

Protocole de Transfert de Patient d'un Hôpital à un Autre



Dr. Zahi Helou
Président de la Société Libanaise
des maladies infectieuses (LSIDCM)

1. L'Objectif:

Pour assurer le transfert approprié, rapide et garanti des patients d'un autre hôpital afin de minimiser les risques d'infection pour le patient, le personnel et les visiteurs.

2. Portée:

Administration médicale, administration infirmière, administration hospitalière, système qualité, services médicaux et chirurgicaux, dialyses rénales, soins intensifs, salle d'opération, salle d'urgence, pédiatrie, laboratoire, endoscopie, service des admissions, unité de préadmission.

3. Responsabilité:

Bureau d'Admission, médecins, infirmières.

4. Politiques et Procédures:

C'est la politique de l'hôpital de réduire et de contrôler le risque d'infection par les soins de santé pouvant être transmise par un autre hôpital avec:

- a- Matériels et équipements: sondes urinaires, cathéter intraveineux, cathéter veineux central
- b- Organismes multi-résistants
- c- Résultats des cultures

Tous les patients qui ont séjourné dans un autre hôpital au cours des 30 derniers jours et plus de 48 heures avant leur nouvelle admission dans un autre hôpital sont considérés comme des transferts directs et sont soumis à des restrictions d'isolement.

5. Procédures:

- 5.1 Mettre le patient en isolement strict pour 48 heures en attendant la confirmation des résultats de cultures.
- 5.2 Tout le personnel doit respecter les exigences strictes d'isolement.
- 5.3 Tout patient transféré d'un autre hôpital avec une ligne IV (centrale ou périphérique) ou une sonde urinaire, doit être évalué pour pouvoir changer la ligne à son arrivée. La ligne périphérique IV doit être changée immédiatement.
- 5.4 Faire la culture des selles et le prélèvement rectal, la culture nasale, la culture inguinale, la culture de la gorge et la culture des axillaires à la recherche de MDRO.
- 5.5 Prendre la culture de tout autre site possible ou suspect.
- 5.6 Demander des résultats de culture et toute autre information concernant l'infection du patient par la famille ou l'hôpital de provenance. Si une culture montre MDRO, le patient doit être isolé jusqu'à ce que le dossier soit approuvé par le CLIN (Comité de lutttes contre les infections Nosocomiales).

Transfert Intra Hospitalier des Malades Recommandations concernant les transports médicalisés intra-hospitaliers

1. Objectif :

- Contribuer à une sécurité optimale des patients transportés dans l'hôpital.
- Définir l'organisation des transports, leur déroulement, la surveillance, le matériel et les personnels nécessaires.
- Assurer la continuité de la chaîne des soins et de la surveillance au cours du transport.

2. Domaine d'application

Tous les départements de soins et les départements paramédicaux.

3. Abréviations:

ECG: électro cardiogramme

O2: oxygène

SaO2: saturation artérielle en oxygène

CSU: Cardia Surgery unit.

I.D.: Infirmière diplômée.

NIBP: tension artérielle

4. Responsabilité de vérification:

- Direction des soins
- Infirmières responsables
- Médecins réanimateurs
- Médecins Urgentistes

5. Equipements et matériel:

Le matériel nécessaire à la prise en charge du patient doit être à jour avec des révisions périodiques et testé au préalable et comporte:

- Une quantité d'oxygène en bouteille adaptée à la durée du transport;
- Un insufflateur manuel (Ambu avec un masque);
- Si le patient est ventilé artificiellement, un respirateur de transport automatique muni d'une alarme de débranchement;
- Un oxymètre de pouls;
- Un électrocardioscope de transport;
- Un tensiomètre manuel;
- Chariot de transfert avec barreaux, chaise roulante ou lit du malade;
- Seringue électrique selon besoin;
- Tout autre équipement nécessaire pour la surveillance du malade;
- De quoi poursuivre la réanimation (solutés, médicaments, pousse seringue électrique)
- Des médicaments spécifiques adaptés à la pathologie du patient;
- Une autonomie en énergie suffisante.

6. Politique:

- La décision de transfert est prise par le médecin responsable du service de départ en collaboration avec le médecin responsable du service d'accueil du malade.
- Tout transfert doit être effectué après stabilisation de l'état du patient.
- La famille du malade doit être informée du temps de transfert dès que possible.
- Le dossier médical accompagne le malade lors du transfert.
- La prise en charge du malade, lors du transfert, est effectuée par l'équipe du service de départ.
- Le malade n'est jamais laissé seul sur un chariot ou une chaise.

7. Procédures

7.1 Transfert du malade du CSU en Cardiologie:

La transmission et le transfert se fait par l'I.D. (infirmière diplômée) de l'unité des soins Intensifs qui doit veiller à l'installation du patient opéré dans son lit avec le moniteur et s'assurer de l'étanchéité du drain et la stabilité du malade.

- Préparer un lit avec moniteur fonctionnel (ECG, SaO2, NIBP), une source d'aspiration pour le drain thoracique et avertir la famille du transfert.
- Tête à 45° à la min.
- O2 en discontinue selon saturation.
- Signes Vitaux toutes les 4 heures, si diabétique faire HGT toutes les 6 heures (si hyperglycémie suivre le schéma d'insuline rapide), bilan entrée sortie (sonde urinaire), mesurer le liquide pleural toutes les 12 heures (si drain thoracique).
- Poids quotidien.
- Kinésithérapie 2 fois par jour.
- Mettre le malade au fauteuil 3 fois par jour.
- Spirométrie+++
- Régime alimentaire normal si toléré.
- Une tasse de café ou de thé le matin.

Consignes Générales :

- Ne pas laisser le malade forcer sur ses bras.
- Repos complet au lit en J1.
- En J2, avant le premier lever mettre le malade en position assise au bord du lit, de 10 à 15 minutes puis position debout avec le Kinésithérapeute.
- Ablation de la sonde urinaire en J2 – J3.
- Faire lever la jambe opérée en position assise au fauteuil.
- Ablation de la voie centrale en J3.
- Voir les plaies tous les jours.
- Ablation des électrodes en J4 ou J5, le malade doit rester au repos en position horizontale pendant 1 heure post ablation.
- Bilan sanguin et radiologique 1J/2 (lundi, mercredi et vendredi)
- ECG quotidien
- Si malade valvulaire, mis sous Sintrom, faire TP et INR quotidien

7.2 Transfert du malade des Urgences aux différents étages:

- Le malade est transporté par un membre de l'équipe des urgences.
- Les objets personnels de valeur sont livrés à la famille avant le transfert, si famille non disponible, ces objets restent avec le service des urgences en vu de les livrer plus tard.

- Le dossier du patient comportant une fiche de liaison des urgences doit escorter le malade lors de son transfert.
- Si nécessité d'examens complémentaire avant arrivée à l'étage, le personnel des urgences reste avec le malade jusqu'à l'arrivée du personnel d'accueil.
- Une transmission orale est impérative entre le service des urgences et l'étage et ceci avant d'effectuer le transfert.
- S'assurer de la disponibilité de la chambre du malade et de l'équipe de soin avant d'effectuer le transfert.

7.3 Transfert pour le motif de réalisation d'un examen complémentaire:

- Le transfert est effectué par un chariot, Chaise ou avec le lit du malade selon l'état du patient. L'équipe de transfert doit s'assurer, avant de quitter, de la continuité de la surveillance et des soins.
- La transmission inter équipes qui permet la prise de renseignement est primordiale pour confirmer: la durée de l'acte, heure de retour présumé, service d'accueil.
- Evaluer le risque de chute du patient avant son transfert, et signaler les mesures préventives nécessaires.

8.1 - Soins et surveillance au cours du transport

8.1.1 Avant et pendant le transport:

le médecin responsable du patient et celui organisant le transport évaluent l'état du patient, adaptent les soins en cours et les éléments de surveillance aux circonstances. Le patient est soumis à une surveillance constante et adaptée à son état. Elle porte sur:

- Des éléments cliniques permettant de détecter une détresse respiratoire, cardiovasculaire ou neurologique. (Glasgow Coma Scale, pupilles, apparition des convulsions...)
- Des éléments spécifiques qui peuvent être nécessités par l'affection, dont est atteint le patient ou par les thérapeutiques entreprises et poursuivies au cours du transport.
- Une surveillance continue des paramètres :
 - De la saturation artérielle en oxygène.
 - De l'électrocardiogramme par un scope portatif.
 - Des paramètres vitaux (FR, FC, TA)
 - Des éléments de soins :
 - Entretien des voies veineuses périphériques ou cathéters centraux
 - Se laver les mains.
 - Contrôler le débit de la perfusion.
 - S'assurer que la quantité du liquide est suffisante pour le temps de transfert sinon changer la poche.
 - S'assurer de la bonne fixation et la position du sac afin que le sang ne remonte pas dans les tubulures.

- Ne jamais clamber une perfusion au cours du transfert risque de la boucher ou de l'oublier clampée.
 - Surveillance des Sondes urinaires, ou gastriques
 - Vider le contenu des poches avant le transport.
 - Maintenir la sonde urinaire en haut de la cuisse par un sparadrap et la sonde gastrique au niveau du thorax, mais sans empêcher la mobilité du malade.
 - Ne jamais tordre le tuyau, entre les jambes du patient par exemple.
 - Surveiller la douleur si présente.
 - Lors du passage lit-brancard la sonde est clampée puis déclampée
 - Fixer les poches collectrices sut le coté du brancard à un niveau inférieur au malade.
 - Surveillance des attelles de fixation ou des tractions
 - Se laver les mains.
 - S'assurer de la bonne position des attelles de fixation (une attelle est placée sur un membre après exposition et inspection de ce membre.
 - S'assurer de la bonne position des membres en traction.
 - Surveillance de la sonde d'intubation
 - Se laver les mains
 - S'assurer de la bonne fixation et la bonne position de la sonde d'intubation
 - Vérifier que les bonbonnes d'O2 sont pleines
 - Respecter le débit d'O2 prescrit.
 - S'assurer de l'apport d'O2 par une bonbonne ou par un respirateur.
 - S'assurer des connections des tubes au respirateur.
 - Surveillances des pansements ou saignement.
 - Se laver les mains
 - S'assurer de la bonne fixation des drains.
 - Tout système de drainage doit être placé en déclive.
 - S'assurer de la propreté du pansement si nécessaire le changer avant le transfert.
 - Du monitoring au moment des différentes mobilisations du patient.
 - Du risque de chute du patient.
- 8.1.2 A l'arrivée dans l'unité qui reçoit le patient :
 Une fois le transport effectué, le patient est accueilli par le service. Il s'agit d'un temps de transmissions inter équipes qui permet la prise de renseignement.
 L'équipe de transport doit s'assurer que la continuité des soins et que la surveillance est respectée, et ceci avant de quitter le malade.

8.2 Composition de l'équipe de transport

- 8.2.1 L'équipe de transport comprend :
- Un ou deux brancardiers selon l'état du patient;

- Un médecin, lorsque l'état du patient l'autorise, celui-ci peut être confié à un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état.
 - d'hypovolémie.
 - Avoir un support de bonbonne à O2.
 - Permettre la mise en place d'un support de matériel nécessaire.
- 8.2.2 Le moyen de transport adapté à la sécurité du transfert doit :
- Etre équipé de barrières afin de limiter le risque de chute
 - Permettre une position semi assise afin de faciliter la respiration ou de déclive afin de pallier aux problèmes
- 9. Enregistrement:**
 Fiche de transmission selon les étages/ Fiche de transfert

Nom: Prénom:
 Nom du père: N° du dossier/Registre :
 Etablissement d'accueil :
 Contact Fait par : Avec :
 Accord Médical de transfert Accord Administratif Accord Malade/Famille
 Heure du transfert:
 Modalité de transfert:
 Croix Rouge Défense Civile Tierce personne
 Accompagné par (préciser le nom): Médecin Interne Infirmière
 Motif d'accueil:
 Etat d'accueil: Conscient Agité Comateux ACR
 TA: Pouls: T°: SatO2:
 Renseignements cliniques et évolution:

 Examens et soins effectués:
 Radiologiques
 Biologiques
 ECG
 Sondage: Gastrique Urinaire
 Drainage: Thoracique
 Sutures:
 Défibrillation Intubation Massage cardiaque
 Médications données:

 Motif de transfert:
 Etat à la sortie:
 TA: Pouls: T°: SatO2:
 Dossiers joints et autres documents:
 Date: Infirmière responsable:
 Signature: Heure:

Liste de diffusion

Département	Chef de Département	Date de réception	Signature