

# Création du nouveau dossier d'anesthésie : justifications de certains choix

Samuel Degoul, Paul De La Caffinière\*

29 août 2019

## 1 Globalement

Nous avons tenté d'optimiser la lisibilité des informations, en essayant de trouver le bon rapport entre la quantité d'information demandée et la proportion de patient réellement concernés par cette information.

Un dossier tel que celui-ci n'a pas pour vocation à être exhaustif car :

- il s'agit d'un support d'information, et non d'un outil pédagogique pour apprendre à faire une consultation,
- il s'agit d'un dossier papier, qui dispose d'une place limitée et qui ne peut donc pas prévoir tous les cas de figure, contrairement à un outil informatique qui doit pouvoir se dimensionner à volonté car inaccessible à des notes libres hors cases ou des prolongations par collage.

Charte graphique commune à toutes les pages, décrite au début du document.

Pages numérotées à dessein, en cas de photocopie du dossier.

## 2 Page de garde

Privilégier les informations qui doivent être vues par tous les intervenants : équipe soignante d'anesthésie mais aussi secrétariat et IDE des services

Améliorer la lisibilité en distinguant dans des cadres distincts :

- ce qui relève de l'intervention (plus large que les termes « chirurgie » / « chirurgical »),
- ce qui relève de l'anesthésie,
- ce qui relève de l'hospitalisation,
- aide pour le secrétariat : examens à récupérer,
- synthèse des risques,
- prémédication, en distinguant logiquement :

---

\*samuel.degoul@ghrmsa.fr, paul.delacaffiniere@ghrmsa.fr

- à gauche ce qui concerne la veille, dont l'étiquette de gestion des anticoagulants,
- à droite la préparation préopératoire le jour même de la chirurgie.

À discuter :

- item « choix préférentiel du patient » enlevé car implication médico-légale soulevée : quid si l'option n'est pas cochée ? Ce pourrait être interprété comme mettant en défaut le consentement,
- idée d'ajouter le score ASA aux riches car utilisé par le secrétariat pour la cotation et les courriers ; mais fait doublon par rapport à la liste des scores de la consultation . . .
- il n'y a plus l'information concernant les paramètres vitaux mesurés en préopératoire au service. Mais sont-ils vraiment utiles, puisqu'ils sont dans le DPI ?

### 3 Consultation d'anesthésie

Présentation éclaircie.

#### 3.1 Antécédents

- Items à cocher retirés des antécédents et traitements car potentiellement responsables de perte d'information :
  - étaient peu lisibles car nombreux, et en tout cas moins lisibles que les informations manuscrites alors que potentiellement plus importants,
  - ne permettaient pas bien de caractériser les informations. Par ex., l'information seule « infarctus » ne suffit pas, mais il faut savoir de quand il date, la présence de stents actifs, . . .
- Séparation des antécédents obstétricaux.
- Ajout des antécédents familiaux, histoire d'y faire penser, mais ne méritent probablement pas une case dédiée
- Évaluation de l'hémostase : intégration du contenu de l'étiquette utilisée jusque là en maternité EM3 (en simplifiant les formulations).
- Concernant les traitements, ajout de la possibilité de consigner une date d'arrêt.

#### 3.2 Examens

- Plus de place pour l'examen clinique, en combinant les appareils cardio-vasculaires et respiratoires, dont les manifestations cliniques sont souvent imbriquées.
- Simplification de l'évaluation des voies aériennes, avec un espace pour des commentaires libres (par ex., « Cormack 1 en 2016 »). L'évaluation des critères pouvant être transcrite différemment selon les MAR, choix du texte libre au lieu des cases à cocher (par ex., « ouverture de bouche > 3 cm » là où d'autres écrivent « 2 travers de doigts »).

- L’espace réservé aux examens paracliniques et aux scores pourraient être utilisé pour une étiquette dédiée à la chirurgie cardiaque, qui nécessite en routine quelques résultats d’examen (coronarographie par ex.) et d’autres scores (par ex., l’Euroscore).
- Biologie :
  - espace pour noter d’autres résultats, selon le patient et la chirurgie (par ex., albumine, ASAT & ALAT, troponine, CRP, ...),
  - idée du secrétariat : cocher les analyses demandées, à côté des items correspondants ? Pas sûr que ce soit appliqué par beaucoup de MAR ...
- Groupe et RAI : simplification en trois cas de figure : « non requis », « valide » ou « à voir ». Le type de groupe sanguin lui-même n’a pas d’intérêt.

### 3.3 VPA

- Arrive logiquement après la consultation :
  - on ne peut faire une VPA qu’en ayant étudié la CPA,
  - options « à voir » mises en évidence dans cette page et directement visibles,
  - n’encombre pas la page de garde.
- Invitation à apporter des précisions dans le cas d’un report ou annulation d’intervention.

## 4 Peropératoire

### 4.1 Informations « constantes »

- La double page concernant les anesthésies locorégionales semblait trop lourde et répétitive par rapport à des informations déjà présente dans la feuille principal peropératoire. Nous l’avons remplacé par la possibilité de mettre jusqu’à deux étiquettes dans la section « peropératoire » (par ex., rachianesthésie + bloc périphérique), l’espace dédié pouvant aussi être utilisé pour autre chose s’il n’y a pas d’ALR.
- Simplification de l’évaluation de la gestion des voies aériennes, avec commentaire libre possible. Séparation entre masque facial d’une part, et sonde d’intubation ou masque laryngés seuls vraiment concernés par les items « type » et « taille ».
- Espace pour les prescriptions peropératoires, très utiles pour les transmissions MAR - IADE (au lieu d’un simple consigne orale « tu mettras paracétamol & tramadol & PSE de kétamine & acide tranexamique ... »).
- Voies veineuses précisées en regard de leur ligne de perfusion respective.
- Ajout de l’item CellSaver.

## 4.2 Informations dépendantes du temps

- Grille de surveillance
  - plus proche de l'ancien dossier, avec une « zone de normalité » qui saute au yeux mais aussi une légère alternance de gris entre lignes paires et impaires (à accentuer ?),
  - traits inclinés pour indiquer les temps anesthésiques et opératoires conservés. Sinon, tendance à l'écriture horizontale, avec perte de place importante,
  - plage de valeurs augmentée pour :
    - couvrir les pics hypertensifs,
    - avoir une  $\text{SpO}_2$  graduée de 1 en 1 et non de 2 en 2. NB : une  $\text{SpO}_2 < 85\%$  n'ayant plus de sens (mesure non fiable), indication donnée de noter en toutes lettres le minimum observé,
  - par rapport à l'ancien dossier, température jugée non nécessaire sous forme graphique, par 5 min
- Paramètres chiffrés par 15 min :
  - n'ont été laissés que les items « obligatoires » (ou presque), en laissant deux lignes non étiquetées pour le monitoring complémentaire, et ce avant pertes sanguines et diurèse.
  - halogénés : intérêt de la MAC ?
- Plus de lignes pour perfusions et injections
  - intérêt d'une ligne étiquetée antibioprophylaxie ?

## 5 SSPI

- Même modèle que le peropératoire, mais avec des intitulés de ligne différents.
  - la grille s'aligne parfaitement avec celle du peropératoire. Ainsi, pour des interventions très longues sans SSPI (avec sortie directe en réanimation), possibilité de rabattre la page 7 pour la faire arriver à côté de la page 4 et y poursuivre la surveillance peropératoire (en barrant les intitulés des lignes propres à la SSPI).
- Espace inférieur pour les observations libres, notamment les étiquettes dédiées aux surveillances particulières (postopératoire de chirurgie carotidienne, ventilation mécanique, ...).

## 6 Prescriptions postopératoires & fiche de liaison

- Place pour les événements indésirables laissée ici, car zone peropératoire assez chargée. C'est aussi une position assez logique car bon nombre de ces événements surviennent en SSPI et ont donc plus leur place dans cette « page de conclusion ».

- Proposition de prescriptions postopératoires correspondant à des protocoles (dont certains sont à faire).
- Fiche de liaison plus simple et lisible.
- Zone dédiée à la sortie, avec :
  - les signatures requises,
  - les paramètres obligatoires : EVA, Aldrete modifié (abrégé car détaillé dans la liste des scores),
  - option « ByPass de la SSPI » pour les chirurgies sous ALR périphérique seule (protocole à faire).

## 7 Quatrième de couverture

- Liste de scores :
  - l'ASA paraît futile car tout les MAR le connaissent mais il est surtout trop vague pour donner des indications précises,
  - ajout du score STOP BANG, qui peut être ajouté à la main dans la section « scores » de la CPA,
  - autres à faire figurer, comme l'Euroscore ? (bon, plus vraiment de place dans l'état actuel des choses)

**NB :** Vous l'aurez remarqué, il n'y a plus de page vide pour y coller l'ordonnance. Eh oui, le dossier étant constitué de pages minimum A3 agrafées, en supprimant la feuille ALR, on est obligé de supprimer l'autre partie de la feuille A3 qui se trouvait en regard, de l'autre côté ! Pas si grave : on peut scotcher l'ordonnance sur un bord de la consultation. Est-ce que ça concerne beaucoup de patients ? D'ailleurs, comment des feuilles rajoutées ainsi passent ensuite à la repro ?