

| Soins et surveillances postopératoires chez les usagers hospitalisés |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |            |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| Direction(s)<br>responsable(s)                                       | Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Approuvé | 2021-06-01 |
|                                                                      | Direction des services professionnels et de l'enseignement médical                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Révisé   |            |
| Installations /<br>Secteurs visés                                    | Centres hospitaliers : Soins postopératoires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |            |
| Outils cliniques<br>associés                                         | RSI-6018 Surveillance clinique des usagers qui reçoivent des opiacés<br>CLI-60164 Surveillance clinique et signes vitaux - Usager sous opiacés<br>CLI-60301 Signes neurovasculaires<br>CLI-60413 Surveillance clinique des usagers sous ACP - HAL<br>CLI-60414 Surveillance clinique des usagers sous ACP - Suroît<br>CLI-60412 Surveillance clinique des usagers avec péridurale / neuroaxiale – épimorph<br>CLI-60294 Vérification préopératoire |          |            |

### 1. Champs d'application/contexte légal

En conformité avec l'article 36 de la loi sur les infirmières et les infirmiers, l'infirmière évalue l'état de santé d'une personne, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitement infirmier et prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain.

Dans le cadre de ses activités décrites aux articles 37(p) et 37.1 (5) du Code des professions, l'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins et prodigue des soins et traitements médicaux dans le but de maintenir la santé.

La présente règle de soins porte essentiellement sur les soins et les surveillances en période postopératoire.

### 2. Professionnels/non-professionnels visés

Les infirmières et les infirmières auxiliaires.

### 3. Activités réservées/activités visées

#### Infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures thérapeutiques et diagnostiques selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

#### Infirmière auxiliaire

- Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
- Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

#### 4. Situations visées/clientèles visées

Tout usager ayant subi une intervention chirurgicale qui nécessite une hospitalisation.

#### 5. Définitions

**Anesthésie générale** : L'anesthésie générale est un coma médicamenteux. Elle permet de supprimer la sensation de douleur ainsi que les réflexes moteurs, afin de permettre la réalisation de l'acte chirurgical.

**Anesthésie loco-régionale** : L'anesthésie loco-régionale, appelée aussi régionale ou bloc nerveux, consiste à injecter des anesthésiques locaux (AL) près d'un nerf, d'un plexus nerveux ou de la moelle épinière afin d'insensibiliser une région. L'usager reste conscient. L'anesthésie loco-régionale peut se pratiquer à tous les niveaux du système nerveux. L'**Anesthésie péridurale** et l'**Anesthésie rachidienne**, le **Bloc nerveux périphérique** sont des formes d'anesthésie loco-régionale.

**Anesthésie péridurale** : L'anesthésie par voie péridurale (ou analgésie péridurale) s'administre en perfusion et bloque le système nerveux sympathique et somatique, interrompt la transmission des influx nerveux dans les nerfs rachidiens et provoque une insensibilité de la région visée. Ceci consiste en une anesthésie loco-régionale (état d'insensibilité pour une région du corps sans perte de conscience) (MSI, 2018).

**Verticalisation précoce** : Action de placer l'usager en position assise, au bord du lit. Cette position permet de contrer les effets négatifs de l'immobilisation associée à la chirurgie, d'évaluer si présence d'hypotension orthostatique et d'augmenter les chances de succès du premier lever.

#### 6. Conditions

La règle de soins s'applique à toute clientèle ayant subi une chirurgie, dès son arrivée à la salle de réveil lors de son retour à l'unité (chirurgie) et jusqu'à son congé médical.

Toutes les interventions mentionnées dans cette règle de soins peuvent être exercées par l'infirmière-auxiliaire à l'unité de soins, sauf pour tout ce qui touche l'évaluation de l'usager et la détermination du plan thérapeutique infirmier (PTI) qui demeurent des activités réservées à l'infirmière.

#### 7. Rôles et responsabilités/directives

Cette règle de soins se divise en **deux sections** :

**Section 1 : Soins postopératoires immédiats en salle de réveil**

**Section 2 : Soins postopératoires à l'unité de soins**

Après une intervention chirurgicale sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale, l'usager doit bénéficier d'une surveillance particulière :

- Les soins postopératoires immédiats se dérouleront en salle de réveil (sauf exceptions) sous la surveillance de médecins anesthésistes et d'infirmières formées en soins périanesthésiques.
- L'usager ne sera transféré dans sa chambre qu'après avoir récupéré une stabilité de ses fonctions vitales.
- Les ordonnances individuelles émises par le chirurgien ou l'anesthésiste ont préséances sur les directives de cette règle de soins.

## **SECTION 1 : SOINS POSTOPÉRATOIRES IMMÉDIATS EN SALLE DE RÉVEIL**

Les soins postopératoires immédiats débutent dès que le transfert de la salle d'opération est complété. Ils doivent être assurés par l'infirmière, en collaboration avec l'anesthésiste responsable de la surveillance médicale, jusqu'au moment du congé de la salle de réveil.

La condition clinique de l'usager demeure le facteur primordial qui doit être pris en compte pour déterminer l'intensité des soins postopératoires immédiats et le degré de surveillance à assurer à celui-ci. Une attention particulière doit être accordée à la clientèle pédiatrique et gériatrique ayant subi une anesthésie, afin de prévenir les complications et diminuer les risques spécifiques à celle-ci.

### **1.1 Admission à la salle de réveil**

Le professionnel de santé du bloc opératoire qui fait le transfert de l'usager à la salle de réveil doit communiquer, à l'infirmière qui le prend en charge, les renseignements nécessaires à la surveillance clinique de celui-ci :

- Renseignements relatifs au diagnostic et aux antécédents de santé pertinents (comorbidités et allergies);
- Nature de la chirurgie et son déroulement;
- Type d'anesthésie;
- Durée de l'administration de l'anesthésie et des sédatifs – antagonistes reçus s'il y a lieu;
- Médicaments administrés;
- Pertes liquidiennes et sanguines estimées et remplacées;
- Complications survenues pendant l'intervention, le traitement prodigué et la réponse de l'usager;
- L'état affectif de l'usager à son arrivée au bloc opératoire;
- Appareillages et équipements (ex : sonde, drain, bas compressif intermittent, etc);
- Soins particuliers à effectuer, etc.

### **1.2 Période de recouvrement**

L'infirmière qui prend en charge l'usager s'assure de dresser le profil clinique de la condition de l'usager, dès son arrivée à la salle de réveil, et le documente au dossier de celui-ci. Elle doit également assurer une surveillance clinique continue et adaptée à la condition de l'usager.

L'infirmière doit surveiller étroitement l'usager jusqu'à ce que (ANIPAC 2018) :

- L'évaluation initiale soit complétée;
- L'usager ait recouvré ses fonctions respiratoires;
- L'état hémodynamique soit stable;
- L'usager soit capable de communiquer.

L'infirmière doit évaluer périodiquement, en assurer la gestion et documenter au dossier:

- L'état respiratoire incluant la saturation, la fréquence, l'amplitude, le rythme, la présence de respirateur et le mode de ventilation;
- La fonction neurologique, y compris le niveau de conscience;
- La tension artérielle;
- La fréquence et le rythme cardiaque (monitoring cardiaque);
- La température et celle de la couverture chauffante, le cas échéant;
- Le niveau de douleur (échelle 0 à 10) et de confort et les mesures appliquées;
- La présence de nausées et vomissements;
- La perméabilité des accès vasculaires;
- Le site opératoire, l'état du pansement ainsi que les saignements;

- La fonction neurovasculaire : pouls périphériques et sensation aux extrémités, selon le type de chirurgie et/ou d'anesthésie;
- Le niveau sensitif et le bloc moteur, si applicable selon type d'anesthésie;
- L'état et la coloration de la peau;
- Tout autre paramètre nécessitant une évaluation particulière (ex. : diurèse, pression veineuse centrale, drains chirurgicaux, etc.);
- Tout problème clinique particulier ainsi que les interventions faites.

L'infirmière assure la surveillance :

- De la thérapie intraveineuse;
- De l'administration des médicaments;
- Du contrôle de la douleur;
- Du contrôle des nausées et vomissements;
- Des examens radiologiques à effectuer et de la validation par le chirurgien avant le départ vers l'unité.

Elle doit détecter les signes et symptômes d'hypothermie postopératoire (frissons, grelottements, dressement des poils, froideur des extrémités) et s'assurer que ceux-ci soient résolus AVANT le congé de la salle de réveil.

L'infirmière doit documenter ses observations et toutes les données cliniques pertinentes relatives à la condition de l'usager sur le document désigné.

### 1.2.1 Communication des renseignements

Lorsque l'infirmière, responsable de l'usager, change dans un contexte d'absence planifiée (pause, repas, fin de quart de travail, etc.), elle s'assure de transmettre à l'équipe qui le prendra en charge, les informations en lien avec :

- Le type d'intervention;
- Le type d'anesthésie;
- Le matériel dont l'usager est porteur (cathéter veineux ou central, drains, cathéter urinaire, sonde nasogastrique, etc.);
- Les effets indésirables de l'anesthésie, de l'analgésie et de la sédation ainsi que les mesures prises et les résultats;
- La médication donnée en salle de réveil;
- Toute autre directive particulière à appliquer (ex. : surveillance, mobilisation, restriction, etc.).

### 1.3 Le congé de la salle de réveil

L'usager doit demeurer à la salle de réveil jusqu'à ce que sa condition lui permette de quitter en toute sécurité. L'infirmière doit utiliser la feuille de pointage, selon le score d'Aldrete modifié (Annexe A) ou une échelle approuvée par l'établissement, pour évaluer l'usager et déterminer s'il est prêt à quitter la salle de réveil.

**Il appartient à l'anesthésiste de donner le congé de l'usager de la salle de réveil.**

Les signes de récupération suivants permettent de déterminer si l'usager est prêt à quitter la salle de réveil :

- Signes vitaux stables (plus de 3 lectures) et fonction pulmonaire adéquate;
- Niveau de conscience revenu à son état initial;
- Activité sensitive et motrice présente selon le type d'anesthésie utilisé;
- Circulation adéquate;
- Coloration adéquate;
- Température et frissons contrôlés;
- Débit urinaire de 30 mL/heure ou plus, si porteur de cathéter urinaire;
- Contrôle de la douleur et des nausées;

- Perméabilité des accès veineux, des tubulures et des drains;
- Saignement postopératoire contrôlé;
- État du pansement et des incisions observables, sous contrôle.

### 1.3.1 Communication des renseignements

Avant le départ de l'usager de la salle de réveil, l'infirmière s'assure de transmettre à l'équipe qui le prendra en charge et selon les modalités du secteur, les informations suivantes :

- Les données de l'usager (deux identificateurs) et ses antécédents (comorbidités et allergies);
- Le diagnostic;
- La présence d'une infection transmissible;
- Le type d'intervention chirurgicale effectuée;
- Le type d'anesthésie;
- Le matériel dont l'usager est porteur (cathéter veineux ou central, drains, cathéter urinaire, sonde nasogastrique, etc.) et le matériel requis à sa surveillance;
- Les effets indésirables de l'anesthésie, de l'analgésie et de la sédation ainsi que les mesures prises et les résultats;
- La médication donnée en salle de réveil et la réaction de l'usager;
- Le contrôle de la douleur et des interventions entreprises;
- Les particularités des liquides drainés par les drains;
- Le suivi des surveillances à continuer;
- Toute autre directive particulière à appliquer (ex. : surveillance, mobilisation, restriction, etc.).

## **SECTION 2 : SOINS POSTOPÉRATOIRES À L'UNITÉ DE SOINS**

Lors du transfert de l'usager sur l'unité postopératoire, le brancardier doit aviser l'assistante, l'infirmière ou l'infirmière-auxiliaire responsable de l'arrivée de l'usager, selon les modalités en vigueur.

Dès l'arrivée de l'usager sur l'unité, l'infirmière responsable prend connaissance du rapport de la salle de réveil et par la suite elle doit effectuer une première évaluation de l'usager pour s'assurer que son état est stable. Une évaluation doit être répétée par l'infirmière à chaque quart de travail.

- Après l'évaluation de l'infirmière, abaisser, si possible, au moins 1 ridelle afin de ne pas limiter l'usager dans sa liberté;
- Par la suite, l'infirmière auxiliaire peut contribuer à la surveillance et aux soins de l'usager.  
L'infirmière doit toujours être avisée de tout changement en lien avec la condition de santé de l'usager.

### 2.1 Assurer une surveillance clinique étroite dès l'arrivée de l'usager sur l'unité

**Signes vitaux** (tension artérielle, fréquence cardiaque, état respiratoire, saturation, température) **et degré de sédation**

- **Chaque 15 min X 4** (À poursuivre si non complété à la salle de réveil);
- **Chaque 30 min X 2** (Débuter à l'unité de soins, peu importe le temps passé en salle de réveil);
- **Chaque 1 h X 4;**
- **Chaque 4 h X 24 h :**
  - Si péridurale en place, continuer chaque 4 heures jusqu'au retrait du cathéter;
- **Puis QID jusqu'au congé** (si aucune autre conduite émise par la RSI-6018 *Surveillance clinique des usagers qui reçoivent des opiacés* ou par une ordonnance médicale).

## 2.2 Assurer une surveillance clinique en continu

- Évaluer et surveiller la **condition clinique de l'usager** et initier les mesures requises pour en assurer leur récupération et leur maintien;
- Évaluer et surveiller la **condition respiratoire** (saturation, fréquence, amplitude, rythme, bruits audibles et ronflements) :
  - Procéder à une auscultation pulmonaire chaque 8 heures (premier 24 heures) et PRN;
  - Administrer de l'oxygène selon l'ordonnance médicale ou l'ordonnance collective. Aviser le médecin traitant au besoin.
- Évaluer et surveiller l'**état de conscience et l'orientation** dans les 3 sphères. Mettre en place les mesures requises pour assurer la sécurité de l'usager;
- Prévenir l'**hypothermie** en s'assurant que l'usager soit au chaud;
- Évaluer et surveiller le **site opératoire** (pansement chirurgical et saignements), à chaque visite :
  - Si saignement visible sur le pansement :
    - Délimiter tout d'abord le pansement à l'aide d'un stylo afin de voir l'évolution du saignement;
    - Renforcer le pansement chirurgical, au besoin, X 1 fois, puis en assurer une surveillance étroite. Si persistance du saignement, aviser le chirurgien.
- Mesurer la **douleur** :
  - **Chaque 4 heures X 24 heures**, ou plus fréquemment au besoin, jusqu'à l'atteinte des valeurs ciblées (douleur inférieure à 4). Poursuivre l'évaluation **chaque 8 heures, par la suite**;
  - Se référer à l'échelle d'évaluation de la douleur numérique de 0 à 10 ou une échelle adaptée à l'usager et utiliser les indicateurs comportementaux (réponses faciales, mouvements des membres et expressions vocales à la douleur), au besoin;
  - Administrer les analgésiques prescrits et évaluer leur efficacité à soulager la douleur;
  - Documenter tous les suivis pré-per-post administration d'opiacés sur le formulaire CLI-60164 *Surveillance clinique et signes vitaux Usager sous opiacés* (pour les usagers sous anesthésie, telles que la péridurale, l'épimorph et sous ACP, utiliser le formulaire spécifique);
  - Aviser le médecin traitant, si usager non soulagé.
- Surveiller et contrôler le **type et le débit des solutés intraveineux**, ainsi que l'état des sites d'insertion à chaque 8 heures;
- Surveiller les **drains** en place et s'assurer de leur bon positionnement et drainage. Évaluer la qualité et la quantité des liquides/sécrétions drainés chaque 8 heures;
- Évaluer et surveiller le **débit urinaire** et la distension vésicale (dans les circuits de drainage, ou l'élimination via voies naturelles) :
  - S'assurer d'obtenir un débit supérieur ou égal 120 mL aux 4 heures;
  - Si *bladder scan* supérieur ou égal à 400 mL et inconfort, suivre les ordonnances médicales ou aviser le médecin si aucune ordonnance disponible au dossier.
- Surveiller les **ingesta et excréta** à chaque 8 heures :
  - Documenter, si une ordonnance médicale le requiert, le CLI-60025 *Dosage ingesta-excreta*;
  - Aviser au besoin le chirurgien si le dosage liquidien démontre une anormalité, selon le jugement clinique.
- Évaluer, surveiller et soulager les **nausées et vomissements**;
- Stimuler les exercices d'**inspirométrie incitative** (si absence de contre-indications), 5 minutes à chaque heure, jusqu'à mobilisation adéquate et absence de difficulté respiratoire;
- **Mobiliser** l'usager aux 2 heures et au besoin, positionner selon le type de chirurgie :
  - Encourager la « verticalisation précoce » le jour 0, si usager éveillé, les signes vitaux stables et aucune contre-indication postop;
  - Si échec à la première verticalisation, tenter à nouveau la verticalisation avant de procéder au premier lever.

- **Lever l'usager au fauteuil :**
  - **Avant le premier lever**, l'infirmière responsable doit avoir procédé à une évaluation de l'usager et autoriser son premier lever;
  - **Premier lever** dans les premières **24 heures post-chirurgie**, à moins d'indications contraires;
  - **Chaque 8 heures**, ou plus au besoin, jusqu'à l'autonomie de l'usager.
- Surveiller l'**état de la peau**, en collaboration avec le préposé aux bénéficiaires (PAB), au niveau des proéminences osseuses, à chaque mobilisation, et intervenir dès les premiers signes de rougeur / douleur;
- Évaluer et surveiller la **fonction neurovasculaire** chaque 8 heures et en fonction du type de chirurgie et/ou d'anesthésie :
  - Si anormalité au niveau des signes neurovasculaires, aviser le médecin et consigner sur le formulaire CLI-60301 *Signes neurovasculaires*.
- Surveiller et dépister les signes et symptômes de **thrombophlébite** (rougeur, chaleur, douleur, œdème, absence ou diminution du ballotement du mollet) au niveau des membres inférieurs, chaque 8 heures;
- Surveiller la présence de signes de **péristaltisme** dès le lendemain de la chirurgie en procédant à l'évaluation clinique de l'abdomen par l'infirmière en collaboration avec l'infirmière auxiliaire :
  - Procéder à une auscultation abdominale chaque 8 heures jusqu'à élimination intestinale régulière.
- S'assurer de laisser la cloche d'appel à la portée de l'usager en tout temps ainsi que ses effets personnels;
- Mettre à portée de main un sac vomitoire, l'urinal, un bassin de lit;
- Coordonner, par l'infirmière, la tournée intentionnelle avec les différents membres de l'équipe;
- Procéder à l'enseignement et rassurer l'usager/famille au besoin.

#### **ALERTE NURSING**

En tout temps, l'infirmière doit utiliser son jugement clinique pour adapter les fréquences de surveillance selon la condition de l'usager. Les fréquences inscrites sont des balises minimales de surveillance.

#### **2.2.1 Documentation clinique**

- Documenter toute évaluation ou observation de l'état clinique de l'usager au dossier;
- L'infirmière auxiliaire doit aviser immédiatement l'infirmière responsable de l'usager ou l'assistante au supérieur immédiat, de toutes anormalités relevées au cours de ses observations;
- L'infirmière doit s'assurer de faire l'ajustement du plan thérapeutique infirmier (**PTI**).

#### **2.3 Planification du congé**

- L'infirmière est responsable de la planification de congé de l'usager dès les premiers jours suivant la chirurgie et de déterminer l'enseignement requis en fonction de ses besoins;
- Impliquer l'usager et sa famille dès le premier jour dans l'enseignement et ses soins;
- L'infirmière ou l'infirmière-auxiliaire doit s'assurer de donner l'enseignement postopératoire requis, afin de planifier le retour à domicile. L'enseignement doit être initié dès que l'usager manifeste de l'attention;
- L'infirmière ou l'infirmière-auxiliaire doit faire le bilan sur l'intégration de l'enseignement ainsi que sur l'adaptation de l'usager face à sa condition de santé;
- Impliquer au besoin l'infirmière de liaison, si suivi nécessaire en première ligne;
- L'infirmière doit aviser rapidement le médecin traitant des données cliniques pouvant influencer le congé.

## 2.4 Communication des renseignements au départ de l'utilisateur

- S'assurer de communiquer à l'utilisateur les consignes spécifiques pour assurer sa sécurité et la continuité des soins, en lui remettant la documentation pertinente, lors de son congé. Valider également sa compréhension des informations transmises :
  - S'assurer de remettre à l'utilisateur et sa famille les ordonnances médicales, rendez-vous et autres documents pertinents nécessaires au suivi.
- S'assurer d'un départ sécuritaire de l'utilisateur (si l'utilisateur présente un risque de chute, favoriser un départ en fauteuil roulant);
- S'assurer que tout dispositif médical non-essentiel soit enlevé (cathéter intraveineux, sous-cutané);
- Documenter au dossier les consignes et documents remis, relatifs au suivi clinique et au congé.

|            |
|------------|
| 8. Annexes |
|------------|

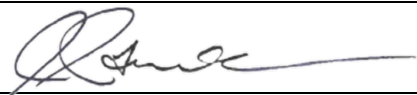
Annexe A : Score d'Aldrete modifié

## 9. Références

- Association nationale des infirmières et infirmiers en soins périanesthésiques du Canada (ANIPAC). (2018). *Normes de pratique*.
- Aubin, M., Hadjistavropoulos, T. (2010) *Grille d'observation PACSLAC-F*. Repéré à [https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Grille-PACSLAC-Fr\\_2010.pdf](https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Grille-PACSLAC-Fr_2010.pdf)
- Brunner et Suddarth. (2011). *Soins infirmiers Médecine et chirurgie, 5e édition, Généralités*, vol.1, ERPI.
- Collège des médecins du Québec. (2015) Lignes directrices du Collège des médecins du Québec : utilisation de la sédation-analgésie.
- Doyon, O. et Longpré, S. (2016). Évaluation clinique d'une personne symptomatique. Pearson ERPI.
- Ead, H. (2006). From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21(4), 259-267. [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(06\)00201-2](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(06)00201-2)
- Faculty of pain medicine of the royal college of anaesthetists. (2015). *Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting*.
- Glick, D. (2013). Overview of complications occurring in the post-anesthesia care unit, *UpToDate*.
- Grégoire, J. (2015). *Arthroplastie totale du genou partie 1 Approches anesthésiques*. Perspective infirmière. 12(4).
- Godin, M. et al. (2014) Interventions éducatives pour le soulagement de la douleur des patients âgés de 75 ans et plus, se présentant à l'urgence avec une fracture (PAINFREE).
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M. & Dirksen, S.R. (2011). *Soins infirmiers médecine-chirurgie, vol.1*, Beauchemin, Montréal, Chapitre 13.
- Longpré, S., Goulet D'Onofrio, C. et Cloutier, L. (2015). *Évaluation clinique : comprendre et procéder à l'examen de l'abdomen*. Repéré en avril 2021 à <https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no05/11-evaluation-clinique.pdf>
- Misson, L., Savoie, M., Verreault, R. (2012). La douleur chez les aînés. *Perspective infirmière*.
- Méthodes de soins informatisées (MSI). (2021). *Administration d'un médicament par un dispositif d'accès intrarachidien (DAI)*. Repéré à <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-dun-medicament-par-un-dispositif-dacces-intrarachidien-dai?keys=p%C3%A9ridurale>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014a). *Les soins infirmiers périopératoires, Lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014b). *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte 2e édition*. [https://www.oiq.org/documents/20147/237836/2465\\_doc.pdf](https://www.oiq.org/documents/20147/237836/2465_doc.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). (2017). *Lignes directrices relatives aux soins infirmiers périopératoires LES ACTIVITÉS DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE AU BLOC OPÉRATOIRE*. Repéré à <https://www.oiq.org/documents/20147/1306047/5381-lignes-directrices-vf-05-07-2017.pdf/998f005c-3f24-25f8-034a-59c224268cbc>
- Palumbo, P., Tellan, G., Perotti, B., Pacilè, M.A., Vietri, F. et Illuminati, G. (2013). Modified PADSS for monitoring outpatients discharge. *Annali Italiani Di Chirurgia*. 84(6). 661-665.
- Winters, Bradford et al. (2012). Operating room safety, *UpToDate*.

| Processus d'élaboration/révision |                                                                                                              |            |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Rédigé par                       | Fany Boulerice, conseillère en soins infirmiers, volet opération                                             | 2021-05-14 |
|                                  | Chantal Laroche, conseillère en soins infirmiers, volet opération                                            | 2021-01-07 |
| Révisé par                       |                                                                                                              |            |
| Personnes consultées             | Renée Pelletier, Infirmière clinicienne en soutien clinique                                                  | 2020-01-27 |
|                                  | Élyse Bériault, Infirmière clinicienne en soutien clinique                                                   | 2020-01-31 |
|                                  | Amélie Raïche-Couture, Infirmière clinicienne bloc opératoire                                                | 2020-03-17 |
|                                  | Kim Taillefer, Infirmière clinicienne bloc opératoire                                                        | 2020-01-28 |
|                                  | Christelle Robert, conseillère cadre aux outils cliniques                                                    | 2021-04-07 |
|                                  | Claudine Ricard, chef d'unité du bloc opératoire, de la CDJ, de la CPA et de l'URDM à l'hôpital Anna-Laberge | 2021-05-13 |
|                                  | Luce Leboeuf, chef d'unité du bloc opératoire, de la CDJ, de la CPA et de l'URDM à l'hôpital du Suroît       | 2021-05-13 |
|                                  | Comité ERAS                                                                                                  | 2021-04-26 |
|                                  | Dre Lillian Lee, adjointe au chef de département de chirurgie                                                | 2021-04-26 |
|                                  | Dr Joseph Itovitch, chef de département de chirurgie                                                         | 2021-05-20 |

| Processus de recommandation              |                                                          |            |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------|
| Recommandé par le Comité exécutif du CII | Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers | 2021-05-21 |

| Historique du document |                                                                                                                                                                                       |            |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Approuvé par           | <br>Pauline Plourde, directrice des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en intérim | 2021-06-01 |

| Annulation d'outils cliniques existants                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette règle de soins vient annuler les outils cliniques suivants : |                                                                                                                                                                                                                       |
| Installation(s)                                                                                            | Annulation                                                                                                                                                                                                            |
| Hôpital du Suroît                                                                                          | RS 1200-14-001 Soins et surveillance postopératoire<br>PR 1200-14-001 Protocole suivi standard post-opératoire                                                                                                        |
| Hôpital Anna-Laberge                                                                                       | OC Analgésie post-opératoire par voie épidurale<br>OC Analgésie postopératoire par voie plexique<br>OC Analgésie postopératoire par voie neuroaxiale<br>OC Analgésie contrôlé par le patient (ACP) en post opératoire |

## ANNEXE A

### Score d'Aldrete modifié

| Modalité                                                                                                    | Critères                                          | Points     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------|
| <b>Motricité</b>                                                                                            | Immobile                                          | 0          |
|                                                                                                             | 2 membres mobiles                                 | 1          |
|                                                                                                             | 4 membres mobiles ou mobilité comme à l'arrivée   | 2          |
| <b>Respiration</b>                                                                                          | Apnée                                             | 0          |
|                                                                                                             | Ventilation superficielle, dyspnée                | 1          |
|                                                                                                             | Ventilation profonde, toux efficace               | 2          |
| <b>Variation de la pression artérielle systolique</b>                                                       | +/- 50 mmHg à la valeur mesurée pré-procédure     | 0          |
|                                                                                                             | De 20 à 50 mmHg à la valeur mesurée pré-procédure | 1          |
|                                                                                                             | +/- 20 mmHg à la valeur mesurée pré-procédure     | 2          |
| <b>Conscience</b>                                                                                           | Aréactif                                          | 0          |
|                                                                                                             | Réactif à la demande                              | 1          |
|                                                                                                             | Réveillé                                          | 2          |
| <b>Saturation O<sub>2</sub></b>                                                                             | Inférieure à 90 % malgré l'apport d'oxygène       | 0          |
|                                                                                                             | Supérieure à 90 % grâce à l'apport d'oxygène      | 1          |
|                                                                                                             | Supérieure à 92 % à l'air ambiant                 | 2          |
| <b>TOTAL :</b>                                                                                              |                                                   | <b>/10</b> |
| <b>Pour pouvoir quitter vers l'unité postopératoire, l'usager doit obtenir un score minimal de 9 sur 10</b> |                                                   |            |

OIIQ, 2014b

Inspiré de : Ead, H. (2006). From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21(4), 259-267.