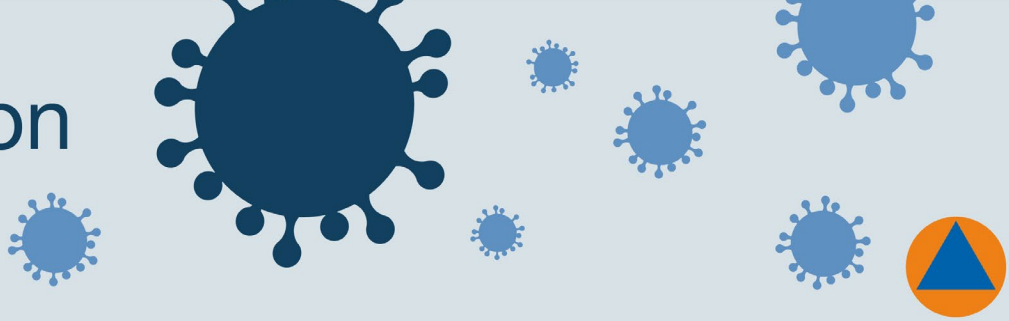


Communication COVID-19



DESTINATAIRES : Aux chirurgiens généraux, orthopédistes, anesthésiologistes et urgentistes, aux chefs de service des blocs opératoires, de l'urgence et des unités de soins, aux coordonnateurs d'activités et leurs gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches

DATE : Le 7 décembre 2021

OBJET : Mise à jour - Procédure de transfert des usagers chirurgicaux en urgence entre les sites, lorsque requis

Bien que la situation ne soit plus la même qu'au plus fort de la pandémie, la nécessité de transfert pour certaines urgences demeure. L'accès limité aux lits hospitaliers ou le manque de personnel au bloc opératoire peuvent encore nous obliger à déplacer vers un autre site un usager afin de répondre à ses besoins dans les délais requis.

Nous vous acheminons donc la procédure de transfert des usagers chirurgicaux en urgence adaptée au contexte actuel.

D^{re} Christine Laprise
Cogestionnaire à la DSP – Programme chirurgie
CISSS de Chaudière-Appalaches

Contenu et diffusion approuvés par : Marco Bélanger

Procédure de transferts des usagers avec pathologie chirurgicale entre les centres hospitaliers du CISSS de Chaudière-Appalaches dans le contexte d'une pénurie de ressources

Contexte

Les lits d'hospitalisation demeurent une ressource limitée et plusieurs actions doivent être réalisées au quotidien pour permettre aux usagers de l'urgence et du bloc opératoire d'y accéder au besoin. De plus, malgré une certaine amélioration, la rareté du personnel au bloc opératoire demeure une réalité. Il est encore nécessaire, selon les ressources disponibles, de transférer certains usagers sur un autre site du territoire à partir de l'urgence pour une chirurgie. La capacité d'accueil des sites périphériques doit aussi être tenue en compte quotidiennement afin de ne pas épuiser aussi le personnel de ces sites et de générer d'autres débordements hospitaliers.

Critères obligatoires pour un transfert :

1. L'utilisateur devra avoir eu un résultat négatif au test de la COVID-19 au cours des 48 dernières heures.
2. La majorité des usagers transférés doivent provenir de l'urgence. Lors de circonstances exceptionnelles, un transfert provenant d'une unité de soins pourra être considéré.
3. Un usager ayant été hospitalisé durant le dernier mois devrait si possible rester à ce même hôpital (éviter le transfert) pour une continuité de soins.
4. L'utilisateur ou son représentant légal doit être informé de son transfert vers un autre centre hospitalier de la région.
5. Tout transfert d'utilisateur vers l'un des centres hospitaliers de la région doit se faire dans des conditions sécuritaires. Selon la condition de l'utilisateur, le type de transport (par ses propres moyens, par les services de transport adapté ou par transport ambulancier) doit être établi en favorisant les deux premières options, sans soluté et sans antibiotique en cours lorsque possible.
6. La condition de l'utilisateur doit être stable. Si l'utilisateur présente une instabilité respiratoire, hémodynamique ou de son état de conscience, celui-ci doit être stabilisé sur place et ne peut pas être transféré.
7. Les transferts doivent toujours s'effectuer du médecin de l'urgence au chirurgien de garde d'un autre site préalablement identifié, après une vérification de la disponibilité des ressources par la coordonnatrice d'activité. Le chirurgien receveur a le droit de refuser le transfert s'il juge qu'il n'y a pas l'expertise ou le matériel adéquat dans le milieu.
8. Idéalement, les usagers transférés quotidiennement doivent être répartis dans chacun des sites selon la capacité de chacun.
9. La disponibilité des ressources et la capacité à recevoir des usagers dans chacun des sites est transmise quotidiennement entre les coordonnatrices de jour, au plus tard à 11 h.
10. En plus de la disponibilité des lits, le coordonnateur médical du bloc opératoire receveur (ou l'anesthésiologiste de garde en son absence) doit autoriser le transfert au préalable, selon le nombre d'urgences chirurgicales déjà prévues.

11. Les pathologies chirurgicales principalement ciblées sont les suivantes :

- Appendicite clinique confirmée à l'imagerie.
- Cholécystite clinique confirmée à l'imagerie.
- Fracture non compliquée confirmée à l'imagerie.

Exclusions relatives :

- Péritonite (selon son importance).
- Fracture de la hanche (support de la famille à tenir en compte pour des hospitalisations qui peuvent se prolonger).

Processus de l'application du transfert :

1. Les usagers candidats pour un transfert doivent remplir les conditions suivantes avant 11 h pour être prêts à quitter au plus tard à 13 h :
 - a. Avoir un diagnostic confirmé à l'imagerie.
et
 - b. Avoir un résultat négatif datant de moins de 48 heures au test de dépistage de la COVID-19.
et
 - c. Avoir une des pathologies chirurgicales identifiées.
2. Le personnel de l'unité de soins où se situe l'utilisateur doit fournir un résumé succinct et pertinent du dossier médical à l'équipe du centre receveur, incluant :
 - La liste des médicaments de l'utilisateur.
 - La note de l'urgentologue.
 - Les signes vitaux.
 - La FADM ou autre document indiquant la liste des médicaments et traitements reçus.
 - Le résultat négatif de dépistage de la COVID-19.
 - Les résultats des examens de laboratoire effectués.
 - Les résultats des imageries effectuées par écrit.
 - Autre documentation jugée pertinente.

Au moment du transfert de l'utilisateur, les différents documents permettant le suivi de l'utilisateur lui sont remis ou à son accompagnateur dans une enveloppe cachetée.

3. Le médecin de l'urgence du centre référant informe l'utilisateur que l'hôpital ne dispose pas des ressources nécessaires à la dispensation des soins requis dans des délais raisonnables sans qu'il y ait un risque pour sa santé et lui propose un transfert vers un autre hôpital.
4. La disponibilité des ressources et la capacité à recevoir des usagers dans les sites receveurs est évaluée de la façon suivante :
 - a. À 9 h : L'AIC du bloc opératoire et le coordonnateur d'activités assistent à la réunion des lits de leur milieu respectif. La capacité d'hospitalisation est alors évaluée.
 - b. Vers 10 h : L'AIC et le coordonnateur médical du bloc opératoire et l'anesthésiologiste de garde évaluent la capacité d'accueil pour des urgences provenant du centre référant.

- c. Vers 10 h 45 : L'AIC transmet le nombre d'urgences pouvant être accueillies au coordonnateur des activités de son milieu.
 - d. À 11 h : Les coordonnateurs d'activités de tous les sites transfèrent l'information au coordonnateur d'activités de l'HDL. Répartition des transferts selon la capacité d'accueil et les spécialités présentes.
 - e. Vers 11 h 30 : Les coordonnateurs d'activités des centres receveurs avisent l'AIC de leur bloc opératoire des urgences qui seront transférées.
 - f. Pour la fin de semaine, la disponibilité des ressources peut être évaluée par la coordonnatrice d'activités et l'anesthésiologiste de garde.
5. L'utilisateur est avisé par le médecin de l'urgence vers quel centre hospitalier de la région il sera dirigé.
 6. Le médecin de l'urgence du centre référant contacte le chirurgien de garde de la spécialité concernée du centre receveur identifié pour le transfert de l'utilisateur.
 7. Le chirurgien receveur confirme le transfert à venir au service d'admission, ainsi qu'au bloc opératoire et complète la requête opératoire. Le médecin de l'urgence confirme le transfert de l'utilisateur à l'AIC.
 8. Le transport de l'utilisateur vers le centre receveur est organisé si l'utilisateur ne peut pas se rendre au centre par ses propres moyens.
 9. Les services d'admission des deux hôpitaux se contactent pour échanger diverses informations pertinentes. Le service d'admission receveur doit obtenir de l'utilisateur un nouveau consentement aux soins et aviser la coordonnatrice d'activité de l'arrivée de l'utilisateur. L'orientation intrahospitalière de l'utilisateur sera précisée par la coordonnatrice.
 10. Le chirurgien receveur assurera le suivi postopératoire à court et long terme de l'utilisateur.