

Règlement 28

RÈGLEMENT RELATIF À L'ORGANISATION ET AU FONCTIONNEMENT DU BLOC OPÉRATOIRE

L.R.Q., c. S-4.2, 1991

Adopté par le conseil d'administration
Le 3 mars 1988

Révisé par le conseil d'administration
Le 23 septembre 1993

Révision approuvée par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Le 14 juin 2004

Révision adoptée par le conseil d'administration
Le 7 octobre 2004

Table des matières

1. OBJECTIFS	1
1.1. LE PRÉSENT RÈGLEMENT A POUR OBJECTIF :	1
1.2. RÈGLEMENT DE RÉGIE INTERNE	1
1.3. PERSONNES ASSUJETTIES À CE RÈGLEMENT	1
1.4. AMENDEMENTS	1
2. COMITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE	2
2.1. PRÉAMBULE	2
2.2. COMPOSITION	2
2.3. OFFICIERS	2
2.4. MANDAT	3
2.5. FONCTIONS	3
2.6. RÉUNIONS	4
2.7. QUORUM	4
2.8. DIFFUSION DES PROCÈS-VERBAUX	4
3. CIRCULATION AU BLOC OPÉRATOIRE	4
3.1. PERSONNES ADMISES AU BLOC OPÉRATOIRE	4
3.2. VISITEURS	5
3.3. MÉDIAS	5
3.4. CHIRURGIE D'UN JOUR	5
4. TENUE VESTIMENTAIRE	5
4.1. POUR LE BLOC STÉRILE :	6
4.2. POUR LE PERSONNEL ŒUVRANT À LA SALLE DE RÉVEIL ET À L'UNITÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR	6
4.3. POUR LA CIRCULATION À L'EXTÉRIEUR DU BLOC OPÉRATOIRE	6
5. RÉVISION DE L'ATTRIBUTION DES PRIORITÉS OPÉRATOIRES	6
5.1. PRIORITÉS OPÉRATOIRES	6
6. PROGRAMME OPÉRATOIRE	7
6.1. CHIRURGIE D'UN JOUR	7
6.2. FORMULAIRE D'INSCRIPTION	7
6.3. SOINS INTENSIFS	8
6.4. PLANIFICATION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE	8
6.5. DISTRIBUTION DU PROGRAMME	9
6.6. DÉROULEMENT DU PROGRAMME OPÉRATOIRE	9
6.6.1. Gestion du programme	9
6.6.2. Fonctionnement du Bloc opératoire	9
6.6.3. Arrivée des usagers	10
6.6.4. Retard d'un employé ou médecin	10
6.6.5. Dépassement de programme	10
6.6.6. Situations susceptibles d'affecter le déroulement du programme opératoire	10
6.6.7. Planification des diminutions d'activités	11

7. GESTION DES URGENCES.....	11
7.1. CHAMP D'APPLICATION.....	11
7.2. DÉFINITION.....	11
7.3. CATÉGORISATION.....	11
7.4. PROCÉDURE D'INSCRIPTION DES URGENCES.....	12
7.5. MULTIPLES CAS D'URGENCE.....	13
8. LE DOSSIER MÉDICAL	14
9. IDENTIFICATION DES PIÈCES ANATOMIQUES	15
9.1. PRÉLÈVEMENT DES PIÈCES	15
9.2. ACHÈMINEMENT	15
10. ASEPSIE.....	15
10.1. BROSSAGE CHIRURGICAL	15
10.2. RÈGLES D'ASEPSIE	15
11. PROTOCOLES OPÉRATOIRES	16
11.1. COMPTE RENDU OPÉRATOIRE.....	16
11.2. DOSSIER	16
11.3. DICTÉE DU PROTOCOLE.....	16
12. DÉCOMPTE	16
13. REGISTRE.....	17
14. SALLE DE RÉVEIL	17
15. RÈGLES DE CONDUITE	18
15.1. ATMOSPHÈRE	18
15.2. COURTOISIE.....	18
15.3. CONFIDENTIALITÉ	18
16. ENTRÉE EN VIGUEUR.....	18
ANNEXES	19

1. Objectifs

1.1. Le présent règlement a pour objectif :

- d'assurer un fonctionnement ordonné et harmonieux au bloc opératoire;
- de favoriser l'utilisation optimale des ressources du bloc opératoire;

en vue de l'atteinte de l'excellence des soins et des services aux usagers dans le secteur des salles d'opération, à la salle de réveil et à l'unité de chirurgie d'un jour.

1.2. Règlement de régie interne

Le présent règlement de régie interne doit être interprété et appliqué conformément aux dispositions contenues dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, 1991) [Loi], le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, les règlements du CMDP. et du CA de l'Hôpital Laval. Il tient compte du plan d'organisation de l'Hôpital Laval. Toute disposition du présent Règlement de régie interne inconciliable avec une disposition de la Loi ou du règlement précité est nulle.

Toute autre procédure en vigueur au sein des départements ou services impliqués au bloc opératoire qui s'opposerait aux dispositions du présent document sera soumise à la préséance des présents règlements.

1.3. Personnes assujetties à ce règlement

Les médecins, le personnel infirmier, technique, de soutien et administratif œuvrant au bloc opératoire, de même que tout visiteur, étudiant de toute discipline ou tout autre membre du personnel qui est appelé à y œuvrer, sont assujettis au présent règlement.

1.4. Amendements

Les amendements au présent règlement sont proposés par le directeur des services professionnels après consultation du comité du bloc opératoire et de l'exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ils sont ensuite soumis au Conseil d'administration pour approbation.

2. Comité du bloc opératoire

2.1. Préambule

Conformément aux dispositions du plan d'organisation, le règlement prévoit la formation d'un comité du bloc opératoire.

2.2. Composition

Le comité du bloc opératoire est formé des membres suivants :

- a) le directeur des services professionnels;
- b) le chef du Département clinique de chirurgie;
- c) le chef du Département clinique d'anesthésiologie;
- d) le chef du Service clinique de chirurgie cardiaque;
- e) le chef du Service clinique de chirurgie thoracique;
- f) le chef du Service clinique d'ORL;
- g) la directrice des soins infirmiers ou sa représentante;
- h) la coordonnatrice du bloc opératoire;
- i) le coordonnateur médical du bloc opératoire.

Le président du comité du bloc opératoire peut, le cas échéant, inviter toute autre personne à participer à une réunion du comité.

2.3. Officiers

Le directeur des services professionnels préside les réunions et la directrice des soins infirmiers ou sa représentante agit à titre de secrétaire. Celle-ci assure la préparation de l'ordre du jour, l'envoi des avis de convocation, la rédaction des procès-verbaux et le maintien de la correspondance.

2.4. Mandat

Le comité du bloc opératoire a pour mandat de conseiller le directeur des services professionnels sur toute question concernant l'organisation et le fonctionnement du bloc opératoire:

2.5. Fonctions

Le comité du bloc a pour fonctions :

- a) élaborer, réviser et fournir son avis sur les règlements et les politiques du bloc opératoire, et de collaborer à leur mise en application subséquente;
- b) d'analyser et de faire des recommandations sur tout problème qui affecte le fonctionnement ordonné du bloc opératoire ou les relations entre ses utilisateurs;
- c) d'analyser les différents rapports statistiques du bloc opératoire et de faire les recommandations qui s'imposent;
- d) de conseiller le directeur des services professionnels lors d'une révision d'allocation des priorités opératoires distribuées aux différents services chirurgicaux;
- e) de recommander des politiques d'attribution de salle pour les urgences, les annulations et les changements de cas;
- f) de participer à l'évaluation de toute demande d'acquisition de nouveaux instruments, équipements et fournitures, et de faire des recommandations;
- g) de participer à l'élaboration des priorités annuelles d'acquisition et de renouvellement d'équipements et d'instruments du bloc opératoire;
- h) de s'assurer de l'élaboration des programmes d'entretien périodique des équipements;
- i) de participer à la révision des normes d'asepsie en vigueur dans les salles d'opération et s'assurer des recommandations liées à la prévention des infections;
- j) de participer au contrôle du budget du bloc opératoire;
- k) de fournir son avis sur tout projet de modification ou de ralentissement dans les activités du bloc opératoire;
- l) planifier les activités principales et les grandes orientations du bloc opératoire afin d'optimiser les ressources;
- m) de s'assurer de la mise en application d'un programme de formation continue du personnel;
- n) de donner un avis sur les besoins en personnel paramédical.

2.6. Réunions

Le comité du bloc opératoire se réunit au moins six fois par année. Une réunion extraordinaire peut aussi être convoquée, au besoin, par le président.

2.7. Quorum

Le quorum est constitué de 5 membres du comité du bloc opératoire dont au moins deux chefs de département clinique ou de service clinique.

2.8. Diffusion des procès-verbaux

Les procès-verbaux sont remis aux membres du comité et transmis au directeur général.

3. Circulation au bloc opératoire

3.1. Personnes admises au bloc opératoire

Seules les personnes affectées aux activités du bloc opératoire sont admises.

Outre l'utilisateur requérant des soins, les personnes suivantes, selon leur fonction, ont accès au bloc opératoire :

- les médecins et les résidents;
- le personnel du bloc opératoire;
- les techniciens en radiologie;
- le personnel de l'entretien sanitaire et des installations matérielles de la Direction des services techniques;
- les brancardiers;
- les étudiants en soins infirmiers et en inhalothérapie 3e année;
- les étudiants en physiothérapie faisant un stage spécialisé en soins respiratoires;
- le directeur général ou son représentant;
- les externes et étudiants en médecine.

3.2. Visiteurs

Aucun visiteur n'est admis au bloc opératoire. Exceptionnellement, un visiteur peut avoir accès au bloc opératoire après avoir obtenu une autorisation de la coordonnatrice du bloc opératoire. Celle-ci s'assure d'avoir l'accord du chirurgien et de l'anesthésiologiste responsable de l'usager. Le visiteur doit se présenter à la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines et s'engage à respecter les règles qui régissent le personnel.

À défaut du respect de ces règles, l'autorisation accordée est annulée.

Aucun médecin visiteur ne peut faire partie de l'équipe chirurgicale ou anesthésiologique à moins de détenir des privilèges de pratique octroyés par le directeur des services professionnels.

Les chefs de département ou leurs délégués doivent prévenir la coordonnatrice ou les adjointes de l'arrivée de nouveaux stagiaires en chirurgie ou en anesthésiologie.

3.3. Médias

Lorsqu'il s'agit de représentants de médias d'information, la coordonnatrice du bloc opératoire doit s'assurer que les autorisations nécessaires ont été obtenues en conformité avec la politique relative aux activités de communication à l'Hôpital Laval.

3.4. Chirurgie d'un jour

En chirurgie d'un jour, un seul accompagnateur par usager sera accepté pour les enfants, ainsi que pour les usagers en attente d'une chirurgie cardiaque.

4. Tenue vestimentaire

Les personnes admises au bloc opératoire doivent revêtir les uniformes mis à leur disposition. Les vêtements doivent être changés à tous les jours ou lorsque souillés.

4.1. Pour le bloc stérile :

- le pantalon et la blouse : la blouse doit être insérée dans le pantalon;
- le port du bonnet ou d'une cagoule couvrant entièrement les cheveux et la barbe est obligatoire pour tous; le bonnet de type réutilisable est interdit;
- Le port du masque est obligatoire en tout temps dans les salles d'opération et la réserve d'équipement et matériel stériles. Il doit couvrir le nez et la bouche et être bien ajusté;
- les ongles doivent être propres, courts, sans verni;
- les bijoux doivent être enlevés. Seules les boucles d'oreilles peuvent être gardées si elles sont complètement à l'intérieur du bonnet/chapeau;
- le port des couvre-chaussures est facultatif pour les souliers restreints à l'hôpital et obligatoire dans tous les autres cas. Ils devraient être portés s'il y a risque de souillures.

4.2. Pour le personnel œuvrant à la salle de réveil et à l'unité de chirurgie d'un jour

- le pantalon et la blouse : la blouse doit être insérée dans le pantalon.

4.3. Pour la circulation à l'extérieur du bloc opératoire

On doit jeter les bottes, bonnet et le couvre-bouche à la sortie du bloc opératoire. Pour circuler à l'extérieur du bloc opératoire avec l'uniforme réglementaire, le port du sarrau est obligatoire ainsi que la carte d'identification personnelle.

5. Révision de l'attribution des priorités opératoires

5.1. Priorités opératoires

Après consultation du comité du bloc opératoire, le directeur des services professionnels procède à la révision de l'attribution des priorités opératoires dans les conditions suivantes :

- s'il y a modification dans la mission, les ressources ou la clientèle de l'hôpital;
- si une décision administrative a une incidence sur le fonctionnement du bloc opératoire;
- s'il y a mauvaise utilisation des priorités par un chirurgien ou une spécialité;

- si un chef de département ou de service soumet une demande de modification au comité du bloc opératoire.

6. Programme opératoire

La confection du programme opératoire quotidien et ses modifications sont la responsabilité de la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines et du coordonnateur médical.

6.1. Chirurgie d'un jour

Les chirurgies d'un jour (06) ont généralement priorité sur les cas hospitalisés.

Tous les usagers en chirurgie d'un jour (06) ou en chirurgie le jour même (07) sont obligatoirement vus par une infirmière du bloc opératoire pour être inscrits au programme.

6.2. Formulaire d'inscription

Pour que les cas hospitalisés électifs soient inscrits au programme opératoire, les requêtes opératoires doivent être dûment remplies et remises à la réception du bloc opératoire. L'inscription doit se faire avant 13 h 30, la veille de l'intervention.

Le formulaire «Demande d'opération» rempli de façon inadéquate peut être refusé par la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines responsable de la préparation du programme opératoire. Ce formulaire doit comprendre :

- l'identification de l'utilisateur;
- son numéro de dossier;
- l'unité de soins où il séjourne le cas échéant;
- le diagnostic pré-opératoire;
- le type d'intervention chirurgicale envisagée;
- la durée probable de l'intervention chirurgicale;
- les autres particularités (scopie, infection, position, instruments spéciaux, etc.).

6.3. Soins intensifs

Si l'utilisateur nécessite des soins intensifs en postopératoire, le chirurgien doit obligatoirement s'assurer de la disponibilité d'un lit selon la procédure établie.

6.4. Planification du programme opératoire

Le chef de service clinique doit aviser la coordonnatrice du bloc opératoire et le coordonnateur médical, au moins deux semaines avant, s'il prévoit ne pas utiliser ses priorités en totalité ou en partie.

- La journée ouvrable précédant la réalisation du programme opératoire, la réceptionniste remet un projet de programme opératoire à la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines et au coordonnateur médical vers 13 h 30.
- Tout en favorisant l'utilisation optimale des salles d'opération et du personnel et en respectant la grille de priorités opératoires, le programme est établi en tenant compte de :
 - chirurgie d'un jour;
 - âge;
 - maladie : diabète, etc.;
 - allergie au latex;
 - annulation antérieure;
 - disponibilité des instruments et des appareils;
 - prévention des infections : SARM – ERV;
 - temps opératoire prévu : temps chirurgical, temps de l'anesthésie, temps d'installation;
 - disponibilité de lits en postopératoire.
- Lorsque le programme d'une salle d'opération est trop chargé, le ou les derniers cas sont placés en «disponibilité»; le chirurgien doit en informer l'utilisateur concerné avant 14 h. Ces cas mis en disponibilité sont automatiquement annulés par la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines et le coordonnateur médical, si le temps disponible ne permet pas de procéder à l'intervention.
- Une priorité libérée par un chirurgien doit d'abord être offerte à un chirurgien du même service.
- Si le service ne peut l'assumer, la priorité libérée est offerte à un autre département ou service.
- Une priorité non comblée en terme de cas est complétée selon les modalités des deux points précédents.

➤ Annulation

Lorsqu'un chirurgien annule une intervention déjà inscrite au programme, il doit en aviser le plus tôt possible la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines, l'unité de soins et l'utilisateur. La coordonnatrice adjointe aux ressources humaines, en collaboration avec le coordonnateur médical, refait la distribution des cas dans la salle où il y a eu annulation.

➤ Modification de l'heure d'intervention

Lorsqu'un chirurgien désire modifier l'heure de l'intervention chirurgicale, il doit communiquer avec la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines au moins **une heure avant** l'heure prévue pour cette intervention.

➤ Le programme établi est présenté au coordonnateur médical avant sa diffusion.

6.5. Distribution du programme

Dans un souci du respect de la confidentialité, le programme opératoire est distribué strictement aux personnes qui en ont un besoin pertinent.

Le programme opératoire est imprimé au bloc opératoire et faxé aux unités concernées.

On trouvera en annexe 3 les endroits où est faxé le programme opératoire.

6.6. Déroulement du programme opératoire

6.6.1. Gestion du programme

La gestion du programme opératoire est sous la responsabilité de la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines et du coordonnateur médical du bloc opératoire ou de leurs représentants.

6.6.2. Fonctionnement du Bloc opératoire

Le bloc opératoire fonctionne du lundi au vendredi sauf les jours fériés. Il comprend cinq salles de chirurgie cardiaque, une salle de chirurgie thoracique, une salle de chirurgie générale, une salle de réveil et la chirurgie d'un jour.

(Voir détail en annexe 1.)

6.6.3. Arrivée des usagers

Les premiers opérés arrivent au bloc opératoire à 7 h 30 pour les salles de chirurgie cardiaque et à 7 h 50 pour les autres salles.

Les anesthésiologistes, les chirurgiens et le personnel du bloc opératoire doivent être présents selon les horaires prévus.

6.6.4. Retard d'un employé ou médecin

Un retard de plus de quinze minutes de tout membre du personnel ou médecin, sans avertissement, doit être signalé aux autorités concernées.

La répétition de retards occasionnés par la même personne fait l'objet d'un rapport au directeur des ressources humaines ou au directeur des services professionnels selon le cas avec recommandation de sanctions par les autorités concernées.

6.6.5. Dépassement de programme

Lorsqu'une intervention se prolonge au-delà de la durée prévue, un des cas électifs suivants est annulé si on prévoit un dépassement de programme. Cette décision est prise conjointement par la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines, le coordonnateur médical et le chirurgien de la salle où le dépassement est prévu.

Lorsqu'il y a du temps de disponible au programme opératoire, on procède alors au choix d'un des usagers mis en disponibilité au programme opératoire, comme il est prévu à l'article 6.4.

6.6.6. Situations susceptibles d'affecter le déroulement du programme opératoire

Le déroulement ordonné du programme opératoire est prioritaire aux autres activités des chirurgiens et des anesthésiologistes. Si ceux-ci doivent assister à des réunions pendant les heures ouvrables, ils doivent en informer la coordonnatrice du bloc opératoire et le coordonnateur médical pour que le programme opératoire soit ajusté en conséquence.

6.6.7. Planification des diminutions d'activités

La planification des diminutions d'activités se fait en novembre pour les périodes de vacances d'été et d'hiver de l'année suivante. Les chirurgiens doivent fournir leurs dates de vacances un mois à l'avance pour que les priorités opératoires puissent être réparties à l'intérieur des salles ouvertes. Les grilles de priorités estivales et hivernales sont envoyées à tous les chefs de département et de service concernés.

7. Gestion des urgences

7.1. Champ d'application

En dehors du programme opératoire, l'utilisation des ressources du bloc opératoire sera nécessaire pour des interventions chirurgicales dites urgentes :

- les jours ouvrables entre 18 h et 7 h 30;
- les samedis, les dimanches et les jours fériés;
- les jours de réduction d'activités.

7.2. Définition

Une intervention chirurgicale est urgente lorsque la vie de l'utilisateur est en danger ou risque de l'être ou que l'utilisateur se trouve dans une condition clinique telle qu'il risque de subir un préjudice grave et permanent à sa santé si l'intervention chirurgicale n'est pas effectuée immédiatement ou dans un court délai.

7.3. Catégorisation

Les urgences sont divisées en quatre classes :

Classe I : Intervention urgente immédiate dans moins d'une heure :

Ce sont les interventions dont le délai de réalisation pourrait mettre la vie de l'utilisateur en danger et compromettre la guérison de sa pathologie.

Classe II : Intervention urgente pouvant attendre mais devant être réalisée dans un délai de moins de six heures.

Classe III : Intervention urgente pouvant attendre mais devant être réalisée dans un délai de moins de douze heures.

Classe IV : Intervention urgente pouvant attendre, mais devant être réalisée en dedans de 24 à 48 heures.

Les urgences de classe I et II sont effectuées sans délai, dans la salle de la spécialité concernée ou dans la première salle libérée.

Les urgences de classe III et IV peuvent être intercalées dans les programmes chirurgicaux réguliers ou effectuées dans un corridor d'urgence. Elles seront placées tôt dans le programme électif, le lendemain matin, si la priorité appartient au même chirurgien. Si le chirurgien n'a pas de priorité le lendemain, le cas urgent de classe III ou IV sera ajouté à une priorité d'un chirurgien du lendemain qui n'est pas complète ou sera fait en fin de programme.

Une intervention qui ne peut être catégorisée dans la présente classification, doit être considérée comme élective.

Le chirurgien doit inscrire dans le dossier la raison de l'urgence de l'opération.

L'anesthésiologiste de garde ou la coordonnatrice du bloc opératoire ou sa remplaçante, le cas échéant, doit informer le chef du département ou de service clinique du cas où un chirurgien déclare urgente une intervention élective. Une situation répétitive de la part d'un même chirurgien fera l'objet d'un rapport qui sera adressé au directeur des services professionnels et celui-ci aura à prendre les mesures jugées appropriées.

7.4. Procédure d'inscription des urgences

Pour les urgences pendant les heures ouvrables, le chirurgien doit :

- a) Avertir la coordonnatrice adjointe aux ressources humaines ou sa représentante entre 7 h 30 et 18 h. Celle-ci doit aviser le coordonnateur médical.
- b) Si le chirurgien a une priorité de salle, il procède aussitôt à l'intervention qu'il a jugée urgente; le ou les cas reportés en fin de programme sont annulés si ces cas entraînent un dépassement d'heures d'activités régulières de la salle.
- c) Si le chirurgien n'a pas de priorité de salle et si tout retard risque d'être préjudiciable à l'utilisateur, on procède à l'intervention dans la première salle qui se libère. Si une entente est impossible entre le chirurgien responsable de l'urgence et le chirurgien disposant de la priorité dans la salle qui se libère, la décision est prise par le chef du Département de chirurgie ou le chef du Service de chirurgie cardiaque ou de chirurgie thoracique, selon le cas, en collaboration avec le coordonnateur médical.

Pour les urgences en dehors des heures ouvrables, le chirurgien doit :

- a) Du lundi au vendredi, avvertir l'infirmière de soirée entre 18 h et 23 h 30. Celle-ci doit avvertir l'anesthésiologiste de garde.
- b) Tous les jours après 23 h 30, les jours de congé et les fins de semaine, contacter obligatoirement l'anesthésiologiste de garde, afin de lui préciser :
 - la nature du cas;
 - l'intervention projetée;
 - le niveau d'urgence de l'intervention;
 - le moment prévu pour procéder à cette intervention.
- c) Dans le cas où la situation se présente à un moment où l'équipe chirurgicale n'est pas disponible sur place, le chirurgien communique à la téléphoniste la nature de l'urgence à faire et l'heure convenue de l'intervention. La téléphoniste communique ces renseignements à l'équipe de garde qui doit être sur place dans un délai maximal de trente minutes. Lorsque l'intervention n'est pas requise immédiatement, l'équipe de garde doit être présente trente minutes avant l'heure fixée pour l'intervention.
- d) La téléphoniste avise la coordonnatrice des soins infirmiers.

7.5. Multiples cas d'urgence

- Par multiples cas d'urgence, on entend la situation où plusieurs cas catégorisés urgents se présentent dans un intervalle de temps relativement court.
- De manière générale, les interventions chirurgicales sont effectuées selon la séquence d'arrivée des requêtes opératoires au bloc opératoire. Les urgences sont disposées de manière à ce qu'une seule salle soit en marche à partir de 18 h la semaine, les fins de semaine ou les jours fériés.
- Dans le cas où le chirurgien estime que l'intervention qu'il projette s'avère plus urgente que celles déjà inscrites, il doit personnellement contacter le ou les chirurgiens qui verrait(aient) leur intervention déplacée dans le temps. En cas de litige, le coordonnateur médical ou l'anesthésiologiste de garde devra décider.
- Si en de rares cas, le chirurgien est d'avis, en raison d'une urgence immédiate, qu'une deuxième salle d'opération devrait être ouverte, il doit en discuter avec l'anesthésiologiste de garde, le cas échéant, ce dernier demande à l'infirmière en autorité sur place d'entreprendre les démarches nécessaires à cette fin.
- Lors des situations mentionnées aux points 7.5.3 et 7.5.4, le chirurgien doit inscrire au dossier les raisons justifiant ce changement.

8. Le dossier médical

Sauf en cas d'extrême urgence notée au dossier par le chirurgien, aucune intervention au bloc opératoire n'est autorisée si le dossier est incomplet.

Aux fins d'interventions chirurgicales, le dossier doit comprendre les éléments suivants :

a) L'histoire de cas

Les notes d'observation doivent être consignées au dossier avant toute intervention chirurgicale. Les notes d'observation doivent comprendre l'anamnèse et l'examen objectif de l'utilisateur. Sauf urgence, la rédaction de ces notes doit être déposée au dossier avant la visite de l'anesthésiologiste.

b) Le diagnostic préopératoire ainsi qu'une note justifiant l'intervention.

c) La nature de l'intervention projetée.

d) Le résultat des examens.

e) Les rapports de consultation et tout autre examen requis par l'histoire de cas ou l'observation de l'utilisateur.

f) Le formulaire de consentement à l'intervention chirurgicale et à l'anesthésie.

Avant de pratiquer une procédure ou une anesthésie, le chirurgien doit s'assurer d'obtenir le consentement de la personne légalement autorisée. Celui-ci doit être consigné sur la formule de consentement en vigueur (AH-110-2).

Le consentement doit être signé par le patient, le chirurgien et l'anesthésiologiste avant l'intervention.

1 Pour une intervention mineure, l'utilisateur de 14 ans et plus peut signer le formulaire de consentement. Pour une chirurgie majeure, la signature du parent est requise jusqu'à 18 ans.

2 Pour l'utilisateur incapable de consentir aux soins exigés par son état de santé, le consentement substitué est donné :

a) par le représentant légal;

b) par son conjoint;

ou à défaut si son conjoint est empêché de donner son consentement;

c) par un proche parent ou une personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur.

3 En cas d'urgence, le consentement n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile.

- g) Le formulaire de consentement doit être contresigné par le chirurgien traitant avant l'arrivée de l'usager au bloc opératoire.
- h) Le formulaire de consentement doit être contresigné par l'anesthésiologiste avant le début de l'anesthésie.
- i) Le formulaire de consentement pour photographie ou vidéo HL-6301(97) doit être signé par le patient avant la chirurgie.

À défaut de dossier complet, l'usager ne sera pas conduit au bloc opératoire.

9. Identification des pièces anatomiques

9.1. Prélèvement des pièces

Tout prélèvement de pièces anatomiques et autres prélèvements au cours d'une intervention chirurgicale doivent faire l'objet d'un examen au laboratoire et être inscrits sur la feuille de compte rendu opératoire.

9.2. Acheminement

Ces prélèvements doivent être immédiatement identifiés par l'infirmière en service externe dans la salle où ils sont effectués et être accompagnés d'une demande d'examen avec renseignements adéquats fournis par le chirurgien. Les récipients doivent être acheminés au laboratoire immédiatement s'il s'agit d'un «extemporané», sinon dans les plus brefs délais.

10. Asepsie

10.1. Brossage chirurgical

La technique de brossage doit être suivie de façon minutieuse selon les procédures en vigueur.

10.2. Règles d'asepsie

Toutes les personnes travaillant au bloc opératoire doivent avoir reçu la formation sur les règles d'asepsie et doivent les respecter.

11. Protocoles opératoires

11.1. Compte rendu opératoire

Le chirurgien doit fournir à l'infirmière et à l'anesthésiologiste le diagnostic final et le type d'intervention pratiquée afin de compléter le compte rendu opératoire et le dossier. Il mentionne également les complications ou incidents peropératoires. Les pertes sanguines sont inscrites sur le compte rendu opératoire.

11.2. Dossier

Le chirurgien ou le premier assistant doit consigner au dossier par écrit un résumé de protocole opératoire avant le départ de l'usager du bloc opératoire.

11.3. Dictée du protocole

Le chirurgien doit dicter son protocole opératoire dans un délai maximum de 24 heures suivant l'intervention (Cf. Règlement 22 du Conseil d'administration).

12. Décompte

L'infirmière en service externe avise le chirurgien du décompte complet ou incomplet s'il y a lieu.

L'infirmière doit effectuer méthodiquement le décompte des compresses, éponges, instruments et aiguilles selon la procédure en vigueur. Le résultat de ce décompte est inscrit sur le formulaire «Compte rendu opératoire». Le décompte doit être signé par l'infirmière en service externe et interne.

Si le décompte s'avère inexact, le chirurgien doit être averti et une radiographie doit être obligatoirement prise avant le départ de l'usager du bloc opératoire, de façon à pouvoir réintervenir dans les plus brefs délais si nécessaire : le résultat est noté sur le «compte rendu opératoire» et au dossier; un rapport incident/accident est complété.

- Les aiguilles, les instruments et les éponges sont comptés à haute voix avant le début de toutes les interventions, avant la fermeture des cavités, des plaies et à la fin de l'intervention par une infirmière en service interne et une infirmière en service externe.
- Toutes les compresses utilisées au cours d'une intervention chirurgicale doivent être radio-opaques.

- Les aiguilles doivent être remises sur le porte-aiguille par le chirurgien avant d'être remises à l'infirmière en service interne.
- Les articles tranchants ou pointus doivent être conservés dans un compte-aiguilles et par la suite éliminés selon le protocole établi.
- Le chirurgien et/ou ses assistants doivent collaborer au décompte du matériel.

13. Registre

Un registre complet de toutes les interventions chirurgicales du bloc opératoire sera tenu ; le registre doit contenir :

- compte rendu opératoire;
- feuille de CEC.

Ces données serviront à l'établissement des statistiques du bloc opératoire.

14. Salle de réveil

- Tout usager ayant subi une anesthésie ou dont l'état nécessite une surveillance immédiate, doit être conduit à la salle de réveil ou aux soins intensifs accompagné de l'anesthésiologiste.
- La nécessité et la durée de séjour à la salle de réveil sont évaluées par l'anesthésiologiste. La durée est fonction de l'état de l'usager.
- Les usagers qui séjournent à la salle de réveil sont sous la responsabilité médicale de l'anesthésiologiste. Toute modification de l'état de l'usager doit être signalée à l'anesthésiologiste sans délai par le personnel infirmier.
- Toute médication prescrite par le chirurgien traitant doit être administrée après avoir avisé l'anesthésiologiste responsable.
- Les complications postchirurgicales et les ordonnances spéciales postchirurgicales demeurent la responsabilité du chirurgien traitant et des consultants concernés.
- Aucun usager de la salle de réveil ne peut quitter sans avoir reçu au préalable un congé signé de l'anesthésiologiste responsable.
- Toute ordonnance médicale est obligatoirement faite par l'anesthésiologiste au moment où l'usager est amené à la salle de réveil ou lors de communication ultérieure. Toute ordonnance verbale doit être contresignée par l'anesthésiologiste avant le départ de l'usager.

- Lorsque sa condition le permet, l'usager présentant des risques de contagiosité (SARM, ERV, etc.) pourra récupérer de son anesthésie dans la salle où a eu lieu l'intervention.
- Quand l'anesthésiologiste le juge nécessaire, un usager présentant une condition compliquant son réveil en salle d'opération et présentant des risques de contagiosité pourra être conduit à la salle de réveil à la condition qu'il soit isolé à une extrémité de celle-ci, loin des autres usagers, s'il y a lieu. Les précautions recommandées par le comité de prévention des infections resteront de mise.

15. Règles de conduite

15.1. Atmosphère

Une atmosphère sereine est indispensable à la pratique de l'anesthésiologie et de la chirurgie. Les conversations animées, discussions trop vives, va-et-vient inutiles sont à proscrire.

15.2. Courtoisie

Des rapports courtois demeurent un antidote précieux aux phénomènes de tension dans un endroit aussi hermétique que le bloc opératoire.

15.3. Confidentialité

La confidentialité du dossier de l'usager doit être respectée en tout temps. Les professionnels n'ont accès au dossier de l'usager que lorsque ceci est nécessaire à leurs activités professionnelles. Ainsi, le professionnel ne doit consulter que les parties du dossier ayant des répercussions sur ses actes.

16. Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE I

HEURES D'ACTIVITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE

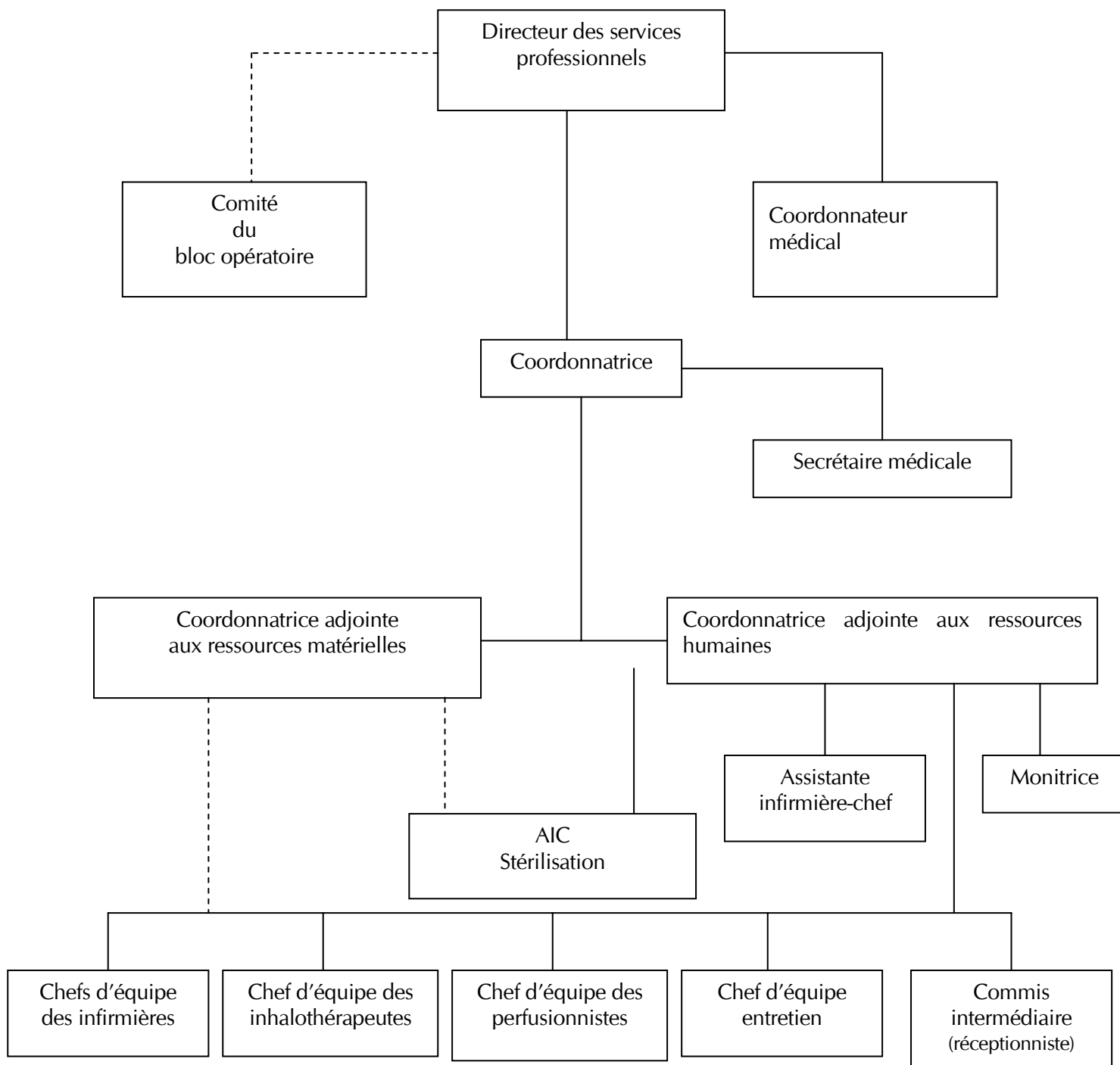
Heures d'activités du bloc opératoire

- └ 4 salles de chirurgie cardiaque : 7 h 30 à 18 h (5 jours par semaine)
- └ 1 salle de chirurgie cardiaque : 7 h 30 à 18 h (4 jours par semaine)
- └ 1 salle de chirurgie thoracique : 8 h à 16 h (5 jours par semaine)
- └ 1 salle de chirurgie générale : 8 h à 16 h (4 jours par semaine)
- └ 1 salle de chirurgie générale : 8 h à 12 h (1 jour par semaine le vendredi)
- └ 1 salle d'ORL : 8 h à 16 h (1 jour par semaine)
- └ salle de réveil : 8 h à 18 h (du lundi au vendredi)
- └ chirurgie d'un jour : 7 h 30 à 18 h (du lundi au vendredi)

ANNEXE 2

ORGANIGRAMME DU BLOC OPÉRATOIRE

Organigramme du bloc opératoire



ANNEXE 3

DISTRIBUTION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE

Distribution du programme opératoire

Service de l'admission
Département d'anesthésiologie (secrétariat)
Banque de sang
Laboratoire de biochimie (secrétariat)
Cliniques spécialisées de pneumologie
Consultation externe (infirmière)
Service de chirurgie cardiaque (secrétariat)
Direction des ressources humaines
Direction des services professionnels
Direction des services hospitaliers ambulatoires
Direction générale
Service d'échocardiographie
Service de thérapie respiratoire
Service d'oto-rhino-laryngologie
Laboratoire de pathologie (secrétariat)
Service de physiothérapie
Service de radiologie - imagerie médicale
Direction de la recherche universitaire (recherche clinique)
Direction de la recherche universitaire (recherche clinique - infirmière)
Service de chirurgie générale (secrétariat)
2^e pavillon Notre-Dame
3^e pavillon Central
3^e pavillon Central - soins intensifs – chirurgie cardiaque
4^e pavillon Central Ouest
4^e pavillon Central Est
4^e pavillon Central - Unité coronarienne
5^e pavillon Central
6^e pavillon Central
6^e pavillon Central - soins intensifs respiratoires