

Guide SAFEST :



101 Recommandations pour la sécurité des patients dans la période périopératoire française

Document disponible à l'adresse suivante :

*Arnal-Velasco D, Martinez-Nicolas I, Fabregas N, et al. **Perioperative Patient Safety Recommendations: a European consensus study.** Br J Anaesth. 2025 in press.*

Dans ce résumé, les pratiques standard SAFEST pour la sécurité des patients en période périopératoire sont signalées par des désignations indiquant leur niveau de recommandation. Pour les recommandations fortes, telles que « nous recommandons... » ou « les médecins devraient... », la pratique standard est accompagnée de la mention « recommandé ». Pour les recommandations faibles, telles que « nous suggérons... » ou « les médecins pourraient... », la mention « suggéré » est utilisée..

En outre :

- Les 10 recommandations les mieux notées en termes d'importance sont marquées par l'icône suivante : **I**
- Les 10 recommandations les mieux notées en termes d'importance par les représentants des patients sont marquées par l'icône : **P**
- Les 10 recommandations les mieux notées en termes de faisabilité sont marquées par l'icône suivante : **F**

PPSR ID	Français Langue technique	Langue française courante	SAFEST SoR
PPSR-001	<p>Une stratégie claire et explicite pour développer une culture de sécurité forte est mise en œuvre, comprenant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une reconnaissance que les erreurs sont humaines ; 2. Un engagement à discuter des erreurs et à en tirer des enseignements ; 3. Une identification proactive des menaces latentes ; 4. L'intégration d'un système non punitif, équitable et transparent pour signaler et analyser les événements indésirables ; 5. Une divulgation ouverte des événements indésirables aux patients. 	<p>Des méthodes et activités claires sont mises en place pour développer une culture de sécurité forte. Celles-ci peuvent inclure :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Reconnaître que les erreurs sont humaines, 2.Un engagement à en discuter et à en tirer des enseignements, 3.Identification proactive des dangers potentiels, et 4.Utilisation de systèmes non punitifs, équitables et transparents pour signaler et analyser les événements indésirables. 5.Les patients sont informés de tout dommage évitable. 	suggéré
PPSR-002	<p>Des registres, des enquêtes, des entretiens et d'autres outils proactifs sont mis en œuvre pour identifier et prévenir les situations à haut risque de blessures en période périopératoire.</p>	<p>L'hôpital utilise différentes méthodes pour identifier les situations dans lesquelles les patients sont fréquemment à haut risque avant, pendant et après la chirurgie. Cela inclut la tenue de dossiers, des questionnaires et d'autres méthodes pour prévenir les problèmes potentiels.</p>	suggéré



PPSR-003	Les professionnels de santé impliqués dans les soins périopératoires devraient bénéficier d'une formation multidisciplinaire initiale et régulière qui favorise la sécurité des patients, le travail d'équipe, une communication efficace, la transparence et les compétences en gestion des technologies.	Les professionnels de santé impliqués avant, pendant et après la chirurgie reçoivent une formation régulière dès le début. Cette formation inclut la manière de travailler ensemble pour assurer la sécurité des patients, comment communiquer et être ouverts les uns avec les autres, et comment utiliser correctement l'équipement.	suggéré
PPSR-004 	Tout au long du processus de soins, en particulier lors de l'admission et des phases de consentement éclairé, l'identité du patient est confirmée par la vérification de son nom complet, de sa date de naissance, de son numéro de dossier médical (ou autre identifiant unique) et de l'intervention prévue, en présence du patient, du tuteur légal ou du soignant.	Tout au long du processus de soins, en particulier lors de l'admission et des phases de consentement éclairé, l'identité des patients est confirmée en vérifiant leur nom complet, leur date de naissance, leur numéro de dossier médical (ou un autre identifiant unique) et l'intervention prévue avec le patient, son tuteur légal ou son soignant.	suggéré
PPSR-005	Les services périopératoires surveillent, planifient des améliorations et partagent en interne les principaux indicateurs de qualité pertinents pour leur activité afin de faciliter l'amélioration de la qualité.	Les départements impliqués dans la chirurgie disposent de mesures clés et partagent des données qui soutiennent l'amélioration de la qualité des soins.	suggéré
PPSR-006 	L'hôpital effectue des audits continus des processus de soins, de la conformité aux lignes directrices et des résultats, qui sont partagés avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.	L'hôpital vérifie régulièrement si les soins fournis suivent les directives et produisent de bons résultats pour les patients. Ils partagent ces résultats avec leur équipe.	recommandé
PPSR-007 	Une analyse régulière et systématique des plaintes graves, des incidents et des événements indésirables est effectuée afin d'en tirer des enseignements et de prévenir leur récurrence. Les patients participent également au processus et reçoivent des informations transparentes en temps opportun.	L'hôpital examine régulièrement et attentivement les plaintes, les accidents et les dommages évitables pour comprendre ce qui s'est passé et empêcher qu'ils ne se reproduisent. Les patients sont également impliqués dans l'identification des problèmes potentiels, et l'hôpital veille à leur fournir des mises à jour appropriées, en temps utile et de manière transparente, sur ce que l'hôpital fait pour résoudre le problème.	suggéré
PPSR-008	Des aides cognitives ou des manuels pour la gestion des scénarios de crise sont facilement accessibles.	Des outils de rappel ou des manuels sont disponibles en cas d'urgence.	suggéré



PPSR-009 	<p>Après un événement indésirable grave, les membres de l'équipe de soins impliqués devraient recevoir un soutien pratique et psychologique immédiat, selon les besoins, dans le cadre d'un programme de « seconde victime ». Ils devraient également être invités à participer à la conversation d'apprentissage dès que possible.</p>	<p>Lorsqu'un préjudice grave et inattendu survient dans les soins de santé, cela affecte également les membres de l'équipe soignante impliqués. Pour les aider à faire face, il est important de leur fournir un soutien immédiat, tant pratique qu'émotionnel (appelé "plan pour les secondes victimes"). Ils devraient également être invités dès que possible à discuter de ce qui s'est passé et à partager ce qu'ils ont appris de l'expérience.</p>	suggéré
PPSR-010	<p>L'hôpital a mis en place des procédures pour des réunions pluridisciplinaires sur la morbidité et la mortalité.</p>	<p>L'hôpital dispose d'un plan permettant au personnel clinique de se réunir et de discuter des cas de patients ayant souffert de complications ou de décès pendant leur prise en charge.</p>	suggéré
PPSR-011	<p>Les hôpitaux disposent d'une documentation approuvée déterminant des niveaux de dotation sécurisés pour les équipes chirurgicales, y compris des plans de contingence pour éviter les pénuries de personnel. Des examens annuels de la conformité aux normes sont effectués.</p>	<p>Les hôpitaux ont mis en place des plans pour déterminer combien de personnes devraient faire partie d'une équipe chirurgicale afin d'assurer la sécurité de tous. Ils disposent également de plans d'urgence au cas où l'équipe serait sous-effectuée. Le suivi de ces plans est vérifié chaque année.</p>	suggéré
PPSR-012	<p>Pour les interventions chirurgicales à haut risque, la prise en charge en salle d'opération doit être assurée par une équipe chirurgicale complète comprenant, au minimum, un anesthésiste consultant, un chirurgien consultant et une infirmière formée au bloc opératoire.</p>	<p>Pour les interventions chirurgicales ou les patients présentant un risque élevé de complications, une équipe chirurgicale complète est présente en salle d'opération. Cette équipe doit être composée au minimum d'un anesthésiste, d'un chirurgien et d'une infirmière formée au travail en bloc opératoire.</p>	suggéré
PPSR-013	<p>Dans chaque lieu où une anesthésie est administrée, un assistant en anesthésie spécialement formé (tel qu'une infirmière anesthésiste, un praticien de bloc opératoire ou un équivalent) est toujours disponible en cas de besoin, même si la procédure anesthésique est réalisée par un anesthésiste.</p>	<p>Dans chaque endroit où une anesthésie est administrée, il y a toujours une personne formée pour assister l'anesthésiste, comme une infirmière anesthésiste ou un technicien de bloc opératoire. Même si l'anesthésiste est directement responsable de l'anesthésie, un assistant est toujours présent.</p>	suggéré
PPSR-014	<p>Les unités de soins post-interventionnels, telles que les services de réanimation (ICU), les unités de soins post-anesthésiques (PACU) et les services postopératoires, disposent d'un nombre suffisant d'infirmiers formés à la gestion avancée de la douleur, ainsi que d'un soutien anesthésique et chirurgical</p>	<p>Les établissements de récupération (tels que les unités de soins intensifs, les unités de soins post-anesthésiques et les services postopératoires) doivent disposer de suffisamment de membres du personnel soignant, tels que des infirmiers spécialisés dans le traitement de la douleur, jusqu'à ce</p>	suggéré



	approprié, y compris des services spécialisés en médecine de la douleur, jusqu'à ce que les patients remplissent les critères de sortie convenus.	que le patient soit suffisamment rétabli pour quitter l'hôpital.	
PPSR-016	Un laboratoire sur site ou un diagnostic au point de service pour les gaz du sang, les électrolytes sériques, le temps de coagulation activé, l'analyse thromboélastographique et la fonction plaquettaire sont disponibles afin de permettre une prise en charge sécurisée des patients lors d'interventions chirurgicales à haut risque hémorragique en salle d'opération.	Il y a toujours un laboratoire à proximité pour tester rapidement le sang du patient en cas de saignement à haut risque pendant l'opération. Les tests peuvent inclure le diagnostic de différents niveaux chimiques dans le sang et l'efficacité de la coagulation du sang.	suggéré
PPSR-017 	Une liste de contrôle est utilisée pour vérifier quotidiennement l'équipement d'anesthésie. Les vérifications doivent inclure les fuites du circuit de la machine d'anesthésie ainsi que les dommages potentiels ou dysfonctionnements des dispositifs électriques.	Chaque jour, l'équipement d'anesthésie est vérifié à l'aide d'une liste de contrôle pour s'assurer du bon fonctionnement du circuit respiratoire et des composants électriques.	suggéré
PPSR-018 	Dans l'unité de soins post-anesthésiques (PACU), un minimum de matériel doit être disponible : 1.Installations pour le lavage des mains ; 2.Équipements et médicaments pour la gestion des voies respiratoires, ainsi qu'un matériel facilement accessible pour les voies respiratoires difficiles ; 3.Dispositifs pour la ventilation manuelle avec oxygène ; 4.Oxymétrie de pouls et capnographie ; 5.Surveillance hémodynamique de base ; 6.Un moyen de mesurer la température corporelle ; 7.Médicaments d'urgence et moyens de les administrer par voie intraveineuse ou inhalée ; 8.Accès immédiat à un défibrillateur.	L'unité de soins post-anesthésiques, où le patient se rétablit généralement juste après la chirurgie, est équipée de divers dispositifs et équipements pour surveiller et gérer les patients après la chirurgie. Cela comprend au minimum des installations pour le lavage des mains, des équipements pour la gestion des voies respiratoires et de la respiration du patient, des dispositifs pour surveiller l'activité cardiaque, la température et la pression artérielle, des médicaments qui pourraient être nécessaires en cas d'urgence, et un appareil qui peut aider à redémarrer le cœur en cas d'arrêt cardiaque.	suggéré
PPSR-019 	Le matériel médical est régulièrement inspecté et entretenu ; un plan de remplacement est établi et réalisé en temps opportun.	Le matériel médical est vérifié régulièrement et, si nécessaire, sera remplacé en temps voulu par du matériel neuf.	suggéré



PPSR-020	Avant l'intervention chirurgicale, l'équipe multidisciplinaire discute de la stratégie opératoire optimale pour les choix thérapeutiques complexes et les patients présentant des comorbidités sévères, en fonction de leur état clinique, de leurs comorbidités, du risque hémorragique et de l'expertise de l'équipe.	Avant l'opération, l'équipe de médecins et de professionnels de santé se réunit pour discuter de la meilleure approche chirurgicale pour les interventions complexes et les patients gravement malades. Cette décision est prise en tenant compte de toutes leurs conditions médicales, de leur état de santé actuel, de leur risque de saignement et de l'expertise de l'équipe.	suggéré
PPSR-021	Afin d'assurer une communication efficace et de minimiser les malentendus en salle d'opération, la communication verbale est standardisée entre les membres de l'équipe. Cela peut être réalisé en évitant les suppositions et en veillant à ce que tous les membres de l'équipe ferment explicitement les boucles de communication dans le cadre de la culture de communication.	Pour éviter toute confusion et erreur en salle d'opération, des techniques de communication explicites et efficaces sont utilisées entre les membres de l'équipe. Dans ce cadre, chacun doit reconnaître qu'il a compris ce qui a été dit.	suggéré
PPSR-022	Un processus visant à réduire les obstacles à une communication efficace est mis en place. Ceux-ci peuvent inclure des problèmes de conception des infrastructures, des conversations inutiles, le niveau sonore, des facteurs sociaux (par exemple, statut, hiérarchie), des distractions et des interruptions.	Un plan a été élaboré pour améliorer la communication. Cela inclut la suppression des obstacles, tels que la disposition de la pièce, les bruits forts, les conversations inutiles, les distractions et les interruptions.	suggéré
PPSR-023 	Un processus de transmission standardisé des informations sur les patients entre individus et équipes est mis en place.	Un plan a été mis en place pour s'assurer que chaque personne dispose de toutes les informations pertinentes sur un patient lorsque les soins sont transférés à une autre personne ou équipe.	Recommandé
PPSR-024 	LA liste de contrôle de sécurité chirurgicale de l'OMS adaptée localement, ou un équivalent (par exemple, SURPASS), est adoptée et utilisée par toute l'équipe chirurgicale en appliquant des outils d'aide-mémoire.	L'hôpital utilise une liste de contrôle de sécurité spécifique et des outils mnémotechniques pour les opérations chirurgicales afin de s'assurer que chaque membre de l'équipe chirurgicale se souvienne de ce qu'il faut faire pour garantir la sécurité des patients.	Recommandé



PPSR-025	Pour répondre aux préoccupations en matière de sécurité, tout membre de l'équipe périopératoire peut demander une pause de sécurité. Celle-ci implique l'identification du problème, la demande d'une pause et la communication de l'inquiétude, la résolution de l'événement grâce à une réponse de l'équipe, la discussion lors du processus de débriefing et l'identification des opportunités d'amélioration des soins aux patients.	Si quelqu'un de l'équipe périopératoire est préoccupé par la sécurité du patient, il/elle peut demander une 'pause sécurité'. Cela signifie qu'ils s'arrêtent et discutent de la situation avec toute l'équipe pour résoudre le problème avant de poursuivre l'opération. Après l'opération, ils parlent de ce qui s'est passé et comment ils peuvent améliorer les choses la prochaine fois.	suggéré
PPSR-026	Les données des patients et les informations cliniques doivent être continuellement documentées et mises à jour dans un format standardisé, soit sous forme manuscrite, soit sous forme électronique, et être disponibles pour de futures consultations.	Toutes les informations importantes sur la santé et les soins du patient sont écrites sur papier ou sur ordinateur de manière claire et compréhensible, et sont disponibles pour les soins futurs.	suggéré
PPSR-028	Les patients, leurs soignants et les membres de leur famille sont impliqués dans leur propre sécurité tout au long du processus de soins. Les patients reçoivent des informations et des conseils sur la manière d'assurer leur propre sécurité.	Les patients, leurs soignants et les membres de leur famille sont impliqués dans la garantie de leur propre sécurité tout au long du processus périopératoire. Les patients reçoivent des informations et des conseils pour assurer leur propre sécurité.	suggéré
PPSR-027 	Les patients et les aidants reçoivent des informations personnalisées, compréhensibles et complètes, à la fois verbales et écrites, lors de la sortie. Ces informations sont également transmises aux prestataires de soins de santé primaires et aux travailleurs sociaux communautaires afin d'assurer la continuité des soins, en mettant particulièrement l'accent sur les changements de médicaments et les prescriptions.	Lorsque les patients quittent l'hôpital, toutes les informations nécessaires leur sont fournies de manière claire et adaptée à leurs besoins individuels. Ces informations sont également communiquées aux autres prestataires de soins ainsi qu'aux services communautaires impliqués dans leur prise en charge. La partie la plus importante de ces informations concerne l'état actuel des médicaments du patient. Cela permet de garantir que toutes les personnes impliquées dans les soins du patient sont bien informées et peuvent continuer à assurer une prise en charge optimale.	Recommended
PPSR-029 	Les professionnels de santé et les patients ont le pouvoir de mettre en œuvre une approche de prise de décision partagée tout au long du processus de soins, en tenant compte des préférences des patients. Ce processus devrait inclure une discussion préopératoire sur les étapes clés et les	Les professionnels de santé et les patients sont encouragés à prendre des décisions partagées concernant le processus périopératoire, en fonction des préférences des patients et de l'équilibre entre les risques et les avantages, en veillant à ce que les	suggéré



	critères de sortie avec les patients, une discussion sur les risques et les bénéfiques, ainsi qu'une fourniture assurée d'informations complètes, compréhensibles pour les non-spécialistes et accessibles aux patients.	informations soient discutées, facilement comprises et accessibles aux patients.	
PPSR-030	Un numéro de téléphone disponible 24 heures sur 24 est mis à la disposition des patients pour toute consultation en cas de complications postopératoires. Un professionnel de santé est toujours disponible pour répondre à l'appel.	Il existe un numéro de téléphone que les patients peuvent appeler 24 heures sur 24 s'ils ont des problèmes ou des préoccupations après l'opération. Un professionnel de santé sera toujours disponible pour répondre et les aider.	suggéré
PPSR-032 P	Des échelles de risque chirurgical validées pour la morbidité et la mortalité sont utilisées et documentées. Les résultats sont partagés avec les patients afin de faciliter une prise de décision éclairée.	L'hôpital utilise des outils d'évaluation pour anticiper les complications pouvant survenir pendant l'opération. L'équipe soignante documente ces résultats et les partage avec les patients. Cela aide les patients et les médecins à prendre de meilleures décisions quant à l'opportunité d'une intervention chirurgicale.	suggéré
PPSR-031	Des systèmes basés sur des preuves sont utilisés pour identifier les patients chirurgicaux à haut risque nécessitant une évaluation préopératoire supplémentaire en fonction de : <ul style="list-style-type: none"> -L'âge ; -La comorbidité ; -Les antécédents médicamenteux et les allergies ; -Le type de chirurgie, y compris le risque de douleur post-opératoire sévère ; -La démence ou le dysfonctionnement cognitif ; -La fragilité ; -L'état nutritionnel (tous les patients subissant une chirurgie majeure bénéficient d'un dépistage nutritionnel afin d'améliorer toute malnutrition détectée avant l'opération) ; -Les facteurs liés au mode de vie ; -Les facteurs psychologiques ; -Le statut fonctionnel ; -La douleur chronique. 	L'hôpital dispose d'outils pour identifier les patients qui nécessiteront une attention particulière lors de l'évaluation préopératoire. Ils utilisent des informations sur l'âge, les problèmes de santé supplémentaires, les médicaments et allergies, le type d'intervention chirurgicale, l'état mental et psychologique, la force physique et l'état général, la nutrition ainsi que les habitudes de vie.	suggéré



PPSR-033	Les patients à haut risque sont identifiés par le chirurgien et bénéficient d'une priorité dans la planification de l'intervention chirurgicale. En cas de patients en état critique, une admission préopératoire est prévue afin de stabiliser et optimiser leur état si nécessaire.	Les personnes présentant un risque élevé de complications pendant une intervention chirurgicale sont identifiées par le chirurgien et reçoivent une priorité pour l'opération. Si une personne est très malade, elle peut être hospitalisée afin que sa condition soit stabilisée ou optimisée avant l'opération.	suggéré
PPSR-034 	Une évaluation précoce de tous les patients, soit en face-à-face, soit virtuellement, est réalisée avant l'anesthésie afin d'optimiser leur état. Dans les cas où une période significative s'est écoulée entre la préévaluation et la date de l'intervention chirurgicale, une réévaluation est effectuée.	Avant qu'une personne ne reçoive une anesthésie, une évaluation est effectuée en personne ou virtuellement pour vérifier son état de santé et s'assurer qu'elle est aussi en bonne santé que possible avant l'opération. Cette évaluation est réalisée le plus tôt possible et répétée si trop de temps s'est écoulé depuis le premier examen.	suggéré
PPSR-035	Des politiques ou directives préopératoires écrites sont établies, y compris, mais sans s'y limiter : -Optimisation et gestion des médicaments réguliers ; -Examens préopératoires et explorations complémentaires ; -Ordonnances préopératoires pour d'éventuelles transfusions sanguines ; -Programmes de jeûne préopératoire.	Des règles ou instructions écrites sont établies pour la période précédant une intervention chirurgicale. Ces règles incluent notamment la gestion des médicaments habituels du patient avant et après l'opération, les types de tests ou examens médicaux nécessaires avant la chirurgie, l'anticipation des besoins du patient en transfusion sanguine pendant l'intervention, ainsi que le moment où le patient doit arrêter de manger et de boire avant l'opération.	suggéré
PPSR-036	Une évaluation et un traitement préopératoires approfondis sont fournis si les chirurgies électives peuvent être retardées, dans certaines situations cliniques, notamment : syndrome coronarien aigu chez les patients prévus pour une chirurgie non cardiaque, AVC importants ou multiples et symptômes neurologiques sévères, infections en cours non liées à l'intervention prévue, thromboembolies veineuses en cours,	Si une personne doit subir une intervention chirurgicale planifiée mais présente certains problèmes de santé, la chirurgie pourrait être retardée. Le médecin effectuera une évaluation approfondie et décidera s'il est préférable d'attendre et de traiter d'abord ces problèmes de santé. Quelques exemples de problèmes de santé pouvant entraîner un retard de l'opération incluent les patients ayant récemment eu une crise cardiaque et nécessitant une chirurgie	Recommended



	anémie chez les patients subissant une chirurgie majeure et décompensation de pathologies chroniques.	non cardiaque, ayant subi un AVC sévère ou d'autres troubles neurologiques, une infection non liée à l'opération prévue, des caillots sanguins, une anémie (carence en fer), ou une maladie chronique (de longue durée) qui s'aggrave, nécessitant une intervention chirurgicale majeure.	
PPSR-037	Les facteurs de risque préopératoires tels que l'arrêt du tabac, la réduction du poids, le contrôle du diabète ou de l'anémie sont optimisés dans le cadre des soins primaires lorsque cela est possible.	Certains patients doivent améliorer leur état de santé avant une opération. Ils recevront de l'aide pour arrêter de fumer, perdre du poids ou mieux gérer leur diabète ou leur anémie. Si possible, cela sera principalement pris en charge par leur médecin généraliste.	suggéré
PPSR-038	Le besoin d'un accompagnement périopératoire par un membre de la famille, un traducteur ou un autre professionnel de santé est discuté et évalué lors de la visite préopératoire. La décision est basée sur les préférences du patient et la faisabilité.	Avant l'opération, l'équipe soignante discute avec les patients pour savoir s'ils souhaitent qu'une personne, comme un membre de leur famille, un traducteur ou un professionnel de santé, soit présente pendant l'opération et la convalescence. Les préférences du patient sont prises en compte ainsi que la possibilité d'avoir quelqu'un avec eux durant cette période.	suggéré
PPSR-039	 Les directives nationales ou internationales de récupération améliorée après chirurgie (Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, RAAC) sont adaptées localement aux soins préopératoires, peropératoires et postopératoires, régulièrement mises à jour et mises en œuvre dès que possible (dans certains cas avant le diagnostic confirmé), lorsque cela est approprié.	L'hôpital suit un ensemble de directives spéciales appelées Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, axées sur des soins optimaux avant, pendant et après la chirurgie. Ces directives sont adaptées localement et mises à jour régulièrement. Elles sont utilisées dès que possible, parfois même avant le diagnostic.	suggéré
PPSR-040	Le même niveau de soins périopératoires et de suivi est disponible pour tous les patients en chirurgie ambulatoire, quel que soit le type d'établissement de traitement.	Pour tous les patients ayant une chirurgie ambulatoire, le même niveau de soins opératoires et de suivi est disponible, quel que soit le type d'établissement médical qu'ils fréquentent.	suggéré



PPSR-041	Après une anesthésie générale ou neuraxiale, le patient est transporté en toute sécurité vers un lieu de récupération ou reste dans la salle d'opération jusqu'à ce qu'il soit rétabli.	Après l'intervention, les patients ayant reçu une anesthésie générale ou une anesthésie neuraxiale (c'est-à-dire une anesthésie injectée autour de la moelle épinière) sont transférés en toute sécurité dans une salle de réveil ou restent en salle d'opération jusqu'à leur réveil complet.	suggéré
PPSR-042	Les hôpitaux ont mis en place et mis à jour des protocoles, des formations et disposent des infrastructures nécessaires pour gérer les soins postopératoires et les complications fréquentes pour chaque type d'intervention chirurgicale.	L'hôpital a mis en place un plan pour gérer les soins et les résultats indésirables après la chirurgie. Ce plan comprend des formations, des installations et des protocoles mis à jour pour chaque type de chirurgie qu'ils pratiquent.	suggéré
PPSR-043	Le risque de complications respiratoires postopératoires est évalué et documenté en période préopératoire, et une stratégie spécifique pour prévenir ces complications est mise en place, incluant la physiothérapie préopératoire.	Avant l'opération, le risque de problèmes respiratoires après l'intervention est évalué, consigné par écrit et un plan est mis en place pour les prévenir. L'une des façons de prévenir ces problèmes est la kynésithérapie avant l'opération.	suggéré
PPSR-044	Si le patient subit une chirurgie ambulatoire sous anesthésie générale ou régionale, il ne sera admis à sortir qu'après avoir subi une évaluation approfondie pour s'assurer qu'il remplit les critères de sortie. Un plan de suivi sera fourni, et un adulte responsable doit être disponible pour offrir un soutien pendant les 24 premières heures suivant la sortie.	Lorsque des patients subissent une intervention chirurgicale sous certains types d'anesthésie en journée et n'ont pas besoin de passer la nuit à l'hôpital, leur état de santé est évalué pour s'assurer qu'ils peuvent rentrer chez eux. Avant leur départ, un plan de soins leur est remis, et une personne doit rester avec eux pendant les 24 heures suivant leur sortie afin de s'assurer qu'ils vont bien.	suggéré





<p>PPSR-045</p> <p>P</p>	<p>Les services de soins critiques sont facilement accessibles et englobent une série de mesures, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'utilisation d'un système de suivi et d'alerte pour identifier les patients à risque ; -Référence rapide à des experts adéquatement équipés ; -Transfert rapide en unité de soins intensifs si nécessaire ; -Facilitation de la sortie et de la rééducation des patients provenant des unités de soins critiques. 	<p>Il existe des services spécialisés appelés « services d'assistance en soins intensifs », disponibles en permanence. Ceux-ci incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'identification des patients à risque d'aggravation sévère grâce à un système d'alerte précoce. - Une connexion rapide avec des experts disposant de l'équipement adéquat, si nécessaire. - Le transfert rapide des patients vers l'unité de soins intensifs en cas de besoin. - L'accompagnement vers une amélioration physique et une récupération générale afin que les patients puissent quitter l'unité de soins intensifs en toute sécurité dès que possible. 	<p>suggéré</p>
<p>PPSR-046</p>	<p>La continuité des soins est assurée par des protocoles établis concernant les accords avec des prestataires de soins spécialisés externes essentiels, notamment des pharmaciens cliniciens, des diététiciens, des infirmiers itinérants, des kinésithérapeutes, ainsi que des services de soins mentaux et sociaux.</p>	<p>Un plan clair est mis en place pour assurer la continuité des soins en permettant l'envoi des patients vers des professionnels de santé extérieurs à l'hôpital, tels que des pharmaciens, des diététiciens, des infirmiers spécialisés, des physiothérapeutes, des professionnels de la santé mentale et des travailleurs sociaux.</p>	<p>suggéré</p>
<p>PPSR-047</p> <p>P</p>	<p>Le programme de réhabilitation est adapté aux besoins et caractéristiques individuels de chaque patient, avec une attention particulière accordée à la physiothérapie respiratoire si nécessaire.</p>	<p>Lorsqu'un patient se remet d'une blessure ou d'une maladie, son plan de rééducation est conçu pour répondre à ses besoins spécifiques. Cela inclut la mise en place d'une physiothérapie respiratoire si nécessaire afin d'améliorer la respiration.</p>	<p>Recommandé</p>
<p>PPSR-048</p>	<p>Des protocoles sont mis en place pour assurer une gestion fiable des médicaments, y compris la documentation précise de l'historique médicamenteux à l'admission, les médicaments des patients utilisés pendant l'hospitalisation, les ressources technologiques (codage-barres, prescriptions informatisées, automatisation de la pharmacie, etc.), la révision et la gestion des stocks, l'approvisionnement, le contrôle des dates d'expiration et l'accès à un personnel pharmaceutique formé pour</p>	<p>Des protocoles sont mis en œuvre pour garantir la gestion sûre et sécurisée des médicaments. Ces protocoles incluent la tenue d'un registre précis des médicaments utilisés par le patient pendant son séjour à l'hôpital, l'utilisation de technologies telles que des codes-barres et des ordonnances informatisées pour aider à la gestion des médicaments, la vérification des dates d'expiration et la disponibilité de personnel pharmaceutique formé pour gérer les pénuries de médicaments. Les médicaments sont stockés de manière à prioriser la sécurité. Il existe des bacs séparés ou des diviseurs</p>	<p>Recommandé</p>





	<p>gérer toute pénurie de médicaments.</p> <p>Le stockage des médicaments est organisé en suivant des considérations de sécurité :</p> <p>Séparation des médicaments par nom générique et emballage ; Séparation des médicaments à haut risque avec une segmentation systématique des médicaments pour l'anesthésie générale et l'anesthésie neuraxiale / blocs périphériques ; Fourniture de bacs séparés ou de diviseurs appropriés pour tous les médicaments ; Étiquetage des compartiments de stockage ; Utilisation de lettrage de Grande Taille ; Utilisation à la fois des noms génériques et des noms de marque ; Positionnement des contenants de manière à ce que les étiquettes soient visibles ; Éviter un stockage strictement alphabétique.</p>	<p>pour les médicaments ; les compartiments de stockage sont étiquetés avec des lettres de Grande Taille et les médicaments ne sont pas simplement stockés par ordre alphabétique. Les médicaments à haut risque sont également séparés des autres médicaments.</p>	
<p>PPSR-049</p> <p></p>	<p>Tout le personnel impliqué dans la prescription, la dispensation, la préparation, l'administration et la surveillance des médicaments est formé de manière appropriée et, si nécessaire, supervisé.</p>	<p>Tous les membres de l'équipe de soins de santé impliqués dans les traitements médicamenteux reçoivent la formation appropriée et la supervision nécessaire.</p>	<p>suggéré</p>
<p>PPSR-050</p> <p></p>	<p>Assurer l'administration des médicaments selon les principes de sécurité suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les ordres verbaux sont minimisés et standardisés ; 2. Les allergies et les interactions potentielles sont vérifiées ; l'administration est documentée ; 3. L'identification du patient, la dose du médicament, la voie et le moment d'administration, la concentration et le réglage de la pompe à perfusion (si utilisée) sont vérifiés. 	<p>La sécurité de l'administration des médicaments doit être assurée en évitant, si possible, les ordres verbaux. Si des ordres verbaux sont donnés, le langage doit être clair. Les allergies du patient et les interactions médicamenteuses doivent être vérifiées, et l'administration doit être notée. L'identification du patient, la dose du médicament, le moment de l'administration, la concentration et la méthode d'administration doivent être vérifiés. Si le patient utilise une pompe à perfusion, cela doit également être vérifié.</p>	<p>suggéré</p>



PPSR-051	Des médicaments pré-préparés sont utilisés, tels que des seringues pré-remplies contenant des médicaments d'urgence couramment utilisés, des ampoules stériles ou des sacs pré-préparés (c'est-à-dire un anesthésique local à faible dose mélangé à des solutions opioïdes pour l'analgésie régionale). Si ces solutions ne sont pas disponibles, des concentrations standardisées établies par l'hôpital sont utilisées.	L'hôpital utilise des médicaments pré-préparés comme des seringues pré-remplies avec des médicaments d'urgence ou des sacs pré-préparés contenant un mélange de médicaments pour le soulagement de la douleur. L'hôpital utilise également des ampoules stériles, qui sont de petits contenants scellés avec des médicaments à l'intérieur. Si ces médicaments pré-préparés ne sont pas disponibles, l'hôpital utilise des solutions préparées sur place selon un protocole.	suggéré
PPSR-052 	Les médicaments contenus dans les perfusions et les seringues sont étiquetés et codés par couleur selon le schéma recommandé en anesthésie. Les préparations composées en dehors du champ stérile sont clairement étiquetées avec les informations d'identification du patient, les noms et quantités de tous les ingrédients, le nom ou les initiales de la personne ayant préparé le mélange, la date de préparation ainsi que la date et l'heure de péremption.	Les médicaments administrés par perfusion ou injection sont étiquetés avec des informations claires concernant l'identification du patient, le nom du médicament, les quantités de tous les ingrédients et la personne qui l'a préparé. Les étiquettes incluent également la date de préparation et la date d'expiration. La couleur de l'étiquette suit un schéma standardisé qui aide les anesthésistes à identifier facilement les différents médicaments.	suggéré
PPSR-053 	Les médicaments aux noms similaires et à l'apparence semblable (sound-alike et look-alike) sont évités autant que possible et stockés séparément de manière systématique.	Les médicaments ayant des noms ou des apparences similaires sont évités lorsque cela est possible et sont stockés séparément.	suggéré
PPSR-054 	Les flacons unidoses / à usage unique ou les dispositifs de distribution sont utilisés pour un seul patient, et les médicaments ouverts ou préparés non utilisés sont éliminés à la fin des procédures.	Les contenants de médicaments à usage unique sont utilisés uniquement pour un patient, et tous les médicaments non utilisés ou restants d'un contenant ouvert sont jetés après l'intervention.	suggéré



PPSR-055	Des connexions spécifiques NR-Fit (ISO 80369-6) sont utilisées chaque fois que des perfusions et des bolus neuraxiaux sont effectués, au lieu des connecteurs Luer intraveineux.	Lorsque les professionnels de santé administrent des médicaments directement dans la moelle épinière, ils utilisent des connexions spéciales appelées NR-Fit (ISO 80369-6). Ces connexions NR-Fit sont spécifiquement conçues pour ce type de procédure et sont plus sûres, réduisant ainsi le risque de mauvaises connexions et d'administration accidentelle de médicaments par une mauvaise voie.	suggéré
PPSR-056	Une stratégie de gestion du sang du patient est en place à l'hôpital. Elle comprend l'identification des interventions présentant un risque modéré à élevé de saignement avant la chirurgie, l'utilisation de mesures multidisciplinaires préopératoires et périopératoires pour conserver autant que possible le sang du patient, ainsi que la mise en œuvre d'une politique transfusionnelle restrictive basée sur l'état clinique du patient plutôt que sur un seuil fixe d'hémoglobine.	L'hôpital dispose d'un programme appelé Gestion du Sang des Patients, visant à identifier les procédures à risque modéré à élevé de saignement avant l'intervention chirurgicale. Une équipe de spécialistes travaille ensemble pour utiliser les méthodes disponibles afin de conserver le sang avant et pendant l'opération. Les transfusions sanguines ne sont administrées que si nécessaire, en fonction de l'état clinique du patient, plutôt que de se fier uniquement à un taux spécifique d'hémoglobine.	Recommandé
PPSR-057 	Les protocoles suivants sont mis en œuvre pour tous les patients recevant une transfusion de sang et de produits sanguins : 1. Identification du patient ; 2. Vérification en double du groupe sanguin ; 3. Moment et lieu de la transfusion ; 4. Vérification de l'équipement ; 5. Procédures administratives pour les matériaux, les produits sanguins et les médicaments ; 6. Surveillance du patient ; 7. Documentation du processus garantissant la traçabilité de la transfusion ; 8. Signalement des problèmes liés à la transfusion ; 9. Le transport et la distribution du sang et des composants sanguins à toutes les étapes de la chaîne de transfusion doivent être effectués dans des conditions garantissant l'intégrité du produit.	Lorsqu'un patient reçoit une transfusion sanguine, certains protocoles doivent être suivis. Ces protocoles comprennent : 1. Vérification de l'identité du patient et du groupe sanguin 2. S'assurer que l'équipement est correct et que le moment et le lieu de la transfusion sont appropriés. 3. Procédures administratives pour la gestion des matériaux, des produits sanguins et des médicaments. 4. Le patient doit être étroitement surveillé pendant la transfusion. 5. Le processus doit être correctement documenté pour garantir que tout est traçable. 6. Tout problème survenant pendant la transfusion doit également être signalé. 7. Le sang et les composants sanguins doivent être transportés et distribués de manière à les préserver et maintenir leur intégrité.	suggéré



PPSR-058	Un protocole multidisciplinaire de transfusion massive est adapté localement et mis en œuvre afin de permettre une intervention rapide et efficace, ainsi que la réduction des effets de l'hypovolémie et de la coagulopathie.	L'hôpital dispose d'un plan appelé « protocole multidisciplinaire de transfusion massive » pour aider les patients ayant perdu beaucoup de sang. Ce plan aide les médecins et les infirmiers à agir rapidement et permet d'administrer le traitement approprié pour arrêter l'hémorragie. Ce protocole doit être adapté à l'établissement concerné.	suggéré
PPSR-059	Une cartographie du sol de la salle d'opération est définie afin de faciliter la logistique sécurisée et la stérilité chirurgicale, en divisant l'espace en quatre zones : champ stérile, voie de circulation, zone d'équipement mobile et zone d'anesthésie.	La salle d'opération est divisée en quatre zones pour rendre les chirurgies plus sûres. Ces zones sont le champ stérile (où la chirurgie est effectuée), le chemin pour les déplacements des personnes, la zone pour les équipements mobiles et la zone pour l'anesthésiste. Cela améliore la stérilité et la sécurité pendant l'opération.	suggéré
PPSR-060 	Les zones chirurgicales sont protégées contre la contamination environnementale due aux rénovations ou à d'autres travaux d'infrastructure.	Les zones chirurgicales sont protégées contre la contamination environnementale due aux rénovations ou à d'autres travaux d'infrastructure.	suggéré
PPSR-061	Pour prévenir les infections du site opératoire (ISO), l'équipe périopératoire met en place un protocole structuré associant des mesures aseptiques et antibiotiques. Cela inclut l'administration d'un antibiotique systémique dans les 60 minutes précédant l'incision lors des chirurgies à haut risque d'ISO, ainsi que l'utilisation d'une solution de chlorhexidine alcoolique pour la préparation cutanée. Pendant l'intervention, l'équipe prend en compte la demi-vie de l'antibiotique et peut administrer une seconde dose, mais elle évite de prolonger son utilisation après la fin de l'opération.	Pour prévenir les infections pendant l'opération, l'équipe périopératoire suit un plan précis. En cas de risque élevé d'infection, le patient reçoit un antibiotique dans l'heure précédant l'intervention pour réduire le risque d'infection, et sa peau est nettoyée avec une solution alcoolique spéciale. Pendant l'opération, une autre dose d'antibiotique peut être administrée au patient, mais son administration est arrêtée une fois l'intervention terminée.	Recommandé
PPSR-062 	Tous les membres de l'équipe périopératoire effectuent une hygiène des mains à chaque étape indiquée, conformément aux recommandations standard. Avant de revêtir la blouse stérile et les gants, la préparation chirurgicale des mains est réalisée en les frottant avec un savon antiseptique approprié et de l'eau, ou avec une solution hydroalcoolique adaptée.	Tous les membres de l'équipe périopératoire se lavent les mains en suivant des directives spécifiques afin de prévenir la propagation des infections. Avant de mettre des vêtements et des gants stériles, ils se lavent les mains avec du savon et de l'eau ou utilisent un désinfectant pour les mains à base d'alcool.	suggéré



PPSR-063	La glycémie périopératoire est surveillée chez les patients diabétiques et non diabétiques subissant une intervention chirurgicale, car une élévation de la glycémie peut augmenter le risque d'infection chirurgicale. Si nécessaire, l'hyperglycémie est traitée avec l'objectif d'atteindre des valeurs inférieures à 150-180 mg/dL (8,33-10 mM).	Le taux de glycémie est contrôlé chez les patients diabétiques et non diabétiques avant, pendant et après l'opération. Si les niveaux sont trop élevés, le patient reçoit un traitement afin de réduire le risque d'infection après l'intervention. L'objectif est de maintenir la glycémie dans une plage recommandée.	Recommandé
PPSR-064	Pour minimiser le risque d'infection, les gants stériles sont changés après le drapage et avant de manipuler les implants. De plus, les gants sont changés en cas de perforation macroscopique.	Pour prévenir les infections pendant l'intervention chirurgicale, l'équipe médicale change ses gants stériles lorsqu'elle doit manipuler des implants ou si les gants présentent un trou visible.	suggéré
PPSR-065	Avant de refermer les plaies lors de chirurgies classées comme propre-contaminées, contaminées ou sales, un plateau de fermeture stérile séparé est utilisé.	Lorsque l'intervention chirurgicale présente un risque accru d'infection parce que la zone ou la partie du corps concernée ne peut pas être considérée comme stérile, un ensemble d'outils distinct est utilisé pour fermer la plaie une fois l'opération terminée. Cela permet de réduire le risque d'infection.	suggéré
PPSR-066 I P F	Un nettoyage approfondi est effectué dans la salle d'opération après une chirurgie contaminée et avant toute autre intervention chirurgicale, défini par des normes nationales ou internationales adaptées localement.	Après une intervention chirurgicale impliquant des bactéries potentiellement dangereuses ou d'autres germes, la salle d'opération est soigneusement nettoyée avant toute autre opération. Le processus de nettoyage suit des règles spécifiques établies par les autorités locales ou nationales.	suggéré
PPSR-067 F	Des techniques d'asepsie strictes, telles que la désinfection des mains, ainsi que des précautions barrières, y compris l'utilisation de blouses stériles, de gants, de coiffes, de masques couvrant à la fois la bouche et le nez, de champs opératoires couvrant entièrement le patient et de protections oculaires, sont appliquées lors de la pose d'un cathéter veineux central afin de prévenir les infections.	Un « cathéter veineux central » est un tube long et fin inséré dans une grosse veine du corps, généralement au niveau du cou, de la poitrine ou de l'aîne. Lorsqu'un médecin place un cathéter veineux central, il utilise des techniques très strictes d'asepsie, comme le lavage des mains et le port de vêtements de protection spéciaux, tels que des gants, une blouse, un masque et une protection oculaire, afin d'empêcher les germes de pénétrer dans le corps du patient et de provoquer une infection.	suggéré



PPSR-068	Les cathéters vasculaires périphériques sont canulés dans des conditions aseptiques, et les signes de phlébite sont évalués quotidiennement.	Un « cathéter vasculaire périphérique » est un tube fin et flexible inséré dans une veine du bras, de la main ou du pied. Les cathéters veineux périphériques sont posés avec beaucoup de précaution, en suivant des directives strictes d'asepsie. Le site d'insertion du cathéter est contrôlé quotidiennement pour détecter tout signe d'inflammation.	suggéré
PPSR-069	Les cathéters urinaires ne sont pas utilisés de manière systématique. S'ils sont nécessaires, ils doivent être posés et manipulés dans des conditions aseptiques.	Un « cathéter urinaire » est un tube fin et flexible inséré dans la vessie par l'urètre (le tube qui évacue l'urine du corps) afin de drainer l'urine. Les cathéters urinaires ne sont utilisés que lorsqu'ils sont nécessaires. Lorsqu'ils sont utilisés, les médecins et les infirmiers veillent à ce que tout soit propre et stérile pour prévenir les infections.	suggéré
PPSR-070	Les indications cliniques des dispositifs invasifs, tels que les lignes veineuses centrales, les lignes périphériques, les cathéters, les sondes nasogastriques et les drains, sont évaluées quotidiennement afin de s'assurer qu'ils sont retirés rapidement lorsqu'ils ne sont plus nécessaires.	Chaque jour, l'équipe soignante vérifie si les dispositifs médicaux (comme les tubes ou les cathéters) présents dans le corps du patient sont toujours nécessaires. S'ils ne le sont plus, ils sont retirés immédiatement.	Recommandé
PPSR-071	Lorsque cela est possible, la chirurgie est réalisée en utilisant des techniques minimalement invasives pour minimiser la taille de l'incision et réduire le risque de complications.	Lorsque l'intervention chirurgicale présente un risque accru d'infection parce que la zone ou la partie du corps concernée ne peut pas être considérée comme stérile, un ensemble d'instruments distinct est utilisé pour fermer la plaie une fois l'opération terminée. Cela réduit le risque d'infection.	Recommandé
PPSR-072	Les paramètres d'alarme sont définis spécifiquement pour chaque patient et chaque procédure.	Les alarmes sont personnalisées pour chaque patient, en fonction de ses besoins spécifiques et du type de chirurgie. Elles aident l'équipe soignante à surveiller les signes vitaux du patient et à s'assurer que l'intervention se déroule sans problème.	suggéré
PPSR-073	La profondeur de l'anesthésie est surveillée et maintenue dans les limites recommandées pour prévenir l'éveil peropératoire et le delirium postopératoire, en particulier lors de l'utilisation de l'anesthésie intraveineuse totale ou de la bloc neuromusculaire.	Pendant l'opération, les professionnels de santé surveillent étroitement le niveau d'anesthésie du patient dans les limites recommandées. Cela permet de s'assurer que le patient ne se réveille pas pendant l'intervention et qu'il ne devienne pas confus ou agité par la suite.	Recommended





PPSR-074	Pendant l'anesthésie générale, une stratégie de ventilation protectrice est mise en place, comprenant un volume courant de 6-8 ml/kg du poids idéal, une utilisation individualisée de la pression positive de fin d'expiration (PEEP), généralement réglée à plus de 5 cm H ₂ O, et l'application de manoeuvres de recrutement.	Pendant l'anesthésie générale, une stratégie de ventilation protectrice est utilisée pour assurer la sécurité des poumons du patient. Cela comprend l'administration d'une quantité précise d'air à chaque respiration, le maintien d'une pression d'air dans les voies respiratoires à la fin de chaque respiration et la réalisation de certaines manoeuvres (appelées manoeuvres de recrutement) pour maintenir le bon fonctionnement des poumons.	suggéré
PPSR-075	Surveillez et maintenez la pression d'insufflation pendant la laparoscopie au niveau le plus bas nécessaire pour le pneumopéritoine, en suivant les instructions du chirurgien principal. Les limites de pression standard pour la laparoscopie généralement recommandées sont de 12-15 mmHg pour la pression du pneumopéritoine, et de 8-12 mmHg pour la pression intra-abdominale pendant la chirurgie. Cependant, ces limites de pression peuvent varier en fonction de l'état du patient et du type de chirurgie réalisée, et peuvent nécessiter des ajustements par le chirurgien ou l'anesthésiste.	Lors d'une laparoscopie, une procédure permettant d'examiner et d'effectuer une intervention chirurgicale à l'intérieur de l'abdomen à l'aide d'une caméra télescopique insérée par une petite incision dans la peau, la quantité d'air insufflée dans l'abdomen est contrôlée et maintenue au niveau le plus bas possible, tout en garantissant une bonne visibilité et un espace de travail suffisant. Cela dépend de l'état du patient et du type de chirurgie.	Recommandé
PPSR-076	Le dantrolène est accessible dans les 10 minutes suivant les premiers signes d'hyperthermie maligne (HM).	Il est essentiel que le médicament Dantrolène soit disponible dans les 10 minutes suivant les premiers signes d'une affection grave appelée hyperthermie maligne (une réaction sévère à l'anesthésie). Cela permet un traitement rapide et aide à prévenir des complications graves.	suggéré
PPSR-077	Des stratégies chirurgicales et anesthésiques peropératoires sont utilisées pour réduire l'incidence du syndrome d'implantation du ciment osseux.	Lors des chirurgies orthopédiques impliquant l'utilisation de ciment osseux, il existe un risque de syndrome d'implantation du ciment osseux. Pour réduire ce risque, les équipes chirurgicales prennent diverses mesures pendant l'intervention.	suggéré
PPSR-078	Les procédures suivantes sont établies pour la prévention des objets chirurgicaux retenus : 1.Procédures où aucun comptage ou un comptage réduit est nécessaire ; 2.Quels éléments doivent être comptés ; 3.Ordre et regroupement du comptage ; 4.Moment où les comptages doivent être effectués ; 5.Minimiser le bruit, les distractions et les	L'hôpital a mis en place certaines règles pour s'assurer que rien n'est laissé dans le corps d'une personne après une opération (par exemple, en comptant les matériaux et les instruments utilisés). Ces règles incluent : 1.Déterminer quand il est acceptable de ne pas faire de comptage. 2.Définir quels instruments doivent être comptés. 3.L'ordre et le regroupement du comptage. 4.Déterminer à quel moment effectuer le	suggéré



	<p>interruptions pendant le comptage ;</p> <p>6.Actions à entreprendre en cas d'incohérence dans le comptage ;</p> <p>7.Utilisation du dépistage radiographique et/ou d'autres technologies ;</p> <p>8.Signalement des problèmes.</p>	<p>comptage des instruments.</p> <p>5.Essayer de maintenir un environnement calme et sans interruptions pendant le comptage des instruments chirurgicaux.</p> <p>6.Définir la procédure à suivre si le comptage ne correspond pas.</p> <p>7.Utiliser des radiographies ou d'autres outils pour s'assurer que rien n'est resté dans le corps du patient.</p> <p>8.Signaler tout problème.</p>	
PPSR-079	<p>Pour prévenir la faiblesse résiduelle et réduire les complications respiratoires, l'inversion du bloc neuromusculaire doit être vérifiée en obtenant un rapport Train-of-Four (TOF) supérieur ou égal à 0,9 dans le muscle adducteur du pouce avant l'extubation lors du réveil anesthésique.</p>	<p>Lorsqu'un patient reçoit un médicament pour paralyser ses muscles pendant une opération, il est essentiel de s'assurer que ses effets se dissipent avant de retirer le tube respiratoire. Les professionnels de santé vérifient cela à l'aide d'une stimulation électrique appelée ratio Train-of-Four (TOF), qui mesure l'activité musculaire. Le ratio TOF doit être de 0,9 ou plus, ce qui indique que les muscles commencent à fonctionner normalement à nouveau. Cela est crucial, car si le patient est encore partiellement paralysé au moment du retrait du tube respiratoire, il pourrait avoir des difficultés à respirer seul et développer des complications.</p>	Recommandé
PPSR-080	<p>L'hôpital a établi et mis en œuvre des protocoles pour les patients à haut risque (par exemple, en cas d'obésité, de voies respiratoires difficiles ou de diabète sucré) ou ayant des besoins supplémentaires. Ces protocoles incluent une paternité clairement définie, une date de révision et de publication, ainsi qu'une supervision par les politiques gouvernementales.</p>	<p>L'hôpital dispose de protocoles spécifiques pour les patients à risque élevé (par exemple, les patients souffrant d'obésité, de voies respiratoires difficiles ou de diabète sucré) ou nécessitant une attention particulière. Ces protocoles comprennent des informations sur les auteurs des protocoles, la date de leur création, les dates prévues pour leur révision et les politiques de surveillance.</p>	suggéré
PPSR-081	<p>Les patients présentant une fracture de la hanche bénéficient d'un traitement chirurgical dès que possible, ou dans un délai de 36 heures après l'admission en l'absence de contre-indication.</p>	<p>Si quelqu'un se casse la hanche, il subit une opération dès que possible, idéalement dans les 36 heures suivant son admission à l'hôpital.</p>	suggéré
PPSR-082	<p>Des systèmes de surveillance et d'alerte doivent être mis en place afin de notifier rapidement aux personnels responsables la détérioration de l'état d'un patient en attente de chirurgie.</p>	<p>Il devrait y avoir un système permettant d'informer immédiatement le personnel hospitalier responsable si l'état d'un patient en attente d'une intervention chirurgicale se détériore soudainement.</p>	Recommandé



PPSR-083	Un dépistage de la dépression est réalisé chez les patients âgés et à risque pendant les périodes préopératoire et postopératoire.	Pendant les périodes précédant et suivant l'opération, l'équipe soignante vérifie si les patients âgés et ceux à risque de dépression présentent des signes de dépression.	suggéré
PPSR-084 	La prise en charge périopératoire des patients fragiles implique une coordination multidisciplinaire, comprenant : 1.Services de thérapie (physique, nutritionnelle, neuropsychologique) ; 2.Services sociaux ; 3.Équipes de sortie ; 4.Médecins ou gériatres spécialistes de la fragilité.	Une équipe composée de différents experts travaille ensemble pour prendre en charge les patients fragiles (c'est-à-dire en état de faiblesse, de vulnérabilité et présentant une diminution des capacités physiques et/ou mentales) avant, pendant et après l'opération. Cette équipe comprend des thérapeutes, des travailleurs sociaux et des médecins ayant une expérience des patients fragiles.	suggéré
PPSR-085	La gestion de l'antiplaquettaire en période périopératoire est fondée sur le risque thrombotique du patient, le risque hémorragique de la procédure et s'appuie sur les recommandations mises à jour.	Les médicaments anticoagulants, qui préviennent la formation de caillots sanguins, sont gérés avant, pendant et après l'opération en fonction du risque de coagulation et de saignement du patient pendant l'intervention. L'équipe soignante suit des recommandations actualisées pour guider ses décisions.	suggéré
PPSR-086	Afin de minimiser le risque d'aspiration pulmonaire pendant l'intervention chirurgicale, il est recommandé aux patients de suivre les directives de jeûne préconisées pour les liquides clairs et d'observer un minimum de six heures de jeûne pour l'ingestion d'aliments solides avant l'intervention. Toutefois, des exceptions peuvent exister en fonction de l'état médical spécifique du patient et du type de chirurgie réalisée.	Pour réduire le risque d'inhalation accidentelle de nourriture ou de liquides pendant l'opération, il est conseillé aux patients d'éviter de consommer des aliments solides dans les six heures précédant l'intervention. Cependant, ils sont autorisés à boire des liquides clairs jusqu'à quelques heures avant l'opération. Des exceptions peuvent toutefois s'appliquer en fonction de l'état de santé du patient et du type de chirurgie. Il est donc important que les patients discutent avec leur professionnel de santé s'ils ont des questions ou des préoccupations concernant le jeûne avant leur opération.	suggéré
PPSR-087 	L'hôpital prend des précautions pour prévenir les incendies en identifiant les dangers potentiels, y compris les équipements électriques. Des pratiques de communication sécurisées, des mesures de prévention, des plans d'évacuation et des stratégies pour supprimer les incendies sont établis. Lors des interventions chirurgicales qui impliquent les voies respiratoires du patient et un système d'approvisionnement en gaz, telles que celles au-dessus du xiphœide, des mesures spéciales sont prises pour	Pour prévenir les incendies lors des interventions chirurgicales, l'équipe soignante identifie les risques potentiels d'incendie, y compris les équipements électriques, et établit des protocoles de communication, de prévention, de suppression et d'évacuation sécurisés. Lorsque l'intervention concerne les voies respiratoires du patient et un système de distribution de gaz, l'hôpital prend certaines mesures pour prévenir les incendies : - Le chirurgien informe le professionnel de l'anesthésie avant d'utiliser tout équipement pouvant provoquer une étincelle dans la région du visage, de la tête ou du cou.	Recommandé



	<p>prévenir les incendies :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le chirurgien informe le professionnel de l'anesthésie avant d'utiliser des sources d'ignition près du visage, de la tête ou du cou. -Le professionnel de l'anesthésie réduit l'apport en oxygène au minimum nécessaire pour éviter l'hypoxie, confirme qu'il est sûr d'activer la source d'ignition après avoir attendu quelques minutes, et évacue tout gaz anesthésique accumulé avant d'utiliser une source d'ignition dans ou près d'un environnement enrichi en oxygène. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le professionnel de l'anesthésie réduit la quantité d'oxygène administrée au patient au niveau le plus bas possible sans causer de dommages. - Le professionnel de l'anesthésie attend quelques minutes et confirme ensuite qu'il est sûr d'utiliser un équipement pouvant produire une étincelle. - Le professionnel de l'anesthésie élimine tout mélange de gaz anesthésiques accumulés avant d'utiliser un dispositif pouvant générer une étincelle à proximité des zones riches en oxygène. 	
PPSR-088	<p>Les lignes directrices nationales ou internationales pour la gestion des voies respiratoires difficiles sont adaptées et mises en œuvre localement. Ces lignes directrices incluent une évaluation des risques, l'utilisation d'équipements spécifiques, des stratégies de gestion et la documentation de l'événement pour des situations futures.</p>	<p>Lorsqu'il est difficile d'établir ou de maintenir un passage ouvert pour ventiler correctement les poumons du patient pendant l'opération, l'équipe d'anesthésie suit des protocoles nationaux ou internationaux pour gérer la situation. Ces règles incluent l'évaluation du risque, l'utilisation d'équipements spécialisés, la mise en place d'un plan de gestion et la documentation de l'incident afin d'être mieux préparé à l'avenir.</p>	suggéré
PPSR-089 F	<p>L'évaluation, la surveillance, la prévention et le traitement de la toxicité systémique des anesthésiques locaux (LAST) sont essentiels. Afin de garantir une intervention rapide, des kits de secours doivent être facilement accessibles, contenant une émulsion lipidique à 20 % et un outil cognitif pour l'administration.</p>	<p>Il est essentiel d'évaluer, de surveiller, de prévenir et de traiter les effets toxiques de l'anesthésie locale qui peuvent affecter l'ensemble du corps (appelés « toxicité systémique des anesthésiques locaux »). Pour permettre aux professionnels de santé d'intervenir rapidement en cas de besoin, des trousse d'urgence doivent être facilement accessibles. Ces trousse doivent contenir une émulsion lipidique à 20 %, qui aide à inverser les effets toxiques de l'anesthésie, ainsi que des instructions sur son application.</p>	suggéré
PPSR-090	<p>Une prophylaxie multimodale des nausées et vomissements postopératoires (PONV) est systématiquement utilisée en fonction d'une évaluation des risques, et des traitements de secours appropriés avec différentes classes d'antiémétiques sont mis en place.</p>	<p>Après une opération, les patients peuvent ressentir des nausées ou vomir. Pour prévenir cela, l'équipe soignante identifie les patients présentant un risque plus élevé et utilise une combinaison de méthodes pour le réduire. Si un patient souffre malgré tout de nausées ou de vomissements, différents types de médicaments sont administrés le plus rapidement possible.</p>	Recommandé



PPSR-091	<p>L'objectif est de maintenir une normothermie périopératoire, et la température corporelle est étroitement surveillée conformément aux directives mises à jour. Un réchauffement périopératoire actif est appliqué si nécessaire, sauf pour les interventions nécessitant une hypothermie.</p>	<p>Avant, pendant et après l'opération, la température corporelle du patient est étroitement surveillée et maintenue dans une plage normale. Si la température du patient devient trop basse, des mesures de réchauffement actif sont appliquées pour la ramener à un niveau normal, sauf si l'intervention chirurgicale nécessite une hypothermie (température corporelle plus basse que la normale).</p>	Recommandé
<p>PPSR-092</p> <p>P</p>	<p>Afin de réduire le risque de thromboembolie veineuse (TEV), tous les patients sont évalués en fonction de leur risque de TEV et bénéficient d'une thromboprophylaxie appropriée selon les directives mises à jour. Les mesures de thromboprophylaxie comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Une thromboprophylaxie pharmacologique et/ou mécanique pour les patients et les procédures présentant un risque de TEV ; -La poursuite de la thromboprophylaxie pharmacologique en période postopératoire pour les patients à haut risque de TEV ; -Des mesures générales de thromboprophylaxie telles qu'une mobilisation précoce et une hydratation optimale pour les patients à faible risque de TEV ; -Une initiation retardée de l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) selon les directives après des procédures anesthésiques régionales ou des interventions à haut risque hémorragique, si nécessaire. 	<p>Tous les patients sont évalués pour le risque de caillots sanguins et reçoivent un traitement approprié si nécessaire. Cela inclut l'utilisation de médicaments et/ou de dispositifs spéciaux pour prévenir les caillots sanguins chez les patients à haut risque. Les patients sont encouragés à marcher dès que possible après l'opération et à boire beaucoup de liquides. L'administration de médicaments pour prévenir les caillots sanguins peut être retardée si le patient a subi une intervention chirurgicale présentant un risque élevé de saignement.</p>	Recommandé
PPSR-093	<p>Afin de réduire l'incidence des complications postopératoires et de raccourcir la durée des séjours hospitaliers, une thérapie hémodynamique ciblée est utilisée pour éviter d'importantes fluctuations périopératoires de la pression artérielle. Chez les patients à haut risque, cette approche peut inclure l'utilisation de moniteurs du débit cardiaque pour guider l'administration de fluides et de thérapies inotropes.</p>	<p>Pour réduire le risque de complications et la durée d'hospitalisation après une opération, les professionnels de santé utilisent une technique appelée « thérapie hémodynamique guidée par objectifs ». Cela signifie qu'ils s'efforcent de maintenir une pression artérielle stable pendant l'opération en utilisant des moniteurs spéciaux pour mesurer la quantité de sang pompée par le cœur et en ajustant la quantité de liquides et de médicaments administrés au patient en conséquence.</p>	Recommandé





PPSR-094	Dans la zone de récupération, les patients sont toujours surveillés et ne sont jamais laissés seuls, tout en garantissant que leur vie privée et leur dignité sont respectées.	Après l'opération, les patients sont transférés dans un espace appelé salle de réveil. Ils y sont continuellement surveillés et ne sont jamais laissés seuls. En même temps, leur intimité et leur dignité sont respectées.	suggéré
PPSR-095	La ventilation non invasive à pression positive ou la pression positive continue des voies respiratoires est utilisée immédiatement après l'extubation pour les patients hypoxémiques présentant un risque de développer une insuffisance respiratoire aiguë après une chirurgie abdominale.	Chez les patients présentant un risque de troubles respiratoires après une chirurgie abdominale, un traitement appliquant une légère pression sur les voies respiratoires pendant la respiration sera utilisé immédiatement après le retrait du tube de ventilation anesthésique. Cela permet de prévenir les difficultés respiratoires et d'autres problèmes respiratoires graves.	suggéré
PPSR-096	Les protocoles de gestion de la douleur, qui intègrent des outils validés d'évaluation de la douleur, sont mis en œuvre, révisés périodiquement et mis à jour.	L'hôpital dispose d'un plan pour surveiller et traiter la douleur d'un patient après une intervention chirurgicale, qui est régulièrement mis à jour et amélioré. Des outils sont utilisés pour mesurer la douleur.	suggéré
PPSR-097	Si un patient est suspecté de souffrir d'une pathologie respiratoire liée au sommeil, sa respiration est surveillée pendant la nuit lorsqu'il reçoit des opioïdes par voie intraveineuse, même lors d'un traitement de contrôle de la douleur par le patient.	Si les patients sont susceptibles d'avoir des problèmes respiratoires pendant leur sommeil, leur respiration sera surveillée durant la nuit lorsqu'ils reçoivent des médicaments antalgiques à base de morphine, même s'ils utilisent un système leur permettant de contrôler eux-mêmes la quantité de médicament administrée, appelé analgésie contrôlée par le patient .	suggéré
PPSR-098 	S'il n'y a aucune inquiétude concernant l'intégrité ou la fonction du tractus gastro-intestinal après une chirurgie abdominale, les patients sont évalués pour une déglutition sécurisée et envisagés pour une prise orale dès que possible dans les 24 premières heures post-opératoires.	Si un patient peut avaler sans difficulté et que son système digestif fonctionne correctement après une chirurgie abdominale, il est autorisé à manger ou à boire dès que possible au cours de la première journée suivant l'opération.	Recommandé
PPSR-099 	Pour prévenir le délire postopératoire lors des interventions chirurgicales et chez les patients à haut risque de troubles cognitifs, un ensemble de stratégies est mis en place, comprenant : -Dépistage avec des outils diagnostiques ; -Formation ciblée des professionnels de santé sur le délire ; -Interventions non pharmacologiques multicomposantes et multidisciplinaires, telles que l'activité physique quotidienne, la réorientation cognitive et la présence	L'hôpital dispose d'un plan pour prévenir la confusion et la désorientation après une opération chez les patients présentant un risque élevé de troubles mentaux. Ces stratégies incluent l'utilisation d'outils spécifiques pour identifier rapidement ces patients, la formation des professionnels de santé sur cette problématique et l'application de diverses techniques pour favoriser la récupération des patients. Ces techniques peuvent inclure des exercices pour améliorer la force physique et les fonctions mentales, des mesures pour favoriser un bon sommeil, une attention	Recommandé



	<p>d'un membre de la famille au chevet du patient lorsque cela est possible ;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amélioration du sommeil grâce à des protocoles de sommeil non pharmacologiques et à une bonne hygiène du sommeil ; -Mobilité précoce et rééducation physique ; -Adaptations pour les déficiences sensorielles (ex. vision et audition) ; -Apport nutritionnel et hydrique adéquat ; -Gestion de la douleur ; -Utilisation appropriée des médicaments ; -Oxygénation adéquate ; -Prévention de la constipation et de la rétention urinaire ; -Minimisation des dispositifs restrictifs pour les patients lorsque cela est possible. 	<p>particulière à la nutrition et à l'hydratation, ainsi qu'une gestion minutieuse des médicaments. D'autres stratégies visant une récupération précoce et réussie peuvent également être mises en place.</p>	
PPSR-100 	<p>Des précautions universelles contre les chutes sont appliquées aux patients présentant un risque de chute, en particulier aux patients fragiles. Toutefois, ces mesures ne doivent pas interférer avec la mobilisation précoce et la marche en période postopératoire.</p> <p>Le risque de chute est évalué à l'admission et chez tous les patients postopératoires.</p>	<p>Des mesures sont prises pour prévenir les chutes chez les patients à risque, en particulier les patients fragiles. Cependant, ces précautions ne doivent pas empêcher le patient de se déplacer après l'opération. Les médecins évaluent le risque de chute dès l'admission du patient à l'hôpital et tout au long de sa récupération.</p>	suggéré
PPSR-101	<p>Les équipes de soins de santé appliquent des interventions multicomposantes, y compris l'utilisation d'un équipement approprié, pour prévenir et traiter les escarres, les plaies de pression, les lésions oculaires et les lésions nerveuses chez les patients chirurgicaux tout au long de la période périopératoire.</p>	<p>Les équipes soignantes utilisent plusieurs méthodes pour prévenir et traiter les blessures dues à la pression sur le corps du patient, les escarres, les lésions oculaires et les lésions nerveuses chez les patients subissant une intervention chirurgicale. Cela inclut l'utilisation d'un équipement adapté.</p>	suggéré