11 mars 2013, 7 octobre 2013

PAR : Le Comité de bloc

ADOPTÉS LE : 20 juin 2006, 4 décembre 2007, 19 mai 2010, 9 mai 2013, 17 octobre 2013
(*amendement*)

PAR : En assemblée générale – Département de chirurgie du CHUS

ADOPTÉS LE :

PAR : Comité exécutif du CMDP- CHUS

APPROUVÉS LE :

PAR : Conseil d'administration du CHUS

TABLE DES MATIÈRES

1. Raison d'être du bloc opératoire	5
2. Buts et objectifs.....	5
3. Admission au bloc opératoire.....	5
4. Clientèle.....	6
4.1. Clientèle traitée.....	6
4.2. Documents requis	6
4.3. Options de services	6
5. Organisation	7
5.1. Responsabilité médicale au bloc opératoire	7
5.1.1. <i>Comité de bloc</i>	7
5.1.2. <i>Chirurgien-chef du département de chirurgie</i>	7
5.2. Responsabilité administrative au bloc opératoire.....	8
5.2.1. <i>Chef clinico-administratif du programme clientèle en soins chirurgicaux</i>	8
5.2.2. <i>Chefs de soins et de services – Hôtel-Dieu et Fleurimont</i>	8
5.2.3. <i>Assistant(e)-infirmier(ère) chef (AIC) – Hôtel-Dieu et Fleurimont</i>	8
6. Répartition des priorités opératoires.....	8
6.1. Planification du programme opératoire	9
6.2. Gestion du programme opératoire et de son déroulement.....	10
6.3. Déroulement du programme opératoire.....	11
6.4. Pièces anatomiques	12
6.5. Registre des salles d'opération	12
7. Cas d'urgence.....	13
7.1. Classification des urgences	13
7.2. Notification du chirurgien	14
7.3. Ouverture d'une deuxième salle pour les cas d'urgence	14
7.4. Don d'organe et greffe rénale	15

7.5.	Pacemaker.....	15
8.	Assistance chirurgicale	16
8.1.	Le service interne.....	16
8.2.	L'assistance opératoire	16
9.	Salle de réveil	16
9.1.	Surveillance des patients	16
9.2.	Infection	16
9.3.	Médication	17
9.4.	Congé du patient.....	17
9.5.	Visiteurs.....	17
10.	L'asepsie au bloc opératoire	17
10.1.	Pratique de base	17
10.2.	Gestion et entretien des instruments et des équipements spécialisés.....	17
10.3.	Précautions additionnelles.....	17
10.4.	Entretien sanitaire de l'environnement : Pratiques de base - précautions additionnelles....	17
10.5.	Aires et modalités de circulation : Personnel – usager – matériel	17
10.6.	Tenue vestimentaire	17
10.7.	Préparation préopératoire des usagers : préparation de la peau pour une chirurgie	17
10.8.	Brossage chirurgical	17
10.9.	Nourriture : interdiction dans les salles d'opération.....	17
10.10.	Téléphone cellulaire : interdiction de faire des appels téléphoniques en salles d'opération.....	17
11.	Panne d'électricité et incendie	18
11.1.	En cas de panne d'électricité	18
11.2.	En cas d'incendie.....	18

1. Raison d'être du bloc opératoire

C'est un plateau technique pour réaliser des interventions chirurgicales et anesthésiques pour la population desservie par le CHUS.

2. Buts et objectifs

Réaliser des interventions chirurgicales et anesthésiques de qualité dans un environnement sécuritaire pour répondre aux besoins des clientèles desservies par le centre hospitalier.

3. Admission au bloc opératoire

Sont admis au bloc opératoire :

1. les patients;
2. le personnel professionnel du centre hospitalier : médecins, chirurgiens dentistes, infirmiers(ères), résidents(es), inhalothérapeutes, techniciens(nes) en radiologie et autres professionnels de la santé lorsque requis;
3. le personnel non professionnel : d'équipement, d'entretien, de photographie, etc...;
4. les étudiants en médecine, du CEGEP, ou les autres étudiants autorisés, médecins visiteurs accompagnés;
5. les représentants de compagnies offrant du matériel médical ou chirurgical, sur rendez-vous seulement;
6. le conjoint de la patiente ou son représentant lors de césarienne élective;
7. le parent ou accompagnateur (dans certaines circonstances exceptionnelles) en accord avec l'anesthésiste et l'équipe;
8. le policier accompagnant un patient du centre de détention.

Toute personne admise au bloc opératoire doit se conformer aux règlements d'asepsie qui y sont en vigueur. Voir le document « Politiques et Procédures en Prévention des Infections au Bloc opératoire » en annexe.

Pour l'admission dans une salle opératoire, les visiteurs doivent recevoir l'autorisation du chef du département de chirurgie. De plus, il est essentiel qu'il y ait acceptation par le chirurgien et l'anesthésiologiste de la salle dans laquelle est admis le visiteur.

Pour toutes photographies ou tous vidéos, toujours passer par les communications afin d'obtenir le consentement.

4. Clientèle

4.1. Clientèle traitée

- Patients nécessitant des traitements chirurgicaux offerts par les membres des départements de chirurgie et d'obstétrique-gynécologie;
- Patients nécessitant des interventions sous anesthésie générale, régionale ou locale;
- Patients du département de psychiatrie recevant des électrochocs sous anesthésie;
- Patients recevant des traitements de radiothérapie, requérant une surveillance anesthésique;
- Patients traités en électrophysiologie lors de l'implantation d'un pacemaker ou d'un pacemaker défibrillateur;
- Patients traités par les anesthésistes dans le cadre de la clinique de la douleur.

4.2. Documents requis

Requête opératoire

Une requête opératoire est obligatoire pour chaque patient inscrit au bloc opératoire.

Dossier du patient

Sauf en cas d'urgence, aucun patient ne doit être accepté au bloc opératoire si son dossier n'est pas conforme aux règlements du CHUS.

Ces exigences doivent être respectées pour tous les cas de chirurgie faits sous anesthésie générale ou régionale, en toutes circonstances, sauf s'il s'agit d'un cas d'urgence mettant en péril la vie du patient ou la survie d'un membre lorsque tout retard à l'intervention risque d'être préjudiciable au patient. Dans ce cas, le chirurgien doit certifier cet état d'urgence par écrit en motivant les raisons le justifiant d'intervenir sans que le dossier ne contienne les éléments requis.

Autorisation :

Avant de procéder à une anesthésie ou à une intervention chirurgicale, tout médecin doit s'assurer que la personne devant être opérée ou que la personne pouvant donner un consentement en son nom en a donné l'autorisation par écrit. cf. consentement opératoire.

À défaut d'une telle autorisation, le chirurgien ne peut procéder qu'après avoir attesté, par écrit, que tout retard à l'intervention peut être préjudiciable au patient.

4.3. Options de services

Les options d'inscription de la clientèle sont les suivantes :

- Hospitalisation
- Ambulatoire
- Chirurgie d'un jour
- Hors bloc opératoire

5. Organisation

5.1. Responsabilité médicale au bloc opératoire

Elle est assurée par le chirurgien-chef du département de chirurgie ou ses assistants-coordonnateurs en collaboration avec les chefs des départements d'anesthésiologie et d'obstétrique-gynécologie.

En l'absence des chefs ci-haut mentionnés, l'autorité est assumée par leur représentant et au besoin par le directeur des services professionnels et hospitaliers.

5.1.1. Comité de bloc

Composition

Le Comité du bloc opératoire est composé des membres suivants ou de leur représentant :

- * Chef du département de chirurgie et directeur médical du programme-clientèle en soins chirurgicaux
- * Adjoint au chef du département de chirurgie
- * Chef du département d'obstétrique-gynécologie
- * Chef du département d'anesthésiologie
- * Adjoint au chef du département d'anesthésiologie
- * Assistants-coordonnateurs des blocs opératoires
- * Chefs de soins et services des blocs opératoires et salles de réveil
- * Chef clinico-administratif du programme-clientèle en soins chirurgicaux

Mandat

S'assure du bon fonctionnement des blocs opératoires en fonction des ressources humaines et matérielles.

5.1.2. Chirurgien-chef du département de chirurgie

Le chirurgien-chef du département de chirurgie et directeur médical du programme-clientèle en soins chirurgicaux est président du comité du bloc opératoire. En collaboration avec l'adjoint au chef du département de chirurgie et des assistants-coordonnateurs, il doit assurer le fonctionnement du bloc opératoire.

Il a un pouvoir décisionnel sur :

1. l'élaboration de la liste opératoire;
2. la prolongation du travail dans certaines salles;
3. l'arrêt de travail dans une salle;
4. les cas à reporter;

5. la salle dans laquelle sera inséré un cas urgent;
6. les cas litigieux.

5.2. Responsabilité administrative au bloc opératoire

5.2.1. Chef clinico-administratif du programme-clientèle en soins chirurgicaux

Sous l'autorité des codirecteurs de la DISC (DSP et DSI), la personne titulaire de ce poste assume la gestion des salles d'opérations et des salles de réveil réparties sur les deux sites du CHUS. Elle assure la dispensation des soins et services de qualité à une clientèle pédiatrique et adulte dans les disciplines chirurgicales suivantes : chirurgie générale, chirurgie pédiatrique, urologie, ORL et chirurgie cervico-faciale, obstétrique-gynécologie, orthopédie, vasculaire, thoracique, cardiaque, neurochirurgie, ophtalmologie, plastie, buccale et maxillo-faciale et dentaire. Son rôle s'exerce en partenariat médico-administratif avec les chefs des départements de chirurgie, d'obstétrique-gynécologie et d'anesthésiologie.

5.2.2. Chefs de soins et de services – Hôtel-Dieu et Fleurimont

Sous la supervision du chef clinico-administratif du programme-clientèle en soins chirurgicaux, il assure des soins et des services spécialisés de qualité optimale en fonction des besoins des patients. Il assure le bon fonctionnement au bloc opératoire.

5.2.3. Assistant(e)-infirmier(ère) chef (AIC) – Hôtel-Dieu et Fleurimont

Infirmier ou infirmière qui assiste le chef de soins et service dans ses fonctions et le ou la remplace lors de ses absences. Il ou elle collabore à l'évaluation du rendement du personnel. Il ou elle peut prodiguer des soins, coordonner les activités du bloc : début-fin des cas, gestion du matériel, listes opératoires, etc.

6. Répartition des priorités opératoires

Les priorités opératoires sont réparties en tenant compte des besoins de la clientèle des départements de chirurgie, d'obstétrique-gynécologie et d'anesthésiologie et des exigences ministérielles, en fonction du nombre de salles disponibles, du personnel de soutien, des anesthésiologistes et des chirurgiens. .

Les priorités sont réparties en deux catégories indépendantes et distinctes :

- Celles nécessitant la présence d'un anesthésiologiste;
Les priorités avec anesthésie sont assujetties au nombre d'anesthésiologistes, membres du département.
- Celles ne nécessitant pas la présence d'un anesthésiologiste.

Le chef du département de chirurgie fait parvenir les grilles de priorités opératoires au moins deux (2) mois à l'avance aux chefs de service. Chaque chef de service est responsable d'attribuer les priorités opératoires à l'intérieur de son service et doit faire parvenir cette grille complétée trente (30) jours à l'avance au chef du département de chirurgie, au service d'admission et au coordonnateur(trice) des blocs opératoires.

Afin de répartir les priorités entre les chirurgiens, les chefs de service et le chef du département d'obstétrique-gynécologie doivent tenir compte de :

- la liste d'attente pour les chirurgies ciblées;
- la liste d'attente de ses chirurgiens (à chaque période, le service d'accueil fait parvenir aux départements et services la liste d'attente par chirurgien qui est gérée par la responsable des mécanismes d'accès);
- l'activité et des priorités du centre hospitalier;
- la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières du centre hospitalier.

Une priorité opératoire, sous anesthésie locale ou générale, remise au département dans les 28 jours précédant la date de ladite priorité ainsi que toute priorité laissée vacante entraînera la perte de deux priorités opératoires pour le service lors de la période subséquente. Le chef du département de chirurgie aura la responsabilité de retrancher les priorités opératoires en prenant en considération les besoins du département et la disponibilité des équipements.

6.1. Planification du programme opératoire

Toute intervention doit être annoncée :

- dans le dossier du patient;
- sur une requête dûment complétée : le chirurgien a la responsabilité d'indiquer le temps opératoire total réel (de l'heure d'entrée à l'heure de la sortie) sur la requête opératoire pour une meilleure planification du programme.

Le programme opératoire est fermé à 11h00 du lundi au vendredi inclusivement.

60 % (environ) du programme électif de chaque chirurgien doit être planifié avant midi (12h00) le cinquième jour ouvrable avant la date de chirurgie prévue. Si le programme électif n'est pas planifié, le service d'accueil communique avec le chirurgien concerné.

Le quatrième jour ouvrable avant la date de chirurgie prévue, si le programme électif n'est pas planifié à 60 % à 8h00 am, le service d'accueil informe le chef du département de chirurgie.

L'avant-veille de la chirurgie, à 11h00, le programme opératoire est scellé et aucun ajout n'est possible au programme électif.

Lorsqu'une intervention chirurgicale est annulée par un patient, le service d'accueil verra à combler l'annulation jusqu'à 21h00 la veille de la chirurgie.

Lorsqu'une priorité opératoire est annulée par le chirurgien dans les 48 heures qui précèdent la date de la chirurgie, le service concerné se verra retirer une priorité opératoire lors de la période suivante.

6.2. Gestion du programme opératoire et de son déroulement

Le programme opératoire est élaboré par l'AIC du bloc opératoire ou son représentant(e), en collaboration avec le service d'admission, les départements et services de chirurgie, d'obstétrique-gynécologie et d'anesthésiologie, en tenant compte :

1. des priorités opératoires établies par chirurgien et par service (spécialité);
2. de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières.

L'ordre des interventions chirurgicales tient compte des éléments suivants :

1. l'urgence du cas;
2. l'âge du patient;
3. la gravité du cas surtout s'il nécessite plus d'une équipe chirurgicale;
4. la disponibilité des ressources en termes d'équipement, d'instrumentation, de matériel, de ressources humaines et de support des autres services (radiologie, stérilisation, banque de sang, ...);
5. les patients allergiques au latex doivent passer en priorité;
6. la nature ambulatoire des interventions;
7. la répartition des priorités opératoires. Les cas annoncés par les chirurgiens qui ont une priorité opératoire suivis des cas annoncés par les chirurgiens du même service s'il reste du temps inoccupé, suivi des cas annoncés par d'autres chirurgiens qui n'ont pas de priorité opératoire;
8. la disponibilité des lits aux soins intensifs et sur les étages;
9. la prévention des infections.

MISE EN GARDE

- 1) Un chirurgien ne peut céder simultanément des cas au bloc majeur, au bloc mineur et au bloc obstétrical.
- 2) Tout patient inscrit sur la cédule opératoire du bloc doit l'être au nom du chirurgien responsable.
- 3) La chirurgie dont la durée est la plus longue doit être placée en premier sur la cédule opératoire.

Remarques : Le chirurgien, pour des raisons valables et de façon ponctuelle, peut demander de modifier cet ordre.

La planification du programme opératoire doit tenir compte que les interventions électives doivent être terminées à 16h00.

Afin d'éviter des annulations de chirurgies par manque de temps, le programme sera validé l'avant-veille par l'AIC et, après information du chirurgien impliqué, les ajustements nécessaires seront apportés.

➔ **Seuls les cas pouvant être opérés dans les heures disponibles seront inscrits au programme.**

6.3. Déroulement du programme opératoire

Le premier patient entre dans sa salle entre 7h45 et 8h00 A.M.

Le programme opératoire doit être géré de façon dynamique et réévalué constamment au niveau de chaque salle.

Le chirurgien et l'anesthésiste de chaque salle gèrent leur programme à l'intérieur du temps qui leur est alloué.

Les mercredis et vendredis, une salle est consacrée aux urgences à l'Hôtel-Dieu. À Fleurimont, il y a une à deux demi-priorités consacrées aux urgences.

L'exécution du programme opératoire repose sur la ponctualité de tous. Tout retard porte préjudice à la réalisation du programme et peut être suffisant pour justifier l'annulation d'une partie du programme cédulé.

Lorsque la priorité opératoire est scindée en deux parties et qu'on prévoit que le dernier cas cédulé en avant-midi dépassera le temps limite, ce dernier cas sera annulé à moins d'une entente entre les deux chirurgiens.

Tout dépassement du temps alloué ou pris sur le temps d'un autre chirurgien sera imputé au chirurgien fautif.

Annulation :

Dans des situations normales, aucune annulation de cas inscrits au programme ne doit être faite sans raison valable. Le chirurgien devra :

1. préciser le motif de l'annulation et l'inscrire au dossier;
2. aviser le patient des raisons;
3. aviser l'unité;
4. gérer le report de l'intervention :
 - a. Si le cas est remis au lendemain, garder la requête au bloc;
 - b. Si le cas est remis au-delà de 24h ou à une date indéterminée, demander à l'AIC de renvoyer la requête au service d'admission.

Lorsqu'un chirurgien est retardé en raison des ECT ou de curiethérapie qui sont planifiées dans sa salle, il aura le privilège de poursuivre le programme à 16h00 pour une période équivalente si les conditions le permettent.

6.4. Pièces anatomiques

Toutes les pièces pathologiques prélevées dans les salles d'opération doivent être identifiées et envoyées au laboratoire d'anatomo-pathologie, accompagnées de la requête usuelle dûment complétée ou selon la procédure informatique requise qui est en vigueur dans l'établissement.

6.5. Registre des salles d'opération

Le registre des salles d'opération doit contenir les informations suivantes à chaque jour :

1. la date de l'opération (année, mois, jour);
2. le numéro du dossier médical;
3. le nom et les prénoms du patient;
4. le sexe;
5. la date de naissance;
6. le diagnostic préopératoire;
7. les interventions pratiquées;
8. le diagnostic post-opératoire;
9. les complications peropératoires;
10. le nombre d'unités de sang;
11. le nom du chirurgien;
12. les noms des médecins assistants;
13. la durée de l'opération (en minutes) : heures d'incision et de fermeture;
14. la durée de l'anesthésie (en minutes) : heures de début et de fin;
15. la durée du séjour du bénéficiaire (en minutes) : heures d'entrée et de sortie;
16. le type d'anesthésie : générale, régionale, locale avec ou sans intubation;
17. le nom de l'anesthésiste;
18. le nom des infirmiers(ères) en service interne et en service externe;
19. le nom de l'inhalothérapeute;
20. l'exactitude du compte et décompte opératoire;
21. la procédure de « time-out »;
22. les remarques.

7. Cas d'urgence

7.1. Classification des urgences

Les urgences sont classifiées comme suit :

U-1 Urgence vitale

U-2A Urgence nécessitant une intervention en moins de 8 heures

U-2B U3 n'ayant pu être opérée en moins de 24 heures

U-3 Urgence nécessitant une chirurgie dans les 24 heures suivant l'admission

U-4 Chirurgie non urgente

Les U-1 et U-2A et U-2B peuvent être effectuées après 23 h.

Les U-4 ne peuvent pas être effectuées après 23 h.

(Voir aussi annexe I, page 19)

Durant la garde, en dehors des heures normales d'ouverture, aucun patient ne doit être amené au bloc opératoire sans l'accord de l'anesthésiologiste, du chirurgien et de l'infirmier responsable.

Les urgences sous anesthésie locale ont les mêmes prérogatives que celles sous anesthésie générale ou régionale.

- Les cas d'urgence sont annoncés en complétant une requête opératoire. Le patient doit être dans l'institution et l'indication chirurgicale posée.
- Tout cas d'extrême urgence (U-1) a priorité sur tout autre cas et doit passer immédiatement dès qu'une salle d'opération devient disponible.
- Le chirurgien qui doit modifier la cédule opératoire d'un autre chirurgien, doit en informer lui-même ce dernier ou son mandataire. Le chirurgien déplacé reprend en priorité son programme prévu une fois l'urgence traitée. Le chirurgien qui intervient dans ce contexte, accepte qu'on étudie le bien-fondé de sa demande et permet au chef du département ou toute autre personne qu'il délègue d'avoir accès au dossier de son patient.
 - a. Le programme opératoire imprimé peut être modifié en fonction des urgences relatives annoncées. Cependant, ces modifications ne doivent affecter le déroulement opératoire qu'au niveau de la salle ou des salles d'opération assignées à la spécialité concernée par une telle urgence relative.

- b. Si cette spécialité n'a pas de salle à sa disposition ou si l'on décide de ne pas modifier le programme de la salle, l'urgence relative sera inscrite au tableau des urgences et sera faite lorsqu'une salle sera libre et disponible ou à la fin du programme en respectant l'ordre d'arrivée des urgences.
- c. L'ordre des cas urgents sera établi selon la chronologie de la requête horodatée au bloc opératoire en tenant compte de la classification des urgences. Cependant, le chirurgien-chef du département de chirurgie peut modifier cet ordre en fonction de la gravité des cas inscrits sur la liste. Si un chirurgien estime que cet ordre doit être modifié à cause du caractère plus urgent de la condition chirurgicale à traiter, il doit obtenir l'autorisation du collègue qu'il désire devancer. À défaut de ce consentement mutuel, on fera appel au chirurgien-chef qui tranchera.
- d. Le chirurgien qui retarde une urgence pour une raison non médicale voit sa requête reportée à la fin de la liste des urgences.
- e. Sur semaine, les cas à céduer sur les priorités d'urgences de jour peuvent être pré-bookés jusqu'à 48h à l'avance. Les cas seront effectués selon la codification des urgences. Pour les urgences du mercredi, les cas doivent être annoncés le lundi ou le mardi et pour celles du vendredi, ils doivent être annoncés le mercredi ou le jeudi.
Les samedis et dimanches sur les deux sites, les cas ne peuvent être annoncés avant vendredi 14h00, exception faite des cas sériés (ex. changement de pansement q.2 jours). Un cas d'urgences classifié U3 ou U4 devra toujours céder sa place advenant une urgence U1 ou U2. Cette directive doit être interprétée selon la règle du bon jugement.

7.2. Notification du chirurgien

Le chirurgien doit être avisé au moins trente (30) minutes avant le début de la chirurgie.

7.3. Ouverture d'une deuxième salle pour les cas d'urgence

L'ouverture d'une deuxième salle d'urgence (en dehors des heures normales de fonctionnement) sera acceptée sans discussion dans les circonstances suivantes :

1. trauma avec code 1-1-1;
2. césarienne codée P-1;
3. instabilité hémodynamique secondaire à un choc hémorragique ou septique;
4. fracture d'un membre avec compromis neurovasculaire;
5. fracture ouverte survenue il y a plus de six heures;

6. compression cérébrale ou médullaire rapidement progressive avec engagement constitué ou imminent et déficit neurologique progressif;
7. intubation pour épiglottite ou une insuffisance respiratoire aiguë mettant la vie du patient en danger dans les minutes qui suivent.

Dans ces situations, il faut contacter l'anesthésiste de garde pour mettre en branle la procédure d'ouverture d'une deuxième salle et inscrire une note d'évolution au dossier clinique pour justifier une telle indication.

7.4. Don d'organe et greffe rénale

1. Si un don d'organe ou une greffe rénale est annoncé au bloc opératoire, cette intervention doit être priorisée dans la liste des urgences;
2. Si cette situation se présente entre 8h00 et 16h00, le chirurgien-chef du département de chirurgie annulera une salle de chirurgie électorive si la salle des urgences n'est pas disponible. Le temps ainsi emprunté sera remboursé ultérieurement par le service utilisateur;
3. Si la situation se présente le soir ou la fin de semaine et qu'il y a une urgence compromettant la survie des organes, une deuxième équipe sera appelée;
4. Dans l'éventualité d'une troisième urgence vitale survenant au cours d'un prélèvement d'organe, la procédure de prélèvement sera suspendue jusqu'à ce que la situation soit stabilisée.

7.5. Pacemaker

Lors de la mise en place d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque au bloc opératoire, la présence d'un anesthésiste est requise.

7.6. Patients hors délais

Un patient inscrit hors délais est un patient sur la liste d'attente d'un chirurgien pour subir une intervention chirurgicale depuis 549 jours.

La procédure à suivre par la personne responsable des mécanismes d'accès est la suivante :

- Avertir le chirurgien que son patient est en attente d'une chirurgie depuis 1 ½ an;
- Demander au chirurgien la date prévue de la chirurgie;
- S'il y a absence de date prévue dans les trois mois suivants :

- 1- Communiquer avec le patient pour savoir s'il accepte de se faire opérer par un autre chirurgien :
 - a) du même hôpital;
 - b) de la région;
 - c) hors région.

2- Dès le 639^e jour, la personne responsable des mécanismes d'accès engage les recherches selon la volonté du patient.

8. Assistance chirurgicale

Il y a lieu de bien comprendre la distinction qui existe entre le service interne et l'assistance opératoire :

8.1. Le service interne

Le service interne consiste à apporter une aide technique ou manuelle au chirurgien au cours d'une intervention chirurgicale.

Lorsqu'une intervention ne nécessite que du service interne, l'infirmier(ère) ne doit pas être considéré(e) comme l'assistant(e) du chirurgien dans le sens décrit ci-après.

8.2. L'assistance opératoire

L'assistance opératoire consiste à participer activement à l'acte chirurgical et à poser, au cours de la chirurgie, des actes nécessitant des connaissances médicales.

L'assistance opératoire doit être réservée au médecin et à l'infirmière première assistante-chirurgicale.

Aucun résident ou IPAC (Infirmière Première Assistante Chirurgicale) ne peut poser un acte anesthésique ou chirurgical en l'absence du médecin responsable dans le centre hospitalier.

Aucun externe ne peut accomplir une « étape » chirurgicale en l'absence du chirurgien responsable ou de son délégué dans la salle d'opération.

9. Salle de réveil

9.1. Surveillance des patients

La surveillance des patients doit être assurée par du personnel infirmier autorisé et habilité à surveiller et traiter cette clientèle.

La salle de réveil est réservée spécifiquement aux patients qui ont subi une procédure anesthésique générale régionale, locale ou une procédure dispensée par un membre du département d'anesthésiologie. Elle peut être utilisée à l'occasion pour des patients ayant subi une procédure en radiologie.

9.2. Infection

Voir le document « *Politiques et procédures en prévention des infections au bloc opératoire* ».

9.3. Médication

Les patients qui séjournent à la salle de réveil sont sous la responsabilité de l'anesthésiologiste, du chirurgien et de l'intensiviste.

Aucune médication ne peut être donnée à la salle de réveil sans l'autorisation d'un anesthésiologiste, d'un chirurgien ou d'un médecin consultant.

9.4. Congé du patient

Tout congé, à la salle de réveil, doit être autorisé en temps opportun et par écrit par un médecin. Cette autorisation écrite doit être signée au moment même du congé de la salle de réveil.

9.5. Visiteurs

Aucun visiteur ne doit être admis à la salle de réveil sauf de rares exceptions et avec l'autorisation du chef de soins et services.

10. L'asepsie au bloc opératoire

Pour l'ensemble des points suivants, voir le document « Politiques et Procédures en Prévention des Infections au Bloc opératoire ».

10.1. Pratique de base

10.2. Gestion et entretien des instruments et des équipements spécialisés

10.3. Précautions additionnelles

10.4. Entretien sanitaire de l'environnement : Pratiques de base - précautions additionnelles

10.5. Aires et modalités de circulation : Personnel – usager – matériel

10.6. Tenue vestimentaire

10.7. Préparation préopératoire des usagers : préparation de la peau pour une chirurgie

10.8. Brossage chirurgical

10.9. Nourriture : interdiction dans les salles d'opération

10.10. Téléphone cellulaire : interdiction de faire des appels téléphoniques en salles d'opération

11. Panne d'électricité et incendie

11.1. En cas de panne d'électricité

1. Nous poursuivons les chirurgies qui sont en cours.
2. Nous assurons la couverture pour les urgences.
3. Nous interrompons le programme régulier jusqu'à ce que la situation revienne à la normale.

11.2. En cas d'incendie

Le bloc opératoire est un milieu à risque de par l'utilisation conjointe de gaz médicaux et de l'électrochirurgie.

En cas d'incendie, nous suivons les procédures établis dans le *Plan de Mesures d'Urgences (PMU)*.

ANNEXE I

URGENCES

Hôtel-Dieu et Fleurimont

- 1- L'urgence de la nuit se prolongera à 8h00 dans la salle de la spécialité concernée.
- 2- Si la spécialité n'a pas de priorité, l'urgence de la nuit qui n'est pas terminée à 8h00 se prolongera dans la demi-priorité élective du lundi au jeudi et dans la demi-priorité de l'orthopédie le vendredi. Le chirurgien qui sera retardé pourra compléter son programme dans la priorité dédiée aux urgences.
- 3- Pour des raisons de logistique, les curiethérapies seront cédulées le matin à 8h00 dans la demi-priorité élective du lundi au jeudi et dans la demi-priorité de l'orthopédie le vendredi. Le chirurgien retardé pourra compléter son programme dans la priorité dédiée aux urgences.
- 4- Le chirurgien qui a la demi-priorité du matin est responsable d'avoir un ou des patients en « stand-by » ayant été évalués à la CPC.
- 5- Les cas inscrits sur la liste des urgences à 8h00 le matin ont priorité sur les patients en « stand-by » et ils doivent être opérés vers midi.
- 6- Toute chirurgie urgente ou semi-urgente reportée au lendemain alors qu'il y a des disponibilités au bloc opératoire entre 18h00 et 23h00 devra céder sa place si une chirurgie urgente est annoncée au cours de la nuit. Cette règle s'applique également aux patients cédulés à l'avance les samedis et les dimanches sur les deux sites.

La collaboration de tous les chirurgiens est requise afin de profiter de l'opportunité qui nous est offerte de traiter nos patients dans les priorités d'urgence mises à notre disposition.

Gaétan Langlois
Chef médical
Programme-clientèle en soins chirurgicaux

Bruno Lavoie
Chef clinico-administratif
Programme-clientèle en soins chirurgicaux

RÈGLEMENTS ADOPTÉS par le Département de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

7 octobre 2013

Date



Dr Gaétan Langlois
Chef du département de chirurgie

RÈGLEMENTS ADOPTÉS par le Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

10 décembre 2013

Date



Dr Serge Lepage
Président du Conseil des médecins,
Dentistes et pharmaciens

RÈGLEMENTS APPROUVÉS par le Conseil d'administration du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

13 janvier 2014

Date



Mme Patricia Gauthier
Secrétaire du Conseil d'administration

RÈGLEMENTS DU BLOC OPÉRATOIRE

**Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke
Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu**

OCTOBRE 2005

Révisés mai 2006

Révisés avril 2010

RÈGLEMENTS DU BLOC OPÉRATOIRE

ELABORÉS LE : 1998

REVISÉS LE : 1 mai 2006, 6 septembre 2007, 27 avril 2010

PAR : Le Comité de bloc

ADOPTÉS LE : 20 juin 2006, 4 décembre 2007, 19 mai 2010

PAR : En assemblée générale – Département de chirurgie du CHUS

ADOPTÉS LE :

PAR : Comité exécutif du CMDP- CHUS

APPROUVÉS LE :

PAR : Conseil d'administration du CHUS

TABLE DES MATIÈRES

1. Raison d'être du bloc opératoire	5
2. Buts et objectifs	5
3. Admission au bloc opératoire.....	5
4. Clientèle.....	5
4.1. Clientèle traitée	5
4.2. Documents requis.....	6
4.3. Options de services	6
5. Organisation	6
5.1. Responsabilité médicale au bloc opératoire.....	6
5.1.1. <i>Comité de bloc</i>	7
5.1.2. <i>Chirurgien-chef du département de chirurgie</i>	7
5.2. Responsabilité administrative au bloc opératoire	7
5.2.1. <i>Chef clinico-administratif du programme clientèle en soins chirurgicaux</i>	7
5.2.2. <i>Chefs de soins et de services – Hôtel-Dieu et Fleurimont</i>	8
5.2.3. <i>Assistant(e)-infirmier(ère) chef (AIC) – Hôtel-Dieu et Fleurimont</i>	8
6. Répartition des priorités opératoires	8
6.1. Planification du programme opératoire.....	9
6.2. Cogestion du programme opératoire et de son déroulement.....	10
6.3. Déroulement du programme opératoire	11
6.4. Pièces anatomiques	11
6.5. Registre des salles d'opération.....	12
7. Cas d'urgence	12
7.1. Classification des urgences	12
7.2. Notification du chirurgien.....	13
7.3. Ouverture d'une deuxième salle pour les cas d'urgence.....	14
7.4. Chirurgie néonatale urgente	14
7.5. Chirurgie cardiaque et pédiatrique en urgence	14

7.6.	Don d'organe et greffe rénale	14
7.7.	Pacemaker	15
8.	Assistance chirurgicale	15
8.1.	Le service interne	15
8.2.	L'assistance opératoire.....	15
9.	Salle de réveil.....	15
9.1.	Surveillance des patients	15
9.2.	Infection	16
9.3.	Médication	16
9.4.	Congé du patient	16
9.5.	Visiteurs	16
10.	L'asepsie au bloc opératoire.....	16
10.1.	Pratique de base	17
10.2.	Gestion et entretien des instruments et des équipements spécialisés.....	17
10.3.	Précautions additionnelles.....	17
10.4.	Entretien sanitaire de l'environnement : Pratiques de base - précautions additionnelles	17
10.5.	Aires et modalités de circulation : Personnel – usager – matériel	17
10.6.	Tenue vestimentaire	17
10.7.	Préparation préopératoire des usagers : préparation de la peau pour une chirurgie	17
10.8.	Brossage chirurgical.....	17
10.9.	Nourriture : interdiction dans les salles d'opération	17
10.10.	Téléphone cellulaire : interdiction de faire des appels téléphoniques en salles d'opération	17
11.	Panne d'électricité et incendie	17
11.1.	En cas de panne d'électricité.....	17
11.2.	En cas d'incendie.....	17

1. Raison d'être du bloc opératoire

C'est un plateau technique pour réaliser des interventions chirurgicales et anesthésiques pour la population desservie par le CHUS.

2. Buts et objectifs

Réaliser des interventions chirurgicales et anesthésiques de qualité dans un environnement sécuritaire pour répondre aux besoins des clientèles desservies par le centre hospitalier.

3. Admission au bloc opératoire

Sont admis au bloc opératoire :

1. les patients;
2. le personnel professionnel du centre hospitalier : médecins, chirurgiens dentistes, infirmiers(ères), résidents(es), inhalothérapeutes, techniciens(nes) en radiologie et autres professionnels de la santé lorsque requis;
3. le personnel non professionnel : d'équipement, d'entretien, de photographie, etc...;
4. les étudiants en médecine, du CEGEP, ou les autres étudiants autorisés, médecins visiteurs accompagnés;
5. les représentants de compagnies offrant du matériel médical ou chirurgical, sur rendez-vous seulement;
6. le conjoint de la patiente ou son représentant lors de césarienne électorive;
7. le parent ou accompagnateur (dans certaines circonstances exceptionnelles) en accord avec l'anesthésiste et l'équipe;
8. le policier accompagnant un patient du centre de détention.

Toute personne admise au bloc opératoire doit se conformer aux règlements d'asepsie qui y sont en vigueur. Voir le document, « Politiques et Procédures en Prévention des Infections au Bloc opératoire » en annexe.

Pour l'admission dans une salle opératoire, les visiteurs doivent recevoir l'autorisation du chirurgien.

Pour toutes photographies ou tous vidéos, toujours passer par les communications pour avoir le consentement.

4. Clientèle

4.1. Clientèle traitée

Patients nécessitant des traitements chirurgicaux offerts par les membres du département de chirurgie et de gynécologie.

Patients nécessitant des interventions sous anesthésie générale, régionale ou locale.

Patients du département de psychiatrie recevant des électrochocs sous anesthésie.

Patients recevant des traitements de radiothérapie, requérant une surveillance anesthésique.

Patients traités en électrophysiologie lors de l'implantation d'un pacemaker ou d'un pacemaker défibrillateur.

Patients traités par les anesthésistes dans le cadre de la clinique de la douleur.

4.2. Documents requis

Requête opératoire

Une requête opératoire est obligatoire pour chaque patient inscrit au bloc opératoire.

Dossier du patient

Sauf en cas d'urgence, aucun patient ne doit être accepté au bloc opératoire si son dossier n'est pas conforme aux règlements du CMDP.

Ces exigences doivent être respectées pour tous les cas de chirurgie faits sous anesthésie générale ou régionale, en toutes circonstances, sauf s'il s'agit d'un cas d'urgence mettant en péril la vie du patient ou la survie d'un membre lorsque tout retard à l'intervention risque d'être préjudiciable au patient. Dans ce cas, le chirurgien doit certifier cet état d'urgence par écrit en motivant les raisons le justifiant d'intervenir sans que le dossier ne contienne les éléments requis.

Autorisation :

Avant de procéder à une anesthésie ou à une intervention chirurgicale, tout médecin doit s'assurer que la personne devant être opérée ou que la personne pouvant donner un consentement en son nom en a donné l'autorisation par écrit. cf. consentement opératoire.

À défaut d'une telle autorisation, le chirurgien ne peut procéder qu'après avoir attesté, par écrit, que tout retard à l'intervention peut être préjudiciable au patient.

4.3. Options de services

Les options d'inscription de la clientèle sont les suivantes :

- Hospitalisation
- Ambulatoire
- Chirurgie d'un jour
- Hors bloc opératoire

5. Organisation

5.1. Responsabilité médicale au bloc opératoire

Elle est assurée par le chirurgien-chef du département de chirurgie en collaboration avec les chefs des départements d'anesthésie et de gynécologie-obstétrique.

En l'absence des chefs ci-haut mentionnés, l'autorité est assumée par leur représentant et au besoin par le directeur des services professionnels et hospitaliers.

5.1.1. Comité de bloc

Composition

Le Comité du bloc opératoire est composé des membres suivants ou de leurs représentants :

* Chef du département de chirurgie	* Chef du département d'anesthésie et chef local de l'Hôtel-Dieu
* Chef du département de gynécologie-obstétrique	* Chef adjoint du département de chirurgie
* Chef adjoint du département d'anesthésie	* Chefs de soins des blocs opératoires et salles de réveil
* Chef clinico-administratif du programme clientèle en soins chirurgicaux	

Mandat

S'assure du bon fonctionnement des blocs opératoires en fonction des ressources humaines et matérielles.

5.1.2. Chirurgien-chef du département de chirurgie

Le chirurgien-chef du département de chirurgie est président du comité du bloc opératoire. En collaboration avec le chef adjoint du département de chirurgie, il doit assurer le fonctionnement du bloc opératoire.

Il a un pouvoir décisionnel sur :

1. l'élaboration de la liste opératoire;
2. la prolongation du travail dans certaines salles;
3. l'arrêt de travail dans une salle;
4. les cas à reporter;
5. la salle dans laquelle sera inséré un cas urgent;
6. les cas litigieux.

5.2. *Responsabilité administrative au bloc opératoire*

5.2.1. Chef clinico-administratif du programme clientèle en soins chirurgicaux

Sous l'autorité du Directeur des services professionnels, la personne titulaire de ce poste assume la gestion des salles d'opérations et des chevets de réveil répartis dans les deux hôpitaux du CHUS. Elle assure la dispensation des soins et services de qualité à une clientèle pédiatrique, adulte et gériatrique dans les disciplines chirurgicales suivantes : chirurgie générale, urologie, ORL et chirurgie cervico-

faciale, gynécologie, orthopédie, vasculaire, thoracique, cardiaque, neurochirurgie, ophtalmologie, plastie, buccale et maxillo-faciale et dentaire. Son rôle s'exerce en partenariat médico-administratif avec les chefs des départements de chirurgie et d'anesthésiologie.

5.2.2. Chefs de soins et de services – Hôtel-Dieu et Fleurimont

Sous la supervision du chef clinico-administratif et du chef médical du regroupement clientèle en chirurgie, il assure des soins et des services spécialisés de qualité optimale en fonction des besoins des usagers. Dans ce cadre, il assure la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles sous sa responsabilité.

5.2.3. Assistant(e)-infirmier(ère) chef (AIC) – Hôtel-Dieu et Fleurimont

Infirmier ou infirmière qui assiste le chef de service dans ses fonctions et le ou la remplace lors de ses absences régulières dans un centre d'activités. Il ou elle collabore à l'évaluation du rendement du personnel. Il ou elle peut prodiguer des soins.

6. Répartition des priorités opératoires

Les priorités opératoires sont établies en fonction du nombre de salles disponibles pour les patients des départements de chirurgie et gynécologie en tenant compte de l'activité à maintenir et des besoins de la clientèle de ces départements.

Les priorités sont réparties en deux catégories indépendantes et distinctes :

- Celles nécessitant la présence d'un anesthésiste;

Les priorités avec anesthésiste sont assujetties au nombre d'anesthésistes, membres du département.

- Celles ne nécessitant pas la présence d'un anesthésiste;

Les priorités d'anesthésie générale et régionale sont indépendantes des priorités d'anesthésie locale et occupent des salles différentes.

Le chirurgien-chef fait parvenir les grilles de priorités opératoires au moins deux (2) mois à l'avance aux chefs de service. Chaque chef de service est responsable d'attribuer les priorités opératoires à l'intérieur de son service et doit faire parvenir cette grille complétée trente (30) jours à l'avance au chirurgien-chef, au service d'admission et au coordonnateur(trice) des blocs opératoires.

Afin de répartir les priorités parmi les chirurgiens, le chef de service ou de département doit tenir compte de :

- la liste d'attente pour les chirurgies ciblées;
- la liste d'attente du service (à chaque période, le service d'accueil fait parvenir aux départements et services la liste d'attente par chirurgien);
- l'activité et des priorités du centre hospitalier;
- la disponibilité des ressources du centre hospitalier.

Si le chirurgien est dans l'impossibilité de combler une priorité opératoire, il doit en informer son chef de service huit (8) jours avant la date de la priorité.

Si le chef de service ne peut attribuer à quiconque cette priorité le 5^e jour précédant la date prévue, il devra la remettre au chirurgien-chef.

Une priorité opératoire laissée vacante, sans raison valable, entraînera une sanction, soit la perte d'une priorité opératoire pour le service concerné lors de la période subséquente.

6.1. Planification du programme opératoire

Toute intervention doit être annoncée :

- dans le dossier du patient;
- sur une réquisition dûment remplie : le chirurgien a la responsabilité d'indiquer le temps opératoire total réel (de l'heure d'entrée à l'heure de sortie) sur la réquisition opératoire pour une meilleure planification du programme.

Le programme opératoire est fermé à 11h00 du lundi au vendredi inclusivement.

60 % (environ) du programme électif de chirurgie doit être planifié avant midi (12h00) le cinquième jour ouvrable avant la date de chirurgie prévue. Si le programme électif n'est pas planifié, le service d'accueil communique avec le chirurgien.

Le quatrième jour ouvrable avant la date de chirurgie prévue, si le programme électif n'est pas planifié à 60 % à 8h00 am, le service d'accueil communique avec le chirurgien-chef, qui contactera qui de droit pour combler le programme opératoire.

L'avant-veille de la chirurgie, à 11h00, le programme opératoire est scellé et aucun ajout n'est possible au programme électif.

Lorsqu'une intervention chirurgicale est annulée par un patient, le service d'accueil verra à combler l'annulation jusqu'à vingt-et-une heures (21h00) la veille de la chirurgie.

Lorsqu'une priorité opératoire est annulée par le chirurgien dans les 48 heures qui précèdent la date de la chirurgie, le service concerné se verra retirer une priorité opératoire lors de la période suivante.

6.2. Cogestion du programme opératoire et de son déroulement

Le programme opératoire est élaboré par l'AIC du bloc opératoire ou son représentant(e), en cogestion avec le service d'admission, les départements et services de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie, en tenant compte :

1. des priorités opératoires établies par chirurgien et par service (spécialité);
2. de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières.

L'ordre des interventions chirurgicales tient compte des éléments suivants :

1. l'urgence du cas;
2. l'âge du patient;
3. la gravité du cas surtout s'il nécessite plus d'une équipe chirurgicale;
4. la disponibilité des ressources en terme d'équipement, instrumentation, matériel, de ressources humaines et de support des autres services (radiologie, stérilisation, banque de sang, ...);
5. les patients allergiques au latex doivent passer en priorité;
6. la nature ambulatoire des interventions;
7. la répartition des priorités opératoires. Les cas annoncés par les chirurgiens qui ont une priorité opératoire suivis des cas annoncés par les chirurgiens du même service s'il reste du temps inoccupé, suivi des cas annoncés par d'autres chirurgiens qui n'ont pas de priorité opératoire;
8. La disponibilité des lits aux soins intensifs et sur les étages.

MISE EN GARDE

- 1) Un chirurgien ne peut céder simultanément des cas au bloc majeur, au bloc mineur et au bloc obstétrical.
- 2) Tout patient inscrit sur la cédule opératoire du bloc doit l'être au nom du chirurgien responsable.
- 3) La chirurgie dont la durée est la plus longue doit être placée en premier sur la cédule opératoire.

Remarques : Le chirurgien, pour des raisons valables et de façon ponctuelle, peut demander de modifier cet ordre.

La planification du programme opératoire doit tenir compte que les interventions électives doivent être terminées à 16h00.

Afin d'éviter des annulations de chirurgies par manque de temps, le programme sera validé l'avant-veille par l'AIC et, après information du chirurgien impliqué, les ajustements nécessaires seront apportés.

➔ **Seuls les cas pouvant être opérés dans les heures disponibles seront inscrits au programme.**

6.3. Déroulement du programme opératoire

Le premier patient entre dans sa salle à 8h00 a.m.

Le programme opératoire doit être géré de façon dynamique et réévalué constamment au niveau de chaque salle.

Le chirurgien et l'anesthésiste de chaque salle gèrent leur programme à l'intérieur du temps qui leur est alloué.

À partir de 16h00, à l'Hôtel-Dieu, et de 12h00, à Fleurimont, une salle est consacrée aux urgences.

L'exécution du programme opératoire repose sur la ponctualité de tous. Tout retard porte préjudice à la réalisation du programme et peut être suffisant pour justifier l'annulation d'une partie du programme cédulé.

Lorsque la priorité opératoire est scindée en deux parties et qu'on prévoit que le dernier cas de cédulé en avant-midi dépassera le temps limite, ce dernier cas sera annulé à moins d'une entente entre les deux chirurgiens.

Tout dépassement du temps alloué ou pris sur le temps d'un autre chirurgien sera imputé au chirurgien fautif.

Annulation :

Dans des situations normales, aucune annulation de cas inscrits au programme ne doit être faite sans raison valable. Le chirurgien devra :

1. préciser le motif de l'annulation et l'inscrire au dossier;
2. aviser le patient des raisons;
3. aviser l'unité;
4. gérer le report de l'intervention :
 - a. Si le cas est remis au lendemain, garder la réquisition au bloc;
 - b. Si le cas est remis à plus de 24h ou à une date indéterminée, demander à l'AIC de renvoyer la réquisition au service d'admission.

Lorsqu'un chirurgien est retardé en raison des ECT ou de curiethérapie qui sont cédulées dans sa salle, il aura le privilège de poursuivre le programme à 16 heures pour une période équivalente si les conditions le permettent.

6.4. Pièces anatomiques

Les pièces pathologiques représentatives prélevées dans les salles d'opération doivent être identifiées et envoyées au laboratoire d'anatomo-pathologie, accompagnées de la réquisition usuelle dûment complétée ou selon la procédure informatique requise qui est en vigueur dans l'établissement.

6.5. Registre des salles d'opération

Le registre des salles d'opération doit contenir les informations suivantes à chaque jour :

1. la date de l'opération (année, mois, jour);
2. le numéro du dossier médical;
3. le nom et les prénoms du patient;
4. le sexe;
5. la date de naissance;
6. le diagnostic préopératoire;
7. les opérations;
8. le diagnostic post-opératoire;
9. les complications per-opératoires;
10. le nombre d'unité de sang;
11. le nom du chirurgien;
12. les noms des médecins assistants;
13. la durée de l'opération (en minutes) : heures d'incision et de fermeture;
14. la durée de l'anesthésie (en minutes) : heures de début et de fin;
15. la durée du séjour du bénéficiaire (en minutes) : heures d'entrée et de sortie;
16. le type d'anesthésie : générale, régionale, locale avec ou sans intubation;
17. le nom de l'anesthésiste;
18. le nom des infirmiers(ères) en service interne et en service externe;
19. le nom de l'inhalothérapeute;
20. les remarques.

7. Cas d'urgence

7.1. Classification des urgences

Les urgences seront dorénavant classifiées :

- U-1** Urgence vitale
- U-2A** Urgence nécessitant une intervention en moins de 8 heures
- U-3** Urgence nécessitant une chirurgie dans les 24 heures suivant l'admission
- U-4** Chirurgie non urgente

Les U-3 deviennent U-2B lorsqu'elles ne peuvent être réalisées à l'intérieur du délai de 24 heures.

Les U-1 et U-2A et U-2B peuvent être effectuées après 23 h.

Les U-3 ne devraient pas être effectuées après 23 h sauf exception.

Les U-4 ne peuvent être effectuées après 23 heures.

Durant la garde, aucun patient ne doit être amené au bloc opératoire sans l'accord de l'anesthésiste, du chirurgien et de l'infirmier responsable.

Les urgences sous anesthésie locale ont les mêmes prérogatives que celles sous anesthésie générale ou régionale.

- Les cas d'urgence sont annoncés en complétant une requête opératoire. Le patient doit être dans l'institution et l'indication chirurgicale posée.
- Tout cas d'extrême urgence (U-1) a priorité sur tout autre cas et doit passer immédiatement dès qu'une salle d'opération devient disponible.
- Le chirurgien qui demande de modifier la cédule opératoire d'un autre chirurgien, doit en informer lui-même ce dernier ou son mandataire. Le chirurgien déplacé reprend en priorité son programme prévu une fois l'urgence traitée. Le chirurgien qui intervient dans ce contexte, accepte qu'on étudie le bien-fondé de sa demande et permet au chef du département ou toute autre personne qu'il délègue d'avoir accès au dossier de son patient.
 - a. Le programme opératoire imprimé peut être modifié en fonction des urgences relatives annoncées. Cependant, ces modifications ne doivent affecter le déroulement opératoire qu'au niveau de la salle ou des salles d'opération assignées à la spécialité concernée par une telle urgence relative.
 - b. Si cette spécialité n'a pas de salle à sa disposition ou si l'on décide de ne pas modifier le programme de la salle, l'urgence relative sera inscrite au tableau des urgences et sera faite lorsqu'une salle sera libre et disponible ou à la fin du programme en respectant l'ordre d'arrivée des urgences.
 - c. L'ordre des cas urgents sera établi selon la chronologie de la requête horodatée au bloc opératoire en tenant compte de la classification des urgences. Cependant, le chirurgien-chef du département de chirurgie peut modifier cet ordre en fonction de la gravité des cas inscrits sur la liste. Si un chirurgien estime que cet ordre doit être modifié à cause du caractère plus urgent de la condition chirurgicale à traiter, il doit obtenir l'autorisation du collègue qu'il désire devancer. À défaut de ce consentement mutuel, on fera appel au chirurgien-chef qui tranchera.
 - d. La chirurgie qui retarde une urgence pour une raison non médicale voit sa requête reportée à la fin de la liste des urgences.

7.2. *Notification du chirurgien*

Le chirurgien doit être averti au moins trente (30) minutes avant le début de la chirurgie.

7.3. Ouverture d'une deuxième salle pour les cas d'urgence

L'ouverture d'une deuxième salle d'urgence sera acceptée sans discussion dans les circonstances suivantes :

1. trauma avec code 1-1-1;
2. césarienne codée P-1;
3. instabilité hémodynamique secondaire à un choc hémorragique ou septique;
4. fracture d'un membre avec compromis neurovasculaire;
5. fracture ouverte survenue il y a plus de six heures;
6. compression cérébrale ou médullaire rapidement progressive avec engagement constitué ou imminent et déficit neurologique progressif;
7. intubation pour épiglotite ou une insuffisance respiratoire aiguë mettant la vie du patient en danger dans les minutes qui suivent.

Dans ces situations, il faut contacter l'anesthésiste de garde pour mettre en branle la procédure d'ouverture d'une deuxième salle et inscrire une note d'évolution au dossier clinique pour justifier une telle indication.

7.4. Chirurgie néonatale urgente

Lorsque survient une urgence en chirurgie néonatale :

1. lorsqu'il y a une priorité de chirurgie générale, c'est cette spécialité qui cèdera son temps à 8h00;
2. s'il n'y a pas de priorité en chirurgie générale, les autres spécialités céderont leur place à tour de rôle. Ces événements seront comptabilisés au bloc opératoire;
3. le temps opératoire emprunté à une autre spécialité lui sera remis à même les priorités de chirurgie générale pédiatrique;
4. la compensation du temps opératoire à l'intérieur du service de chirurgie générale se fera selon les modalités à définir par le chef du service et les chirurgiens concernés.

7.5. Chirurgie cardiaque et pédiatrique en urgence

S'il n'y a pas de patient en attente d'une chirurgie urgente, l'urgence cardiaque et pédiatrique doit être effectuée immédiatement et ne peut être retardée pour des considérations autres que médicales.

7.6. Don d'organe et greffe rénale

1. Si un don d'organe multiple est annoncé au bloc opératoire, cette intervention doit être priorisée dans la liste des urgences;
2. Si cette situation se présente entre 8h00 et 16h00, le chirurgien-chef du département de chirurgie annulera une salle de chirurgie élective si la salle des urgences n'est pas disponible. Le temps ainsi emprunté sera remboursé ultérieurement par le service utilisateur;
3. Si la situation se présente le soir ou la fin de semaine et qu'il y a une urgence compromettant la survie des organes, une deuxième équipe sera appelée;

4. Dans l'éventualité d'une troisième urgence vitale survenant au cours d'un prélèvement d'organe, la procédure de prélèvement sera suspendue jusqu'à ce que la situation soit stabilisée.

7.7. Pacemaker

Lors de la mise en place d'un pacemaker ou d'un défibrillateur cardiaque au bloc opératoire, la présence d'un anesthésiste est requise.

8. Assistance chirurgicale

Il y a lieu de bien comprendre la distinction qui existe entre le service interne et l'assistance opératoire :

8.1. Le service interne

Le service interne consiste à apporter une aide technique ou manuelle au chirurgien au cours d'une intervention chirurgicale.

Lorsqu'une intervention ne nécessite que du service interne, l'infirmier(ère) ne doit pas être considéré(e) comme l'assistant(e) du chirurgien dans le sens décrit ci-après.

8.2. L'assistance opératoire

L'assistance opératoire consiste à participer activement à l'acte chirurgical et à poser, au cours de la chirurgie, des actes nécessitant des connaissances médicales.

L'assistance opératoire doit être réservée au médecin et à l'infirmière première assistante-chirurgicale seulement.

Aucun résident ou IPAC (Infirmière Première Assistante Chirurgicale) ne peut poser un acte anesthésique ou chirurgical en l'absence du médecin responsable dans le centre hospitalier.

Aucun stagiaire ne peut accomplir une « étape » chirurgicale en l'absence du chirurgien responsable ou de son délégué dans le bloc opératoire.

Deux membres du personnel infirmier doivent procéder à la vérification et au décompte des compresses et de tous les instruments et doivent en informer le chirurgien qui doit signifier qu'il a compris l'information.

9. Salle de réveil

9.1. Surveillance des patients

La surveillance des patients doit être assurée par du personnel infirmier autorisé et habilité à surveiller et traiter cette clientèle. Après la fermeture de la salle de réveil, la même surveillance pourra se faire en salle d'opération ou aux soins intensifs dans un espace réservé à cet effet.

La salle de réveil est réservée spécifiquement aux patients qui ont subi une procédure anesthésique générale ou sous sédation locale ou une procédure dispensée par un membre du département d'anesthésie.

9.2. Infection

Voir le document « Politiques et procédures en prévention des infections au bloc opératoire ».

9.3. Médication

Les patients qui séjournent à la salle de réveil sont sous la responsabilité de l'anesthésiste, du chirurgien et de l'intensiviste.

Aucune médication ne peut être donnée à la salle de réveil sans l'autorisation d'un anesthésiste, du chirurgien ou d'un médecin consultant.

9.4. Congé du patient

Tout congé, à la salle de réveil, doit être autorisé en temps opportun et par écrit par un médecin. Cette autorisation écrite doit être signée au moment même du congé de la salle de réveil.

9.5. Visiteurs

Aucun visiteur ne doit être admis à la salle de réveil sauf de rares exceptions.

10. L'asepsie au bloc opératoire

Pour l'ensemble des points suivants, voir le document « Politiques et Procédures en Prévention des Infections au Bloc opératoire ».

- 10.1. Pratique de base*
- 10.2. Gestion et entretien des instruments et des équipements spécialisés*
- 10.3. Précautions additionnelles*
- 10.4. Entretien sanitaire de l'environnement : Pratiques de base - précautions additionnelles*
- 10.5. Aires et modalités de circulation : Personnel – usager – matériel*
- 10.6. Tenue vestimentaire*
- 10.7. Préparation préopératoire des usagers : préparation de la peau pour une chirurgie*
- 10.8. Brossage chirurgical*
- 10.9. Nourriture : interdiction dans les salles d'opération*
- 10.10. Téléphone cellulaire : interdiction de faire des appels téléphoniques en salles d'opération*

11. Panne d'électricité et incendie

11.1. En cas de panne d'électricité

1. Nous poursuivons les chirurgies qui sont en cours.
2. Nous assurons la couverture pour les urgences.
3. Nous interrompons le programme régulier jusqu'à ce que la panne soit contrôlée.

11.2. En cas d'incendie

Le bloc opératoire est un milieu à risque de part l'utilisation conjointe de gaz médicaux et de l'électrochirurgie.

En cas d'incendie, nous suivons les procédures établis dans le Plan de Mesures d'Urgences (PMU).

RÈGLEMENTS ADOPTÉS par le Département de chirurgie du Centre Hospitalier
Universitaire de Sherbrooke

Date

Dr Gaétan Langlois
Chef du département de chirurgie

RÈGLEMENTS ADOPTÉS par le Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et
pharmaciens du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

Date

Dr Charles Orfali
Président du Conseil des médecins,
Dentistes et pharmaciens

RÈGLEMENTS APPROUVÉS par le Conseil d'administration du Centre Hospitalier
Universitaire de Sherbrooke

Date

Mme Patricia Gauthier
Secrétaire du Conseil d'administration

Adoptés le 20 juin 2006 / révisés le 6 septembre 2007
Révisés au Comité du bloc le 27 avril 2010
Adoptés en assemblée générale le 19 mai 2010

RÈGLEMENTS DU BLOC OPÉRATOIRE

ELABORÉS LE : 1998

REVISÉS LE : 1 mai 2006, 6 septembre 2007

PAR : Le Comité de bloc

ADOPTÉS LE : 20 juin 2006, 4 décembre 2007

PAR : En assemblée générale – Département de chirurgie du CHUS

ADOPTÉS LE :

PAR : Comité exécutif du CMDP- CHUS

APPROUVÉS LE :

PAR : Conseil d'administration du CHUS

TABLE DES MATIÈRES

1. Raison d'être du bloc opératoire	4
2. Buts et objectifs	4
3. Admission au bloc opératoire.....	4
4. Clientèle.....	4
4.1. Clientèle traitée	4
4.2. Documents requis.....	5
4.3. Options de services	5
5. Organisation	5
5.1. Responsabilité médicale au bloc opératoire.....	5
5.1.1. <i>Comité de bloc</i>	5
5.1.2. <i>Chef médico-administratif</i>	6
5.2. Responsabilité administrative au bloc opératoire	6
5.2.1. <i>Coordonnateur(trice) des blocs opératoires et salles de réveil</i>	6
5.2.2. <i>Chefs de service</i>	6
5.2.3. <i>Assistant(e)-infirmier(ère) chef (AIC)</i>	6
6. Répartition des priorités opératoires	7
7. Programme opératoire	8
7.1. Planification du programme opératoire.....	8
7.2. Cogestion du programme opératoire.....	8
7.3. Déroulement du programme opératoire	9
7.4. Pièces anatomiques	10
7.5. Registre des salles d'opération.....	10
8. Cas d'urgence	11
8.1. Classification des urgences	11
8.2. Notification du chirurgien.....	12
8.3. Ouverture d'une deuxième salle pour les cas d'urgence.....	12
8.4. Chirurgie néonatale urgente.....	12

8.5. Don d'organe et greffe rénale	13
8.6. Pacemaker	13
9. Assistance chirurgicale	13
9.1. Le service interne	13
9.2. L'assistance opératoire.....	13
10. Salle de réveil.....	14
10.1. Surveillance des patients.....	14
10.2. Infection	14
10.3. Médication	14
10.4. Congé du patient	14
10.5. Visiteurs	14
11. L'asepsie au bloc opératoire	15
11.1. Pratique de base	15
11.2. Gestion et entretien des instruments et des équipements spécialisés.....	15
11.3. Précautions additionnelles.....	15
11.4. Entretien sanitaire de l'environnement : Pratiques de base – précautions additionnelles	15
11.5. Aires et modalités de circulation : Personnel – usager – matériel	15
11.6. Tenue vestimentaire	15
11.7. Préparation préopératoire des usagers : préparation de la peau pour une chirurgie	15
11.8. Brossage chirurgical.....	15
12. Panne d'électricité et incendie	15
12.1. En cas de panne d'électricité.....	15
12.2. En cas d'incendie.....	15

1. Raison d'être du bloc opératoire

C'est un plateau technique pour réaliser des interventions chirurgicales et anesthésiques pour la population desservie par le CHUS.

2. Buts et objectifs

Réaliser des interventions chirurgicales et anesthésiques de qualité dans un environnement sécuritaire pour répondre aux besoins des clientèles desservies par le centre hospitalier.

3. Admission au bloc opératoire

Sont admis au bloc opératoire :

1. les patients;
2. le personnel professionnel du centre hospitalier : les médecins, chirurgiens dentistes, infirmiers(ères), résidents(es), inhalothérapeutes, techniciens(nes) en radiologie et autres professionnels de la santé lorsque requis;
3. le personnel non professionnel : d'équipement, d'entretien, de photographie, etc...;
4. les étudiants en médecine, du CEGEP, ou les autres étudiants autorisés, médecins visiteurs accompagnés;
5. les représentants de compagnies offrant du matériel médical ou chirurgical, sur rendez-vous seulement;
6. le conjoint de la patiente lors de césarienne élective.

Toute personne admise au bloc opératoire doit se conformer aux règlements d'asepsie qui y sont en vigueur. Voir le document, « Politiques et Procédures en Prévention des Infections au Bloc opératoire » en annexe.

Dans une salle opératoire, les visiteurs doivent recevoir l'autorisation du chirurgien.

4. Clientèle

4.1. Clientèle traitée

Patients nécessitant des traitements chirurgicaux offerts par les membres du département de chirurgie et de gynécologie.

Patients nécessitant des interventions sous anesthésie générale, régionale ou locale.

Patients du département de psychiatrie recevant des électrochocs sous anesthésie.

Patients recevant des traitements de radiothérapie, requérant une surveillance anesthésique.

Patients traités en électrophysiologie lors de l'implantation d'un pacemaker ou d'un pacemaker défibrillateur.

Patients traités par les anesthésistes dans le cadre de la clinique de la douleur.

4.2. Documents requis

Requête opératoire

Une requête opératoire est obligatoire pour chaque patient inscrit au bloc opératoire.

Dossier du patient

Sauf en cas d'urgence, aucun patient ne doit être accepté au bloc opératoire si son dossier n'est pas conforme aux règlements du CMDP.

Ces exigences doivent être respectées pour tous les cas de chirurgie faits sous anesthésie générale ou régionale, en toutes circonstances, sauf en présence d'un cas d'urgence où tout retard à l'intervention risque d'être préjudiciable au patient. Dans ce cas, le chirurgien doit certifier cet état d'urgence par écrit en motivant les raisons le justifiant d'intervenir sans que le dossier ne contienne les éléments requis.

Autorisation :

Avant de procéder à une anesthésie ou à une intervention chirurgicale, tout médecin doit s'assurer que la personne devant être opérée ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom en a donné l'autorisation par écrit. cf. consentement opératoire.

À défaut d'une telle autorisation, le chirurgien ne peut procéder qu'après avoir attesté, par écrit, que tout retard à l'intervention peut être préjudiciable au patient.

4.3. Options de services

Les options d'inscription de la clientèle sont les suivantes :

- Hospitalisation
- Ambulatoire
- Chirurgie d'un jour
- Hors bloc opératoire

5. Organisation

5.1. Responsabilité médicale au bloc opératoire

Elle est assurée par le chirurgien-chef du département de chirurgie en collaboration avec les chefs des départements d'anesthésie et de gynécologie.

En l'absence des chefs ci-haut mentionnés, l'autorité est assumée par leur représentant et au besoin par le directeur des services professionnels et hospitaliers.

5.1.1. Comité de bloc

Composition

Le Comité du bloc opératoire est composé des membres suivants ou de leurs représentants :

.Chef du département de chirurgie
.Chef du département d'anesthésie

.Chef du département de gynécologie-
obstétrique

.Chef adjoint du département de chirurgie
.DSP ou son représentant
.Coordonnateur(trice) des blocs opératoires
et salles de réveil

.Chefs de service des blocs opératoires et
salles de réveil

Mandat

S'assure du bon fonctionnement du bloc opératoire en fonction des ressources humaines et matérielles.

5.1.2. Chirurgien-chef du département de chirurgie

Le chirurgien-chef du département de chirurgie est président du comité du bloc opératoire. Il doit assurer le fonctionnement du bloc opératoire.

Il a un pouvoir décisionnel sur :

1. L'élaboration de la liste opératoire;
2. La prolongation du travail dans certaines salles;
3. L'arrêt de travail dans une salle;
4. Les cas à reporter;
5. La salle dans laquelle sera insérée un cas urgent;
6. Les cas litigieux.

5.2. *Responsabilité administrative au bloc opératoire*

5.2.1. Chef clinico-administratif du regroupement clientèle en chirurgie

Sous l'autorité du Directeur des services professionnels, la personne titulaire de ce poste assume la gestion des 23 salles d'opérations et des 26 chevets de réveil répartis dans les deux hôpitaux du CHUS. Elle assure la dispensation des soins et services de qualité à une clientèle pédiatrique, adulte et gériatrique dans toutes les disciplines chirurgicales suivantes : chirurgie générale, urologie, ORL, gynécologie, orthopédie, vasculaire, thoracique, cardiaque, neurochirurgie, ophtalmologie, plastie, buccale et maxillo-faciale et dentaire. Son rôle s'exerce en partenariat médico-administratif avec les chefs des départements de chirurgie et d'anesthésiologie.

5.2.2. Chefs de soins et de services – Hôtel-Dieu et Fleurimont

Sous la supervision du chef clinico-administratif et du chef médical du regroupement clientèle en chirurgie, il assure des soins et des services spécialisés de qualité optimale en fonction des besoins des usagers. Dans ce cadre, il assure la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles sous sa responsabilité.

5.2.3. Assistant(e)-infirmier(ère) chef (AIC) – Hôtel-Dieu et Fleurimont

Infirmier ou infirmière qui assiste le chef de service dans ses fonctions et le ou la remplace lors de ses absences régulières dans un centre d'activités. Il ou elle collabore à l'évaluation du rendement du personnel. Il ou elle peut prodiguer des soins.

6. Répartition des priorités opératoires

Les priorités opératoires sont établies en fonction du nombre de salles disponibles pour les patients des départements de chirurgie et gynécologie en tenant compte de l'activité à maintenir et des besoins de la clientèle de ces départements.

Les priorités sont réparties en deux catégories indépendantes et distinctes :

- Celles nécessitant la présence d'un anesthésiste;

Les priorités avec anesthésiste sont assujetties au nombre d'anesthésistes, membres du département.

- Celles ne nécessitant pas la présence d'un anesthésiste.

Les priorités d'anesthésie générale et régionale sont indépendantes des priorités d'anesthésie locale et occupent des salles différentes.

Le chirurgien-chef fait parvenir les grilles de priorités opératoires au moins deux (2) mois à l'avance aux chefs de service. Chaque chef de service est responsable d'attribuer les priorités opératoires à l'intérieur de son service et doit faire parvenir cette grille complétée trente (30) jours à l'avance au chirurgien-chef, au service d'admission et au coordonnateur(trice) des blocs opératoires.

Afin de répartir les priorités parmi les chirurgiens, le chef de service doit tenir compte de :

- la liste d'attente (à chaque période, le service d'admission fait parvenir aux départements et services la liste d'attente par chirurgien)
- l'activité et les priorités du centre hospitalier
- la disponibilité des autres ressources du centre hospitalier

Si le chirurgien est dans l'impossibilité de combler la priorité, il doit en informer son chef de service huit (8) jours avant la date de la priorité.

Si le chef de service ne peut attribuer à quiconque cette priorité, il devra la remettre au chirurgien-chef.

Une priorité opératoire laissée vacante, sans raison valable, entraînera une sanction, soit la perte d'une priorité opératoire pour le service concerné lors de la période subséquente.

7. Programme opératoire

7.1. Planification du programme opératoire

Toute intervention doit être annoncée :

- dans le dossier du patient;
- sur une réquisition dûment remplie : le chirurgien a la responsabilité d'indiquer le temps opératoire total réel (de l'heure d'entrée à l'heure de sortie) sur la réquisition opératoire pour une meilleure planification du programme.

Le programme opératoire est fermé à 11h00 du lundi au vendredi inclusivement.

60% (environ) du programme électif de chirurgie doit être planifié avant midi (12h00) le cinquième jour ouvrable avant la date de chirurgie prévue. Si le programme électif n'est pas planifié, le service d'accueil communique avec le chirurgien.

Le quatrième jour ouvrable avant la date de chirurgie prévue, si le programme électif n'est pas planifié à 60% à 8h00 am, le service d'accueil communique avec le chirurgien-chef, qui contactera qui de droit pour combler le programme opératoire.

La veille de la chirurgie, à 11h00, le programme opératoire est scellé et aucun ajout n'est possible au programme électif.

Lorsqu'une intervention chirurgicale est annulée par un patient, le service d'accueil verra à combler l'annulation jusqu'à vingt-et-une heures (21h00) la veille de la chirurgie.

Lorsqu'une priorité opératoire est annulée par le chirurgien dans les 48 heures qui précèdent la date de la chirurgie, le service concerné se verra retirer une priorité opératoire lors de la période suivante.

7.2. Cogestion du programme opératoire

Le programme opératoire est élaboré par l'AIC du bloc opératoire ou son représentant(e), en cogestion avec le service d'admission, les départements et services de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'anesthésie, en tenant compte :

1. des priorités opératoires établies par chirurgien et par service (spécialité).
2. de la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières.

L'ordre des interventions chirurgicales tient compte des éléments suivants :

1. L'urgence du cas;
2. L'âge du patient;

3. La gravité du cas surtout s'il nécessite plus d'une équipe chirurgicale;
4. La disponibilité des ressources en terme d'équipement, instrumentation, matériel, de ressources humaines et de support des autres services (radiologie, stérilisation, banque de sang, ...)
5. Les patients allergiques au latex doivent passer en priorité;
6. La nature ambulatoire des interventions;
7. La répartition des priorités opératoires. Les cas annoncés par les chirurgiens qui ont une priorité opératoire suivis des cas annoncés par les chirurgiens du même service s'il reste du temps inoccupé, suivi des cas annoncés par d'autres chirurgiens qui n'ont pas de priorité opératoire.
8. La disponibilité des lits aux soins intensifs et sur les étages.

MISE EN GARDE

- 1) Un chirurgien ne peut cédule simultanément des cas au bloc majeur, au bloc mineur et au bloc obstétrical.
- 2) Tout patient inscrit sur la cédule opératoire du bloc doit l'être au nom du chirurgien responsable.
- 3) Autant que possible, les cas de chirurgie d'un jour devraient être faits en début de journée afin que le patient puisse être libéré le plus tôt du centre de jour.
- 4) La chirurgie dont la durée est la plus longue doit être placée en premier sur la cédule opératoire.

Remarques : Le chirurgien, pour des raisons valables et de façon ponctuelle, peut demander de modifier cet ordre.

Le programme doit tenir compte que les interventions électives doivent être terminées à 16h00.

➡ Seuls les cas pouvant être opérés dans les heures disponibles seront inscrits au programme.

7.3. Déroulement du programme opératoire

Le premier patient entre dans sa salle à 8h00 a.m.

Le programme opératoire doit être géré de façon dynamique et réévalué constamment au niveau de chaque salle.

Le chirurgien et l'anesthésiste de chaque salle gèrent leur programme à l'intérieur du temps qui leur est alloué.

À partir de 16h00, à l'Hôtel-Dieu, et de 12h00, à Fleurimont, une salle est consacrée aux urgences.

L'exécution du programme opératoire doit compter sur une ponctualité impeccable de la part de tous. Tout retard porte préjudice à la réalisation du programme et peut être suffisant pour justifier l'annulation d'une partie du programme cédulé.

Lorsque la priorité opératoire est scindée en deux parties et qu'on prévoit que le dernier cas de cédulé en avant-midi dépassera le temps limite, ce dernier cas sera annulé à moins d'une entente entre les deux chirurgiens.

Tout dépassement du temps alloué ou pris sur le temps d'un autre chirurgien sera imputé au chirurgien fautif.

Annulation :

Dans des situations normales, aucune annulation de cas inscrits au programme ne doit être faite sans raison valable. Le chirurgien devra :

1. préciser le motif de l'annulation et l'inscrire au dossier.
2. Aviser le patient des raisons.
3. Aviser l'unité.
4. Gérer le report de l'intervention :
 - a. Si le cas est remis au lendemain, garder la réquisition au bloc.
 - b. Si le cas est remis à plus de 24h ou à une date indéterminée, indiquer à l'AIC de renvoyer la réquisition au service d'admission.

Lorsqu'un chirurgien est retardé en raison des ECT qui sont cédulées dans sa salle, il aura le privilège de poursuivre le programme à 16 heures pour une période équivalente.

7.4. Pièces anatomiques

Les pièces pathologiques représentatives prélevées dans les salles d'opération doivent être identifiées et envoyées au laboratoire d'anatomo-pathologie, accompagnées de la réquisition usuelle dûment complétée ou selon la procédure informatique requise qui est en vigueur dans l'établissement.

7.5. Registre des salles d'opération

Le registre des salles d'opération doit contenir les informations suivantes à chaque jour :

1. la date de l'opération (année, mois, jour);
2. le numéro du dossier médical;
3. le nom et les prénoms du patient;
4. le sexe;
5. la date de naissance;
6. le diagnostic pré-opératoire;
7. les opérations;
8. le diagnostic post-opératoire;
9. les complications per-opératoires;

10. le nombre d'unité de sang;
11. le nom du chirurgien;
12. les noms des médecins assistants;
13. la durée de l'opération (en minutes) : heures d'incision et de fermeture;
14. la durée de l'anesthésie (en minutes) : heures de début et de fin;
15. la durée du séjour du bénéficiaire (en minutes) : heures d'entrée et de sortie;
16. le type d'anesthésie : générale, régionale, locale avec ou sans intubation;
17. le nom de l'anesthésiste;
18. le nom des infirmiers(ères) en service interne et en service externe;
19. le nom de l'inhalothérapeute;
20. les remarques.

8. Cas d'urgence

8.1. Classification des urgences

Urgence absolue : qui ne peut pas attendre la fin du programme d'une salle.

Urgence relative : qui doit être opérée le même jour.

Les urgences sous anesthésie locale ont les mêmes prérogatives que celles sous anesthésie générale ou régionale.

1. Les cas d'urgence sont annoncés en complétant une requête opératoire. Le patient doit être dans l'institution et l'indication chirurgicale posée.
2. Tout cas d'extrême urgence a priorité sur tout autre cas et doit passer immédiatement dès qu'une salle d'opération devient disponible.
3. Le chirurgien qui demande de modifier la cédule opératoire d'un autre chirurgien, doit en informer lui-même ce dernier ou son mandataire. Le chirurgien déplacé reprend en priorité son programme prévu une fois l'urgence traitée. Le chirurgien qui intervient dans ce contexte, accepte qu'on étudie le bien-fondé de sa demande et permet au chef du département ou toute autre personne qu'il délègue d'avoir accès au dossier de son patient.
 - a. Le programme opératoire imprimé peut être modifié en fonction des urgences relatives annoncées. Cependant, ces modifications ne doivent affecter le déroulement opératoire qu'au niveau de la salle ou des salles d'opération assignées à la spécialité concernée par une telle urgence relative.

- b. Si cette spécialité n'a pas de salle à sa disposition ou si l'on décide de ne pas modifier le programme de la salle, l'urgence relative sera inscrite au tableau des urgences et sera faite lorsqu'une salle sera libre et disponible ou à la fin du programme en respectant l'ordre d'arrivée des urgences.
- c. L'ordre des cas urgents sera établi selon la chronologie de la requête horodatée au bloc opératoire. Cependant, le chirurgien-chef du département de chirurgie peut modifier cet ordre en fonction de la gravité des cas inscrits sur la liste. Si un chirurgien estime que cet ordre doit être modifié à cause du caractère plus urgent de la condition chirurgicale à traiter, il doit obtenir l'autorisation du collègue qu'il désire devancer. À défaut de ce consentement mutuel, on fera appel au chirurgien-chef qui tranchera.
- d. La chirurgie qui retarde une urgence pour une raison non médicale voit sa requête reportée à la fin de la liste des urgences.

8.2. Notification du chirurgien

Le chirurgien doit être averti au moins trente (30) minutes avant le début de la chirurgie.

8.3. Ouverture d'une deuxième salle pour les cas d'urgence

L'ouverture d'une deuxième salle d'urgence sera acceptée sans discussion dans les circonstances suivantes :

1. trauma avec code 1-1-1
2. césarienne codée P-1
3. instabilité hémodynamique secondaire à un choc hémorragique ou septique
4. fracture d'un membre avec compromis neuro-vasculaire
5. fracture ouverte survenue il y a plus de six heures
6. compression cérébrale ou médullaire rapidement progressive avec engagement constitué ou imminent
7. intubation pour épiglotite ou une insuffisance respiratoire aiguë mettant la vie du patient en danger dans les minutes qui suivent.

Dans ces situations il faut contacter l'anesthésiste de garde pour mettre en branle la procédure d'ouverture d'une deuxième salle et inscrire une note d'évolution au dossier clinique pour justifier une telle indication.

8.4. Chirurgie néonatale urgente

Lorsque survient une urgence en chirurgie néonatale :

1. lorsqu'il y a une priorité de chirurgie générale, c'est cette spécialité qui cèdera son temps à 8h00.
2. s'il n'y a pas de priorité en chirurgie générale, les autres spécialités cèderont leur place à tour de rôle. Ces événements seront comptabilisés au bloc opératoire.

3. le temps opératoire emprunté à d'autre spécialité leur sera remis à même les priorités de chirurgie générale pédiatrique.
4. la compensation du temps opératoire à l'intérieur du service de chirurgie générale se fera selon les modalités à définir par le chef du service et les chirurgiens concernés.

8.5. Don d'organe et greffe rénale

1. Si un don d'organe multiple est annoncé au bloc opératoire, cette intervention doit être priorisée dans la liste des urgences.
2. Si cette situation se présente entre 8h00 et 16h00, le chirurgien-chef du département de chirurgie annulera une salle de chirurgie élective si la salle des urgences n'est pas disponible. Le temps ainsi emprunté sera remboursé ultérieurement par le service utilisateur.
3. Si la situation se présente le soir ou la fin de semaine et qu'il y a une urgence compromettant la survie des organes, une deuxième équipe sera appelée.
4. Dans l'éventualité d'une troisième urgence vitale survenant au cours d'un prélèvement d'organe, la procédure de prélèvement sera suspendue jusqu'à ce que la situation soit stabilisée.

8.6. Pacemaker

Seuls les pacemakers d'urgence peuvent être installés au bloc opératoire sous surveillance anesthésique.

Autrement, ils se font dans les services désignés ou par les médecins des services de chirurgie cardiaque ou vasculaire

9. Assistance chirurgicale

Il y a lieu de bien comprendre la distinction qui existe entre le service interne et l'assistance opératoire :

9.1. Le service interne

Le service interne consiste à apporter une aide technique ou manuelle au chirurgien au cours d'une intervention chirurgicale.

Lorsqu'une intervention ne nécessite que du service interne, l'infirmier(ère) ne doit pas être considéré(e) comme l'assistant(e) du chirurgien dans le sens décrit ci-après.

9.2. L'assistance opératoire

L'assistance opératoire consiste à participer activement à l'acte chirurgical et à poser, au cours de la chirurgie, des actes nécessitant des connaissances médicales.

L'assistance opératoire doit être réservée au médecin.

Aucun résident ou IPAC (Infirmière Première Assistante Chirurgicale) ne peut poser un acte anesthésique ou chirurgical en l'absence du médecin responsable dans le centre hospitalier.

Aucun stagiaire ne peut accomplir une « étape » chirurgicale en l'absence du chirurgien responsable ou de son délégué dans le bloc opératoire.

Deux infirmiers(ères) doivent procéder à la vérification et au décompte des compresses et de tous les instruments et doivent en informer le chirurgien qui doit signifier qu'il a compris l'information.

10. *Salle de réveil*

10.1. *Surveillance des patients*

La surveillance des patients doit être assurée par du personnel infirmier autorisé et habilité à surveiller et traiter cette clientèle. Après la fermeture de la salle de réveil, la même surveillance pourra se faire en salle d'opération ou aux soins intensifs dans un espace réservé à cet effet.

La salle de réveil est réservée spécifiquement aux patients qui ont subi une procédure anesthésique sous sédation (générale ou locale) ou une procédure dispensée par un membre du service d'anesthésie.

10.2. *Infection*

Voir le document « Politiques et procédures en prévention des infections au bloc opératoire » .

10.3. *Médication*

Les patients qui séjournent à la salle de réveil sont sous la responsabilité de l'anesthésiste et du chirurgien.

Aucune médication ne peut être donnée à la salle de réveil sans l'autorisation d'un anesthésiste, du chirurgien ou d'un médecin consultant.

10.4. *Congé du patient*

Tout congé, à la salle de réveil, doit être autorisé en temps opportun et par écrit par un médecin. Cette autorisation écrite doit être signée au moment même du congé de la salle de réveil.

10.5. *Visiteurs*

Aucun visiteur ne doit être admis à la salle de réveil sauf de rares exceptions.

11. L'asepsie au bloc opératoire

Pour l'ensemble des points suivants, voir le document « Politiques et Procédures en Prévention des Infections au Bloc opératoire ».

11.1. Pratique de base

11.2. Gestion et entretien des instruments et des équipements spécialisés

11.3. Précautions additionnelles

11.4. Entretien sanitaire de l'environnement : Pratiques de base – précautions additionnelles

11.5. Aires et modalités de circulation : Personnel – usager – matériel

11.6. Tenue vestimentaire

11.7. Préparation préopératoire des usagers : préparation de la peau pour une chirurgie

11.8. Brossage chirurgical

12. Panne d'électricité et incendie

12.1. En cas de panne d'électricité

1. Nous poursuivons les chirurgies qui sont en cours.
2. Nous assurons la couverture pour les urgences.
3. Nous interrompons le programme régulier jusqu'à ce que la panne soit contrôlée.

12.2. En cas d'incendie

Le bloc opératoire est un milieu à risque de part l'utilisation conjointe de gaz médicaux et de l'électrochirurgie.

En cas d'incendie, nous suivons les procédures établis dans le Plan de Mesures d'Urgences (PMU).

RÈGLEMENTS DU BLOC OPÉRATOIRE

ELABORÉS LE : 1998

REVISÉS LE : 1 mai 2006, 6 septembre 2007

PAR : Le Comité de bloc

ADOPTÉS LE : 20 juin 2006, 4 décembre 2007

PAR : En assemblée générale – Département de chirurgie du CHUS

ADOPTÉS LE : 11 Mars 2008

PAR : Comité exécutif du CMDP- CHUS

APPROUVÉS LE : 28 avril 2008

PAR : Conseil d'administration du CHUS