

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

Début de la journée : 8h00 (sauf si téléavertisseur des techniques : 7h30, changé en habit chirurgical)

Si cours à 8h00 : faire un tour avant de partir au cours pour s'assurer qu'il n'y a pas d'instabilité majeure; nous demandons en général aux résidents de n'assister qu'aux cours obligatoires de leur programme.

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.

8h40-10h00 à 10h30 : tournée des patients par les résidents et externes, 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.

10h00-10h30 : début de la tournée multidisciplinaire (révision des cas avec le médecin)

Lors de la tournée multidisciplinaire, le résident / externe est appelé à présenter les problèmes actifs et antécédents pertinents. L'infirmier du patient présente ensuite les informations sur le patient par système. Le résident complète les informations par système et les laboratoires pertinents. Il mentionne ses impressions, son plan et les objectifs visés de la journée.

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 3^e SI s'il présente un intérêt particulier (optionnel).

Détails de fonctionnement importants sur l'unité

- Pour les nouvelles admissions, les prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses d'arrivée devraient être faites à l'intérieur des 15 premières minutes pour un patient instable. Il est recommandé d'utiliser les formulaires suivants lorsque applicable autant que possible pour éviter des erreurs :
 1. Ordonnance – admission 6^e soins intensifs (*CP5843)
 2. Ordonnance – ventilation invasive (*CP8444)
 3. Ordonnance – unité de soins intensifs intubation et curarisation (*CP5980)

À noter que la thromboprophylaxie et l'insulinothérapie n'apparaissent pas sur ces formulaires.

- Les dossiers antérieurs sont soit numérisés soit dans le bureau des médecins. Les dossiers de l'extérieur sont soit à la fin du dossier, soit dans le bureau des consultants.
- Pour les patients de chirurgie, la majorité des informations préopératoires se trouvent souvent dans la section usuelle des documents envoyés de l'extérieur dans CristalNet. Il est donc nécessaire de consulter cette section pour une admission complète.
- Pour les transferts (et idéalement quotidiennement pour la médication), 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.
- Inscrivez vos prescriptions au dossier (y compris celles faites avec l'AIC et lors de votre pré-tournée). Évitez les ordres verbaux. Au besoin, demandez qu'on vous apporte la feuille de prescription. Si jamais vous ne pouvez éviter l'ordre verbal, contresignez le plus tard en journée. Il est de votre responsabilité de vous assurer lors de la tournée que tous vos ordres verbaux soient écrits.
- Toutes les prescriptions des consultants (incluant les médecins traitants tout comme les autres professionnels) doivent être contresignées par l'équipe USI avec la mention « USI d'accord ». Autrement, inscrire attendre ou annulé. Dans le doute, en discuter avec l'intensiviste.
- Aucun changement sur le ventilateur ne doit être fait sans en aviser l'inhalothérapeute et l'inscrire sur la feuille appropriée.<

- Toute demande d'admission ou admission doit transiter par le patron de garde ou par le fellow de garde, peu importe la complexité du cas et le moment de la journée, afin de permettre un suivi de la situation des lits.
- Pour les médecins traitants ne visitant pas de routine l'unité (cardio, pneumo, médecine interne), aviser le médecin traitant au moment du départ et faire un résumé de la situation.
- Lors d'un départ à l'étage pour un patient aux USI de plus de 5 jours ET une fois par semaine pour les chroniques, faire une note sommaire du séjour avec les examens pertinents, un sommaire des Rx (médicamenteuses et non médicamenteuses), la liste des problèmes à adresser ou reconstrôler hors USI (ex. : nodule pulmonaire) et demander les consultants pertinents.

Attentes

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.

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.

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

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 s'ils sont 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 simultanée.

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

Les résidents de pneumologie et en stage de pneumologie sont libérés pour les cours de pneumologie. On demande néanmoins de choisir les cours pertinents.

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

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 (cf guides en annexe à la fin du document d'accueil):

- 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

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.

Nous vous demandons de consulter la section la section « prérequis : notes / présentation patient » du site www.monportail.com avant votre début de stage et la section « prérequis : procédures » au tout début de votre stage au maximum.

Téléavertisseur des techniques

Les résidents sont invités à lire la politique sur le téléavertisseur des techniques joint à ce document. Les externes ne sont pas admissibles au téléavertisseur des techniques.

À noter qu'une tête de simulation est présente sur l'unité pour pratiquer les voies centrales. Son utilisation est fortement suggérée avant la semaine des techniques tout comme la révision des techniques. La section « prérequis : procédures » du site www.monportail.com doit avoir été visionné avant toute procédure dans notre milieu.

Évaluations

Vous êtes responsables d'obtenir une évaluation hebdomadaire de vos superviseurs. Le formulaire d'évaluation est disponible dans le local des consultants, et si ce n'est plus le cas, elle est disponible sur MonPortail, joint à ce document d'accueil et sur le bureau de l'ordinateur dans le bureau des médecins du 6eSI. 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 6^e SI. Si vous préférez les garder, vous pouvez aussi le faire, mais êtes responsable de les apporter en début de semaine avant votre évaluation finale.

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 6^e SI.

Exemple de note d'admission (cours 1A. 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, 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
Thromboprophylaxie 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 Insulinothx 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 (cours 1A. à lire avant arrivée USI)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 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), 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 HI :
 A/C 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 N-M :
 Insulinotx u/c/ions/Ca/Mg/Ph
 H2O libre 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 ». Une bonne note nous renseigne aussi sur la direction du problème (en amélioration, en détérioration, stabilisé, résolu).

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. Prévoir les plans si non réponse au traitement.

COURS 1B : SUJET : Choc – réanimation

Définition de choc

Différents types de choc (hypovolémique, distributif, obstructif, cardiogénique) et leurs sous-types

Différence entre TA et débit cardiaque

Déterminant de débit cardiaque (fréquence, pré-charge, contractilité, post-charge) et fonction retour veineux (remplissage veineux, tonus veineux, Pra/TVC, zone de veine « collabée » cœur ou veineux dépendant)

Voie d'accès (taille, longueur et résistance; périphérique vs central vs PICC; pompe, « flush », sac à pression); nombre d'accès.

Volume : types de solutés (cristalloïdes (NS, LR, Plasmalyte), colloïdes synthétiques, colloïdes non synthétiques) (quand, comment et pourquoi?), produits sanguins

Amines : NA, Adré, Vaso, Dopamine (quand, comment et pourquoi?)

Comment choisir volume vs amines : évaluation de la volémie (examen physique surtout)

Inotropes : dobu, adré, milrinone (quand, comment et pourquoi?)

Transfusion massive (ratio produits, température, calcium, K, Hotline / Level 1)

Varia :

Agent tachycardisant : isoprotérénol, pacing (quand, comment et pourquoi?)

Rôle du calcium et de l'acidose

Antidote : phentolamine

COURS 2 : SUJET : Ventilation de base invasive et non invasive

Ventilation invasive

Indications intubation

Modes principaux de ventilation

VAC, VACI (SiMV)

PressionAC, PACI

PSV/AI

Indications des modes par rapport aux autres (Contrôle plein vs sevrage)

Mode de fonctionnement (FR minimal, FR maximale ou supplémentaire, Volume courant sur FR déterminée, VC sur FR supplémentaire, V minute min, V minute max, Pression de crête, Pression de plateau, PEEP total (auto-PEEP)) : discuter ce qui est contrôlé, ce qui ne l'est pas et les principales alarmes avec les valeurs anormales

Cibles de gaz

Oxygénation

PEEP et FiO2

Effet réel PEEP = PEEP total

Cible de SaO2 aux USI et de paO2

Monitoring

Pcrête, PPlateau, auto-PEEP

Courbe obstructive sur la courbe de débit-temps

Ventilation non invasive

Indications sommaires (OAP, EAMPOC)

Contre-indications

CPAP = PEEP = PSV avec AI à 0

BiPAP = PSV avec AI = IPAP et EPAP : même mécanisme que PSV, mais fuites...

COURS 3 : SUJET : Ventilation invasive avancée

Ventilation invasive : Bronchospasme sévère

Hypercapnie permissive

FR et VC initiaux

PEEP ou non : asthme vs MPOC

Courbe obstructive, auto-PEEP

Risque hémodynamique et respiratoire de l'auto-PEEP élevé

Rôle et risque des curares

Traitement de la cause : bronchodilatateur inhalés et corticos

Autres thérapies (amorce discussion) : Mg, Kétamine, Heliox, gaz anesthésiant, ECMO

Ventilation invasive : ARDS

Hypercapnie permissive – ventilation protectrice

Charte ARDSNet (Low ou high PEEP) et cibles (SaO₂, paO₂, Pcrête, PPlateau, auto-PEEP, pH)

Prone positioning (PROSEVA)

Curare (ACCURASYS)

Rôle des corticostéroïdes (précoce et tardif; impact en influenza)

Limitation du volume

COURS 4 : SUJET : Sédation/Analgésie/Délirium/Sevrage

Recommander le guideline le plus récent

Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit

DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72

Sédation

Arrêt quotidien vs échelle sédation vs les 2 vs absence

Échelle de RASS utilisée ici

Cibles usuelles

Indication de RASS plus profond (HTIC, contrôle respiratoire complet, absence de toux, hypot thérapeutique) : somme toutes peu nombreuses

Impact long terme (PTSD) d'un RASS moins profond

Analgésie

Échelle d'analgésie ET NON PAS DE SÉDATION (PAS RASS)

Échelle de CPOT utilisée ici

Cibles usuelles

Intérêt d'échelle CPOT et RASS séparées pour analgésie et sédation

Une personne sédationnée nécessite une analgésie pour une procédure souffrante...

Délirium

Prévention ++++ avec sédation et analgésie adéquate et prévention sevrage

Antipsychotique court terme, antipsychotique longue action et dexdemetomidine

Échelle de dépistage

Échelle ici : ICDSC

Impact long terme du délirium

Sevrage

Sevrage Tabac/R-OH/Drogues/Rx domicile, mais aussi analgésie/sédation prolongée des USI

COURS 5 : SUJET : Prise en charge du airway

Recommander le guideline le plus récent

Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway

An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway

Practice Guidelines, and all ASA Practice Parameters, may be obtained at no cost through the Journal Web site, [www. anesthesiology.org](http://www.anesthesiology.org).

Importance de l'évaluation des voies aériennes du patient

Évaluation de la ventilation faciale

Évaluation de la ventilation supraglottique

Évaluation de l'intubation

Évaluation de l'accessibilité du airway chirurgical

Données antérieures si IET antérieures importantes (ventilation et intubation)

Certains éléments sont facilement modifiables (ex : raser pour barbes...)

Situations :

Ventilable et intuable, ventilable non intuable, non ventilable intuable, non ventilable non intuable mais back-up Chx Ok, non ventilable non intuable avec back-up chirurgical difficile

N.B. : Non ventilable facial pourrait être ventilable supra-glottique

Outils pour ventilation faciale

BMV (1 main, 2 mains, jaw thrust, chin lift, position mains et tête) : comment assister (même si FR rapide initialement)

Canule oropharyngée

Canule nasopharyngée

Outils pour ventilation supralaryngée

Masque laryngé

Combitube

Intubation

Importance ++++++ péri intubation de la préparation : anticipation ; souvent plus challengeant que le geste technique...

Pré-O2, Positionnement, sédation/analgésique, amines, curare, voies d'accès, TA cyclée, monitoring SaO2 et TA et cardiaque; Plan A, B et C clairs, disponibles et explicités;
Matériel pour péri-IET (succion, CO2,

Garder ou non la drive

Curare ou non

RSI ou non

BURP et Sellick; distinction et rôles

Outils pour intubation

Lame droite

Lame courbe

CMAC

Glidescope

Bougie

Fibre optique

BURP

UN AMI... et ventilation cruciale en attendant!!!! Sinon = chirurgical

Choix de drogues péri-IET

Propofol

Midazolam (Versed)

Fentanyl

Kétamine

Étomidate

Airway chirurgical

Crico urgence/Trachéo urgence : Lame 10, 20 ou 21 (PAS une 11 ou une 15)/Bougie/Tube #6

Vérification du positionnement trachéal :

Seule détection fiable pour IET trachéale : CO2 détecteur OU vision endobronchique (fibroscopie)

COURS 6 : SUJET : Nutrition

Besoins de base E+, calorique et protéique

Source de cause de changement des besoins protéiques (trauma/brûlé, CVVH)

Gavage trophique

 Bénéfices

 Risques

Gavage précoce complet

 Bénéfices

 Risques

PAS de gavage en choc

Mesure des résidus (ou non mesure)

Nutrition post-pylorique (indication, avantages, inconvénients)

Positionnement et tube gavage à la radiographie

HAIV (Indications, avantages, risques, conséquences métaboliques, lipides ou non)

Autres sources d'énergie et lipides : propofol...

COURS 7 : SUJET : Suppléance rénale

Indications de suppléance rénale

Considérations spéciales sur acidose et volémie

Types de suppléance rénale (HD, CVVH, CVVHDF, SLED)

Choix HD vs CVVH : littérature (ou non littérature) et bénéfices prouvés

Hémodialyse :

Prescription de base (glucose, Ca, K, Na, BIC; durée; Qsang et Qhémodialysat; A/C/citrate/rien/Héparine filtre; UF)

Comment choisir UF

CVVH :

Volume de réinjection pré et post; Conséquences et bénéfices

A/C, citrate, rien, héparine filtre

UF et comment choisir UF

Q sang et Q filtration

KT accès temporaire et permanent

Fistule lorsque présente

Impact sur Rx fréquents et sur nutrition (type de gavage, apport calorique)

Comment savoir que sevrable de CVVH? HD?

COURS 8 : SUJET : Trachéo et sevrage ventilatoire difficile

Trachéo

Indications de trachéo (ventilation, gestion sécrétions, protection voie aérienne) et timing USI

Bénéfices trachéo vs TET

Risques trachéo (lors Chx et long terme) vs TET

Complications TET prolongée et trachéo prolongée

Types de trachéo (ballonnet ou pas, canule interne ou pas, fenestrée ou pas, taille)

Rationnelle pour chaque type de trachéo

Mode installation trachéo (SOP vs percutanée avec indications et contreindications)

Gestion d'une détresse respiratoire chez trachéo fraîche (<7 jours) (canule interne, O2 haut et bas, pas de repositionnement à l'aveugle, IET par voie aérienne standard avec retrait PRN)

Gestion d'une détresse respiratoire chez trachéo ancienne (>7jours)

Gestion fistule trachéo-innommée et reconnaissance précoce incluant facteurs de risque

Différence entre trachéostomie et trachéotomie (trachéo vs laryngectomie)

Humidification

Sevrage ventilatoire difficile

Définition

Souvent avec trachéo

Bouchon, valve parlante; coffret et tube en T

Mode de progression de sevrage ventilatoire (cas particulier des quadraplégiques : induire « fibrose » avec poumons distendus)

Gestion des sécrétions – intérêt ou non des bronchoscopies de nettoyage

Réadaptation +++

Téléavertisseur des techniques pour le 6^e SI

Téléavertisseur des techniques

Numéro : 418-684-6988 Le téléavertisseur est physiquement dans le bureau des médecins au 6eSI.

Abrégé : 6098

Via téléphoniste : Techniques résidents 6^e SI

Règles de fonctionnement

Le résident intéressé doit aller écrire son nom sur le calendrier présent dans le bureau des anesthésistes au minimum la semaine précédant la prise du téléavertisseur. Il est aussi invité à se rendre au bureau des anesthésistes le matin vers 7h30-7h45 pour se présenter aux anesthésistes et à d'autres moments de la journée pour créer un contact. Plus les anesthésistes vous connaissent, plus il est probable qu'ils penseront à vous appeler. Nous vous demandons d'inscrire aussi « non disponible » les semaines où personne n'y va sur l'horaire dans le bureau des anesthésistes afin d'assurer une continuité. Il peut aussi s'agir d'une opportunité pour vous présenter.

Pour que l'équipe de soins intensifs puissent être au courant de vos absences, nous vous demandons d'inscrire aussi dans le bureau des intensivistes aux 6^e SI les jours choisis.

Le résident est responsable d'être déjà prêt (habillé de la tête au pied en vert et au courant du site de la SOP et des règles pour entrer au bloc) au préalable et doit être présent dès 7h30 le matin au cas où un anesthésiste offrirait l'opportunité d'une technique pour le 1^{er} cas du matin.

Le résident est responsable de porter le téléavertisseur des techniques en plus de son téléavertisseur personnel et de répondre immédiatement dès l'appel. Toute activité clinique doit alors être délaissée et déléguée si applicable OU le résident devra alors mentionner sa non-disponibilité selon la stabilité de l'unité. **Tout appel non répondu disqualifiera le résident à tout appel ultérieur.**

Le résident dans sa première semaine de soins intensifs n'est pas admissible à cette activité pour fin d'apprentissage de fonctionnement de l'unité. Pour fin de simplicité, on demande aux résidents de s'inscrire pour une semaine à la fois. Le résident est admissible à 1 semaine par mois. Advenant le cas où des plages horaires demeurent disponibles, le résident pourra ensuite s'inscrire selon son degré de motivation à d'autres semaines.

Cette activité est **optionnelle**. Elle est offerte pour augmenter l'exposition aux gestes techniques des résidents.

Il s'agit d'un service offert par l'anesthésie qui s'offre dans peu de milieu. L'exposition sera variable en fonction des cas et des patrons. On demande aux résidents d'être en position d'apprentissage, ouvert aux suggestions et cordiaux en signe d'appréciation.

Merci à tous de votre collaboration!

Pour toute question ou commentaires (positifs ou négatifs) sur le fonctionnement :

Responsable USI : Samuel-Lessard Tremblay

Responsable anesthésie : Louise Vigneault

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				
Habilités techniques				
Communication				
Collaboration				
Gestion de son temps				
Motivation				
Professionnalisme				
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 _____