

Introduction : CE DOCUMENT EST UNE LECTURE OBLIGATOIRE AVANT VOTRE ARRIVÉE

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

7h45	Transfert à l'équipe de jour
8h à 11h	Tournée des patients et d'enseignement
Environ 11h00-14h00	Arrivée des patients post-opératoires AM
Entre les vagues d'admission :	Période d'enseignement formelle
Environ 15h00-18h45	Arrivée des patients post-opératoires PM
18h45	Transfert à l'équipe de garde

- Les résidents et fellows en stage sont responsables de répartir entre eux l'ensemble des patients à voir le matin.
- Les patients stables sont révisés individuellement avec le patron responsable.
- Les patients instables ou chroniques sont discutés pendant la tournée d'enseignement si le temps le permet ou individuellement autrement.
- Les patients très instables sont révisés rapidement avec le patron responsable avant la tournée.
- Les patients transférés le matin seront identifiés vers 8h30, lors de la réunion de gestion du matin. Les notes d'évolution et les prescriptions de ces patients doivent être complétées en priorité et les patients révisés prioritairement avec le patron responsable afin d'assurer une gestion efficace des lits.
- Les externes, résidents et les fellows en stage doivent avoir évalué tous leurs patients et élaboré un plan de traitement pour la journée avant le début de la tournée d'enseignement ou de la vague d'admission du matin. Toutefois, les notes d'évolution pourront être complétées après la tournée, sauf pour les patients qui sont transférés à l'étage le matin.
- Les patients ayant séjourné 5 jours et plus aux soins intensifs doivent avoir un résumé de l'évolution (note d'évolution détaillée), un plan de traitement clair et un sommaire médicamenteux lors du transfert à l'étage ou aux soins progressifs.
- Pour le transfert à 7h45, nous demandons en général aux résidents de n'assister qu'aux cours obligatoires de leur programme afin de favoriser leurs expositions.

- Avant de la tournée, il est suggéré aux résidents de faire une pré-tournée l'unité pour enligner les grandes directions (extubation, techniques (exemple : voie centrale, bronchoscopie), déplacement, départs et entrées prévues). Une pré-tournée des infirmiers propres aux patients permet une réponse immédiate aux questions les plus urgentes. Écrire les prescriptions aux dossiers pour éviter les erreurs – évitez les ordres verbaux autant que possible et contre-signer les ordres verbaux faits plus tard en journée; 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.
- 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.
- Pour la rédaction des notes de suivi et d'admission, un exemple vous est fourni à la fin de ce document.
- Pour les 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. À noter que le sommaire n'inclut pas les prescriptions faites une fois la pharmacie fermée (soit après 21h la semaine et 17h la fin de semaine). Au besoin, demander un profil à jour à la pharmacie.
- L'IPS (semaine) ou le chirurgien de garde à l'étage ou le fellow de garde (fin de semaine) devrait être contacté pour l'aviser du départ d'un patient à l'étage avec un séjour aux USI de > ou = 5 jours et une note sommaire devrait être faite pour faciliter la prise en charge à l'étage.
- Le fellow de garde devrait être contacté pour l'aviser du départ d'un patient aux soins progressifs avec un séjour aux USI de > ou = 5 jours et une note sommaire devrait être faite pour faciliter la prise en charge aux soins progressifs.
- Les patients très instables doivent aussi être vus et révisés avant la tournée.
- La feuille de patients disponible au poste permet de voir les patients à voir le matin. Les patients « grisonnés » sont des patients de soins progressifs et ne sont pas de la responsabilité de l'intensiviste.
- Le programme opératoire de la journée permet d'évaluer les entrées. Il est de la responsabilité des résidents de surveiller les arrivées. Une autre feuille sort régulièrement au poste avec les entrées à venir et leur emplacement. Lorsque le lit est demandé, le patient arrive habituellement à l'intérieur de 30 minutes.

Lorsque le patient est débranché et/ou que l'inhalothérapeute est au chevet, le patient arrivera habituellement à l'intérieur de 5 minutes.

Attentes

Admission d'un post-op

- Il y a habituellement 10-12 admissions par jour, variant selon la complexité des cas opérés. Ce nombre peut-être moindre durant la saison estivale et pendant la période de Noël/jour de l'An.
- Les résidents sont responsables de répartir les nouvelles admissions entre eux.
- Au moins 1 résident doit être présent lors de l'arrivée d'un nouveau patient pour prendre le rapport de l'anesthésiste et/ou du fellow de chirurgie cardiaque et afin de s'assurer de la stabilité du patient. **Sauf dans le cas où il n'y a qu'un seul résident en stage, au moins un résident doit assurer une présence au 3e USI en tout temps, incluant les heures de repas, pour accueillir les nouveaux patients et pour assurer le suivi des patients instables.**
- Une note d'admission complète doit être faite pour chaque nouveau patient. Le résident est responsable de voir l'ensemble des laboratoires, l'ECG et la radiographie pulmonaire de chaque nouveau patient et de réviser l'admission avec le patron responsable.

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 vague 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 vague 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 vague lorsque applicable.

Résidents de soins intensifs :

Rôle patron. Prise en charge complète de l'équivalent d'une unité (soit 10 patients), indépendamment du patron d'attache. Les patients les plus lourds devraient être vus. Supervision et coordination des deux vagues d'admission.

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 médecins.

Veillez aussi inscrire votre nom, numéro de pratique et dates de stage sur la feuille dans le local des médecins.

Couverture de la garde

- CHAMBRE DE GARDE : C-3208 Code 4-1-5
- 4 gardes de nuit (en semaine, à l'hôpital, de 18h45 à 8h00) :
 - En congé le jour de la garde et en lendemain de garde
- 2 gardes de fin de semaine de jour:
 - 1 samedi et 1 dimanche, de 7h45 à 19h00
 - Si deux semaines ou plus de vacance dans le mois, 1 garde de fin de semaine, 1 samedi ou 1 dimanche)
N.B. Le lundi NE COMPTE PAS comme journée de fin de semaine, même lorsqu'il est férié.
- Vous couvrez les appels du 3e USI uniquement.
- Vous ne couvrez PAS l'unité coronarienne ou le 6e USI
 - Les voies centrales, canules artérielles à l'unité coronarienne sont couvertes par l'équipe de cardiologie et les intubations difficiles par l'anesthésie ou l'intensiviste de garde, selon l'urgence du cas
 - La ventilation, les intubations et techniques aux 6e USI sont couvertes par les résidents des étages, le fellow de garde si applicable et l'intensiviste de garde
- Vous pouvez être demandé en consultation pour les patients instables (donc qui peuvent potentiellement être réadmis au 3e USI) au 3e PC à la demande du chirurgien cardiaque de garde après évaluation par son fellow de garde.
- La néphrologie est responsable de l'hémodialyse et de l'hémofiltration, sauf pour l'ajustement de la volémie. Le néphrologue de garde prend donc les appels pour ce qui concerne l'hémofiltration.
- Pour les patients en post-opératoire de greffe cardiaque ou d'installation d'un cœur mécanique, il est possible que le patron décide de suivre lui-même le patient.
- Si vous faites un changement de garde, SVP en aviser vos patrons le plus tôt possible

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 3^e SI.

Enseignement

Il n'y a pas de programme d'enseignement formel au 3eSI. Pour les résidents en stage au 3e USI, des cours sont donnés par les patrons pendant la journée selon la disponibilité. N'hésitez pas à faire des demandes particulières selon vos besoins et intérêts.

Vous êtes aussi invités à visiter le portail de la division de soins intensifs.

www.monportail.ulaval.ca

Vous devez utiliser votre IDUL et mot de passe comme pour votre courriel ulaval.

Dans la section tableau de bord, puis activité de perfectionnement, puis division de soins intensifs, vous y trouverez une section ressources et outils pédagogiques tout comme une section CanMEDS. De plus dans la section milieu de stage, vous trouverez des ressources spécifiques à notre milieu tout comme les documents d'accueil.

Libération pour les cours

Les résidents sont libérés pour la période de leur cours à l'université (pour les résidents de cardio, ils sont libérés pour leur clinique, leur cours le mardi PM et leur cours le jeudi AM).

Il faut aviser les patrons avec lesquels vous travaillez avant votre départ et, au besoin, faire un transfert des patients que vous suivez.

Les résidents peuvent être libérés pour des activités de recherche à la demande de leur directeur de programme.

Évaluations

Vous êtes responsables d'obtenir une évaluation hebdomadaire de vos superviseurs.

Le formulaire d'évaluation est disponible sur l'ordinateur dans le local des médecins, et si ce n'est plus le cas, elle est disponible sur MonPortail et joint à ce document d'accueil. Pour ces évaluations hebdomadaires, veuillez garder vos évaluations et les remettre aux personnes désignées par la direction de votre stage si vous êtes de passage en soins intensifs. Si vous êtes en stage de soins intensifs, veuillez garder vos évaluations et les remettre aux personnes responsables de votre évaluation en début de semaine lors de vos évaluations de mi-stage et finales. Si vous le désirez, ces évaluations peuvent aussi être conservées dans le local des médecins à l'endroit désigné.

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.

À NOTER QUE L'ÉVALUATION DE FIN DE STAGE SERA FAIT PAR LE PATRON QUI TRAVAILLE AVEC VOUS LA DERNIÈRE SEMAINE DU STAGE.

Stage de 1 mois: une évaluation sanctionnelle en fin de stage

Stage de 2 mois: une évaluation sanctionnelle en fin de stage

Stage de 3 mois et plus: une évaluation mi-stage formative informelle et une évaluation sanctionnelle en fin de stage

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 3^e SI.

Principes pour les congés et non-disponibilités

- Le résident ou fellow est autorisé au maximum de 5 jours de vacances ou congé autre par mois afin de permettre l'élaboration de la liste de garde, sauf exception.
- Les congés devront être demandés au moins 45 jours avant le début du stage afin de permettre l'élaboration de la liste de garde. Autrement, les demandes de vacances doivent être reçues au moins 24 heures avant le début de la période de vacances. Elles ne seront pas acceptées la veille pour le lendemain, sauf situation particulière.
- Le résident devra également communiquer au patron responsable de la liste de garde la date de sa dernière garde du mois précédant afin de pouvoir respecter les règles de convention collective dans l'élaboration de la liste de garde.
- Les fins de semaine qui précèdent et suivent une semaine de vacances sont protégées. Toutefois les fins de semaine qui précèdent ou suivent une semaine de congé pour une autre raison (congrès, étude) n'ont pas à être protégées selon la convention.
- Chaque résident peut demander 2 non-disponibilités pour la liste de garde, s'il a moins de 1 semaine de congé dans le mois. Il a droit à 1 non-disponibilité (jour de semaine) s'il prend 1 semaine de congé. Toutefois, l'élaboration d'une liste de garde conforme prime sur le respect des demandes de non-disponibilité.
- Lorsque le nombre de gardes de nuit en établissement est réduit en raison de la prise de congés, la continuité de la période de nuit doit être maintenue puisqu'un

- résident ne peut pas renverser son horaire jour/nuit plus d'une fois par période de 7 jours.
- Le résident doit compléter 75% de son stage, donc:
 - Le nombre maximum de journées de congé allouées est de 5 jours par mois-stage, incluant les fériés, les maladies, les vacances, etc.
 - Dans le cas des stages de 1 mois, 5 jours sont alloués
 - Dans le cas des stages de 6 semaines, 7.5 jours sont alloués
 - Dans le cas des stages de 3 mois, 15 jours sont alloués
 - Si vous appelez le matin pour aviser de votre absence, cela sera considéré comme une journée de maladie.

Exemple de note d'admission (À lire avant arrivée USI)

ID : sexe, âge
Poids , taille, niveau de soins, réseau social si applicable

All : produit (réaction)

ATCD :
Inclure éléments-clés tels échographie cardiaque, coro,
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
Écrire Rx pertinent- on
peut écrire cf liste
autrement

Si SOP :
Procédure par la méthode utilisée
Pour raison de la chirurgie
Si Chx cardiaque : Durée CEC; clampage; arrêt circulatoire
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), sevrage potentiel, Glasgow,
pupilles, mouvement anormal, sx focaux ou absence de sx
focaux; Péridurale si applicable

Rx avec intervalle
prévu pour cible et
sevrage prévu si
applicable

HD :
TA incluant TAm, fréquence cardiaque et rythme cardiaque
Pacemaker et mode (testé ou non si non en cours)
Index cardiaque (IC) Résistances périphériques (RVS)
Pression artère pulmonaire (PAP) TVC
Ballon intra-aortique (BIA) si applicable : ratio TA augmentée
Auscultation Cœur, Mis, œdème 4 membres, signes de
perfusion
CK/tropo/ECG
Lactate/ Saturation veineuse mixte (SvO2)

Rx rég +PRN	Respi : IET ou extubé 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 et PEEP pour SaO2 Emphysème s/c Auscultation Gaz artériel R-X pulmonaire
Gastroprotection Gavage RX rég et PRN	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
Thromboprophylaxie ou A/C Antibioprophylaxie ou antibiothérapie Rx rég ou PRN	HI : Température max dernier 24h et actuel FSC; Coagulation (INR/TCA; anti-Xa/ACT/TEG/Fibrinogène PRN) Voies d'accès artériel et veineux +propreté des sites; plaies Signes infectieux; Stabilité sternale si applicable Drains si applicable (succion ou non, quantité air et drainage)
Soluté et total in Insulinothx H2O libre	N-M : u/c/ions/Ca/Mg/Ph Glycémies Sonde/Diurèse 8h nuit et dernier 24h Bilan in/out 8h nuit, dernier 24h et xSOP ou admission; Dialyse/CCVH et paramètres 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 (À lire avant arrivée USI)USI jour #X

#po #X de Chirurgie pour Raison Fraction d'éjection (FE)
 #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 2^e 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), sevrage potentiel, Glasgow, pupilles, mouvement anormal, sx focaux ou absence de sx focaux; Péridurale si applicable

Rx avec intervalle prévu pour cible et sevrage prévu si applicable

HD :
 TA incluant TAm, fréquence cardiaque et rythme cardiaque
 Pacemaker et mode (testé ou non si non en cours)
 Index cardiaque (IC) Résistances périphériques (RVS)
 Pression artère pulmonaire (PAP) TVC
 Ballon intra-aortique (BIA) si applicable : ratio TA augmentée
 Auscultation Cœur, Mis, œdème 4 membres, signes de perfusion
 CK/tropo/ECG
 Lactate/ Saturation veineuse mixte (SvO2)

Rx rég +PRN

Respi : IET ou extubé
 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 et PEEP pour SaO2
 Emphysème s/c
 Auscultation
 Gaz artériel
 R-X pulmonaire

Gastroprotection Gavage RX rég et PRN	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
---	--

Thromboprophylaxie ou A/C Antibioprophylaxie ou antibiothérapie Rx rég ou PRN	HI : Température max dernier 24h et actuel FSC; Coagulation (INR/TCA; anti-Xa/ACT/TEG/Fibrinogène PRN) Voies d'accès artériel et veineux +propreté des sites; plaies Signes infectieux; Stabilité sternale 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 Sonde/Diurèse 8h nuit et dernier 24h Bilan in/out 8h nuit, dernier 24h et xSOP ou admission; Dialyse/CCVH et paramètres 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.

Stage de soins intensifs - Évaluation intérimaire

Nom apprenant : _____

Stage : _____ N^{bre} jours : _____

(endroit du stage)

Période : du _____ au _____

	Exceptionnel	Atteint les objectifs	Insuffisant	N/A
Connaissances				
Histoire et examen physique				
Jugement et prise de décision				
Habiletés techniques				
Communication				
Collaboration				
Gestion de son temps				
Motivation				
Professionalisme				
Reconnaissance de ses limites				
Points forts : _____ _____				
Points à améliorer : _____ _____				
Prescription pédagogique : _____ _____				

Nom du superviseur _____ Signature du superviseur _____

Signature de l'apprenant _____ Date de l'évaluation _____