Introduction

Bienvenue dans votre stage de soins intensifs. Soyez très à l'aise de statuer sur vos objectifs de stage en chaque début de semaine en fonction de vos objectifs de stage associé à votre discipline de base.

Afin de faciliter le fonctionnement, voici quelques éléments importants pour votre stage.

Organisation de la journée

Début de la journée : 8h00

Si cours à 8h00 : faire un tour avant de partir au cours pour s'assurer qu'il n'y a pas d'instabilité majeure

8h00-8h20 : pré-tournée avec l'infirmier-chef et l'inhalothérapeute de l'unité pour enligner les grandes directions (extubation, techniques (exemple : voie centrale, bronchoscopie), déplacement, départs et entrées prévues); attribution des patients aux résidents et externes

8h20-8h40 : tournée des infirmiers propres aux patients et réponse immédiate aux questions les plus urgentes : écrire les prescriptions aux dossiers pour éviter les erreurs; en cas de doute sur la prescription à faire, confirmer avec le patron pour éviter des changements de directions multiples qui alourdissent les soins infirmiers.

Le nom de l'infirmier du patient est inscrit au tableau au mur entre les chambres 2 et 3. Son « jumeau » qui le remplace lors des pauses est aussi inscrit sur ce tableau. Vous trouverez le dossier nursing incluant les signes vitaux et le dossier patient au chevet de l'infirmier et ceux-ci seront identifiés par les numéros de chambre placés devant leur poste respectif. Veuillez rapporter les dossiers à cet endroit une fois le dossier utilisé.

Toute prescription nouvelle devrait être signalée à l'infirmier du patient le plus tôt possible.

Pour faire appeler un consultant ou prévoir un examen, le demander au commis et en informer son infirmier. Ces derniers feront le relai avec l'AIC pour faciliter sa gestion.

8h40-10h30 : tournée des patients par les résidents, rédaction des notes (cf exemple de note de suivi et de note d'admission) et des prescriptions; plus le résident est avancé, plus on s'attend que les prescriptions seront faites et complètes. Les notes ne sont pas à prioriser, sauf pour les patients transférables à l'étage qui doivent être vus et révisés avant la tournée.

Pour les transferts, un sommaire médicamenteux et non médical devrait être fait pour éviter des erreurs. Le médecin traitant devrait être contacté pour l'aviser du départ d'un patient à l'étage et pour les patients avec un séjour aux USI de > ou = 5 jours, une note sommaire devrait être faite pour faciliter la prise en charge à l'étage.

Les patients très instables doivent aussi être vus et révisés avant la tournée.

10h30 : début de la tournée multidisciplinaire (révision des cas avec le médecin)

12h30-13h00 : fin théorique de la tournée médicale

> À noter que la tournée tente d'impliquer dans la mesure du possible l'AIC (assistant-infirmier chef) et l'infirmier du patient.
>
> Les physiothérapeutes, inhalothérapeutes, nutritionnistes et pharmaciens sont aussi présents lors de cette tournée. Toutefois, leur présence est limitée en fonction des cas pertinents et limitée dans le temps (se termine à midi).

13h00 et + :

Nouvelles admissions et techniques non urgentes.

Mettre à jour la feuille de transfert : notez les éléments pertinents seulement, les cibles et principales thérapies anticipées si patient se détériore. Inscrire les dates principales (évitez les « ce jour », « x hier » pour ne pas créer d'erreurs).

Période d'enseignement formelle sur des sujets choisis avec les étudiants en stage.

17h00 : Transfert aux résidents de garde

En tout temps, les admissions urgentes et les techniques urgentes peuvent chambouler cet horaire au besoin. À noter que les bronchoscopies sont souvent faites le matin, comme le patient doit rester à jeun pour cette procédure.

Les admissions électives attendues peuvent souvent être vues en salle de réveil pour éviter des délais et le dossier préparé via le DPE lors des temps morts.

De plus, le médecin de garde au 6eSI est responsable de tourner les patients intubés à l'unité coronarienne. Cette tournée est la responsabilité du médecin. Lorsque l'unité est plus tranquille, le médecin peut toutefois attribuer des patients aux résidents de l'unité coronarienne.

Par ailleurs, les résidents de médecine interne peuvent faire une semaine au 3e SI s'il présente un intérêt particulier (optionnel).

<u>Attentes</u>

Externes :

Voir 2 à 3 patients avant la tournée (30-45 minutes par patient connu et 60-75 minutes par admission nouvelle) et 1 à 2 admissions par jour lorsque applicable.

Résidents 1 et 2 :

Voir 3 à 4 patients avant la tournée (30 minutes par patient connu et 60 minutes par admission nouvelle) et 1 à 2 admissions par jour lorsque applicable.

Résidents 3 et + :

Voir 3 à 5 patients avant la tournée (20-30 minutes par patient connu et 45-60 minutes par admission nouvelle) et 1 à 2 admissions par jour lorsque applicable.

Résidents de soins intensifs :

Rôle patron, excluant l'unité coronarienne. Prise en charge complète de l'unité.

Couverture de la garde

En fonction de leur discipline usuelle ou de leur stage d'attache s'il ne s'agit pas d'un stage de soins intensifs. Si de garde de jour la fin de semaine, de 8h00 à 11h00, la priorité est accordée à la tournée des soins intensifs. La tournée peut dépasser cette heure, mais les résidents ont alors la couverture de l'hôpital entier.

Pour les résidents de soins intensifs, ils font des gardes de senior à domicile en respect selon la convention collective et les règles du programme.

Pour les résidents de pneumologie, la couverture des 6eSI et de la pneumologie est conjointe sur leur garde comme garde à domicile en fonction du temps de leur formation, qu'ils soient ou non en stage en soins intensifs.

À noter qu'on demande, autant que possible, que les résidents de soins intensifs et les résidents seniors de pneumologie ne se mettent pas de garde de façon simultané.

Couverture du code

Le code est couvert par l'équipe du 6eSI, sauf à l'urgence, au 3eSI et au 3ePC. Le code est couvert à l'urgence par l'urgentologue et au 3eSI et 3ePC par l'équipe du 3e SI.

Programme d'enseignement

Les résidents de pneumologie et en stage de pneumologie sont libérés pour les cours de pneumologie.

Les résidents de médecine interne sont libérés pour le retour sur la garde.

Il n'y a pas de programme d'enseignement formel au 6eSI. Les cours sont donnés pendant la journée par les médecins selon la disponibilité de la journée.

Nous recommandons toutefois de couvrir les sujets suivants en cours de stage selon la semaine active :

1A. Admission et notes aux USI

1B. Choc: réanimation volémique, amines et inotropes

2. Ventilation mécanique de base invasive et non invasive

3. Ventilation avancée: Bronchospasme sévère et ARDS

4. Sédation/Analgésie/Délirium/Sevrage

5. Prise en charge du airway: intubation et manoeuvre du airway

6. Alimentation aux USI

7. Suppléance rénale aux USI

8. Trachéo et sevrage respiratoire difficile

SVP, aviser vos patrons de vos absences à l'avance (incluant vos lendemains de garde). Nous vous demandons de les écrire sur le calendrier du mois disponible dans le local des consultants.

Veuillez aussi inscrire votre nom, numéro de pratique, spécialité et niveau de résidence sur la feuille dans le local des consultants.

Évaluations

Vous êtes responsables d'obtenir une évaluation hebdomadaire de vos superviseurs. Ces évaluations sont disponibles dans le local des consultants, et si ce n'est plus le cas, elle est disponible dans l'intranet de l'IUCPQ et

dans l'ordinateur du local des médecins du 6e SI. Pour ces évaluations hebdomadaires, si vous êtes de passage en soins intensifs, veuillez garder vos évaluations et les remettre aux personnes désignées par la direction de votre stage. Si vous êtes en stage de soins intensifs, veuillez laisser votre évaluation remplie, cachetée dans une enveloppe à votre nom, dans la chemise disponible dans le bureau des médecins du 6e SI.

Pour l'évaluation de mi-stage, vous êtes responsables de la demander au patron de garde avec vous lors de cette semaine et de lui remettre vos évaluations intérimaires. Vous devez récupérer vos évaluations de mi-stage et intérimaires pour la fin de votre stage.

Pour l'évaluation finale, veuillez aviser le patron de garde en début de semaine et lui remettre vos évaluations intérimaires afin de lui laisser le temps de préparer votre évaluation et d'en discuter avec ses collègues au besoin.

Vacances, congé et maladie

Selon la convention collective et les règlements facultaires.

Veuillez les inscrire sur le calendrier disponible dans le bureau des médecins au 6e SI.

Exemple de note d'admission

ID : sexe, âge Poids , taille, niveau de soins, réseau social si applicable	All : produit (réaction)
ATCD : Inclure éléments-clés tels échographie cardiaque, MIBI, test de fonction respiratoire, Jones, créat de base, Hb de base, colonisation à pathogène résistant ATCD pertinents	Tabac-Alcool-Drogue
HMA : Usuelle +Évaluation du airway (ventilation et intubation) par anticipation si applicable + Évaluation des voies d'accès veineuses (facile ou difficile à piquer, nombre et types de voie)	Rx Surtout corticostéroïdes, immunosuppressions, A/C
Si SOP : Procédure par la méthode utilisée Pour raison de la chirurgie Bilan in/out SOP incluant pertes sanguines Grade IET et VM si faite Considérations particulières	
Rx avec intervalle prévu et cible visé Positionnement et limitation mobilisation si applicable	Neuro : Rx actives à quel débit et récents pouvant modifier l'évaluation actuelle; Ce qu'on obtient avec cette Rx : RASS (sédation), CPOT (analgésie), ICDSC (délirium), Glasgow, pupilles, mouvement anormal, sx focaux ou absence de sx focaux; Péridurale si applicable
Rx avec intervalle prévu pour cible	HD : TA, fréquence cardiaque et rythme cardiaque

	Cœur, Mis, œdème, signes de perfusion CK/tropo/ECG/Lactate/SvO2
Rx rég +PRN	Respi : Mode de ventilation : paramètres prescrits (FR, VC, AI) et paramètres dans patient (Fr réelle, VC, Pcrête, plateau, auto-PEEP), pattern respiratoire et tirage ou effort expiratoire Oxygénation : FiO2 pour SaO2 Emphysème s/c Auscultation Gaz R-X pulmonaire
Gastroprotection Gavage	GI : TNG/TOG (succion ou non, quantité drainage et descriptif); Keofeed/Alimentation gastrique ou post-pylorique; Selles; sx GI Abdo : examen abdomen sommaire Bilan hépatique +/- pancréatique
Thromboprohylaxie ou A/C	HI : Température max dernier 24h et actuel FSC; Coagulation Voies d'accès artériel et veineux +propreté des sites; plaies si applicable Drains si applicable (succion ou non, quantité air et drainage)
Soluté et total in Insulinotx H2O libre	N-M : u/c/ions/Ca/Mg/Ph Glycémies Diurèse et bilan in/out; Dialyse/CCVH si applicable
IMP : Lister les problèmes actifs par ordre de priorité	

Certains problèmes mineurs ne sont pas à écrire comme un problème actif; il est possible «Problème X à investiguer à l'étage ».

CAT :
Catégoriser par système et prévoir des cibles précises; Prévoir pour le service de garde; On doit décrire l'objectif d'ici au lendemain et ce qui doit être surveillé.

Exemple de note de suivi

USI jour #X

	#Problème actif #1 sous Tx « Y » jour # « Z » (exemple ATBT, IET, etc.) #Problème actif #2 #Problème actif majeur résolu #ATCD clé pertinent seulement #Problème « M » à investiguer 2e temps
Nouveaux examens ou éléments majeurs depuis la veille Dans chaque système, la tendance est l'élément-clé (Rx à la hausse ou à la baisse, cible de plus en plus ou de moins en moins atteinte ou facile à atteindre et pourquoi)	
Rx avec intervalle prévu et cible visé Positionnement et limitation mobilisation si applicable	Neuro : Rx actives à quel débit et récents pouvant modifier l'évaluation actuelle; Ce qu'on obtient avec cette Rx : RASS (sédation), CPOT (analgésie), ICDSC (délirium), Glasgow, pupilles, mouvement anormal, sx focaux ou absence de sx focaux; Péridurale si applicable
Rx avec intervalle prévu pour cible	HD : TA, fréquence cardiaque et rythme cardiaque Cœur, Mis, œdème, signes de perfusion CK/tropo/ECG/Lactate/SvO2
Rx rég +PRN	Respi : Mode de ventilation : paramètres prescrits (FR, VC, AI) et paramètres dans patient (Fr réelle, VC, Pcrête, plateau, auto-PEEP), pattern respiratoire et tirage ou effort expiratoire Oxygénation : FiO2 pour SaO2 Emphysème s/c Auscultation Gaz R-X pulmonaire

Gastroprotection Gavage	GI : TNG/TOG (succion ou non, quantité drainage et descriptif); Keofeed/Alimentation gastrique ou post-pylorique; Selles; sx GI Abdo : examen abdomen sommaire Bilan hépatique +/- pancréatique
Thromboprohylaxie ou A/C	HI : Température max dernier 24h et actuel FSC; Coagulation Voies d'accès artériel et veineux +propreté des sites; plaies si applicable Drains si applicable (succion ou non, quantité air et drainage)
Soluté et total in Insulinotx H2O libre	N-M : u/c/ions/Ca/Mg/Ph Glycémies Diurèse et bilan in/out; Dialyse/CCVH si applicable

IMP :
Lister les problèmes actifs par ordre de priorité en soulignant la tendance globale!
Certains problèmes mineurs ne sont pas à écrire comme un problème actif; il est possible d'écrire «Problème X à investiguer à l'étage ».

CAT :
Catégoriser par système et prévoir des cibles précises; Prévoir pour le service de garde; On doit décrire l'objectif d'ici au lendemain et ce qui doit être surveillé.