

Orientation de la salle d'opération

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Jason Trattner, inf, BSN

Conseiller en soins infirmiers (Périopératoire/Endoscopie)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

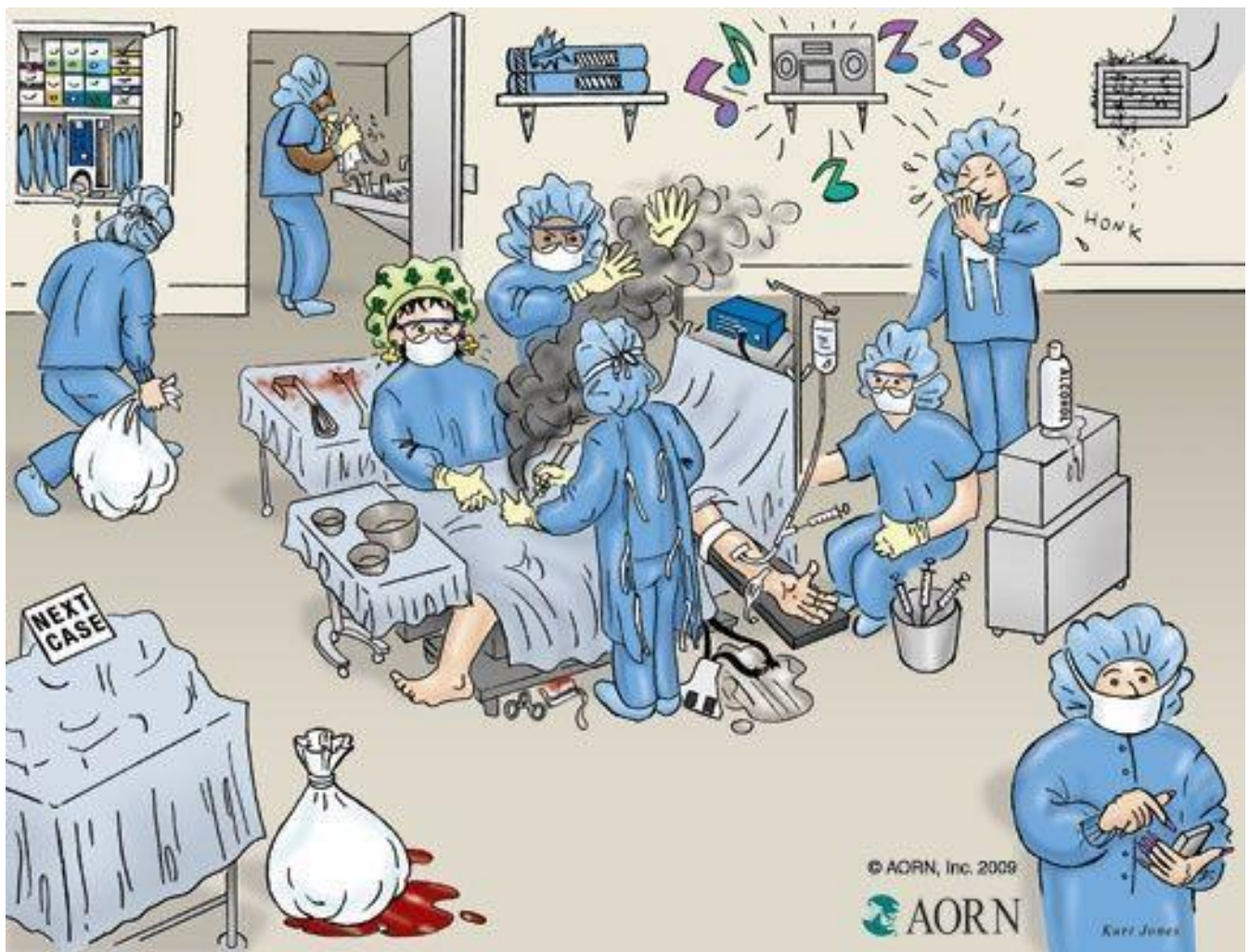


Image récupérée de: <https://i.pinimg.com/736x/7d/42/0b/7d420b80b48c36c661e28b8d182e6537--surgical-nursing-surgical-tech.jpg> on 2019/10/16

Contenu

Introduction	5
Pour Accéder au SIPO à Partir d'un Lien externe :	6
Membres de l'équipe et leurs rôles spécifiques	7
Pendant la journée de travail	12
Rôle de l'infirmière	14
Intraopératoire	17
Postopératoire	17
Positionnement	18
Transfert d'un Patient	22
Asepsie	22
Asepsie des Mains	23
Méthode de Brossage	24
Méthode avec Gel	28
Habillage stérile	31
Gants stériles	32
Instruments	40
Ouverture des Instruments et du Matériel stériles	41
Médicaments et Solutions	43
Guide des Médicaments	50
Compte chirurgical	51
Cas d'urgence	56
Erreurs de Comptage	56
Solutions antiseptiques (préparation de la peau)	56
Drapage	59
La Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire (temps d'arrêt)	61
Consentement	63
Spécimens	64
Pansement	64
Drainage	65
Irrigation	65
Documentation	65
Continuité des Soins	66

Crise cardiaque en salle d'opération	66
Garrot pneumatique	67
Électrocautère	68
Évacuateur de fumée	72
Endoscopie	72
Laser	74
Contrôle des infections	75
Précautions aériennes	76
Précautions contre les Gouttelettes	77
Précaution de Contact	78
Annexe 1.....	79
Rôle externe	79
Annexe 2.....	80
Rôle interne.....	80
Annexe 3.....	82
INSTRUMENTS COMMUNS	82
Références.....	99

Introduction

Ce manuel d'orientation a été développé pour aider le personnel infirmier à s'adapter à la salle d'opération. Il a été conçu à partir des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et des Soins infirmiers périopératoires (SIPO, 2016).

Le manuel est destiné à être utilisé au Québec et respecte les règles provinciales. Il ne s'applique pas aux autres provinces ou pays. La plupart des normes sont les mêmes, mais chaque province peut les adapter à ses propres règles et règlements.

L'AIISOC Il aide à guider les infirmières et les infirmiers dans leur journée de travail. Il s'efforce de permettre et d'habiliter le personnel infirmier à créer un environnement sûr et confortable pour les patients et le personnel.

L'OIIQ et l'OIIAQ sont deux organisations professionnelles du Québec dont les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires sont respectivement des membres actifs. Les deux organismes établissent des lignes directrices et un champ d'exercice qui protègent les infirmières et les patients.

Le SIPO est un outil de formation interactif et en ligne pour les infirmières mis en place par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il est composé de modules d'apprentissage et d'activités interactives. De plus, SIPO est une excellente référence et il complète ce manuel de formation.

Pour Accéder au SIPO à Partir d'un Lien externe :

<https://fcp.rtss.qc.ca/course/view.php?id=1757&sesskey=LgxRF0zS69#section-6>

Pour accéder au SIPO à partir de l'Intranet :

Intranet



Dans la barre de recherche, taper "ENA" puis appuyer sur la touche Entrée



Formation continue partagée (FCP) – ENA



Accès à l'environnement numérique d'apprentissage (ENA)

<https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html>



Nom de l'établissement : CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Nom d'utilisateur + Mot de passe

Pareil que COMTL (Paie/eEspresso)



Recherché : SIPO

Membres de l'équipe et leurs rôles spécifiques

La salle d'opération est un domaine de spécialité qui implique une équipe multidisciplinaire. L'équipe collabore afin d'assurer un environnement sécuritaire pour le patient et tous les gens à proximité. Le travail d'équipe est d'une grande importance et il est essentiel de comprendre le rôle de chacun.

Rôle du chirurgien :

- Parler avec le patient au sujet de l'opération ;
- Expliquer les avantages et les risques au patient et aux membres de la famille (s'il y a lieu) ;
- “Signer le formulaire de consentement à la chirurgie avec le patient ;
- Remplir la requête opératoire pour la chirurgie”. (SIPO, 2016, u01a02)

Tous les étudiants en médecine, les résidents (R1-R5) et les moniteurs (*fellow*) aident le chirurgien et/ou l'anesthésiste selon leur rotation.

Un moniteur (*fellow*) aura plus de responsabilités qu'un résident et ainsi de suite. Tout comme un R3 (troisième année) aura plus de responsabilités qu'un R1 (première année).

Rôle de l'anesthésiologiste :

- Évaluer chaque patient avant la chirurgie ;
- Discuter avec le patient du type d'anesthésie, y compris les avantages et les risques ;
- “Signer le formulaire de consentement (sous type d'anesthésie) et le patient signe également” ;
- Amener le patient avec l'infirmière autorisée à l'endroit désigné après l'opération (salle de réveil, unité de soins intensifs, etc.)”. (SIPO, 2016, u01a02)

Rôle de l'infirmière en chef :

- Responsable de la gestion au bloc opératoire ;
- Embaucher de nouveaux employés (contact direct avec les ressources humaines) ;
- Gérer l'aspect financier du bloc opératoire ;
- S'occuper des achats et réparations du matériel ;
- “Suivre les rapports d'incident et chercher des moyens de prévenir de futurs incidents/accidents.” (SIPO, 2016, u01a02)

Rôle de l'infirmière en chef adjointe :

- Complémenter le rôle de l'infirmière en chef ;
- S'assurer que les salles d'opération fonctionnent efficacement et que l'horaire prévue soit suivie ;
- Planifier le personnel pour les interventions ;
- Aider à gérer les urgences pendant la journée (collaborer avec le chirurgien et l'anesthésiste).

Rôle de l'infirmière autorisée :

- Responsable de l'évaluation du patient en préopératoire (les infirmières auxiliaires peuvent aider à la collecte des données) ;
- Identifier les antécédents médicaux actuels et passés ;
- Examiner les résultats de laboratoire et en faire le suivi avec le chirurgien ;
- Vérifier les médicaments.

Rôle de l'infirmière auxiliaire :

- Peut agir en tant que rôle interne ou externe ;
- Travailler en contact direct avec l'infirmière autorisée ;
- Peut aider l'infirmière autorisée à évaluer le patient (collecte de données), mais l'évaluation relève de la pratique de l'infirmière autorisée.

Rôle de l'infirmière chef d'équipe :

- Experte dans leur domaine de service ;
- Est habituellement spécialisée habituellement dans un ou plusieurs services ;
- Coordonner les salles d'opération spécifiques à la spécialité et le personnel pour assurer des procédures efficaces et sécuritaires (pauses, déjeuners, etc.) ;
- Expliquer les nouveaux instruments et techniques liés à leur service.

Rôle externe :

- Évaluer le patient (si l'infirmière auxiliaire est l'infirmière en externe, l'infirmière autorisée doit aider à l'évaluation) ;
- Valider le consentement ;
- Vérifier les allergies ;
- Procéder à la première partie de la liste de vérification, avant que le patient reçoive un médicament et que les membres de l'équipe soient présents ;
- Effectuer le temps d'arrêt ;
- Faire le *débriefing* à la fin de l'opération avant que le patient quitte la salle ;
- "Aider à positionner le patient avec les autres membres de l'équipe en s'assurant que les points de pression sont bien protégés et que le corps est correctement aligné" ; (SIPO, 2016, u00a03)
- Remplir le dossier du bloc opératoire ;
- Assister l'équipe chirurgicale, et toujours prêter attention à la chirurgie ;
- Gérer les spécimens reçus au cours de la procédure ;
- Transférer le patient à l'unité de soins post-anesthésiques (USPA) avec l'anesthésiste et donner un rapport/une évaluation (préparé par l'infirmière). Si l'anesthésiste fournit un rapport complet, l'infirmière peut simplement compléter ou ajouter les informations (comme l'emplacement des drains, le type de pansement, etc.).

Rôle interne :

- Commencer à préparer la salle d'opération pendant que l'infirmière évalue le patient (Veiller à ce que le lit soit correctement installé [procédure en position couchée, lithotomie, sacs de sable, coussins en mousse ou en gel, etc.]) ;
- Apporter le matériel dans la salle pour la procédure suivante ;
- Vérifier le Kardex du chirurgien et s'assurer que tous les équipements et le matériel soient disponibles (machine à cautériser, garrot, etc.) ;
- Aider à draper le patient/champ stérile ;
- “Anticiper et répondre au besoin du chirurgien”.

(SIPO, 2016, u00a03)

Rôle de l'inhalothérapeute :

- Être l'assistant de l'anesthésiologiste ;
- Préparer les médicaments intraveineux pour l'anesthésiologiste ;
- Vérifier les appareils d'anesthésie ;
- Se préparer pour l'intraveineuse ;
- Préparer les instruments et le matériel nécessaires pour maintenir les fonctions respiratoires du patient ;
- Surveiller les signes vitaux du patient (pression artérielle, saturation en oxygène, moniteurs cardiaques, etc.) ;
- Mettre en place tout le matériel et les médicaments nécessaires pour les interventions (générale, rachidienne, épidurale, bloc nerveux, etc.) ;
- Aider à l'induction et à l'intubation ;
- Aider au transfert du patient ;
- Connaître la technique stérile ;

Rôle du préposé aux bénéficiaires(PAB) :

- Aider au transfert du patient sur la table d'opération / hors de la table d'opération après l'intervention ;
- Participer au positionnement du patient avec l'équipe ;
- Aider à maintenir les extrémités du patient pour la préparation de la peau ;
- Nettoyer la salle d'opération entre les procédures ;
- Aider à déplacer l'équipement à l'intérieur et à l'extérieur de la salle.

Rôle de la réceptionniste :

- Coordonner avec d'autres unités la préparation du patient pour le bloc opératoire ;
- Organiser le transfert des patients des zones désignées avec les préposés aux bénéficiaires ;
- Préparer les dossiers des patients ;
- Contrôler la circulation dans la zone non restreinte.

Rôle de toutes les infirmières travaillant au bloc opératoire :

- Être bien informées et mettre à jour leurs compétences ;
- Avoir confiance et s'affirmer (exemple : si un chirurgien brise la stérilité, les infirmières doivent identifier le problème et en informer le chirurgien) ;
- Avoir une pensée critique (aider à l'organisation, et aux priorités qui en découlent) ;
- Avoir le sens de l'observation ;
- Collaborer avec l'équipe (ex. : parler au chirurgien, s'assurer que les instruments et équipements nécessaires sont disponibles) ;
- Communiquer de façon efficace (avec le personnel, les patients et les membres de la famille), contribuer à réduire le stress ;
- Faire preuve de leadership (capacité à déléguer des responsabilités, etc.) ;
- Maîtriser les techniques d'asepsie (réduit le risque d'infection) ;
- Connaître l'anatomie et la physiologie ;
- Comprendre et respecter les aspects juridiques (consentement, documentation, droit du patient de retirer son consentement, décompte chirurgical, etc.).

(AIISOC, 2017, p.37-38)

Normes et lignes directrices

Selon l'AIISOC, certaines terminologies sont utilisées pour nous guider dans notre pratique.

- 1) Doit = Une condition nécessaire à remplir par les infirmières pour maintenir les normes ;
- 2) Devrait = Une recommandation, mais non obligatoire. Généralement une forte recommandation ;
- 3) Peut = Une option.

(AIISOC, 2017, p.10)

Exemples :

- Les interventions chirurgicales doivent être exécutées par un minimum de deux infirmières professionnelles périopératoires, dont une doit être une infirmière autorisée périopératoire ;
- Le rôle interne doit être attribué à une infirmière professionnelle périopératoire ;
- Le rôle principal de circulation doit être attribué à une infirmière autorisée périopératoire¹
Lorsqu'une seule infirmière autorisée périopératoire est présente pendant l'intervention chirurgicale, une deuxième infirmière autorisée périopératoire doit être présente dans le bloc opératoire et immédiatement disponible pour intervenir ;
- Seule une infirmière autorisée périopératoire peut remplacer l'infirmière autorisée périopératoire externe principale pour les pauses ou autres tâches. En cas de complexité, de risque ou d'imprévisibilité accrue d'un patient et/ou d'une intervention chirurgicale, il peut être nécessaire de faire appel à des infirmières autorisées périopératoires supplémentaires et/ou à d'autres membres du personnel de santé pour aider à la réalisation des soins.

(AIISOC, 2017, p.33)

Zones dans le bloc opératoire

Le bloc opératoire est un endroit unique et différent des unités hospitalières. Il est divisé en trois zones distinctes : Zone non restreinte, zone semi-restreinte et zone restreinte.

Selon l'AIISOC :

“Zone non-restreinte :

- Le personnel peut porter des vêtements d'extérieur ;
- Le personnel peut voir l'horaire de la journée ;
- Le personnel peut approcher le bureau de chirurgie (réception) ;
- Zone d'attente où les patients attendent pour leur opération ;
- Le personnel a accès à la salle des infirmières ;
- Le personnel a le droit de boire et de manger.

¹ L'exception est le Québec. L'OIIQ et l'OIIAQ ont fait une exception qui permet aux infirmières auxiliaires de circuler en suivant des directives précises, ainsi que la supervision et les directives d'une infirmière autorisée.

Zone semi-restreinte :

- Seul le personnel autorisé peut entrer ;
- Accès à un lavabo pour le brossage chirurgical ;
- Zone de dépôt pour le matériel stérile ;
- Zones désignées comme sales/chariots ;
- Accès aux salles d'opération ;
- Le personnel doit porter des vêtements appropriés ; les vêtements chirurgicaux, le bonnet bouffant, la cagoule (pour les poils du visage), ainsi que les couvre-chaussures ;
- Ne pas manger ni boire ;
- Les sacs à main, sacs à dos ou mallettes ne sont pas autorisés.

Zones restreinte :

En plus des règles de la zone semi-restreinte, les règles suivantes s'appliquent :

- Code vestimentaire :
 - ❖ Vêtements chirurgicaux,
 - ❖ Masque,
 - ❖ Bonnet bouffant (pour les cheveux),
 - ❖ Cagoule (pour le personnel qui porte la barbe),
- Toute zone où le personnel de rôle interne est présent, par exemple dans la salle d'opération, et pendant que l'infirmière interne se brosse au lavabo ;

(AIISOC, 2017, p.140)

Pendant la journée de travail

- Tout le personnel doit porter les vêtements chirurgicaux propres (fraîchement lavés) chaque jour ;
- La blouse doit être insérée dans le pantalon et les cordons du pantalon doivent être insérés à l'intérieur de celui-ci ;
- Les sous-vêtements ne doivent pas dépasser des blouses ;
- Tous les bijoux, ainsi que les ongles artificiels, ne doivent pas être portés dans les zones restreintes et semi-restreintes ;
- Les masques doivent être changés d'un cas à l'autre ou lorsqu'ils sont visiblement souillés.

(AIISOC, 2017, p.145-146)

Les ongles doivent être courts, naturels et sans vernis. Le vernis à ongles a tendance à s'écailler, à se fissurer et peut héberger des bactéries. Nous voulons garantir la pratique la plus sécuritaire pour éviter tout risque d'infection pendant une opération.

Points à retenir (zone semi restreinte et zone restreinte) :

- Tous les cheveux doivent être couverts. Veillez à ce qu'ils ne dépassent pas du dos ;
- Toujours porter les masques correctement, les changer d'un cas à l'autre ou s'ils sont souillés. Ne jamais garder le masque autour du cou ;
- La blouse doit être insérée dans le pantalon ;
- Lors du premier brossage, s'assurer de faire un bon nettoyage des cuticules et du dessous des ongles ;
- Ne portez pas de bijoux, car ils peuvent frotter contre la peau et provoquer une perte de peau pendant une opération ;
- Portez toujours des chaussures fermées (orteils et talons non exposés) et des couvre-chaussures si les chaussures extérieures sont portées.

Vidéo sur la tenue vestimentaire adéquate en salle d'opération.

(SIPO, 2016, u01a06)

Testez vos connaissances sur les bonnes ou mauvaises façons de vous habiller au sein de la salle d'opération.

(INTERACTIF) (SIPO, 2016, u01a04)

Rôle de l'infirmière

Phases périopératoires :

- Préopératoire : Avant l'intervention chirurgicale,
- Intraopératoire : Pendant l'opération,
- Postopératoire : Après l'opération.

Préopératoirement :

L'infirmière doit :

- Établir une relation thérapeutique avec le patient ;
- Informer le patient de son rôle (nom, etc.) ;
- Faire la double vérification de l'identité du patient (nom, date de naissance, numéro d'hôpital, etc.) ;
- Vérifier le dossier du patient pour obtenir des informations pertinentes (allergies, antécédents médicaux, interventions chirurgicales antérieures, médicaments, laboratoires, test de grossesse, etc.) ;
- Vérifier le bracelet d'identification et le bracelet d'allergie placés sur le patient ;
- Savoir la dernière fois que le patient a uriné ;
- Connaître la dernière fois que le patient a mangé ou bu ;
- Vérifier le consentement chirurgical avec le patient ;
- Enlever les prothèses dentaires, appareils auditifs, lentilles de contact, etc. (si nécessaire) ;
- Retirer tout implant ou piercing susceptible d'interférer avec les techniques électrochirurgicales ;
- Connaître toute limitation de mouvements du patient ;
- S'assurer du retrait des bijoux ;
- Signer et dater la liste de vérification préopératoire ;
- Etc.

L'infirmière autorisée (RN) doit :

Évaluer et collecter les données sur tous les patients avant leur opération. Les données ci-dessous sont incluses, mais non limitées à :

- Informations obtenues auprès du patient/de la famille/des médecins/des infirmières d'unité/des autres membres de l'équipe de soins, etc. ;
- Au moyen d'une : entrevue, une consultation, une observation, le dossier de santé ;
- Encourager l'expression de la diversité individuelle en ce qui concerne la culture, la race, l'âge, l'orientation sexuelle, le sexe, les croyances et les valeurs ;
- "Respecter les patients, les familles et autres personnes importantes ou les directives de la personne légalement désignée, c'est-à-dire un testament de vie, une procuration et des directives de soins personnels."

(AIISOC, 2017, p.52-53)

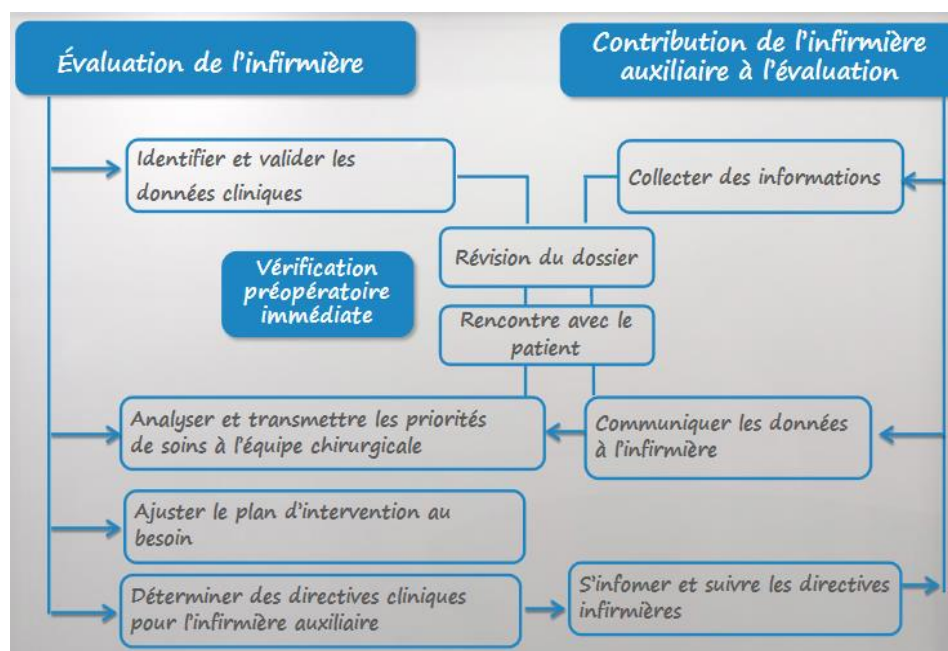
L'infirmière autorisée doit évaluer le patient avant l'intervention chirurgicale. L'infirmière auxiliaire peut contribuer à l'évaluation sous la supervision de l'infirmière autorisée.

L'infirmière auxiliaire doit :

- Contribuer à l'évaluation du patient (selon les directives de l'infirmière) ;
- Récolter les informations à partir du dossier ou du patient ;
- Compiler toutes les informations et les communiquer à l'infirmière autorisée.



(SIPO, 2016, u05a06)



(SIPO, 2016, u05a06)

Parmi les énoncés suivants, associez les responsabilités avec l'intervenant?

- **Doit vérifier l'identité du patient verbalement avec le dossier et le bracelet.**
- **Doit s'assurer de la concordance entre les données reçues du patient avec la feuille de consentement opératoire, la requête de salle d'opération et le programme.**

☐ Le chirurgien

 ☒ L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire

☐ L'anesthésiologiste

La collaboration de tous les
membres de l'équipe
interdisciplinaire est importante
pour la réalisation optimale
d'une chirurgie.

Pour en
savoir plus :



(SIPO, 2016, u05a03)

Intraopératoire

Rôle externe :

- Performer à l'extérieur du champ stérile ;
- Assurer la sécurité et le confort du patient dès l'instant où il entre dans la chambre jusqu'à son transfert en salle de réveil (unité de soins postanesthésiques).

Rôle interne :

- Consiste en tout ce qui se trouve dans le champ stérile ;
- Mettre une blouse chirurgicale stérile ;
- Mettre des gants chirurgicaux stérile ;
- Drapage stérile ;
- Mettre en place les instruments et le matériel stériles sur la table d'opération ;
- Etc.

Postopératoire

Rôle externe :

- Faire le bilan (le décompte est correct, les spécimens sont envoyés, etc.) ;
- Appeler l'équipe (PAB) ;
- Aider au transfert du patient ;
- Aider au transfert à l'USPA (donner le rapport effectué par l'infirmière autorisée pendant que l'évaluation se poursuit).

Rôle interne :

- Remettre tous les instruments à leur place respective ;
- Faire le nettoyage final et rinçage des lumens pour les instruments ;
- Jeter les objets tranchants dans des conteneurs de déchets appropriés ;
- Enlever les draps souillés et de les jeter dans les bacs appropriés ;
- Mettre en place un pré-nettoyage des instruments conformément aux directives de l'hôpital.

En général :

- En fonction de l'installation, les interventions pour les procédures à suivre seront mis en place sur des chariots appropriés dans une zone désignée ;
- Toujours vérifier la salle d'opération après le nettoyage pour s'assurer que la chambre est adéquate pour l'intervention suivante ;
- Vérifier que les tables sont exemptes d'humidité et de poussière ;

- Utiliser le Kardex pour vous aider à installer la salle. Informer l'utilisateur du type de support de lit nécessaire et du positionnement du patient en fonction de l'opération ;
- Toujours savoir où se trouvent les objets dans l'établissement. En cas d'urgence et lorsque le personnel est limité, il est important de savoir où tout se trouve. Prendre le temps de découvrir le lieu de travail et prendre quelques notes ;
- S'assurer de toujours vérifier la stérilité des emballages ; certains d'entre eux comportent un indicateur à l'intérieur et d'autres peuvent être étiquetés comme stériles sur l'emballage ;
- S'assurer de la disponibilité de l'appareillage externe (cautère, évacuateur de fumée, garrot).

“L'infirmière auxiliaire peut placer, ajuster et fixer les dispositifs tels que la machine à cautériser, l'évacuateur de fumée et le garrot. Toutefois, l'infirmière autorisée doit évaluer le patient au préalable et s'assurer que ces appareils peuvent être utilisés en toute sécurité sur lui L'infirmière autorisée doit aider à diriger l'infirmière auxiliaire de manière à ce qu'elle puisse brancher tous les appareils en toute sécurité”.

(SIPO, 2016, u04a01)

Positionnement

Les différentes procédures chirurgicales nécessitent que l'équipe place le patient sur la table d'opération de différentes manières. Le positionnement d'un patient n'est jamais une tâche individuelle, c'est toujours un travail d'équipe.

Les infirmières doivent surveiller en permanence les patients, en particulier ceux qui risquent de développer des ulcères de pression. Si l'infirmière (infirmière autorisée ou auxiliaire) observe des signes de rupture de la peau, d'éruption cutanée, de dermatite, etc., elle doit aussitôt le noter au dossier. (AIISOC, 2017, p.256)

Pour les procédures longues, utiliser :

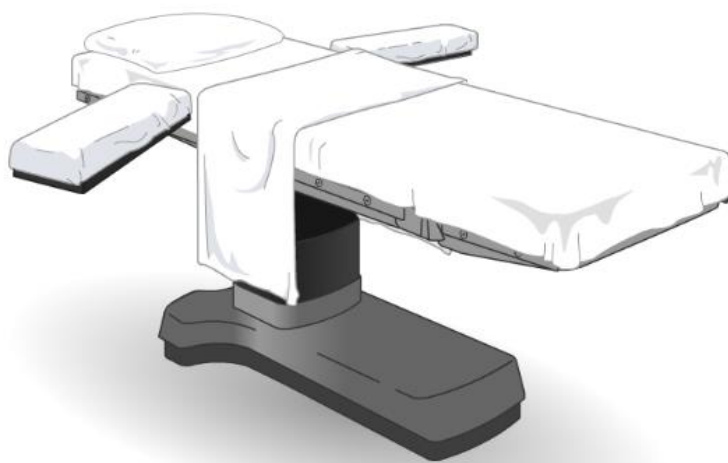
- Des coussins d'air et de gel ;
- Des oreillers et des dispositifs en mousse (ils fonctionnent, mais sont moins efficaces que les coussins en gel) (avoir une attention particulière sous les talons) ;
- Des protections supplémentaires pour la position couchée sur le ventre ;
- Contrôler le niveau de mouillage ;
- Toujours aider et surveiller le chirurgien dans le positionnement des patients et assurer une protection adéquate de la proéminence osseuse.

(AIISOC, 2017, p.259-260)

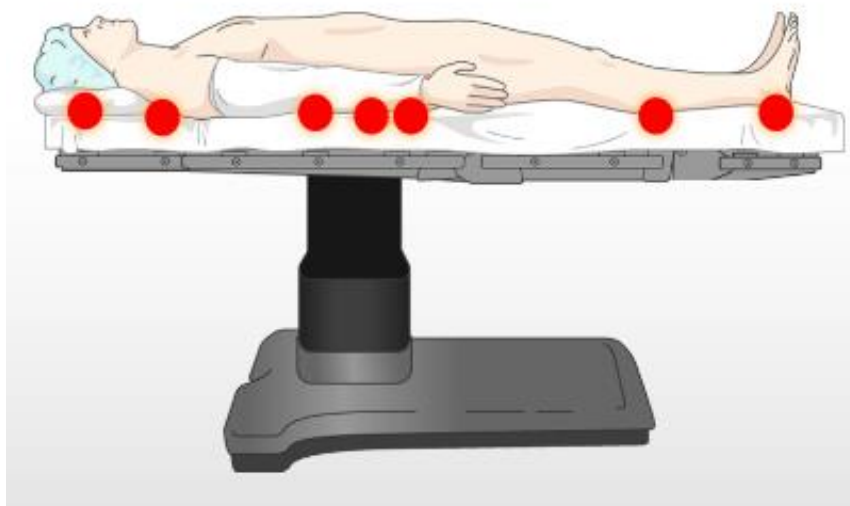
Selon l'AIISOC, “le positionnement chirurgical du patient est une responsabilité partagée entre les membres de l'équipe interdisciplinaire” (AIISOC, 2017, p.262)

L'infirmière externe doit documenter la façon dont le patient est positionné, par qui et avec quel matériel de soutien et quels rembourrages sont utilisés. De plus, si la position du patient change au cours du traitement, cela doit être documenté.

Décubitus Dorsal



(SIPO, 2016, u07a02)



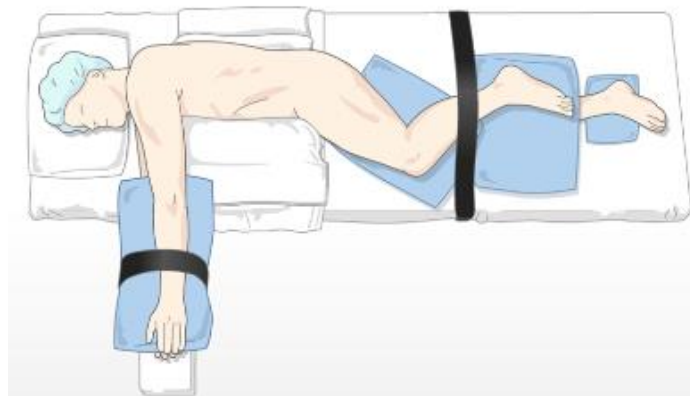
Points de pression (décubitus dorsal) (SIPO, 2016, u07a02)

Décubitus Ventral



(SIPO, 2016, u07a02)

Décubitus Latéral (gauche/droite)



(SIPO, 2016, u07a02)

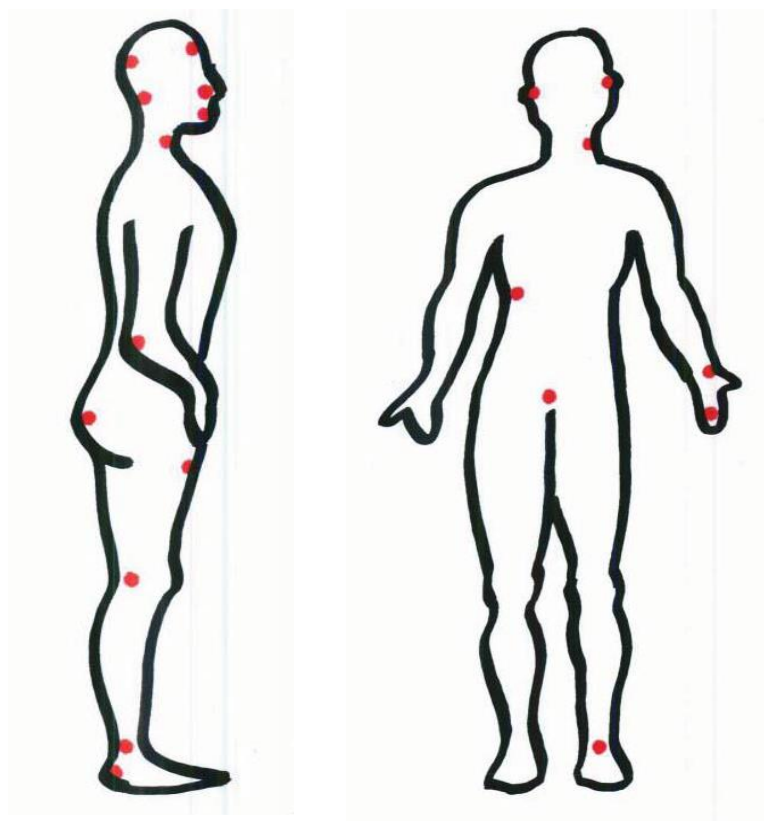
Lithotomie



(SIPO, 2016, u07a02)

- “Le positionnement d'un patient est toujours déterminé par le chirurgien et le type d'opération. L'infirmière auxiliaire peut aider au positionnement mais, sous la direction de l'infirmière autorisée” ;
(SIPO, 2016, u07a02)
- Toujours prendre note de toutes les restrictions de mouvement du corps du patient (lors de l'évaluation) et la documenter. Par exemple : le patient ne peut pas fléchir son genou droit, ou tout autre problème de mobilité du patient doit être documenté comme un facteur existant avant l'opération (base de référence du patient) ;
- Assurer le rembourrage et la protection de toutes les zones osseuses ;
- Toujours s'assurer que le patient ne croise pas les pieds pour éviter les dommages causés par la pression ou les nerfs
- Après le transfert du patient sur la table d'opération, placez toujours les courroies de sécurité au-dessus des genoux ;
- Toujours documenter la façon dont le patient a été positionné et qui l'a positionné
- Documenter la façon dont les proéminences osseuses ont été protégées est importante (ex. : mousse sous les talons).

(SIPO, 2016, u07a02)



Les zones vulnérables (AII SOC, 2017, pp.258-259)

Transfert d'un Patient

- Lors du transfert d'un patient d'une civière au lit de la salle d'opération, la présence de deux membres du personnel au minimum est requise. Une personne de chaque côté du lit et ce si le patient est capable de se transférer tout seul ;
- Si un patient a besoin d'assistance pour le transfert (incapable de transférer seul), la présence de 4 membres du personnel au minimum est requise. Un personnel de chaque côté, un à la tête et un aux pieds ;
- "Appliquez une courroie de sécurité dès que le patient est placé sur le lit de la salle d'opération. La courroie de sécurité doit être bien ajustée au-dessus des genoux, avec la capacité de glisser une main plate sous la courroie" ; (AIISOC, 2017, p.211)
- Vérifiez que le patient ne croise pas les jambes (la pression exercée par les chevilles superposées peut causer des dommages au patient).

Asepsie

Selon Spry, "Le terme asepsie signifie l'absence d'organismes infectieux".

(Spry, 2015, p.78)

La technique d'asepsie est un terme qui décrit une manière de travailler pour éviter que les micro-organismes n'entrent en contact avec un champ stérile, des instruments stériles, des équipements, etc. C'est une façon de réduire les risques d'infections et de maintenir un certain niveau d'asepsie dans la salle d'opération.

Comme par exemple :

- Ne jamais passer la main au-dessus d'un champ stérile avec un instrument ou une main/un bras non stérile ;
- En cas de doute sur la stérilité, considérer l'article comme contaminé ;
- Lors de cas de côlon, faites particulièrement attention aux instruments qui sont contaminés pendant l'intervention car l'intérieur du côlon est considéré comme contaminé.

Asepsie des Mains

Le premier lavage de la journée est très important. Une attention particulière doit être accordée au nettoyage sous les ongles, car il y a un risque élevé d'héberger des micro-organismes. Le personnel doit suivre la politique de l'hôpital et les instructions de fabrication pour les techniques de brossage.

En général, selon l'AIISOC :

- Au moment du brossage tout le personnel doit porter son équipement de protection individuelle (masque, protection oculaire, etc.) avant de se laver ;
- Si vous êtes allergique à un agent antiseptique spécifique utilisé pour le nettoyage, vous devez contacter les services de santé au travail et de contrôle des infections pour trouver une solution de remplacement;
- Le premier brossage de la journée nécessite l'utilisation d'un nettoyeur d'ongles pour assurer un bon nettoyage des cuticules et du dessous des ongles ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Gardez toujours les mains au-dessus des coudes lorsque vous les lavez afin de permettre à l'eau de s'écouler (de propre à sale) ;

(AIISOC, 2017, p.148)

Méthode de Brossage

- Après vous être lavé les mains et les ongles, prenez une brosse chirurgicale et ouvrez l'emballage ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Sortez la brosse, mouillez-la et pressez-la pour libérer la solution ;
- Lavez vos ongles pendant 2 minutes avec la partie poil de la brosse, puis rincer vos mains ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Libérez maintenant une plus grande quantité de la solution et lavez vos mains et vos bras, jusqu'aux coudes, pendant 1 minute ; (en utilisant la partie douce de l'éponge)



(SIPO, 2016, u08a02)

- Rincez vos mains et vos bras de manière que l'eau s'écoule des mains jusqu'aux coudes. Gardez toujours les mains dirigées vers le haut ;

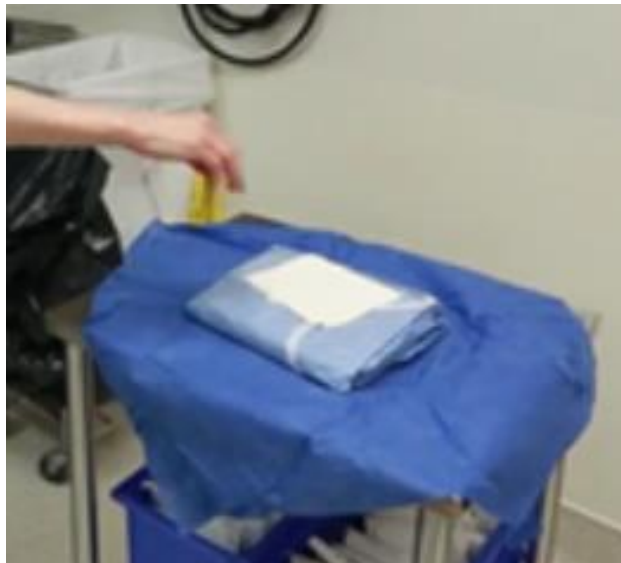


(SIPO, 2016, u08a02)

- À présent, prenez l'éponge et libérez la solution une nouvelle fois, puis laver les deux bras pendant 2 minutes supplémentaires (il est très important de laver également entre les doigts) ;



- Séchez toujours vos mains et vos bras avec une serviette propre et stérile, elle-se trouve sur votre blouse stérile dans la salle d'opération ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Le séchage des mains et des bras doit toujours se faire du haut des mains jusqu'au coude, sans jamais descendre en dessous du coude et en utilisant une rotation pour sécher et non une méthode de haut en bas. Une fois qu'un côté est sec, retournez la serviette et séchez l'autre main et l'autre bras avec la même technique ;
- Les mains et les bras doivent être séchés avant de revêtir la blouse et les gants, car "L'humidité résiduelle augmente le risque de pénétration, ce qui contamine la blouse et le champ opératoire" ;
(AIISOC, 2017, p.148)



(SIPO, 2016, u08a02)

- La durée totale du brossage avec la technique de la brosse chirurgicale est de 5 minutes (après le premier lavage à l'eau et au savon).

(SIPO, 2016, u08a02)

Méthode avec Gel

Lavez-vous toujours les mains et les bras avec de l'eau et du savon avant d'utiliser cette technique (veuillez utiliser le savon spécifique au bloc opératoire).

- Si c'est le premier brossage de la journée, nettoyez sous les ongles comme décrits précédemment ;
- Séchez-vous les mains et les bras avant d'appliquer le gel ;
- Le distributeur de gel doit être calibré par le fabricant et donner la quantité précise nécessaire à chaque demande (environ 2 ml) ;
- Placez la main sous la machine et recueillez le liquide distribué dans la paume de la main, comme indiqué sur l'image ci-dessous :



(SIPO, 2016, u08a02)

- Ensuite, prenez la main opposée et trempez le bout des doigts et des ongles dans la solution ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Tournez les ongles, actuellement trempés dans la solution, vers le haut pour permettre à la solution de pénétrer sous les ongles. Ensuite, prenez la solution qui reste dans la paume et frotter le bras opposé, de la main jusqu'au coude ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Répétez le processus pour la main et le bras opposé ;
- Une fois que les deux bras ont été frottés avec du gel, prenez un troisième volume de gel dans la paume d'une main, et frottez les deux mains ensemble. Ne descendez pas en dessous du poignet, car c'est votre dernier frottement ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- La solution de gel sur les mains et les bras s'évapore par frottement lorsque vous frottez la solution sur votre peau. N'agitez pas vos mains ou vos bras en l'air pour essayer d'accélérer le processus de séchage ;
- Une fois l'opération terminée, gardez toujours les mains en l'air, les coudes vers le bas et les bras loin de votre corps pour éviter toute contamination.



(SIPO, 2016, u08a02)

Habillage stérile

****Toujours s'habiller sur un site stérile différent de celui de sa station de travail****

- Les blouses stériles doivent être sélectionnées de manière appropriée pour chaque cas ;
- Des blouses de différents niveaux sont adaptées à des cas spécifiques sur la base des directives de fabrication ;
- Choisissez une blouse de la taille qui vous convient. Une taille trop petite vous exposera et ne vous protégera pas, ni vous ni le patient. Une taille trop grande augmentera les risques de contamination et peut être dangereuse si un excès de tissus se prend dans un instrument ou un objet pointu ;
- Une fois portées, les blouses sont considérées comme stériles du niveau de la poitrine jusqu'au champ stérile et de 5 cm au-dessus du coude jusqu'à la manche.

(AIISOC, 2017, p.149)

Points importants à retenir :

- Lorsque vous prenez votre blouse dans le champ stérile, assurez-vous que vos mains ne touchent pas le champ stérile sous la blouse, car ce sera votre champ stérile pour vous ganter.



(SIPO, 2016, u08a02)

- Les manches, la zone du cou, les épaules, les aisselles et le dos sont toujours considérés comme non stériles. (AIISOC, 2017, p.149)

Ici, l'image montre la zone stérile correcte une fois habillé.



(SIPO, 2016, u08a02)

Gants stériles

****Latex et non-latex ; sachez lequel vous convient le mieux et tenez compte des allergies des patients****

- Les gants stériles ne doivent jamais être lancés sur la table stérile ; ils doivent être remis à l'infirmière interne par l'infirmière externe ;
- La technique du gant fermé doit être utilisée. Ensuite, la manchette est considérée comme contaminée et ne peut pas être retirée ;
- “Les *liners* stériles (gants) sont toujours mis avant la blouse, et ne sont pas considérés comme stériles une fois mis” ; (AIISOC, 2017, p.148)
- Le port de deux gants n'est pas obligatoire, mais c'est toujours une bonne pratique. De préférence, un gant de couleur différente pour qu'il soit plus facile de voir une déchirure.

Points importants à retenir :

- N'utilisez jamais la manchette pour prendre votre gant, car elle est poreuse ayez toujours la manchette à l'intérieur ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Les lignes rouges représentent une limite stérile imaginaire. Au-delà de la ligne rouge, le champ est considéré comme non stérile (ce qui équivaut à une bordure d'un pouce) ;



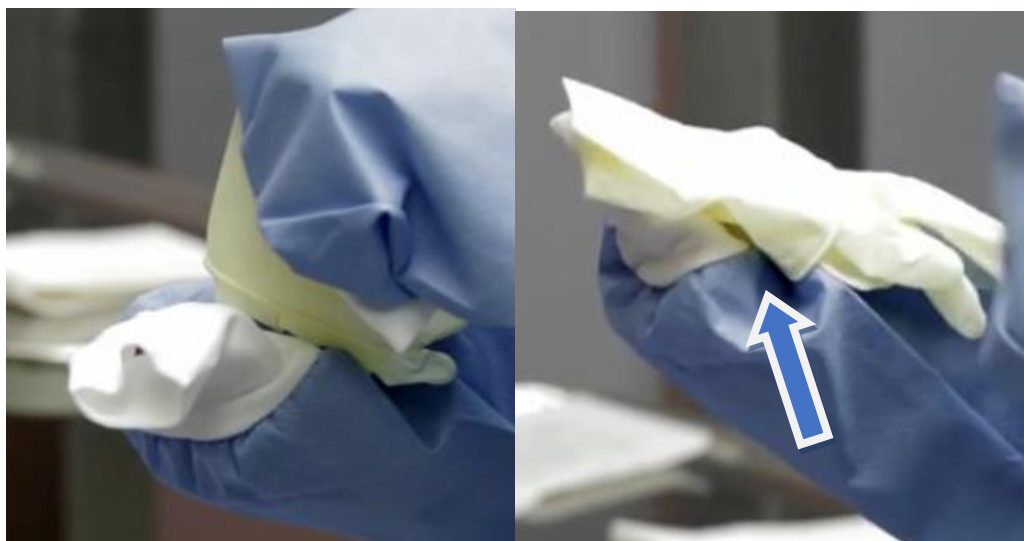
(SIPO, 2016, u08a02)

- Essayez toujours de vous tenir à environ 30 cm de la table pour des raisons de stérilité ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Lorsque vous mettez le premier gant, avancez la main jusqu'au manchon, déposez-le sur le manchon, attrapez le bord du gant comme le montre la flèche ci-dessous et repliez-le sur le manchon ;
- Une fois le gant mis en place, il doit couvrir la manchette de la blouse, car la manchette n'est plus considérée comme stérile.



(SIPO, 2016, u08a02)



(SIPO, 2016, u08a02)

TOUJOURS SE LAVER LES MAINS À LA FIN DE LA PROCÉDURE.

Pour habiller un Chirurgien :

- Donnez la blouse au chirurgien sans l'ouvrir ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- L'infirmière externe attachera la blouse du chirurgien par l'arrière ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Lorsque vous mettez des gants à quelqu'un, toujours vous assurer que vos doigts sont placés sous les plis de ses gants afin que sa main ne touche pas votre gant stérile. Si sa main touche votre gant, informez l'infirmière externe, car vous devrez les changer ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Une fois leur premier gant enfilé, ils peuvent utiliser leur main gantée pour s'aider à enfiler le deuxième gant en tirant et en faisant une ouverture plus large ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Pour retirer un gant déchiré ou contaminé, demandez toujours à l'infirmière externe de vous aider ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- L'infirmière externe ne touchera jamais la blouse stérile et ne rabattra pas la manchette sur la main ;
- L'infirmière interne aidera ensuite à la mise en gants de cette personne ;
- Si la blouse et les gants d'une personne lavée sont contaminés, l'infirmière externe peut d'abord retirer la blouse, puis les gants, ce qui permet à la personne de rester "propre" et de ne pas avoir à se relaver.



(SIPO, 2016, u08a03)

Après l'opération :

- L'infirmière interne enlève sa blouse en premier ;
- Ensuite, elle enlève ses propres gants en utilisant une technique qui permet d'éviter que son gant contaminé ne touche sa peau, comme illustré ci-dessous ;



(SIPO, 2016, u08a02)

- Après avoir retiré le premier gant, placez un doigt propre à l'intérieur de la deuxième paire de gants en vous assurant de ne pas toucher le côté extérieur, qui est contaminé.



(SIPO, 2016, u08a02)

Instruments

Il est très important de connaître le nom des instruments. Pour vous aider dans votre pratique, connectez-vous au SIPO. Dans la section u09a01, vous trouverez des images et des définitions claires, y compris les fonctions de la plupart des instruments. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de ce que le SIPO (2016) peut vous offrir.

 Ciseaux	 Kelly
 Allis	 Porte-aiguille
 Manche de scalpel	 Tissus?
 Écarteur ???	 Weithlaner Écarteur ???
(SIPO, 2016, u09a02)	

Points à retenir :

- Tous les instruments réutilisables qui ont été ouverts (utilisés ou non) doivent être lavés avant la stérilisation ;
- Les infirmières internes doivent nettoyer les instruments pendant une intervention avec de l'eau stérile et non du normal salin ;
- Le pré-nettoyage peut être utilisé après l'intervention, en fonction de la politique de l'hôpital.

“Il fait partie de la responsabilité des infirmières internes de remettre les instruments en place de manière sûre et appropriée avant de les envoyer à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Donc, les instruments lourds doivent être au fond du plateau (exemple : marteaux, grands écarteurs, etc.), les objets tranchants doivent être protégés (exemple : ciseaux), les lumières rincées, et les instruments ayant nécessité un assemblage doivent être démontés”.

(AIISOC, 2017, p.172)

“Les équipements prêtés doivent être considérés comme contaminés jusqu'à ce qu'ils aient été traités conformément aux directives de l'établissement destinataire. Le personnel de retraitement des dispositifs médicaux et périopératoire exige un mode d'emploi pour les instruments de prêt”.

(AIISOC, 2017, p.175)

Ouverture des Instruments et du Matériel stériles

(Si jamais il y a un doute sur la stérilité d'une chose, prendre en considération qu'elle est contaminée.)

- S'assurer que les articles ont été correctement stérilisés ;
- Vérifier les indicateurs de stérilité ;
- Toujours vérifier les indicateurs avant de placer tout instrument stérile sur un champ stérile ;
- La mise en place d'un instrument qui n'a pas d'indicateur de stérilité causera la contamination du champ stérile ;



(SIPO, 2016, u09a04)

- Regarder les dates d'expiration ;
- Inspecter l'intégrité des emballages ;
- Vérifier qu'il n'y a pas d'humidité qui soit passée au travers de l'emballage ;
- “Le thermoscellage trace la ligne de stérilité ;
- “Les objets stériles ne doivent pas être lancés” (flipping).

(AIISOC, 2017, p.155)

(AIISOC, 2017, p.155)

Une fois qu'un patient est entré dans la chambre, tous les objets qui ont été ouverts sont considérés comme contaminés! (AIISOC, 2017, p.155)

- Les instruments ouverts ne peuvent pas être laissés sans surveillance dans la salle d'opération ;
- Le personnel non stérile doit se tenir à un pied du champ stérile ;
- Le personnel interne doit rester dans sa zone de stérilité ;
- Le personnel non stérile ne doit pas passer entre deux champs stériles.

(AIISOC, 2017, p.157)

Soyez toujours responsable de vos actes. En cas de rupture de stérilité ou en cas de doute, parlez-en à votre équipe. Être responsable est la meilleure pratique pour garantir un environnement sécuritaire-pour tous.

- N'oubliez jamais que toute personne non stérile ne doit pas s'approcher à moins de 30 cm (1 pied) d'un champ stérile ;



(SIPO, 2016, u09a04)

- Seul le dessus de la table est considéré comme stérile, les côtés et le dos, bien que couverts, sont considérés comme contaminés. (Toujours laisser quelqu'un vous aider à déplacer votre table si nécessaire)
- Ne placez pas d'instruments ni d'objets à compter sur la table mayo avant le compte initial. Cela permettra d'assurer que tout ce qui doit être compté se trouve dans une seule zone et qu'aucun article n'est oublié ;
- N'ouvrez pas les emballages d'aiguilles avant l'utilisation. Certains emballages contiennent une solution pour garder les sutures humides et l'ouverture précoce peut les assécher.



(SIPO, 2016, u09a04)

Ne pas déplacer aucun instrument tel que décrit ci-dessus avant le premier comptage.

Médicaments et Solutions

Au cours d'une intervention, l'infirmière externe peut donner à l'infirmière interne une solution ou un médicament que le chirurgien utilisera. Les infirmières doivent toujours se rappeler de suivre les meilleures pratiques en matière de contrôle des médicaments.

- Le bon patient ;
- Le bon médicament ;
- La bonne dose ;
- La bonne voie ;
- Le bon temps ;
- La bonne raison ;
- La bonne documentation ;
- Ne pas oublier de vérifier si le patient a des allergies ;
- L'infirmière externe et l'infirmière interne doivent vérifier tous ces points (*les bons*) ;
- Vérifier aussi les dates d'expiration.

(AIISOC, 2017, P.329)

TOUJOURS SE RAPPELER QUE L'INFIRMIÈRE INTERNE DOIT ÉTIQUETER CHAQUE MÉDICAMENT ET SOLUTION PRÉSENTS SUR VOTRE TABLE. Cela permettra d'éliminer le risque d'erreur.

Les ampoules de médicaments ne sont pas destinées à être versées. La stérilité n'est pas garantie. La meilleure pratique consiste à enlever le couvercle en plastique et à nettoyer le caoutchouc avec une lingette à base d'alcool. Une fois sec, percez avec une aiguille stérile et retirez.



(SIPO, 2016, u10a02)



(SIPO, 2016, u10a02)

Enfin, toujours documenter, dans le dossier du bloc opératoire, tout médicament ou solution d'irrigation utilisés en intraopératoire.

- Lorsque vous versez une solution d'un contenant à un bol stérile, veillez à faire une belle arche afin que le contenant ne soit jamais directement au-dessus du bol ;
- Versez toujours lentement et régulièrement pour ne pas faire d'éclaboussure ;
- Toujours faire cette étape loin de la table afin qu'il n'y ait pas de déversement ou d'éclaboussure sur le champ stérile ;



(SIPO, 2016, u09a04)



(SIPO, 2016, u10a02)

- Une fois le liquide versé et le récipient retourné, il ne faut pas que le liquide s'échappe du contenant. De même, ne pas réutiliser le restant du liquide. Vous devez sortir une nouvelle bouteille à chaque utilisation ;



(SIPO, 2016, u10a02)

- Gardez toujours tous les contenants utilisés pendant une procédure sur le côté et ne jamais les jeter dans la poubelle. Il est important de connaître la quantité exacte de solution utilisée pendant un cas afin de pouvoir calculer les pertes totales de sang en cas de besoin ;
- Étiquetez toujours toutes les solutions et les médicaments qui se trouvent sur le champ stérile.



(SIPO, 2016, u10a02)

Rôle de l'Infirmière externe :

- Vérifier les ordonnances des médecins ;
- Examiner tous les médicaments et solutions : nom, date d'expiration, comment reconstituer et tout étiqueter ;
- Transférer, de façon sécuritaire, les médicaments à l'infirmière interne ;
- Préparer tous les médicaments à haut risque et par voie intraveineuse (seule une infirmière autorisée peut préparer ces médicaments) ; si une infirmière auxiliaire est dans le rôle externe, une infirmière autorisée doit préparer les médicaments avant l'opération ;
- L'infirmière autorisée doit diriger l'infirmier auxiliaire sur le transfert des médicaments à haut risque et intraveineux à l'infirmière interne (si l'infirmière auxiliaire est dans le rôle externe) ;
- Informer l'infirmière de la salle de réveil des médicaments administrés ;
- S'assurer que le médecin signe toutes les ordonnances verbales (principalement dans les cas d'analgésie et de sédation) ;
- Documenter toutes les solutions et les médicaments administrés au patient.

Rôle de l'Infirmière interne :

- Vérifier le nom, la date d'expiration et les méthodes de reconstitution des médicaments avec l'infirmière externe avant de recevoir le patient ;
- Utiliser une technique stérile pour transférer des médicaments ou des solutions sur le champ stérile ;
- Étiqueter chaque médicament et chaque solution placé sur le champ stérile ;
- Transférer les médicaments au chirurgien sur demande.

Infirmière auxiliaire (rôle interne) :

- L'infirmière autorisée dans le rôle externe doit superviser l'infirmière auxiliaire dans le rôle interne lors de la préparation de médicaments à haut risque ou par voie intraveineuse sur le champ stérile ;
- L'infirmière auxiliaire doit vérifier l'étiquette et l'emplacement de l'étiquette des médicaments à haut risque ou par voie intraveineuse avec l'infirmière autorisée dans le rôle externe ;
- Transférer les médicaments au chirurgien sur demande.

Infirmière auxiliaire (rôle externe) :

- Transférer les médicaments à haut risque et les médicaments administrés par voie intraveineuse préparés et étiquetés au préalable par l'infirmière autorisée ;
- Utiliser les techniques de transfert sécuritaires ;
- Vérifier l'étiquette et la date de péremption avec l'infirmière autorisée.

(SIPO, 2016, u10a03)

Exemples de médicaments à haut risque

- Héparine,
- Papaverine,
- IV contraste,
- Les drogues de la chimiothérapie.

 Toutes les étapes de la préparation des médicaments intraveineux et à haut risque en service externe doivent être effectuées par une infirmière.

Lorsqu'une infirmière auxiliaire est assignée au service externe, la préparation des médicaments intraveineux ou à haut risque doit être assurée par une infirmière. Les étapes de préparation des médicaments visées ici sont présentées en bleu dans le tableau 1.

(SIPO, 2016, u10a03)

 Lors du transfert de médicaments intraveineux ou à haut risque du service externe vers le service interne, l'une des deux personnes doit être une infirmière. Le transfert de ces médicaments est effectué selon les directives de l'infirmière.

(SIPO, 2016, u10a03)

L'infirmière auxiliaire peut participer à la préparation de médicaments intraveineux ou à haut risque en service interne en effectuant les manipulations requises en présence directe de l'infirmière et selon ses directives.

(SIPO, 2016, u10a03)

(SIPO, 2016, u10a03)

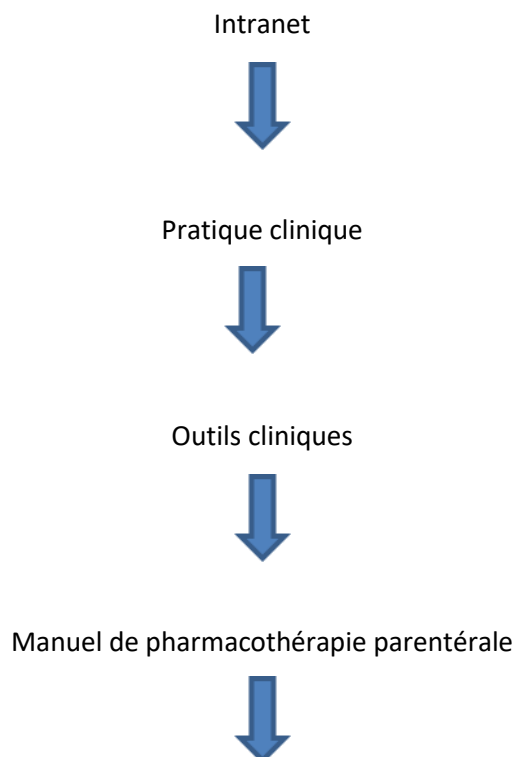
Tableau 1 – Tableau de la préparation et transfert des médicaments intraveineux à haut risque

Légende: ■ Activités réservées à l'infirmière
■ ■ Activités pouvant être effectuées par l'infirmière auxiliaire



Guide des Médicaments

La connaissance des médicaments est votre responsabilité ; un accès rapide et facile à un guide des médicaments est disponible sur l'intranet. Vous trouverez ci-dessous le cheminement.



MANUEL DE PHARMACOTHÉRAPIE PARENTÉRALE 39IÈME ÉDITION 2018

Astuces :

Si vous faite Ctrl F, ça lancera une boîte de recherche dans le coin supérieur droit de l'écran.
Vous pourrez alors écrire le nom d'un médicament, par exemple : Sensorcaine.

Compte chirurgical

“L’oubli d’un article chirurgical est toujours évitable et est considéré comme un événement qui ne doit JAMAIS arriver”.

(AII SOC, 2017, p.313)

“L’Organisation mondiale de la santé vise à assurer la sécurité du patient en s’assurant qu’aucun objet ou éponge ne reste dans la plaie d’un patient. Les articles oubliés peuvent causer des conséquences graves pour le patient, notamment des infections, des perforations intestinales, des fistules, des obstructions et même la mort”.

(AII SOC, 2017, p.313)

Le compte et le décompte chirurgical implique un travail d’équipe et doit toujours être à la fois audible et visible. Pointer un instrument sans vocaliser est une façon incorrecte de compter.

Avant le compte, tous les articles doivent rester ensemble et ne pas être dispersés jusqu’à ce qu’il soit terminé.
“Les instruments ne doivent pas être placés sur la table Mayo avant d’avoir été comptés.” (AII SOC, 2017, p.321)
“Cela permettra d’éliminer les risques d’erreurs”.

(AII SOC, 2017, p.314)

Toutes les éponges, les objets tranchants et les objets divers utilisés doivent être comptés pour éviter l’oubli d’instruments.

*Les situations d’urgence sont différentes et seront discutées plus tard.

“Le moment du décompte chirurgical doit avoir lieu à (mais peut aussi avoir lieu à d’autres moments) :

- Avant la procédure afin d’établir une base de référence (comptage initial) ;
 - Une cavité à l’intérieur d’une fermeture de cavité (c’est-à-dire une voûte vaginale) ;
 - À la première étape de la fermeture d’un site chirurgical ;
 - À la fermeture de la peau (décompte final) lorsque les instruments chirurgicaux ne sont plus utilisés ;
 - Au moment de la relève permanente de l’infirmière interne et/ou externe ;
 - Lorsque le décompte est remis en question ;
 - Chaque fois qu’un membre de l’équipe (chirurgien, infirmières et/ou anesthésiste) en fait la demande” ;
- (AII SOC, 2017, p.315)
- L’ordre du décompte doit être le suivant : éponges, objets tranchants, divers et instruments en dernier

Lors du décompte des objets tranchants, chaque objet doit être compté séparément et vous ne pouvez pas les regrouper. Par exemple, les aiguilles, les hypos, les lames, les pointes de cautère, etc. doivent tous être comptés individuellement.

Pourquoi ?

Et s’il y a un problème dans le décompte ? **Vous devez savoir exactement quel article est manquant.**

Pendant la procédure, le décompte commence à partir du champ stérile → table Mayo → table stérile → tout objet retiré du champ stérile. (AORN, 2017, p.315)

- Tout article encore utilisé lors du décompte final doit être récupéré et comptabilisé avant que le décompte ne soit terminé ;
- Exprimez toujours d'une voix claire et forte que le décompte est complet à la fin d'une opération en vous assurant que le chirurgien a bien entendu ;
- En l'absence de l'infirmière interne, l'infirmière externe (infirmière autorisée) peut compter avec le chirurgien ;
- Si un décompte est effectué pour la fermeture de la voûte vaginale, il doit être clairement indiqué sur la feuille de comptage ;
- Le décompte est toujours effectué par deux professionnels ; l'un d'eux doit toujours être une infirmière autorisée. Un décompte ne peut pas être effectué entre deux infirmières auxiliaires ou entre une infirmière auxiliaire et un chirurgien. (SIPO, 2016, u11a02)

Santé et Services sociaux Québec 

8. Les comptes chirurgicaux doivent être obligatoirement effectués en duo. Selon vous, quelles sont les personnes qui peuvent constituer ce duo?

	INTERNE	EXTERNE	AUTRE
 ☒	Infirmière	Infirmière	
 ☒		Infirmière	Chirurgien
 ☒	Infirmière auxiliaire	Infirmière	
☐	Infirmière		Chirurgien
 ☒	Infirmière	Infirmière auxiliaire	
☐		Infirmière auxiliaire	Chirurgien
☐	Infirmière auxiliaire		Chirurgien

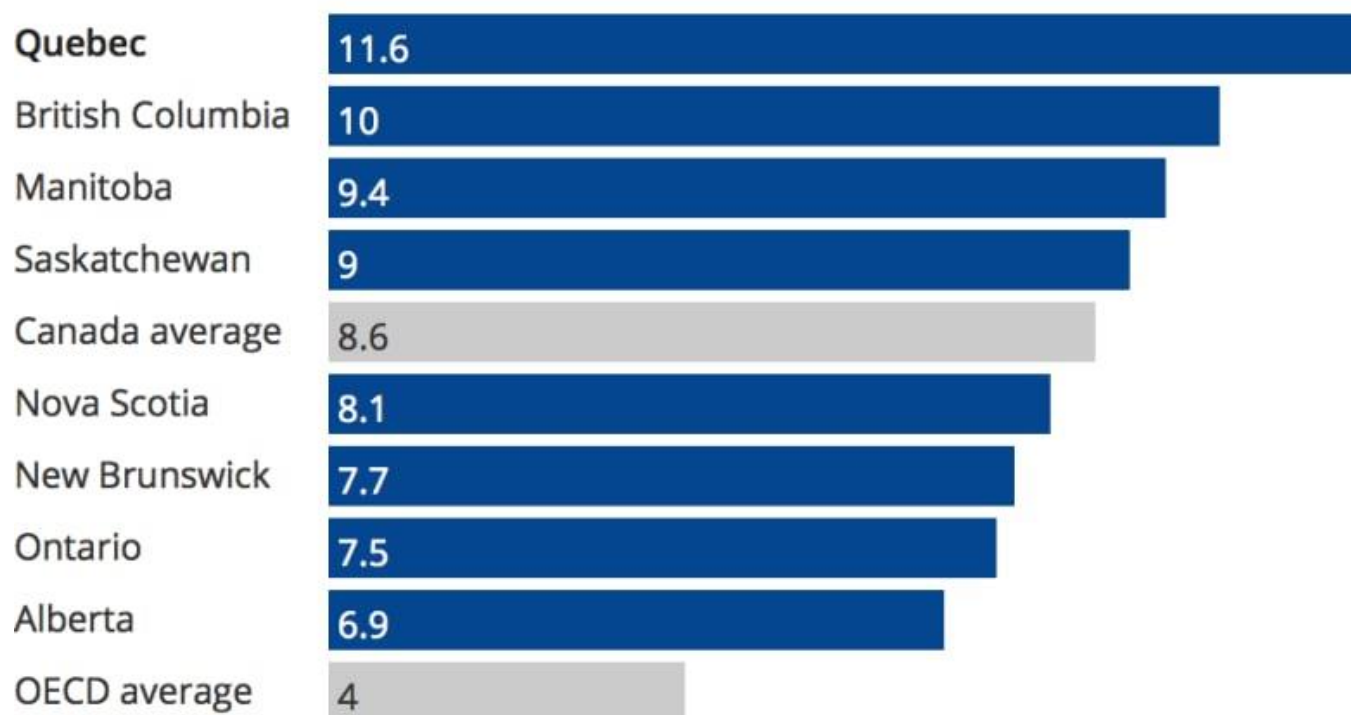
Le compte doit être effectué par deux personnes : une en service externe et l'autre en service interne. De plus, une des deux personnes doit être une infirmière.

Pour en savoir plus : 

(SIPO, 2016, u11a02)

Unwelcome guests

Rate of foreign materials left inside a patient after surgery (per 100,000 discharges)



Source: [Canadian Institute for Health Information](#)

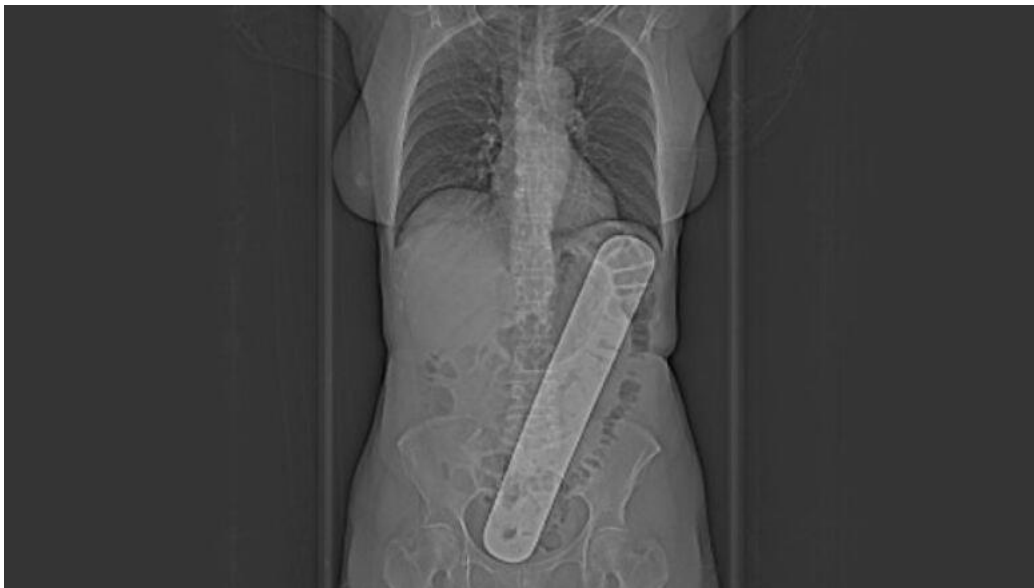


Image récupéré de : <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/montreal-hospital-instrument-left-inside-patient-sylvie-dube-1.4181278>



Image récupéré de: <https://www.ctvnews.ca/health/surgical-objects-left-in-patients-on-the-rise-in-canada-data-shows-1.46738908> novembre 2019

(Les photos montrent qu'il y a eu 553 incidents documentés de matériel chirurgical laissé dans le corps des patients au Canada entre 2016 et 2018, soit une augmentation de 14 % au cours des cinq dernières années (le Québec ayant le plus grand nombre d'incidents documentés de toutes les provinces).

Éponges chirurgicales :

- Doit être radio-opaque ;
- Les marqueurs radio-opaques doivent être visibles ;
- Ne jamais couper une éponge chirurgicale ;
- Les éponges radio-opaques ne sont jamais utilisées comme pansements. Elles peuvent provoquer des erreurs lors des radiographies postopératoires, et augmentent le risque d'erreurs si le patient revient pour une autre opération ;
- “Compter chaque paquet d'éponges distribué en respectant l'incrément qui leur a été fourni avant de compter le paquet suivant” ; (AIISOC, 2017, p.318)
- “Tirer sur la corde radio-opaque qui est suspendue à l'éponge pour s'assurer qu'elle est bien fixée dans l'éponge” ; (SIPO, 2016, u11a03)
- “Toujours compter les éponges deux fois”. (SIPO, 2016, u11a03)

“Lorsque des éponges comptées sont retirées du champ opératoire au cours d'une procédure, l'infirmière autorisée circulante périopératoire compte et met en sac les éponges dans la même proportion qu'elles ont été fournies” (AIISOC, 2017, p.318)

Toutes les ordures et les éponges comptées pendant la chirurgie doivent rester dans la pièce jusqu'à ce que le décompte final soit terminé.

Les objets tranchants :

- Toujours avoir une boîte de décompte des aiguilles pour y placer les aiguilles usagées ;
- Ne jamais laisser d'aiguilles libres sur la table ;
- “Pour les opérations peu invasives pénétrant dans une cavité corporelle importante, un compte complet est nécessaire, comprenant les instruments endoscopiques et non endoscopiques, avant le début de l'opération. Si l'intervention reste endoscopique, un décompte des éponges, des objets tranchants et des objets divers est nécessaire (c'est-à-dire qu'un décompte complet est effectué pour une cholécystectomie par laparoscopie) au cas où elle se transformerait en cholécystectomie ouverte. Il est toujours possible de convertir une chirurgie peu invasive en une chirurgie ouverte”. (AIISOC, 2017, p.320)

Cas d'urgence

Dans une situation d'urgence, l'infirmière essaie de compter au moins les éponges et les objets tranchants. Cependant, si la vie du patient est en danger, et que le temps est un facteur, une radiographie postopératoire peut être effectuée. Le chirurgien doit en être informé, la radiographie doit être faite sur ordre du chirurgien, le rapport d'incident doit être rempli et il faut toujours consigner dans le dossier périopératoire les raisons pour lesquelles le compte initial n'a pas été effectué.

Erreurs de Comptage

- Aviser le chirurgien ;
- Vérifier partout (une infirmière externe peut vérifier le sol, les poubelles, sous la table, etc.) ;
- Informer l'infirmière responsable en cas de retard dans la chambre ;
- Discuter avec le chirurgien pour une radiographie. La radiographie doit être faite avant que le patient ne quitte la salle d'opération, s'il est stable
- Toujours documenter les événements, et qui fait la lecture de la radiographie.
- Si le chirurgien refuse la radiographie, il doit remplir un rapport d'incident et le documenter.
- Également documenter que le décompte est incorrect, ainsi que si l'objet n'a pas été trouvé.

Solutions antiseptiques (préparation de la peau)

****Suivez toujours les recommandations du fabricant et la politique de l'hôpital****

Application d'une solution antiseptique sur le site opératoire :

- Généralement fait par le chirurgien ;
- Peut être fait par un moniteur (*fellow*) ou un résident, selon la préférence du chirurgien ;
- Peut être effectuée par l'infirmière externe si elle est formée et que le chirurgien le demande ;
- L'application se fait juste avant l'installation des draps ;
- L'infirmière autorisée doit évaluer la peau avant l'application de la solution antiseptique ;
- Placer sur un champ stérile, à distance de l'infirmière interne, les gants stériles pour le badigeonnage ;
- Ne jamais laisser de draps humides sous ou contre la peau du patient après la préparation ;
- Laisser sécher le site avant de le draper, suivre les directives du fabricant pour les temps de séchage des différentes solutions de préparation.

ACTIVITÉS ET CONSIDÉRATIONS POUR LES ANTISEPTIQUES DE PRÉPARATION PRÉOPÉRATOIRE DE LA PEAU

Agent antiseptique	Activité persistante/résiduelle	Usage sur les yeux ou oreilles	Usage sur les muqueuses	Contre-indications	Avertissements
Alcool	Aucune.	Non. Peut causer des lésions à la cornée ou aux nerfs.	Non.		Inflammable. Ne pénètre pas la matière organique. Concentration optimale : 60 % à 90 %.
Gluconate de chlorhexidine	Excellente.	Non. Peut causer des lésions à la cornée. Peut causer la surdité si contact avec l'oreille interne.	Utiliser avec précaution.	Hypersensibilité connue au médicament ou à tout ingrédient. Ponction lombaire ou usage sur les méninges.	Le contact prolongé avec la peau peut causer une irritation chez les patients sensibles. Des cas rares de réactions hypersensibles sévères ont été rapportés. Utiliser avec précaution sur les muqueuses.
Povidone iodée	Minimale.	Oui. Irritant oculaire modéré.	Oui.	Sensibilité à la povidone iodée (les allergies aux crustacés et mollusques ne sont pas des contre-indications).	L'hypersensibilité de la peau prolongée peut causer une irritation. Peut causer l'iodisme chez les gens prédisposés. Éviter l'usage pour les nouveau-nés inactivés par le sang.
Gluconate de chlorhexidine avec alcool	Excellente.	Non. Peut causer des lésions à la cornée. Peut causer la surdité si contact avec l'oreille interne.	Non.	Hypersensibilité connue au médicament ou à tout ingrédient. Ponction lombaire ou usage sur les méninges.	Inflammable.
Produit à base d'iode avec alcool	Modérée.	Non. Peut causer des lésions à la cornée ou aux nerfs.	Non.	Sensibilité à la povidone iodée (les allergies aux crustacés et mollusques ne sont pas des contre-indications).	Inflammable.
Parachloroxylenol (PCMX)	Modérée.	Oui.	Oui.	Hypersensibilité connue au PCMX ou à tout ingrédient.	Efficacité minimale en présence de matière organique. La FDA classe la PCMX sous la Catégorie III (données insuffisantes pour classement à titre de produit sécuritaire et efficace). La FDA continue l'évaluation du PCMX.

Désinfection préopératoire de la peau des patients, *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)*, 2014.

Présentement, en septembre 2019, l'entreprise 3M fournit à nos hôpitaux des solutions antiseptiques. Nous suivons leurs directives d'utilisation, comme indiqué dans l'image ci-dessous :

Tableau de référence pour la préparation chirurgicale de la peau (Choix de préparation de la peau basé sur l'efficacité et les propriétés antimicrobiennes)³

Légende : 1. Premier choix 2. Deuxième choix 3. Troisième choix 4. Quatrième choix

	CHG 0,05 % avec IPA 4 %	CHG aqueuse 2 %	CHG 2 % avec IPA 70 %	Povidone iodée 10 %	Povacrylex iodée avec alcool
Cosmétique – (sans yeux/oreilles)	3	2	1	3	1
Ophtalmie – yeux				1 (irritant oculaire modéré)	
Oreilles				1	
Dentition (sans yeux/oreilles)	2	1		2	
Cou – thyroïde	3	2	1	3	1
Cou – ligne centrale	4	3	1	4	2
Neuro – tête/épine thoracique	4	3*	2*	4	1
Ortho – épaule/bras/main/hanche/ genou/cheville/pied	3	2	1	3	1 (résiste au lavage/adhérence améliorée du drapage)
Ortho – scopes – irrigation	4	3	2	4	1
Muqueuses/plaies ouvertes	2 ² (utiliser avec précaution)	1 ² (utiliser avec précaution)		2	
Césariennes	4	3	2	4	1 (résiste au lavage/adhérence améliorée du drapage)
Cardiaque/vasculaire	3	2	1	3	1
Poitrine/Abdomen	3	2	1	3	1

* Suivre les instructions écrites du fabricant pour l'application de tous les produits antiseptiques pour la peau. S'assurer que tous les produits antiseptiques pour la peau soient complètement secs.

- Même règle de base, toujours désinfecter du propre au sale ;
- Ne jamais chauffer une solution de préparation à moins que le fabricant le recommande ;
- Ne jamais placer la plaque de cautérisation sur le site désinfecté (peut provoquer une brûlure) ;
- Toujours documenter :
 - A. Site de préparation (exemple : intact) (pré et post op) ;
 - B. Solution antiseptique utilisée ;
 - C. Qui a appliqué la solution antiseptique ;
 - D. Si les poils ont été épilés avant l'opération et comment (le rasage est évité, la tondeuse est une pratique courante si nécessaire) ;
 - E. Toute réaction indésirable à la préparation.

(AIISOC, 2017, p.165)

Les sites chirurgicaux doivent également être documentés en relation avec leur catégorie ;

- 1) Propre
- 2) Propre-contaminé
- 3) Contaminé
- 4) Infecté

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la description de ces catégories est la suivante ;

- 1) **“Propre** : désigne une plaie opératoire non infectée dans laquelle aucune inflammation n'est rencontrée et dans laquelle les voies respiratoires, alimentaires, génitales ou urinaires non infectées ne sont pas pénétrées. En outre, les plaies propres sont principalement fermées et, si nécessaire, drainées avec un drainage fermé. Les plaies incisives opératoires qui font suite à un traumatisme non pénétrant (contondant) doivent être incluses dans cette catégorie si elles répondent aux critères.
- 2) **Propre – contaminé** : désigne les plaies opératoires dans lesquelles les voies respiratoires, alimentaires, génitales ou urinaires sont pénétrées dans des conditions contrôlées et sans contamination inhabituelle. Plus précisément, les opérations impliquant les voies biliaires, l'appendice, le vagin et l'oropharynx sont incluses dans cette catégorie, à condition qu'il n'y ait pas de preuve d'infection ou de rupture majeure de la technique.
- 3) **Contaminé** : fait référence aux blessures ouvertes, fraîches et accidentelles. En outre, les opérations comportant des interruptions majeures de la technique stérile (par exemple, le massage cardiaque ouvert) ou un écoulement important du tractus gastro-intestinal, et les incisions dans lesquelles on observe une inflammation aiguë non purulente, y compris les tissus nécrotiques sans signe de drainage purulent (par exemple, la gangrène sèche), sont incluses dans cette catégorie.
- 4) **Infecté** : comprend les anciennes blessures traumatiques avec rétention de tissus dévitalisés et celles qui impliquent une infection clinique existante ou des viscères perforés. Cette définition suggère que les organismes responsables de l'infection postopératoire étaient présents dans le champ opératoire avant l'opération”.

(OMS, 2016, p.11)

Drapage

Le drapage permet de créer un champ "stérile" qui entoure le site opératoire. Pour garantir l'adhérence, toujours s'assurer que le site opératoire est sec avant de placer les draps.

- Le drapage doit suivre les recommandations des fabricants ;
- Toujours se tenir au-dessus du champ stérile ;
- Ne jamais secouer, ventiler ou déplacer rapidement les draps ;
- Tenir les draps avec votre main gantée stérile. Ne jamais toucher la peau du patient avec votre main gantée stérile ;
- Un drap ne doit pas être ajusté après l'installation ;
- Si des instruments sont utilisés pour maintenir des draps ou des dispositifs en place sur le champ stérile, assurez-vous qu'ils ne sont pas dentelés/perforés et qu'ils ne percent pas les draps ;

- “Seules les personnes portant un équipement de protection individuelle approprié, des blouses et des gants, doivent enlever les draps” ; (AIISOC, 2017, p.167-168)
- “Les draps doivent être placés à proximité du site d'opération puis tirés vers la périphérie” ; (SIPO, 2016, u13a03)
- “Toujours du site stérile vers le site non stérile” ; (SIPO, 2016, u13a03)
- Lorsque vous remettez un drap à une personne non stérile en haut du lit, toujours s'assurer que votre main se trouve sous un petit revers du drap pour éviter toute contamination ;



(SIPO, 2016, u13a02)

- Après l'intervention, les draps doivent être roulés afin de s'assurer que tout fluide corporel est contenu et ne s'égoutte pas sur le sol.



(SIPO, 2016, 13a02)

La Liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire (temps d'arrêt)

Histoire :

Cela a commencé dans le domaine de l'aviation, pour que les pilotes disposent d'une liste de contrôle pour réduire les erreurs. Elle a permis d'assurer la sécurité des équipages et des passagers.

Plus tard, un médecin a élaboré une liste de contrôle à utiliser avant l'insertion des lignes centrales. Cela a permis de réduire considérablement les infections. Par exemple, sur cette liste de contrôle, le lavage des mains était présent (AIISOC, 2017, p.43).

Depuis 2009, l'AIISOC a commencé à utiliser ce type de liste de contrôle basée sur celle de l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre de sa campagne "Une chirurgie sûre sauve des vies".

Question :

Le lavage des mains est fondamental, pourquoi serait-il sur une liste de contrôle ?

Réponse :

Lorsque les actions sont répétitives, les gens ont tendance à négliger leurs vérifications de sécurité et risquent de faire des erreurs.

"Ils peuvent devenir complaisants". (AIISOC, 2017, p.43)

La liste de contrôle comporte trois phases :

- 1) Procédures initiales (Période précédant l'induction de l'anesthésie) :
 - L'équipe chirurgicale doit être présente lors de la période de *briefing* qui requiert au minimum, le patient, les chirurgiens, le représentant des soins d'anesthésiques et l'infirmière autorisée ; (AIISOC, 2017, p.214)
 - Présentation de tous les membres de l'équipe à tour de rôle.
- 2) Temps d'arrêt ou Time Out (Période suivant cette induction et précédant l'incision chirurgicale) :
 - Comme ci-dessus, tous les membres de l'équipe doivent être présents. Une deuxième présentation est requise.
- 3) Procédures finales (Période durant ou juste après la fermeture de la plaie).

En faisant la liste de contrôle, nous nous assurons d'avoir le bon patient, le bon site, nous diminuons les erreurs, nous diminuons les infections, nous connaissons tout le monde dans la salle et nous anticipons les pertes de sang et les problèmes qui peuvent survenir, etc. Cela nous permet également de mieux connaître la situation et d'agir en conséquence.

Voici un exemple de fiche de vérification chirurgicale utilisée sur le SIPO.
Notez que dans chaque section, tous les membres de l'équipe sont présents.



Nom du patient :
Chirurgien:
Anesthésiologiste:
Intervention chirurgicale:

#Dossier :

LISTE DE VÉRIFICATION POUR UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE (Form. SIPO-A4-210)

Étape 1	Étape 2	Étape 3
PROCÉDURES INITIALES Avant l'induction de l'anesthésie ☐ Chirurgien et anesthésiologiste présents au CH ☐ Identification avec bracelet et numéro de dossier ☐ À jeûn ☐ ECG ☐ RX ☐ Test de grossesse ☐ S/O ☐ Code 50 ☐ Analyse sanguine - Allergies Oui ☐ Non ☐ - Précautions additionnelles Oui ☐ Non ☐	TEMPS D'ARRÊT Avant le début de l'intervention ☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☐ L'identité du patient ☐ Le site de l'intervention ☐ L'intervention ☐ Les allergies ☒ Indicateur de stérilité conforme ☐ Vérification du positionnement	PROCÉDURES FINALES Avant la sortie de salle ☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☒ L'infirmière confirme verbalement ☒ L'intervention finale pratiquée ☒ Compte final fait et complet ☐ Non requis post intervention
En salle par l'infirmière externe L'usager a confirmé: ☒ Son identité ☒ Son consentement ☒ Ses allergies ☒ L'intervention et le site ☐ Instrumentation spéciale en salle ☐ S/O ☒ Miction pré-scopie ☐ S/O ☒ Marquage du site ☐ S/O ☒ Vérification de l'équipement d'anesthésie ☒ Monitoring vérifié et adapté au patient ☐ Médicament d'urgence et d'induction prêts ☐ Voies aériennes	QUESTIONS OPTIONNELLES si applicables ☐ Les implants disponibles (mèche, prothèse, clou, vis) ☐ Risque de pertes sanguines + de 500 ml ☒ Sang disponible ☐ Antibiotique préopératoire administré ☐ Prophylaxie antithrombotique ☐ Bas anti-embolie	SPECIMEN DE PATHOLOGIE ☒ Étiquetage et gestion des prélèvements ☐ S/O ☒ Problèmes anticipés post-op ☐ Oui ☐ Non ☒ Points à améliorer ☐ Oui ☐ Non
VERS LA SALLE DE RÉVEIL ☐ S/O L'infirmière accompagne le patient ☐ Rapport donné verbalement ☐ Init. service. ext. _____	Init. service ext. _____	Init. service. ext. _____

(SIPO, 2016, u14a03)

En ce qui concerne le consentement, l'infirmière externe (infirmière autorisée ou infirmière auxiliaire) peut confirmer avec l'équipe que le consentement a été signé dans les deux sections (opératoire et anesthésie).

LISTE DE VÉRIFICATION POUR UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE (Form. SIPO-A4-210)

Étape 1 PROCÉDURES INITIALES Avant l'induction de l'anesthésie	Étape 2 TEMPS D'ARRÊT Avant le début de l'intervention	Étape 3 PROCÉDURES FINALES Avant la sortie de salle
☐ Chirurgien et anesthésiologiste présents au CH ☐ Identification avec bracelet et numéro de dossier ☐ À jeûn ☐ ECG ☐ PV ☐ Test de grossesse ☐ Code 50 ☐ Anal Allergies Oui ☐ Précautions additionnelles En salle par l'infirmière L'utilisateur a confirmé :	☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☐ L'identité du patient ☐ Le site de l'intervention Cliquez pour en savoir plus	☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☐ L'infirmière confirme verbalement ☒ L'intervention finale pratiquée ☐ ... fait et ☐ ... post intervention DE PATHOLOGIE ☒ et gestion des ts S/O ☐ ☒ anticipés post-op ☒ éliorer ☐ Oui ☐ Non ALLE DE RÉVEIL S/O ☐ ☐ accompagne le patient ☐ ... verbalement . ext. _____
LES CONSENTEMENTS « Les consentements à la chirurgie et à l'anesthésie sont généralement obtenus dans le bureau du chirurgien et par l'anesthésiologiste. À cette étape de la liste de vérification, <u>l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire</u> confirme verbalement que le formulaire de consentement a été signé aux deux sections. Dans le cas d'interventions non urgentes, s'il est impossible d'obtenir le consentement du patient (par exemple, dans le cas d'enfants, de patients frappés d'incapacité), un tuteur ou un membre de la famille peut fournir le consentement. Dans le cas d'une intervention d'urgence, lorsque le patient ou un décideur substitut ne peut donner son consentement et qu'il peut être démontré qu'il y a de graves souffrances ou une menace imminente de mort ou de détérioration grave de la santé, un médecin a le devoir de faire ce qui est nécessaire dans		
Init. service ext. _____ Init. service ext. _____ CONTINUER >		

(SIPO, 2016, u14a03)

Consentement

- Selon l'AIISOC : "Le consentement éclairé fait partie de la relation patient-médecin" ;
(AIISOC, 2017, p.202)
- "La personne qui effectue la procédure médicale ou chirurgicale doit être celle qui fournit les informations et obtient le consentement éclairé" ;
(AIISOC, 2017, p.202)
- "L'infirmière est en mesure d'attester avec le patient que son consentement figure sur le formulaire, qu'il est capable de comprendre ce à quoi il consent, et que ce consentement est volontaire ;
(AIISOC, 2017, p.202-203)
- En cas d'urgence, les consentements doivent être obtenus bien que, s'il n'est pas possible d'obtenir un consentement, la procédure est prioritaire pour sauver une vie".
(AIISOC, 2017, p.202-203)

Spécimens

Lors d'un cas, un chirurgien peut demander qu'un échantillon soit envoyé frais, congelé ou même en formol. Une documentation et un étiquetage appropriés sont :

- Nom du spécimen ;
- Site ;
- Marquages placés (suture courte supérieure, longue latérale) ;
- Nom de chirurgien ;
- Vos initiales et votre numéro d'employé ;
- S'assurer que le nom et le numéro du patient (numéro du dossier médical) sont clairement indiqués sur l'étiquette (vérification en deux étapes) ;
- Date et heure.

Toujours vérifier avec le chirurgien la bonne manipulation du spécimen. Ne jamais supposer.

“La formaline aide à fixer le spécimen dans son état actuel, ainsi qu'à le préserver de toute décomposition future.” (AIISOC, 2017, p.326)

Cependant, tous les spécimens ne vont pas dans le formol, TOUJOURS vérifier avec le chirurgien. Certains exemples sont frais, congelés ou au formol.

Une bonne pratique serait de documenter le nom de la personne qui a amené le spécimen à la pathologie s'il est envoyé frais, afin qu'il y ait toujours un moyen de retracer le chemin parcouru par le spécimen.

*****SUIVRE LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE POUR LES ACCIDENTS DE TRAVAIL LIÉS AU FORMOL*****

Pansement

- Le pansement doit rester hors du champ stérile jusqu'à ce que le décompte final soit terminé et que la plaie soit fermée ;
- Si un pansement est fourni dans un emballage personnalisé, l'isoler dans la zone stérile, loin du site opératoire, jusqu'à ce que le décompte final et la fermeture soient terminés ;
- L'infirmière interne peut appliquer le pansement stérile (première couche) et le maintenir en place pendant que les draps sont retirés. Toute couche supplémentaire peut être appliquée par l'infirmière externe.

L'une des raisons pour lesquelles les compresses radio-opaques ne sont pas utilisées comme pansement est que si le patient est ramené au bloc opératoire, cela peut entraîner une erreur de comptage.

(AIISOC, 2017, p.169)

Drainage

- “Lors de la documentation de drain, toujours indiquer l'emplacement, le type de drain et la manière dont le drain a été sécurisé”. (AIISOC, 2017, p.170)

Exemple : Dispositif d'aspiration de 100 ml pour plaie fermée, Jackson Pratt (JP), insérer par un coup de couteau, sein gauche, suturer avec du 3-0 Monosoft.

Irrigation

- “Toutes les irrigations et tous les médicaments utilisés au cours d'une procédure doivent être consignés dans le dossier de la salle d'opération du patient”. (AIISOC, 2017, p.171)

Documentation

“La documentation est très importante pendant les étapes périopératoires d'un patient. Elle fournit une preuve perceptible et factuelle des soins que le patient a reçu. La documentation doit toujours être claire, concise et factuelle”. (AIISOC, 2017, p.342)

Les infirmières auxiliaires devraient toujours :

- Documenter ce qu'ils ont fait et observer ;
- “Documenter toutes les personnes présentes dans la salle (y compris leurs titres)” ; (AIISOC, 2017, p.344)
- Ne jamais documenter ou signer pour une autre personne ;
- Ne jamais utiliser de liquide correcteur ou noircir une inscription pour qu'elles ne soient plus lisibles.

Note tardive :

- Date exacte ;
- Heure exacte ;
- Signature de la personne qui rédige la note.

(AIISOC, 2017, p.343)

Corrections :

- Raturer l'erreur d'une seule ligne (doit être encore lisible) ;
- Date et heure ;
- Signature de la personne qui fait la correction ;
- Correction.

(AIISOC, 2017, p.344)

Pour les dossiers/documents électroniques :

- Toujours se déconnecter lorsqu'il n'est pas utilisé ;
- Ne jamais partager vos mots de passe avec personne.

Continuité des Soins

Au cours d'une procédure, ce n'est pas toujours la même personne qui commence la procédure qui la termine. Il arrive que l'infirmière externe et l'infirmière interne soient remplacées en fonction des pauses, des déjeuners et des changements d'équipe. Il est important de donner un rapport précis et complet à l'infirmière qui nous remplace, soit ; l'identité du patient (vérification en deux étapes), son état de santé, ses antécédents médicaux, ses allergies, ses pertes de sang, le décompte chirurgical, etc. Ces informations sont extrêmement importantes lors d'un changement de rôle.

La documentation est importante, en voici un exemple :

L'infirmière interne "A" a été remplacée à 11h45 par l'infirmière interne "B". Le décompte chirurgical a été vérifié et il est complet au moment du changement.

Crise cardiaque en salle d'opération

- "Toutes les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires doivent avoir une formation de base en réanimation. La réanimation cardio-respiratoire est nécessaire lorsqu'on travaille dans un environnement péri opératoire" ; (AIISOC, 2017, p.437)
- Avoir les compétences pour les défibrillateurs ; (AIISOC, 2017, p.438)
- Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires doivent connaître la politique de leurs soins de santé qui consiste à utiliser un code bleu au sein de la salle d'opération ;
- Connaître la localisation du chariot d'urgence dans l'établissement ;
- Vérifier régulièrement le chariot de réanimation ;
- Des simulations de codes bleus doivent être mises en place avec l'équipe périopératoire.

L'infirmière interne pendant un code doit :

- Protéger le champ stérile si possible ;
- Essayer de couvrir l'incision ;
- Faire le suivi des éponges, des objets tranchants et des instruments ;
- Décompte de fermeture complet.

(AIISOC, 2017, p.439)

Toutefois, si le nombre de personnes pour exécuter le code est insuffisant, l'infirmière interne peut briser la stérilité et doit aider à exécuter le code !

Les documents à fournir lors d'un code doivent comprendre :

- "Heure de l'arrêt cardiaque ;
- Heure d'arrivée des membres du code ;
- Heure à laquelle la RCR a été initiée et par qui ;
- Heure et dosage de l'administration des médicaments ;
- Rythme de l'ECG selon le chef d'équipe ;
- Courant électrique spécifique délivré (par exemple, en joules) ;
- Médicaments administrés et par qui ;
 - Les perfusions/transfusions, etc.
- Résultats du patient"

(AIISOC, 2017, p.439)

Une fois qu'un code est exécuté au bloc opératoire, les membres de l'équipe doivent être en mesure de faire un compte rendu et de discuter de leurs pensées, de leurs sentiments et du déroulement du code dans son ensemble.

Garrot pneumatique

- Le garrot doit passer un test d'auto-calibrage avant utilisation ;
- S'assurer que le brassard "... est plus large que la moitié du diamètre du membre" ; (AIISOC, 2017, p.272)
- Le brassard doit recouvrir un minimum de 3 pouces et un maximum de 6 pouces, ou comme spécifié par les directives de fabrication ; (AIISOC, 2017, p.273)
- S'assurer qu'aucune solution de préparation ne s'est accumulée sous le brassard (peut causer des brûlures chimiques) ;
- S'assurer que le brassard est correctement couvert pour éviter que les liquides de préparation et autres ne s'accumulent sous le brassard ;
- Temps de gonflage maximum de 60 min pour les membres supérieurs (ex : bras) et maximum de 90 min pour les membres inférieurs (ex : genou). Aviser le chirurgien lorsque les limites de temps ont été atteintes.

- Si le chirurgien a besoin de plus de temps, le garrot peut être libéré pendant 15 minutes puis regonflé pour un autre cycle

Toujours gonfler et dégonfler le garrot selon les ordres verbaux du chirurgien, informer également l'anesthésiste afin qu'il puisse observer les changements hémodynamiques.

Il faut toujours documenter :

- Qui a mis le brassard ;
- La taille et la localisation ;
- Le temps (lorsque gonflé et dégonflé) ;
- La pression ;
- Aviser le chirurgien du temps de garrot (en particulier lorsqu'il atteint l'intervalle de temps maximum) ;
- Le numéro de la machine ;
- L'état de la peau avant et après.

Veuillez regarder la vidéo sur SIPO, 2016, u04a02 pour l'installation du tourniquet.

Électrocautère

- Assurer une visibilité et une audibilité tout au long de l'opération ;
- Ne jamais désactiver le son. Le son peut aider à indiquer si le bouton est enfoncé à tort ;
- S'assurer que la zone de préparation est sèche. En particulier lorsque vous utilisez un produit à base d'alcool (réduire les risques d'incendie) ;
- Une surveillance étroite est nécessaire pour les cas proches du cou et de la tête lorsque le patient reçoit de l'oxygène ;
- Éviter tout contact de métal avec le patient ;
- Enlever tous les bijoux et piercings du patient pour éviter les brûlures ;
- Vérifier si le patient a un stimulateur cardiaque :
 - ❖ Les patients porteurs d'un stimulateur cardiaque devraient être examinés par leur cardiologue,
 - ❖ Avoir un aimant à disposition dans la salle,
 - ❖ Placer la plaque dispersive loin de l'implant (s'assurer que le courant ne passe pas par le chemin du stimulateur cardiaque),
 - ❖ Utiliser un système bipolaire si possible.

(AIISOC, 2017, p.276-281)

Toujours documenter :

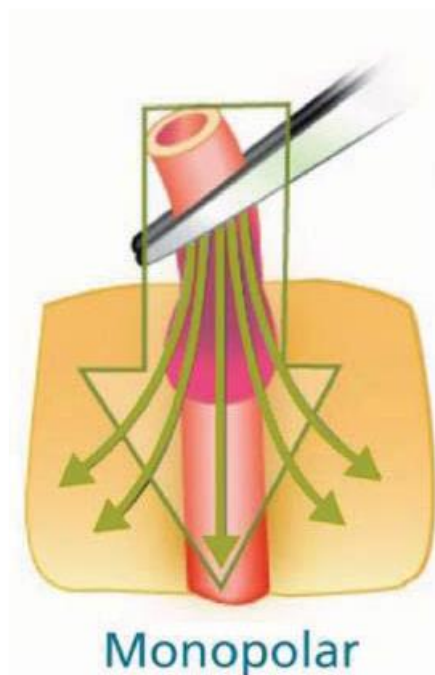
- Le site où la plaque dispersive est mise (de préférence un site bien musclé, sec et proche du site opératoire). Le muscle conduit mieux l'électricité et réduit l'accumulation de chaleur sous la plaque dispersive ; (AIISOC, 2017, p.285)
- Le type d'appareil électrochirurgical utilisé : monopolaire, bipolaire, harmonique, etc. ;
- Le numéro de l'appareil ;
- Les paramètres de coupe et de coagulation ;
- Pour les patients qui ne peuvent pas retirer leur(s) piercing(s), documenter l'enseignement, expliquer les risques et informer le personnel.

Éviter les zones osseuses, les prothèses, les tissus cicatriciels, les tatouages, les coupures ou les lésions, les cheveux et les zones de mauvaise circulation lorsque vous placez la plaque dispersive. (AIISOC, 2017, p.285)

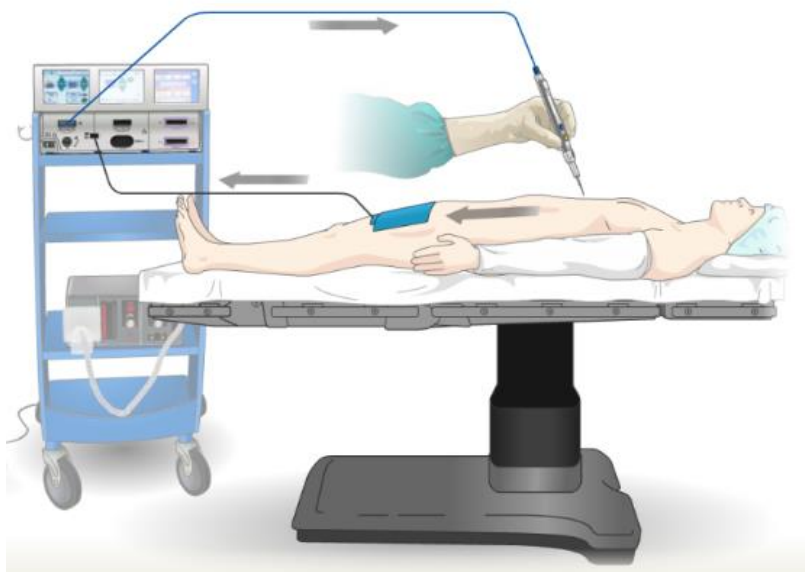
Certains tatouages sont composés de colorants métalliques, éviter de placer la plaque dispersive sur les zones mentionnées ci-dessus ; cela évitera toute brûlure au patient. (AORN, 2014, p.128)

L'Électrocautère :

“En électrochirurgie monopolaire, le circuit électrique complet comprend le dispositif générateur d'énergie, l'électrode active, la plaque dispersive, et les tissus du patient” (AIISOC, 2017, p.283)



(AIISOC, 2017, p.288)

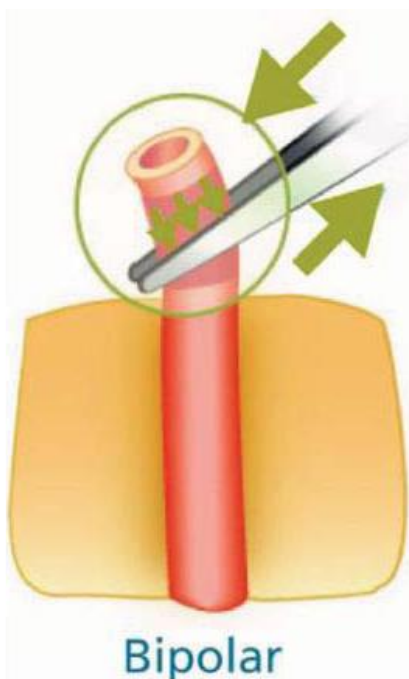


(SIPO, 2016, u04a02)

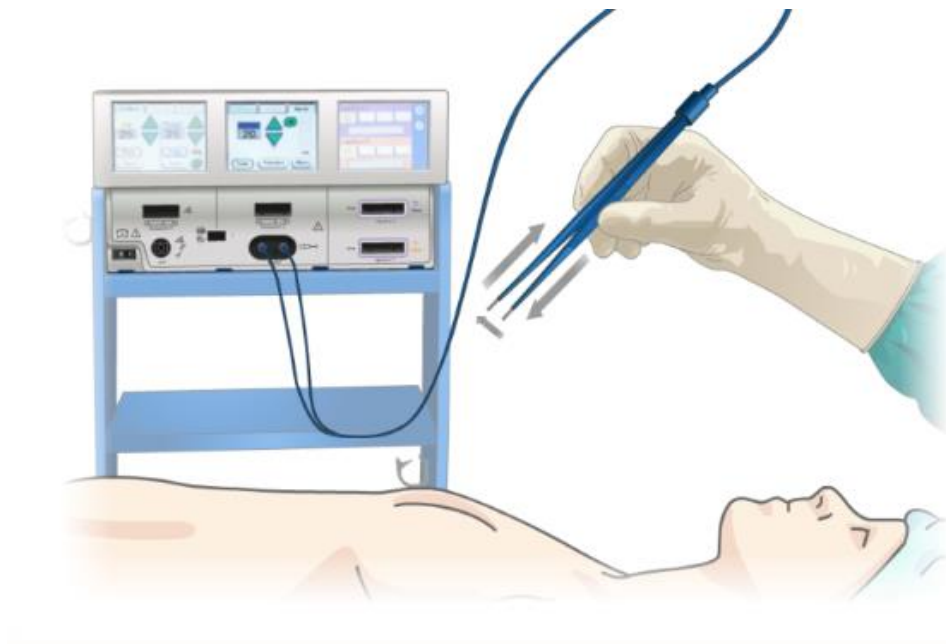
“Dans l'électrochirurgie bipolaire, le courant électrique passe de l'unité de production d'énergie à un instrument à deux pôles, pour revenir au générateur. Le courant ne pénètre pas dans le corps du patient au-delà du site chirurgical.

L'électrochirurgie bipolaire peut limiter la quantité de tissu affecté ; une zone plus limitée d'étalement thermique produit moins de plumes”

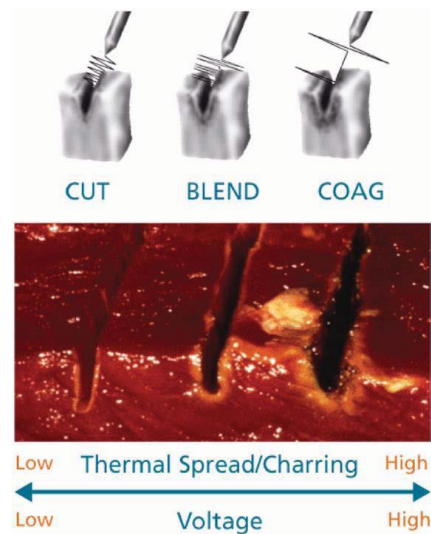
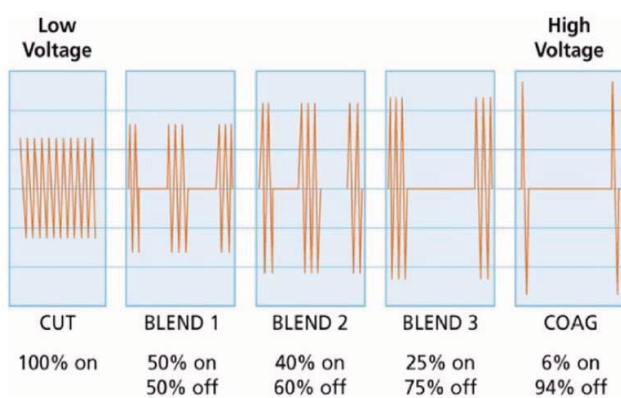
(AIISOC, 2017, p.283)



(AIISOC, 2017, p.288)



(SIPO, 2016, u04a02)



(AIISOC, 2017, p.289)

Évacuateur de fumée

La fumée chirurgicale, également appelée plume, a été identifiée comme un risque pour la santé de tous. Selon l'AIISOC (2017), tous les établissements de soins de santé doivent être équipés de dispositifs d'évacuation de fumée partout où la plume est créée.

- Les filtres de ces dispositifs doivent être changés conformément aux directives des fabricants et aux protocoles des établissements de santé ;
- Si les filtres sont visiblement sales, ils doivent être remplacés ;
- Les paramètres sont basés sur la procédure ;
- Les évacuateurs de fumée ne doivent pas se trouver à plus de 5 cm au-dessus du site qui génère le plume. (AIISOC, 2017, p.304)
- **“Le masque respiratoire à haute filtration N95 doit être porté dans les cas où des maladies transmissibles telles que le VPH, la tuberculose, la varicelle, la rubéole, et/ou toute affection inconnue des voies respiratoires supérieures peuvent se retrouver en aérosol. Les masques chirurgicaux n'offrent pas de protection contre les bactéries et les virus contenus dans la fumée chirurgicale”** (AIISOC, 2017, p.304)
- **Les systèmes d'évacuation des fumées ne protègent pas le personnel contre les maladies transmissibles énumérées ci-dessus. Portez toujours un masque N95 en présence de ces cas ;**
- Les cas de laparoscopie doivent utiliser des systèmes d'évacuation de la fumée ainsi que la concentration de la fumée dégagée par l'abdomen est plus concentrée. (AIISOC, 2017, p.305)

Endoscopie

Un endoscope est un tube inséré dans un orifice du corps naturel ou par une petite incision pour accéder aux organes ou structures internes.

(Ball, 2015, p.211)

Chaque établissement de soins dispose d'un dispositif similaire pour les cas endoscopiques. Il y aura généralement un boîtier pour la caméra, une source de lumière et une source de gaz (comme pour les cas de laparoscopie). Pour les autres types de cas endoscopiques, si une source de gaz n'est pas utilisée, un liquide sera utilisé pour aider à visualiser une zone du corps, comme dans les cas arthroscopiques par exemple.



(SIPO, 2016, u04a01)

Les types de procédures endoscopiques sont les suivants :

- Angioscopie,
- Bronchoscopie,
- Colonoscopie,
- Cystoscopie,
- Hystéroskopie,
- Laparoscopie,
- Arthroscopie,
- Etc.

Selon SIPO (2016), l'infirmière externe doit documenter :

- Le modèle et le numéro de série de l'insufflateur de gaz ;
- La pression (la pression "intra-abdominale" ne doit pas dépasser 15 mm-Hg) ;
- L'heure du début de l'insufflation ;
- Le volume utilisé.

Toujours être conscient de la source de lumière. Celle-ci peut facilement brûler le patient et provoquer un incendie sur les draps si elle n'est pas correctement surveillée en tout temps.

Laser

(Light Amplification by Stimulating Emission of Radiation)
(Amplification de la lumière en stimulant l'émission de radiations)

Les lasers fonctionnent en convertissant généralement l'énergie électrique en une forme d'énergie optique. Par conséquent, lorsque nous parlons et décrivons un laser, nous utilisons généralement une terminologie basée sur la lumière telle que :

- Wavelength,
- La fréquence,
- La vitesse,
- Amplitude,

(AIISOC, 2017, p.295)

En général :

- Le laser doit être utilisé que par du personnel formé
- Une formation annuelle sur les lasers doit être dispensée par un responsable de la sécurité des lasers formé

(AIISOC, 2017, p.296)

Lors de l'utilisation de la machine laser, il convient de se souvenir de quelques points essentiels :

- Ne pas couvrir la pédale (selon les directives du fabricant) ;
- Seul le chirurgien est autorisé à utiliser la pédale ;
- Soyez toujours présent lorsque la machine laser est en marche ;
- Lorsque la machine est inactive, mettez-la toujours en veille et attendez l'ordre verbal du médecin pour l'active ;
- Tout le personnel présent dans la chambre doit porter des lunettes de sécurité appropriées pour le laser, y compris le patient ;
- L'extincteur doit être présent et à proximité ;
- Une serviette mouillée doit être préparée et mise à disposition en cas d'accident et de brûlure de la peau ;
- Arrêtez toujours la machine et retirez la clé du laser lorsque vous avez fini de l'utiliser. Ne laissez jamais la clé dans la machine à la fin ;
- Documentez toujours les informations relatives au laser dans le journal de bord, notamment, mais pas exclusivement :
 - ❖ Le type de laser,
 - ❖ Paramètre,
 - ❖ Procédure,
 - ❖ Personnel présent,
 - ❖ Précautions prises en matière de sécurité.

(AIISOC, 2017, p.298)

Sécurité pendant l'utilisation de la machine laser :

- Portez toujours un équipement de protection individuelle approprié ;
- Interdire au personnel d'entrer et de sortir de la salle ;
- Gardez toutes les portes fermées ;
- Couvrir toutes les fenêtres ;
- Extincteur et serviettes mouillées disponibles et prêtes à l'emploi en cas d'incident ;
- Placez des panneaux spécifiques au laser sur toutes les portes lorsque le laser est utilisé.



(AIISOC, 2017, p.299)

****Regardez la vidéo sur SIPO, 2016, u04a02****

Contrôle des infections

Selon l'AIISOC :

- L'hygiène des mains est une priorité absolue. Le port de gants n'élimine pas la nécessité d'une bonne hygiène des mains ;
- Si les mains sont visiblement sales, utilisez du savon et de l'eau. L'hygiène des mains à base d'alcool (70 à 90 %) est la méthode préférée ;
- Toujours pratiquer une bonne hygiène des mains avant et après chaque patient, avant d'enfiler et d'enlever les gants, et en cas de contact avec un objet contaminé ;
- Portez toujours des gants lorsque vous entrez en contact avec une peau non intacte, des muqueuses, des coupures, des lésions, des fluides corporels (sang, urine, fèces) ou des appareils souillés ;
- Changer de gants et se laver les mains entre les activités sur un même patient s'il y a risque de contamination (ex : vider un dispositif de drainage, puis vérifier une escarre).

- Utilisez toujours un équipement de protection individuelle approprié, selon les besoins. Exemples, mais non limités à : des gants, des masques, un écran facial, des couvre-tête et des couvre-pieds, des blouses résistantes aux fluides, etc. ;

Question :

Les lunettes sont-elles considérées comme un équipement de protection personnelle suffisant ?

Réponse :

Non ! Les lunettes personnelles ne couvrent pas le côté, ni le haut ni le bas de vos yeux.

- “Les masques à usage unique doivent être jetés après chaque cas et retirés par les cordes, et non en touchant le masque. Ne pas passer le masque autour du cou ni le plier pour un usage futur ;
 - **TOUTE ÉCLABOUSSURE DANS LES YEUX/MEMBRANES DE LA MUQUEUSE OU PIQÛRE DOIT SUIVRE LE PROTOCOLE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (SANTÉ AU TRAVAIL) ;**
 - Ne jamais recapuchonner, plier ou ramasser une aiguille cassée à la main ;
 - Toutes les boîtes jetables doivent être placées dans la même pièce que les objets tranchants utilisés ;
 - Le personnel doit être immunisé contre l'hépatite B ;
 - Les échantillons doivent être placés dans des récipients étanches étiquetés Danger biologique”
- (AIISOC. 2017, p. 125-128)

Précautions aériennes

****Les signes de précaution doivent être placés sur les portes jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de risque, même après que le patient ait quitté la chambre****

Voici quelques exemples de précautions aériennes :

- “Tuberculose ;
- Varicelle ;
- Rubéole ;
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ;
- Et toute autre maladie respiratoire transmissible émergente”.

(AIISOC, 2017, p.129)

TOUTE L'ÉQUIPE DOIT SUIVRE LES POLITIQUES DE CONTRÔLE D'INFECTION DES INSTALLATIONS !

Selon l'AIISOC : Lors du transport d'un patient atteint d'une maladie transmise par l'air, il ne faut jamais placer un masque respiratoire N95 sur le patient. Il suffit d'utiliser un masque de procédure. Les masques N95 empêchent les travailleurs de la santé d'inhaler des noyaux de gouttelettes, tandis que le masque chirurgical aide à réduire la propagation des noyaux de gouttelettes du patient lorsqu'il parle, tousse, éternue, etc.

- L'équipe de soins de santé doit porter un masque N95 de votre taille ;
- Tout le monde doit avoir fait le test d'étanchéité (*fit test*) (avoir sa carte délivrée disponible à tout moment, une copie doit être laissée au directeur ainsi qu'à l'infirmière en chef adjointe ;
- S'assurer de l'étanchéité de votre masque ;
- Afficher des panneaux de précaution sur les portes ;
- Garder les portes fermées ;
- Limiter le trafic ;
- Changer la pression de la salle d'opération de positive à négative si possible ;
- Les cas de précaution doivent être en dernier sur la liste s'ils sont électifs ;
- Les anesthésiques doivent avoir un filtre TB pour leur circuit (côté expiratoire) ;
- La salle doit rester libre pour que l'air puisse circuler avant le nettoyage ;
- Le temps d'inoccupation d'une salle dépend des filtres à air qui s'y trouvent et, en accord avec la politique de contrôle d'infection.

(AIISOC, 2017, p.130)

Les masques chirurgicaux ne protègent pas contre les bactéries et les virus situés dans la fumée chirurgicale, le port d'un masque N95 le fait.

Lors de la cautérisation et de la production de plume chirurgicale, les précautions doivent être prises pour les maladies transmissibles telles que le VPH, la tuberculose, la varicelle, la rubéole, etc.

Le port de masques N95 est obligatoire.

(AIISOC, 2017, p.304)

Précautions contre les Gouttelettes

****Doit suivre les politiques d'infection et de contrôle des installations !****

Exemples :

- Le croup,
- La grippe (Influenza),
- Les oreillons,
- La Coqueluche,
- Le parvovirus (5e maladies par exemple chez les enfants) etc.

Procédure similaire à celle mentionnée ci-dessus :

- Placez un masque chirurgical sur le patient lors du transport ;
- Mettre des panneaux de précaution de gouttelette sur la porte ;
- Portez un masque à haute efficacité si vous vous trouvez à moins de 2 mètres du patient (contactez le service de prévention des infections) ;
- Il est recommandé de se protéger les yeux, au cas où des gouttelettes seraient projetées dans l'air ;
- Salle à laver selon les règles de contrôle des infections

(AIISOC, 2017, p.132)

Précaution de Contact

****Doit suivre les politiques d'infection et de contrôle des installations****

Exemples :

- La gale,
- Le C-difficile,
- Une infections gastro-intestinales,
- La fasciite nécrosante,
- SARM,
- VRE,
- etc.

Selon l'AIISOC :

- Planifier comme le dernier cas de la journée ;
- Sortir les équipements non nécessaires de la salle ;
- Afficher des panneaux sur les portes ;
- Assurer la présence d'un circulateur supplémentaire pour aider à l'extérieur de la salle ;
- Porter des gants ;
- Porter une jaquette ;
- Récupérer le patient en salle d'opération ou en zone isolée dans la salle de réveil ;
- Nettoyage du terminal après la chirurgie par un personnel formé.

(AIISOC, 2017, p.133-134)

Annexe 1

Rôle externe:

- Surveiller toute la salle ;
- Accueillir et évaluer le patient. (L'évaluation du patient relève toujours de la pratique de l'infirmière autorisée. Une infirmière auxiliaire peut aider à la collecte des données sous la direction de l'infirmière autorisée) ;
- Aider au transfert du patient vers la table d'opération (la table d'opération est étroite, et vous devez toujours être deux de chaque côté pour transférer un patient ambulatoire, ou quatre pour transférer un patient immobile) ;
- S'assurer que la première partie de la liste de vérification est faite en présence de l'équipe, avant de donner un sédatif au patient ;
- Ouvrir les équipements et instruments stériles nécessaires à la procédure ;
- Aider à la distribution de tout médicament ou solution sur le champ stérile (selon les besoins de l'opération) ;
- Aider à habiller et à ganter l'infirmière interne et aider à habiller le chirurgien, les résidents, les étudiants en médecine, etc. ;
- Participer au positionnement du patient sur la table d'opération avec l'équipe (l'infirmière auxiliaire peut également le faire, mais sous la direction de l'infirmière autorisée dans la salle) ;
- Préparer la peau du patient (conformément aux directives de l'établissement et à la demande du chirurgien) ;
- Effectuer le compte initial avec l'infirmière interne avant le début de l'opération (il doit toujours avoir au moins une infirmière autorisée pour effectuer le compte initial) ;
- Lancer la deuxième partie de la fiche de vérification. Le TEMPS D'ARRÊT doit être fait avant l'incision et toute l'équipe doit être-présente ;
- Connecter la plaque dispersive au patient (évaluer en même temps l'intégrité de la peau du patient) ;
- S'assurer que l'infirmière interne dispose de tout le matériel nécessaire pour effectuer l'opération et en donner plus si nécessaire ;
- Anticiper tout événement inattendu ;
- Recevoir les spécimens pendant l'opération et les placer dans les contenants appropriés. Les envoyer-en pathologie à la demande du chirurgien ;
- Participer au décompte final (il doit toujours avoir au moins une infirmière autorisée pour effectuer le décompte) ;
- Assister au *débriefing* avant que le patient quitte la chambre (dernière partie de la liste de vérification) ;
- Transférer le patient à l'unité de soins post-anesthésiques, et faire un rapport avec l'anesthésiologiste (l'infirmière autorisée doit transférer le patient à l'unité de soins post-anesthésiques puisque l'évaluation et le rapport sont donnés, l'infirmière auxiliaire peut aider).

Annexe 2

Rôle interne:

Lors d'une intervention, le chirurgien peut demander à l'infirmière interne de l'assister. L'infirmière interne est en mesure d'apporter son aide sous la direction directe du chirurgien et à sa demande, mais selon des directives spécifiques.

Ces actes doivent être de courte durée et ne nécessitent pas que l'infirmière interne reste trop longtemps sur le site de l'intervention.

(OIIQ, 2014, p.25)

Selon l'OIIQ, les lignes directrices sont les suivantes :

- “Rétracter la peau durant l’incision ;
- Placer, déplacer l’écarteur et le tenir en place ;
- Tenir la pince ;
- Enlever la pince, sauf les pinces utérines et vasculaires ;
- Aspirer ou éponger ;
- Irriguer le site opératoire ;
- Appliquer l’électrocautère indirectement sur une pince déjà en place ;
- Appliquer un agent hémostatique topique ;
- Couper le fil ;
- Pousser sur le fond utérin ;
- Frapper sur un ostéotome ;
- Appliquer une traction additionnelle sur le membre inférieur pour aider l’orthopédiste dans sa manœuvre de luxation d’une hanche ;
- Glisser un guide de coupe et le fixer au mandrin déjà mis en place par l’orthopédiste ;
- Utiliser l’agrafeuse mécanique (fusil à peau ou clip à peau).

“Lors d’une chirurgie endoscopique :

- Tenir et déplacer la caméra ;
- Introduire un instrument dans un trocart sans le positionner dans la cavité ;
- Retirer une pince libre de tissu.”

(OIIQ, 2014, p. 25-26)

Ces lignes directrices s'appliquent également aux infirmières auxiliaires comme indiqué dans les lignes directrices de l'OIIAQ.

(OIIAQ, 2017, p.15).

Lors de l'assistance aux chirurgiens, l'infirmière interne ne doit pas être interrompue lors du décompte et de la mise en place du matériel nécessaire pour le cas, sauf en cas d'urgence.

De plus, le rôle de l'infirmière interne consiste à :

- Préparer et vérifier que tous les éléments du Kardex sont prêts à être utilisés ;
- Aider à transférer le patient au lit de la salle d'opération si elle n'est pas encore broyée ;
- Mettre la blouse et les gants chirurgicaux pour l'intervention ;
- Préparer sa zone de travail stérile ;
- Effectuer le compte initial avec l'infirmière externe avant le début de l'opération (il doit toujours avoir au moins une infirmière autorisée pour effectuer le compte initial) ;
- Aider le chirurgien à draper le patient ;
- Pendant l'opération, l'infirmière interne doit assister le chirurgien, suivre la procédure et essayer d'anticiper les besoins et les étapes suivantes ;
- Recevoir les spécimens prélevés et les remettre à l'infirmière externe selon les instructions du chirurgien ;
- Participer au décompte final (il doit toujours avoir au moins une infirmière autorisée pour effectuer le décompte) ;
- Ramasser tous les objets de la table stérile ;
- Tous les objets tranchants doivent être jetés dans le contenant prévu à cet effet.

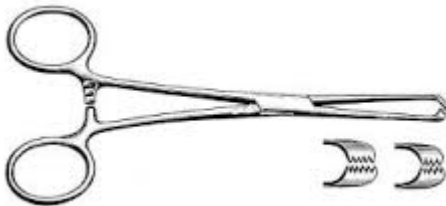
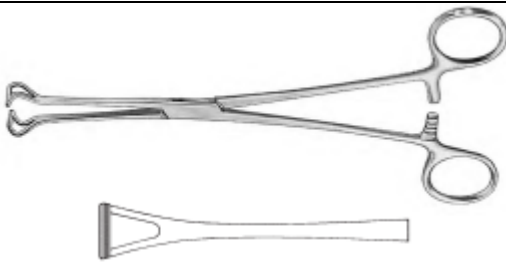
(SIPO, 2016, u02a01)

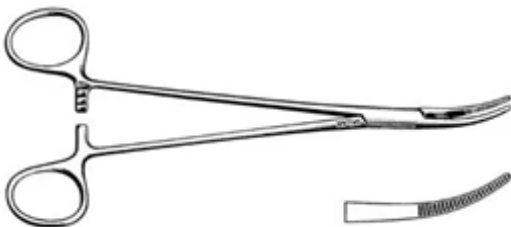
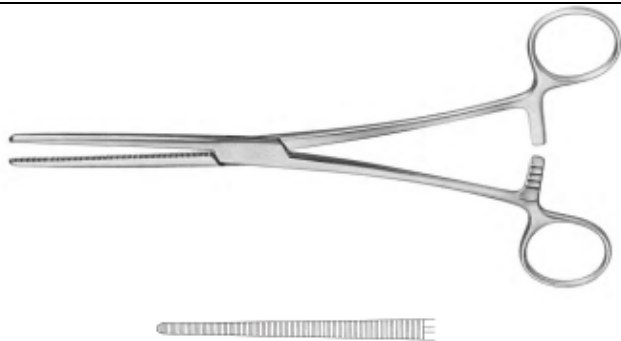
Annexe 3

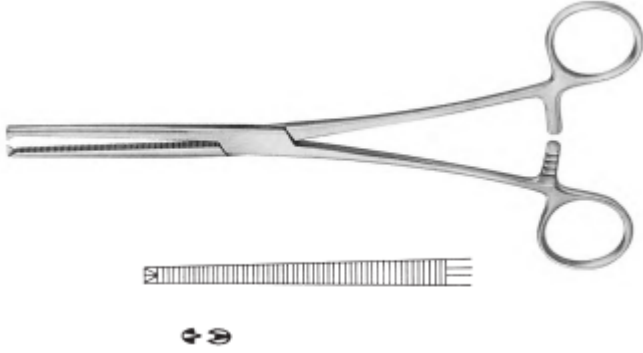
INSTRUMENTS COMMUNS

*Please note that names may vary according to the hospital center.

*Veuillez noter que les noms peuvent varier selon le centre hospitalier.

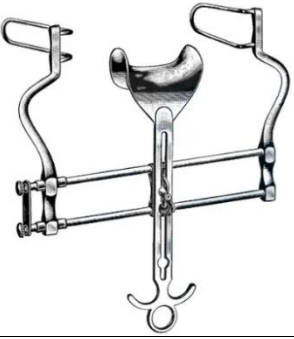
Forceps/Pinces	
Allis tissue forceps / Pinces à tissus Allis	
Babcock tissue forceps/ Pinces à tissus Babcock	
Hemoclip applier / Système de ligature Hemoclip	

Mosquito forceps/ Pince Mosquito	
Hemostat (curved and straight)/Pince Hémostat (courbe et droit)	
Kelly forceps (curved and straight)/ Pince Kelley (courbe et droit)	
Schnitz forceps / Pincés Schnitz	
Rochester Forceps/ Pincés Rochester	

Kocher-Ochsner Forceps/Pinces Kocher-Ochsner	
Lahey forceps/ Pinces Lahey	
Needle driver / Porte-aiguilles	
Prep forceps/ Badigeon	
Sponge forceps/ Pinces à éponge Longer than prep forceps. Plus longue que le badigeon.	

Lahey Goiter (Thyroid) clamp/ Clampe Lahey à goitre	
Blunt towel clip/ Pince à champs non-perforante	
Sharp towel clip / Pince à champs perforante	

Retractors/ Écarteurs	
Army-Navy retractor/ Écarteurs Army-Navy	
Richardson retractor/ Écarteur Richardson	

Skin hook/Crochet à peau	
Senn retractor/ Écarteur Senn	
Rake (Volkman) retractor/ Écarteur Volkman	
Langenbeck retractor/ Écarteur Langenbeck	
Balfour retractor/ Écarteur Balfour	
Faraboeuf retractor/ Écarteur Faraboeuf	
Gelpi retractor/ Écarteur Gelpi	

Weitlaner self-retainer (blunt /sharp)/ Écarteur autostatique Weitlaner (mousse/pointu)	
Beckman retractor/ Écarteur Beckman	
Deaver retractor/ Écarteur Deaver	
Spatula (malleable/ ribbon) retractor/ Écarteur malléable	

Scalpels/Bistouris	
Scalpel handle/Bistouri	 Scalpel blade handle No.3  Scalpel blade handle No.4  Scalpel blade handle No.7
Scalpel blade/ Lame de bistouri	 #10 Blade: Used primarily for making large skin incisions, e.g., in laparotomy.  #11 Blade: Used for making precise or sharply angled incisions.  #15 Blade: Smaller version of #10 blade used for making finer incisions.  

Scissors/ Ciseaux	
Metzenbaum scissors/Ciseaux Metzenbaum (Metz)	
Straight Mayo scissors/Ciseaux Mayo droit	
Curved Mayo scissors/Ciseaux Mayo courbe	

Steven's tenotomy scissor/Ciseaux à ténotomie Stevens	
---	---

Tissues / Dissections	
Adson forceps/ Pince Adson	
Adson Brown forceps/ Pinces Adson Brown	
Tissue forceps smooth/Non-Toothed / Pinces sans griffes	

Tissue forceps toothed/ Pinces à tissus avec dents Tissue closure for grasping tissue or skin. Traumatic.	
Bonney forceps/ Pinces Bonney	
DeBakey tissue forceps/ Pinces à tissus DeBakey	
Gillies tissue forceps/ Pinces à tissus Gillies	

Orthopedics/ Orthopédie

Orthopedic Mallet/ Maillet orthopédique



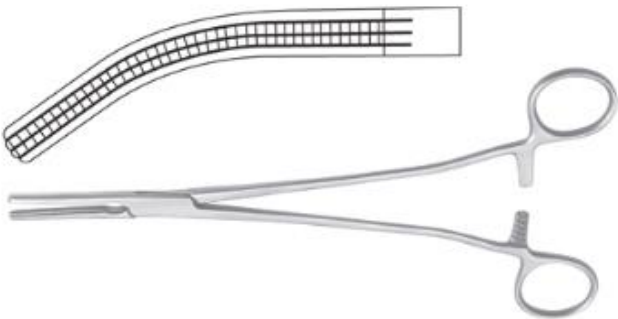
Osteotomes/ Ostéotomes

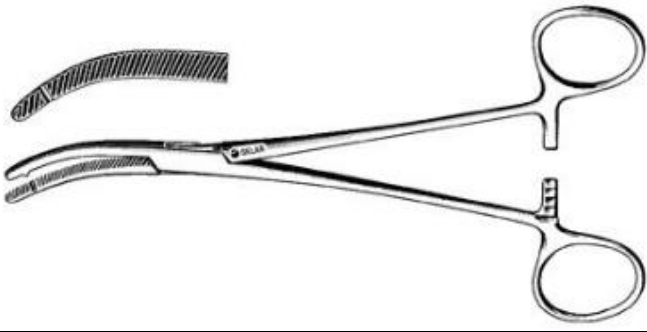
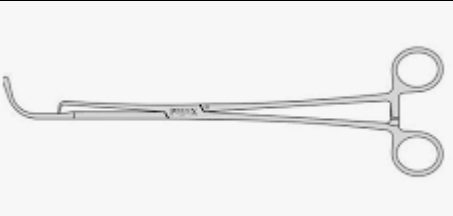
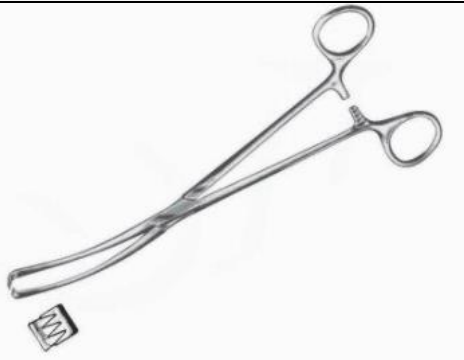
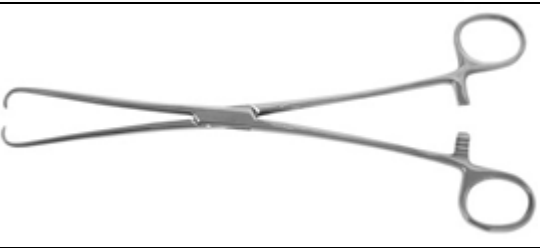


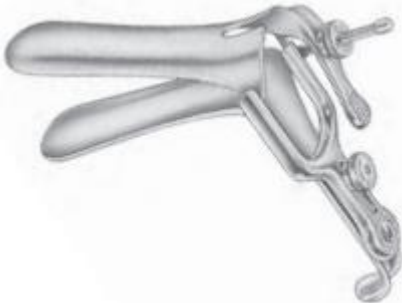
**Rongeurs/Pince-gouge
(Rongeurs)**

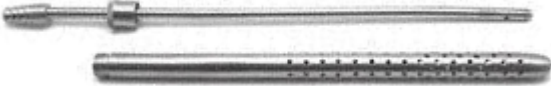


Freer elevator/ Élévateur Freer double	
Cobb Periosteal Elevator/ Élévateur à périostomie Cobb	

Gynecology/Gynécologie	
Straight uterine clamp/ Pince Rogers droite	
Weirtheim forceps/ Pinces Rogers courbes	

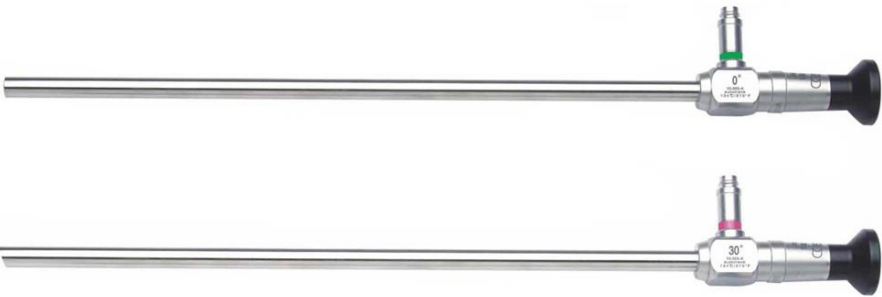
Heaney forceps/ Pincers Heany	
Bozemann Packing forceps/ Pince utérine à tampons Bozemann	
Uterine Sound/ Hystéromètre utérin	
Hulka Tenaculum/ Pince à col Hulka	
Bulldog (Museux) tenaculum/ Pince à col Museux	
Schroeder tenaculum/ Pince Potzie	

Speculum/ Spéculum vaginal	
----------------------------	---

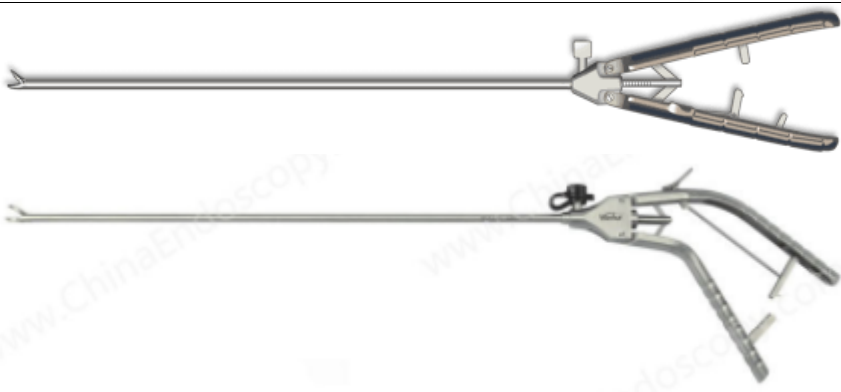
Other instruments/Autres instruments	
Spoon/ Cuillère	
Abdominal suction/ Tude d'aspiration abdominale	
Yankauer suction/ Tube d'aspiration Yankauer	
Frazier suction/ Tube d'aspiration Frazier	

Laparoscopy/ Laparoscopie	
Veress needle/Aiguille de Veress Various lengths available. Plusieurs longueurs disponibles.	

Laparoscopic trocar (5mm and 10mm)/ Trocart laparoscopique (5mm et 10mm)	Trocars with obturator/Trocarts avec obturateur  Obturers/Obturbateurs 
Laparoscopic trocar 10mm Hasson/ Trocart laparoscopique avec Hasson 10mm	
Reducers / Réducteurs Allows 5mm instruments to fit inside 10mm trocar Permet l'utilisation des instruments de largeur 5mm avec les trocars de 10mm	 

Laparoscope (5mm, 10mm) Different lens angles available. Plusieurs angles d'objectif disponibles.	
Fibre Optic Cable/ Câbles à fibre optique	
Monopolar Cautery Cable/ Câble monopolaire pour cautère	 Generator Plug  Instrument Plug
Allis	
DeBakey Grasper/ Pinces Johanne mousse	
Dolphin Grasper/ Pinces dauphin	

Reddick Grasper/ Pincas bullet	
Maryland Grasper/ Dissection courbe	
Wavy grasper/ Johanne avec dents	
Scissors/ Ciseaux	
Bipolar Maryland/ Dissection courbe Bipolaire	

Monopolar Hook/ Crochet monopolaire	
Knot pusher/ Pousse- nœud	
Needle holder/ Porte- aiguille	

Développé par Allison Wong, infirmière clinicienne, éducatrice en bloc opératoire, Hôpital St-Mary's

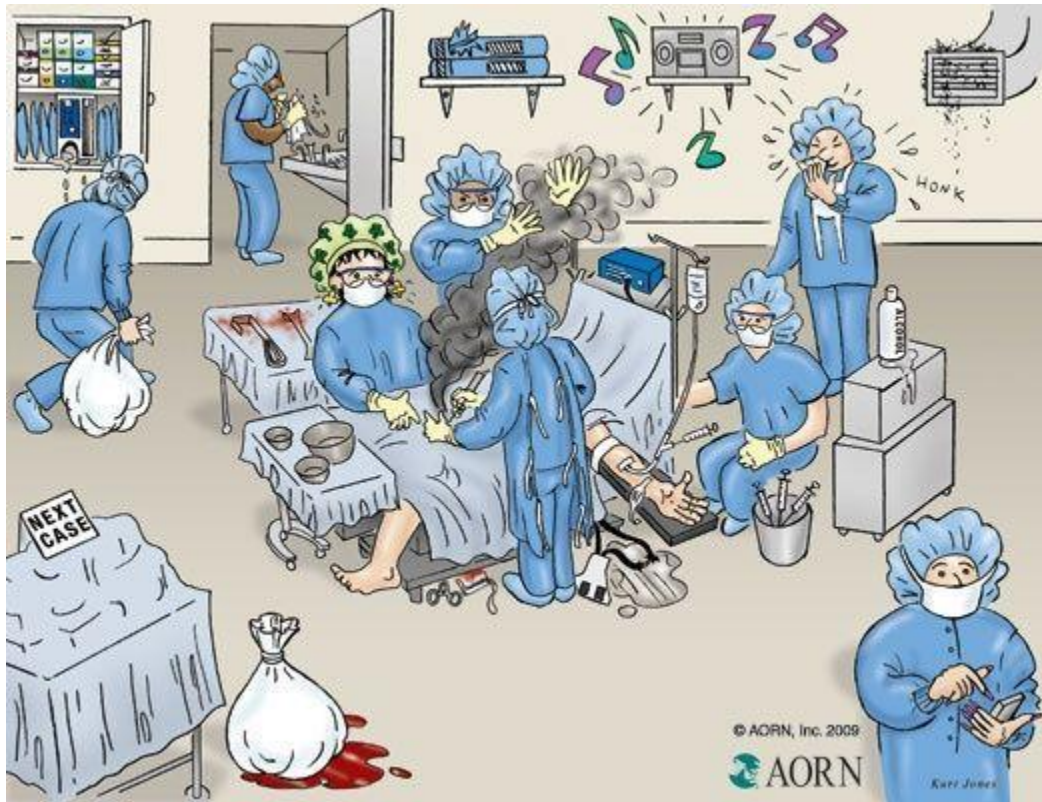
Références

- Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC). (2017). Les normes, directives et déclarations de position de l'AIISOC pour les infirmières autorisées périopératoires. Canada : Auteurs.
- Association of perioperative Registered Nurses (AORN) (2014) Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory settings. Denver, Colorado: Author.
- Ball, A. K. (2015). Surgical modalities. In Rothrock. C, J (Eds.), Alexander's care of the patient in surgery (211-254) Canada: Elsevier.
- Formation en soins infirmiers périopératoires (SIPO) – MSSS – Janvier 2016
<https://formationsipo.msss.gouv.qc.ca/in/faces/details.xhtml?name=Programme>
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) (2017). Lignes directrices relatives aux soins infirmiers périopératoires : les activités de l'infirmière auxiliaire au bloc opératoire.
Extrait de <https://www.oiaq.org/files/publication/5381-lignes-directrices-vf-05-07-2017.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers de Québec (OIIQ). (2014). Les soins infirmiers périopératoires : les lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération.
Extrait de https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2276_doc.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2016) Global guidelines for the prevention of surgical site infection
Extrait de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-eng.pdf?sequence=8>
- Spry, C. (2015). Infection prevention and control. In Rothrock. C, J (Eds.), Alexander's care of the patient in surgery (211-254). Canada: Elsevier.

ORIENTATION TO THE OPERATING ROOM

Jason Trattner, RN, BSN
Nurse Counselor (Perioperative/Endoscopy)

MARCH 20, 2020



Picture retrieved from: <https://i.pinimg.com/736x/7d/42/0b/7d420b80b48c36c661e28b8d182e6537--surgical-nursing-surgical-tech.jpg> on 2019/10/16

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	5
TO ACCESS SIPO	6
TEAM MEMBERS	7
STANDARDS AND GUIDELINES	10
AREAS WITHIN THE OR.....	11
DURING THE WORKING DAY	12
ROLE OF THE NURSE	13
POSITIONING	17
TRANSFERRING A PATIENT	20
ASEPSIS	21
SCRUBBING	21
GOWNING	29
GLOVING	30
INSTRUMENTS	37
OPENING STERILE INSTRUMENTS AND SUPPLIES	38
MEDICATIONS AND SOLUTIONS	40
DRUG GUIDE	46
SURGICAL COUNT	46
EMERGENCY CASES	50
COUNT DISCREPANCY	50
ANTISEPTIC SOLUTIONS (SKIN PREP)	51
DRAPING	53
SURGICAL SAFETY CHECKLIST (TIME OUT)	54
CONSENT	56
SPECIMENS	57
DRESSING	57
DRAINS	58
IRRIGATION	58
DOCUMENTATION	58
CONTINUITY OF CARE	59

CARDIAC ARREST IN THE OR	59
PNEUMATIC TOURNIQUETS	60
ELECTROSURGICAL DEVICES	60
SMOKE EVACUATOR.....	64
ENDOSCOPY	65
LASER	66
INFECTION CONTROL.....	67
AIRBORNE PRECAUTIONS	68
DROPLET PRECAUTIONS.....	69
CONTACT PRECAUTION	69
APPENDIX 1.....	71
CIRCULATING ROLE.....	71
APPENDIX 2.....	72
SCRUB ROLE.....	72
APPENDIX 3.....	74
COMMON INSTRUMENTS	74
REFERENCES.....	90

INTRODUCTION

This orientation manual was developed to help nurses adapt to the operating room (OR). It was designed using guidelines from the operating room nurses association of Canada (ORNAC), ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), and soins infirmiers périopératoires (SIPO, 2016).

This manual is intended to be used within Québec and abides by provincial rules. It does not apply to other provinces or countries. Most standards are the same; however, each province can adjust them to fit their rules and regulations.

The ORNAC provides nurses with up-to-date standards and explanations. It helps guide nurses through their workday. It strives to enable and empower nurses to create a safe and comfortable environment for the patients and the staff.

The OIIQ and OIIAQ are both professional organisations within Québec that registered nurses (RN) and license practical nurses (LPN) are active members, respectively. Both organisations set guidelines and a scope of practice that protects the nurses and the patients.

SIPO is an interactive and online training tool for nurses set up by the Québec health minister. It is composed of learning modules and interactive activities. In addition, SIPO is a great reference, and compliments this training manual.

TO ACCESS SIPO FROM AN EXTERNAL LINK:

<https://fcp.rtss.qc.ca>

To access SIPO from the Intranet:

Intranet



In the search bar type “ena” then press enter



Formation continue partagée (FCP) – ENA
(Shared Continuing Learning (FCP) – ENA)



Accès à l’environnement numérique d’apprentissage (ENA)
(To access the ENA platform, go to)

<https://fcp.rtss.qc.ca/ena-login/index.html>



Nom de l’établissement: CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal

Nom d'utilisateur + Mot de passe

Username + Password: Same as COMTL (Pay/eEspresso)



Rechercher/Search: SIPO

TEAM MEMBERS

The OR is a specialty area that involves a multidisciplinary team. The team collaborates to ensure a secure environment for the patient and everyone around. Teamwork is important and understanding everyone's role is essential.

SURGEON:

- Speaks with patient about their surgery
- Explains the pros and cons with the patient, and family members (if present)
- Signs the consent form to the surgery with the patient (SIPO, 2016, u01a02)
- Fills out the request form for the surgery (SIPO, 2016, u01a02)

***Note:** Medical students, residents (R1-R5), and fellows all assist the surgeon and/or anesthesiologist depending on their rotation. A fellow will have more responsibilities than a resident and so forth. Same as a R3 (year three) will have more responsibility than a R1 (year 1).*

ANESTHESIOLOGIST:

- Evaluates every patient prior to surgery
- Discusses with patient the type of anesthesia, including the pros and cons
- Signs the consent form (under type of anesthesia) and patient signs as well (SIPO, 2016, u01a02)
- Brings the patient with the RN to the designated area post operatively (recovery room (RR), intensive care unit (ICU), etc.) (SIPO, 2016, u01a02)

HEAD NURSE:

- Managerial role within the OR
- Hiring new staff (direct contact with human resources)
- Financial aspect
- Purchasing and fixing of equipment
- Follows incident reports and looks for ways to prevent future incidents/accidents (SIPO, 2016, u01a02)

ASSISTANT HEAD NURSE:

- Compliments the role of the head nurse
- Ensures the operating rooms run efficiently and on time
- Ensures proper staffing for each case (scheduling)
- Helps manage emergencies during the day (collaborates with surgeon and anesthesiologist)

REGISTERED NURSE:

- Responsible for the evaluation of the patient preoperatively (the LPN can help collect data)
- Verifies current and past medical history
- Verifies laboratory results
- Verifies medications

LICENSED PRACTICAL NURSE:

- Can act as the circulating or scrub nurse (As per OIIAQ)
- Works with direct contact with the RN
- Can help the RN with collecting information from the patient, but the evaluation falls within the practice of the RN

NURSE TEAM LEADER:

- Expert within their field of service
- Usually specializes in one or more services
- Coordinates the room, and nurses to ensure efficient and safe procedures (breaks, lunches etc.)
- Explains new instruments and techniques related to their service

CIRCULATING ROLE:

- Evaluates patient (if LPN is the circulating nurse, RN must assist in evaluation)
- Verifies consent forms
- Verifies for allergies
- Performs initial part of the verification list (Check in) before patient is given any medication and team members present
- Time out
- Debriefing at end of surgery prior to patient exiting the room
- Helps position the patient with other team members ensuring pressure points are well padded and body is properly aligned (SIPO, 2016, u00a03)
- Fills out OR record
- Assist the surgical team, and always pays attention to the surgery
- Manages specimens received during the case
- Transfers the patient to post anesthesia care unit (PACU) with the anesthesiologist and gives report/evaluation (performed by RN). If anesthesiologist gives a full report, RN can just compliment anything that was missing (such as location of drains, type of dressing, etc.)

SCRUB ROLE:

- Begins to prepare the operating room while the circulating nurse evaluates patient
- Ensures proper operating table set up (supine, lithotomy, sandbags, foam pads, etc.)
- Brings set up into the room
- Verifies surgeons Kardex to ensure all equipment and materials are available (cautery machine, tourniquet, etc.)
- Helps drape the patient/sterile field
- Anticipates and responds to the need of the surgeon (SIPO, 2016, u00a03)

RESPIRATORY THERAPIST:

- Anesthesia assistant
- Prepares intravenous medications for anesthesiologist
- Verifies anesthesia machines
- Prepares for intravenous
- Prepares instruments and materials needed to maintain patients' airway
- Monitors the patient's vital signs (blood pressure, oxygen saturation, cardiac monitors, etc.)
- Sets up for cases (general, spinal, epidural, nerve block, etc.)
- Assists with induction and intubation
- Assists with transferring patient
- Knowledgeable of sterile technique

PATIENT CARE ATTENDANT (PAB):

- Brings patient to the OR waiting area
- Helps transferring of patient on to OR table and off the OR table after the case
- Helps position patient with the team
- Helps hold patient's limbs for skin prep
- Cleans the room between cases
- Helps move equipment in and out of room

ADMINISTRATIVE AGENT:

- Coordinates with other units to prepare the patient for the OR
- Coordinates with PABs to get the patients from designated areas
- Prepares the patients charts
- Controls the traffic in the semi-unrestricted area

Overall, All Nurses Working in the OR Must:

- Be knowledgeable and up to date with their skills
 - Have confidence and assertiveness (example: if a surgeon breaks sterility, nurses need to identify the issue and inform the surgeon)
 - Critical thinking is an asset (help with organisation, and prioritization)
 - Observant
 - Collaborate (ex: talks to the surgeon, ensures that proper instrumentation and equipment needed are available)
 - Communicate effectively (staff, patients, and family members), helps to decrease stress
 - Leadership (ability to delegate task)
 - Aseptic techniques (reduces risk of infection)
 - Knowledge of anatomy and physiology
 - Legal aspects (consent, documentation, patient's right to withdraw consent, surgical count, etc.)
- (ORNAC, 2017, p.37-38)

STANDARDS AND GUIDELINES

According to the ORNAC (2017), there are some terminologies used to guide us in our practice.

- 1) Shall: An obligation/requirement needed to be fulfilled by nurses to maintain standards
 - 2) Should: A recommendation but not required. Usually, a strong recommendation
 - 3) May: An option
- (p.10)

Examples:

- “Surgical procedures **shall** be staffed by a minimum of two perioperative nursing professionals, one of whom must be a perioperative registered nurse
- The scrub role **shall** be assigned to a perioperative nursing professional
- The primary circulating role **shall** be assigned only to a perioperative registered nurse¹
- When only one perioperative registered nurse is present during the surgical procedure, a second perioperative registered nurse **shall** be in the surgical suite and immediately available to respond

Only a perioperative registered nurse **shall** relieve the primary circulating perioperative registered nurse for breaks or other duties. For increased complexity, risk, or unpredictability of a patient and/or surgical procedure, it may be necessary for additional perioperative registered nurses and/or other healthcare personnel to assist in the provision of care”.

(ORNAC, 2017, p.33)

¹ Exception is Quebec. The OIIQ and the OIIAQ have made an exception that allows LPNs to circulate following specific guidelines, supervision, and guidance from an RN.

AREAS WITHIN THE OR

Since the OR is a unique place, different from hospital units, it is divided into three separate areas.

Unrestricted, **semi restricted**, and **restricted** areas. According to ORNAC (2017),

UNRESTRICTED:

- Personnel can wear outdoor attire
- Personnel can see the schedule for the day
- Approach surgical desk (reception)
- Holding area that the patients wait for their surgery
- Access to nursing lounge
- Permitted to eat/drink

SEMI-RESTRICTED:

- Only authorized personnel can enter
- Access to scrub sink
- Storage for sterile supplies
- Designated dirty areas/carts
- Access to operating rooms
- Personnel must wear appropriate clothing; scrubs, head covers (including cover for facial hair), as well as shoe covers
- No eating/drinking
- Fanny packs, briefcase or backpacks **should** not be permitted

RESTRICTED:

- Surgical attire must be worn, and personnel must wear a mask. Head covers, and facial hair covering as semi-restricted area applies, including;
- Any area where scrubbed personnel are present, such as inside the operating room, and while the scrub nurse is scrubbing at the sink
- Same as semi-restricted area, no food/drinks/bags permitted

(p.140)

DURING THE WORKING DAY

- All personnel **shall** wear clean (newly washed) scrubs each day
 - Scrub shirts **should** be tucked in
 - Undershirts **should** not pass scrubs
 - All Jewellery, as well as artificial nails **shall** not be worn inside restricted and semi restricted areas
 - Masks **shall** be changed between cases, or when visibly soiled
- (ORNAC, 2017, pp.145-146)

Nails must be short, natural, and not have any nail polish on them. Nail polish tends to chip, crack and can harbor bacteria. We want to ensure the safest practice to avoid any risk of infection during an operation.

Points to remember (semi and restricted areas):

- All hair must be covered. Ensure hair does not stick out from the back
- Always wear masks properly, change between cases or if they get soiled. Never keep your mask around your neck
- Tuck scrub shirt into pants
- Do not wear any jewelry, as they can rub against your skin and cause the skin to shed during an operation
- Always wear closed shoes (toes and heels not exposed) and shoe covers if wearing outside shoes

Video on how to properly dress in the OR
(SIPO, 2016, u01a06)

Test your knowledge on the right/wrong ways to dress within the OR (INTERACTIVE)
(SIPO, 2016, u01a04)

ROLE OF THE NURSE

PERIOPERATIVE PHASES:

- Preoperative: Before surgery
- Intraoperative: During surgery
- Postoperative: After surgery

PREOPERATIVELY THE NURSE:

- Establishes a therapeutic relationship with the patient
- Informs the patient of their role (name, etc.)
- Double verification of patient's identity (name, date of birth, hospital number, etc.)
- Verifies patients' chart for pertinent information (allergies, past medical history, past surgeries, medications, labs, pregnancy test, etc.)
- Verifies identification bracelet and allergy bracelet is placed on the patient
- Last void
- Last time patient ate or drank
- Dentures, hearing aids, contact lenses etc. (removed if necessary)
- Verifies consent with patient
- Any implants or piercings that may interfere with electro surgical techniques
- Any limitations with their movements
- Jewellery removed
- Sign and date preoperative checklist
- Etc.

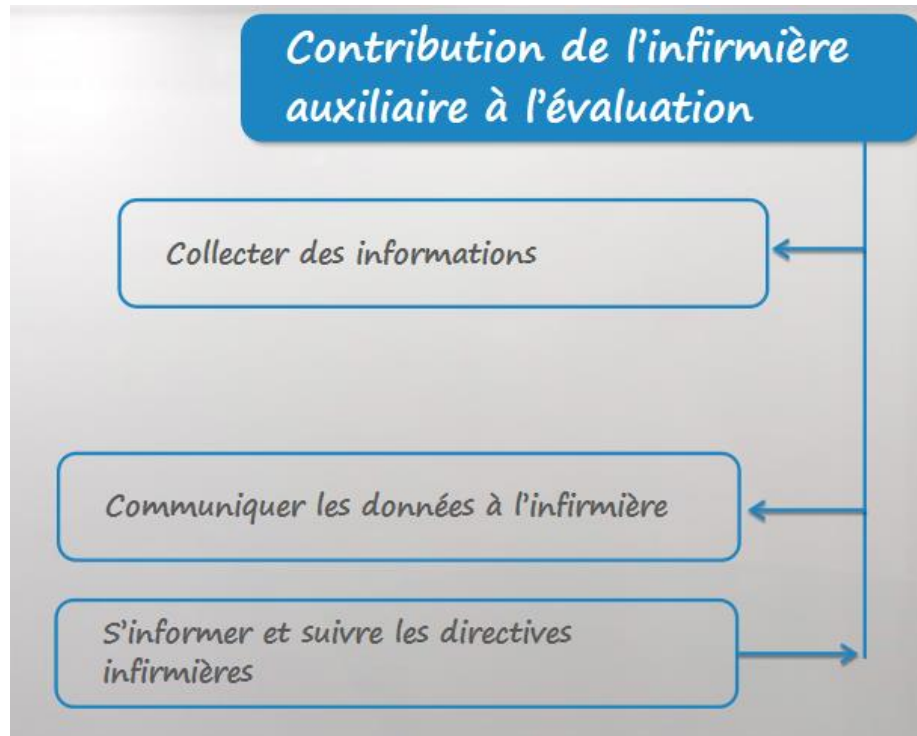
Registered nurse (RN): Needs to evaluate and collect data on all patients prior to surgery. Included but no limited to:

- Information gained from patient/family/physicians/nurses on a unit/other members of healthcare team
- By means of interview, consultation, observation, health records
- "Encourages the expression of individual diversity regarding culture, race, age, sexual orientation, gender, beliefs and values; and respects patients and/or families/significant others, or legal designee's wishes i.e., a living will, power of attorney, and personal care directives." (ORNAC, 2017, p.52-53)

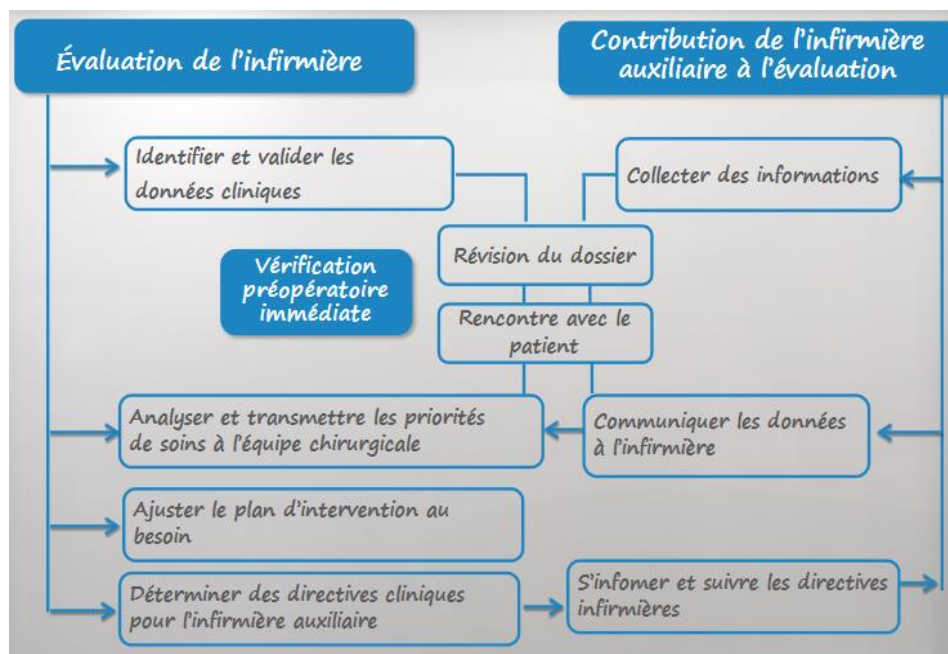
The RN must evaluate the patient prior to surgery while the LPN can contribute to the RN's evaluation.

LICENSED PRACTICAL NURSE:

- Contributes to the evaluation of the patient (as directed by the RN)
- Collects information from the chart or patient
- Compiles all information and reports it to the RN



(SIPO, 2016, u05a06)



(SIPO, 2016, u05a06)

Parmi les énoncés suivants, associez les responsabilités avec l'intervenant?

- **Doit vérifier l'identité du patient verbalement avec le dossier et le bracelet.**
- **Doit s'assurer de la concordance entre les données reçues du patient avec la feuille de consentement opératoire, la requête de salle d'opération et le programme.**

☐ Le chirurgien

 ☒ L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire

☐ L'anesthésiologiste

La collaboration de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire est importante pour la réalisation optimale d'une chirurgie.

Pour en
savoir plus :



(SIPO, 2016, u05a03)

INTRAOPERATIVE

CIRCULATING ROLE:

- Performed outside of the sterile field
- Ensures safety and comfort of the patient
- From the time the patient enters the room, till they are transferred to the recovery room (post anesthesia care unit)

SCRUBBED ROLE:

- Consist of anything within the sterile field
- Gowning
- Gloving
- Draping
- Setting up surgical table
- Etc.

POSTOPERATIVELY

CIRCULATING ROLE:

- Debriefs (count is correct, specimens sent, etc.)
- Calls the team (PAB)
- Helps with transferring of the patient
- Helps with the transfer to PACU (gives report) (performed by RN as evaluation continues)

SCRUBBED ROLE:

- Places all instruments back in appropriate places
- Final cleaning and flushing of lumens for instruments
- Discards sharps in appropriate waste containers
- Helps remove soiled drapes and discards in appropriate containers
- Sprays pre cleanse on instruments as per hospital guidelines

GENERAL:

- Depending on the facility, cases for the procedures to follow will be set up on appropriate carts in a designated area
- Always check operating room after cleaning to ensure room is proper to bring the next patient in
- Ensure tables are free of moisture/dust
- Use the Kardex to help set up room. Will inform user the type of bed supports needed and positioning of patient depending on operation
- Always know where items are kept at your facility. During emergency cases and at times when limited staff is available, it is important to know where everything is located. Take time and discover your place of work and take some notes

- Make sure you always check packages for sterility, some will have an indicator inside, and others may be labelled as sterile on the packaging

Regarding the cautery, smoke evacuator, tourniquet, etc.:

The LPN can place, adjust, and attach devices such as the cautery machine, the smoke evacuator, and the tourniquet. However, the RN must evaluate the patient prior and ensure these devices are safe to use on the patient. The RN helps direct the LPN in a safe manner of connecting all the equipment (SIPO, 2016, u04a01).

POSITIONING

Different surgical procedures require the team to place the patient on the operating table in different ways. Positioning a patient is never an individual task; it is always a team effort.

Nurses should continuously monitor patients, especially those at risk for developing pressure ulcers. If the nurse (RN or LPN) observes any signs of skin break down, rash, dermatitis, etc. then they **shall** chart it (ORNAC, 2017, p.256).

For long procedures use:

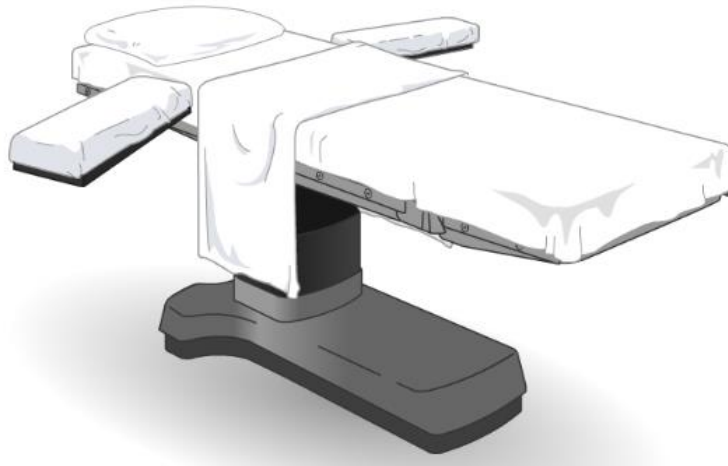
- Air and gel pads
- Pillows and foam devices; they do work but less effective than gel pads. Special consideration under heels
- Extra padding for prone position
- Manage moisture
- Always aid and monitor surgeon in positioning patients and ensure adequate protection to bony prominence

(ORNAC, 2017, p.259-260)

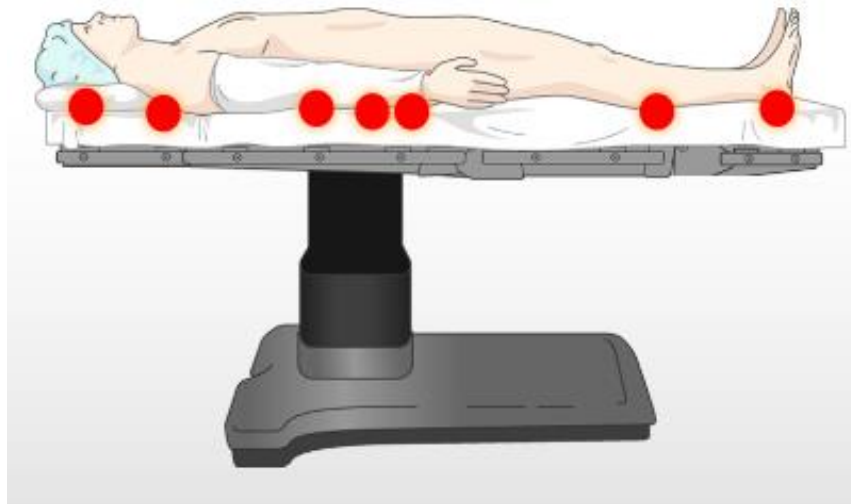
According to ORNAC (2017), “Surgical positioning of the patient is a shared responsibility between the interdisciplinary team members” (p.262).

Circulating nurse must document how the patient is positioned, by whom, and supportive equipment/padding used. Also, if there are any changes in position throughout the case, it must be documented as well.

SUPINE

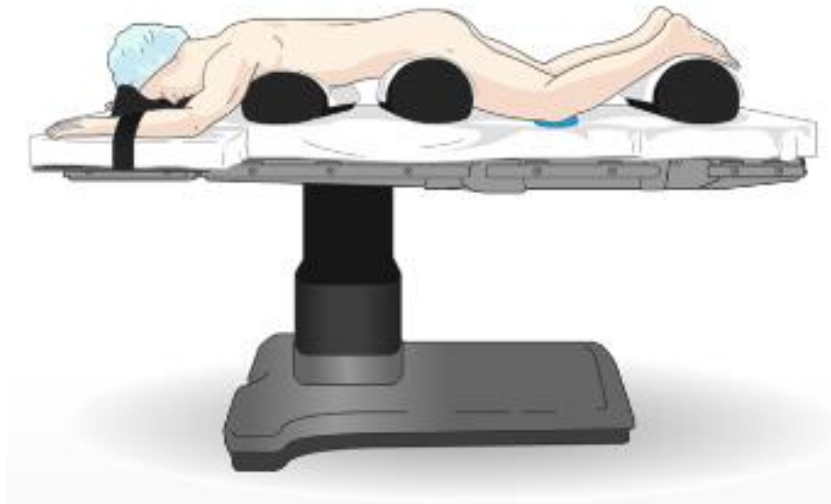


(SIPO, 2016, u07a02)



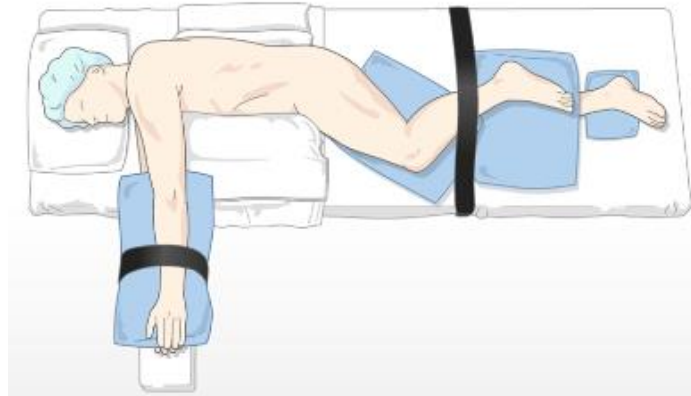
Pressure points (supine position) (SIPO, 2016, u07a02)

VENTRAL



(SIPO, 2016, u07a02)

LATERAL (LEFT/RIGHT)



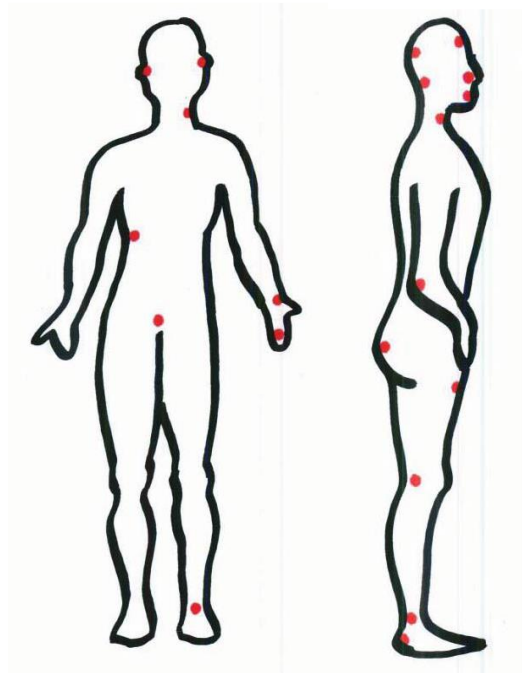
(SIPO, 2016, u07a02)

LITHOTOMY



(SIPO, 2016, u07a02)

- Positioning of a patient is always determined by the surgeon and type of surgery involved. The LPN may help in positioning but under the guidance of the RN (SIPO, 2016, u07a02)
- Always take note of any restrictions with the patient's body movements (during evaluation) and document. Ex: patient could not flex right knee, or any other mobility issues the patient has should be document as an existing factor prior to the surgery (Patient's baseline)
- Ensure all bony areas are padded and protected



Vulnerable areas (ORNAC, 2017, pp.258-259)

- Ensure patient does not cross their legs (pressure from ankles sitting on top of each other can cause an injury to the patient)
- Always place safety straps after patient has been transferred to the OR table
- Documentation of how bony prominences were protected is important (ex: eggshell foam under heels)

Watch SIPO, 2016, u07a02

TRANSFERRING A PATIENT

- When transferring a patient from a stretcher to the OR bed, a minimum of two staff members must be present. One on each side, if the patient can transfer on their own
- If a patient needs assistant to transfer (unable to transfer alone) the minimum requirement to transfer is four. One staff on each side, one at the head and one at the feet
- “Apply a safety strap as soon as the patient is positioned on the operating room bed. The safety strap should be snug above the knees with the ability to slide a flat hand beneath the strap” (ORNAC, 2017, p.211)

ASEPSIS

According to Spry (2015), “The term asepsis means the absence of infectious organisms” (p.78). Aseptic technique is a term to describe a manner of working to prevent microorganisms from going onto a sterile field, sterile instruments, equipment and so forth. It is a way to reduce infections and maintain a certain level of “cleanliness” asepsis within the OR.

For example:

- Never reach over a sterile field with a non-sterile instrument or hand/arm
- Any doubt in sterility, consider the item contaminated
- During bowel cases, pay specific attention for instruments that get contaminated during the case. Inside the colon is considered contaminated

SCRUBBING

The first scrub of the day is especially important. Special attention needs to be placed on cleaning under the fingernails since there is a high risk of harboring microorganisms. Personnel must follow hospital policy and manufactures instruction for scrubbing techniques.

In general, according to the ORNAC (2017):

- All scrub personnel shall wear their personnel protective equipment (mask, eye protection, etc.) prior to scrubbing
- If you have an allergy to a specific antiseptic agent used to scrub, you need to contact occupational health and infection control to find a solution
- The first scrub of the day requires a nail cleaner to be used to ensure proper cleaning of both cuticles and under the nails



(SIPO, 2016, u08a02)

- Always keep your hands above your elbows when washing to allow water to run down (clean to dirty)

(ORNAC, 2017, p.148)

SURGICAL SCRUB TECHNIQUE:

- After washing hands and nails, take a surgical brush, and open the package



(SIPO, 2016, u08a02)

- Take the brush out, wet it and squeeze it to release the solution
- Wash nails for 2 mins with the bristle part of the brush, and then rinse hands



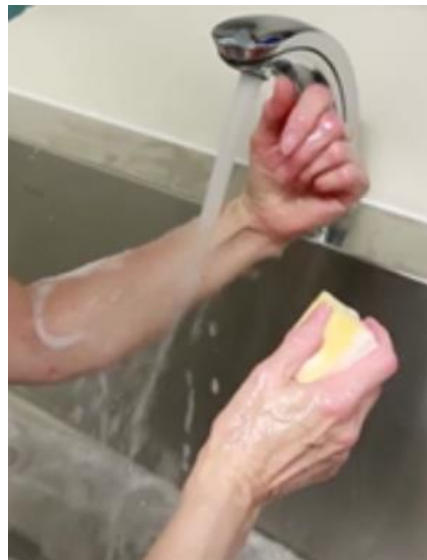
(SIPO, 2016, u08a02)

- Now activate more of the solution and wash your hands and arms, up to elbows for one minute (using the soft part of the sponge).



(SIPO, 2016, u08a02)

- Rinse hands and arms in a fashion that the water flows from your hands to your elbows. Always keep hands pointing up to the ceiling



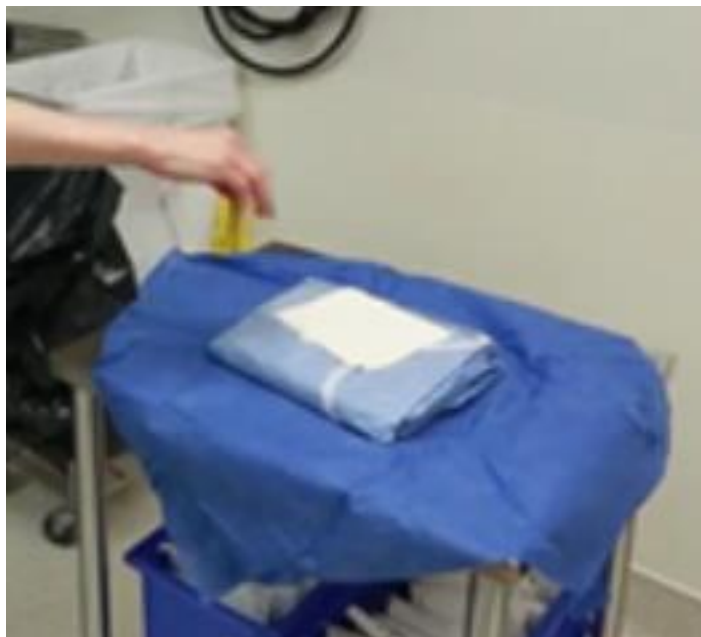
(SIPO, 2016, u08a02)

- Take the sponge again and activate more solution and wash both arms/hands for another two minutes

- It is especially important to also wash between the fingers



- Always dry yourself with a clean sterile towel that is on top of your sterile gown waiting inside the OR room



(SIPO, 2016, u08a02)

- Drying hands and arms should always be from top of hands to elbow, never going below elbow, and using a turning rotation to dry and not an up and down method. Once one side is dry, flip the towel over and dry the other hand/arm with the same technique

- Hands/Arms shall be dried before proceeding to gowning and gloving since “Residual moisture increases the risk of strikethrough, which contaminates the gown and surgical field” (ORNAC, 2017, p.148)



(SIPO, 2016, u08a02)

- Total scrub time with the surgical brush technique is 5 minutes (after initial soap and water wash)

Watch SIPO, 2016, u08a02

SURGICAL GEL TECHNIQUE:

- Always wash hands and arms with appropriate soap and water prior to this technique
- If it is the first scrub of the day, clean under fingernails as previously described
- Dry hands and arms before applying gel
- Gel dispensary should be calibrated by the manufacturer and give the precise amount needed at each demand (approximately 2 ml)
- Place hand under machine, and collect dispensed fluid in palm of hand as shown in picture below



(SIPO, 2016, u08a02)

- Next, take opposite hand, and dip fingertips/nails into the solution



(SIPO, 2016, u08a02)

- Turn the fingernails currently dipped in the solution upright to allow the solution to get under nails. While doing this, take the solution remaining in your palm and rub your opposite arm from wrist to elbow



(SIPO, 2016, u08a02)

- Repeat process for second hand/arm
- Once both arms have been rubbed with gel, take a 3rd volume of gel in the palm of one hand, and rub both hands together. Do not go below wrist as this is your final scrub



(SIPO, 2016, u08a02)

- Gel solution on hands and arms will evaporate with friction as you rub the solution into your skin. Do not wave your hands or arms in the air to try and speed up the drying process
- Once complete, always keep hands up, elbows downward, and keep arms a safe distance from your body to prevent contamination



(SIPO, 2016, u08a02)

GOWNING

- Always gown on a different site then your workstation
- Sterile gowns need to be appropriately selected per case
- Different level gowns are suitable for specific cases based on manufactures guidelines
- Choose a gown that is the appropriate size for you. Too small will expose you and not protect you or the patient. Too big will increase chances of contamination, and can potentially be dangerous if excess gown gets caught on an instrument, or sharp
- Once donned, the gowns are only considered sterile from chest level to sterile field and from 5cm above the elbow to the cuff (ORNAC, 2017, p.149)

Important points to remember:

- When picking up your gown from the sterile field, ensure your hands do not touch the sterile field under the gown as this will be your sterile field to glove yourself



(SIPO, 2016, u08a02)

- The sleeves, neck area, shoulders, underarms, and back are always considered unsterile (ORNAC, 2017, p.149)



(SIPO, 2016, u08a02)

(Images shows proper sterile area once gowned)

GLOVING

Note: Latex and non-latex; know which one is right for you, and consider the patient's allergies

- Sterile gloves should never be flipped; they should be handed to the scrubbed nurse by the circulating nurse
- Closed gloving technique should be used. Afterwards, the cuff is considered “dirty” and cannot be pulled down
- Sterile liners are always put on prior to gowning, and not considered sterile once put on (ORNAC, 2017, p.148)
- Not required but always a good practice to wear two gloves. Preferably a different color glove so it is easier to see a tear

Important points to remember:

- Never use the cuff to take your glove as it is porous, always have cuff tucked in



(SIPO, 2016, u08a02)

- Red lines represent imaginary sterile boundary. Beyond the red line is considered nonsterile. Usually a one-inch border



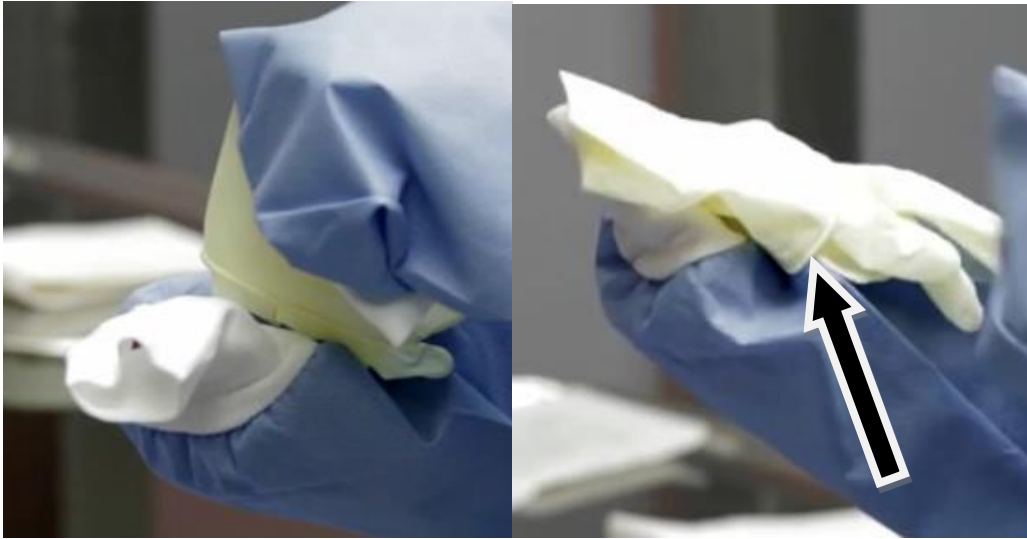
(SIPO, 2016, u08a02)

- Always try and keep approximately 30 cm from you and the table for sterility purposes



(SIPO, 2016, u08a02)

- When putting on first glove, advance 1st hand to cuff, lay glove over cuff, grab rim of glove as black arrow points to (picture below) and fold over cuff
- Once glove is placed on, glove should cover cuff of gown, as the cuff is not considered sterile anymore



(SIPO, 2016, u08a02)

Watch SIPO, 2016, u08a02

ALWAYS WASH HANDS AT END OF CASE

When gowning a surgeon:

- Hand the surgeon the gown, do not open it



(SIPO, 2016, u08a02)

- The circulating nurse will attach the surgeon's gown from the back



(SIPO, 2016, u08a02)

- When gloving someone, always make sure your fingers are placed under the folds of their gloves to ensure their hand does not touch your sterile glove. If their hand touches your glove, inform your circulating nurse as you will have to change your gloves



(SIPO, 2016, u08a02)

- Once their 1st glove is on, they may use their gloved hand to assist in putting on the second glove by pulling and making a wider opening



(SIPO, 2016, u08a02)

- To remove a broken or contaminated glove, always have the circulating nurse assist



(SIPO, 2016, u08a02)

- The circulating nurse will never touch the sterile gown, nor will they pull down the cuff back over the hand
- The scrub nurse will then assist in the gloving of that person
- If a scrubbed person's gown and gloves are contaminated, the circulating nurse can pull off the person's gown first, and then remove the person's gloves, allowing the person to stay "clean" and not have to scrub again



(SIPO, 2016, u08a03)

After surgery:

- Scrubbed nurse removes their gown 1st
- Then the scrubbed nurse removes their own gloves using a technique so that their contaminated glove does not touch their skin, as illustrated below



(SIPO, 2016, u08a02)

- After 1st glove is removed, place a clean finger inside the pair of second glove ensuring you do not touch the contaminated outer side of glove



(SIPO, 2016, u08a02)

INSTRUMENTS

Knowing the names of your instruments is very important. To help you practice, log onto SIPO and under the section u09a01 you will find clear pictures and definitions including functions of most instruments. Below is some examples of what SIPO (2016) has to offer;



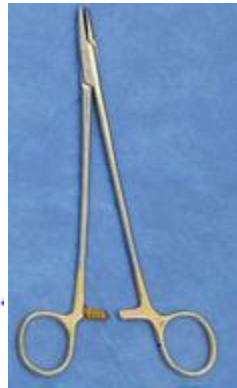
Scissor



Kelly



Allis



Needle holder



Scalpel handle



Tissues



(Retractors)

(SIPO, 2016, u09a02)

Points to remember:

- All reusable instruments that have been opened (used or not) **shall** be reprocessed prior to sterilisation
- Scrubbed personnel shall clean instruments during a case with sterile water and not normal saline
- Pre cleanse may be used after the case, based on hospital policy

It is the scrub nurses responsibility to place instruments back in a safe and appropriate manner prior to sending them down to Medical Device Reprocessing unit (MDR). That entitles, heavy instruments on bottom of pan (example: hammers, large retractors, etc.), protecting sharps (examples: scissors), flushing lumens, and disassemble any instruments that needed assembly to begin.

(ORNAC, 2017, p.172).

“Loaner sets should be considered contaminated until they have been processed according to the guidelines of the receiving facility. MDR and perioperative staff requires directions for use with loaner instrumentation” (ORNAC, 2017, p.175).

OPENING STERILE INSTRUMENTS AND SUPPLIES

Note: If there is ever a doubt in the sterility of something, consider it contaminated

- Ensure items were properly sterilized
- Check indicators
- Always check indicators before placing any sterile instruments on your sterile field
- Placing an instrument that does not have an indicator of sterility will cause your sterile field to be contaminated



(SIPO, 2016, u09a04)

- Check for expiration dates
- Check the integrity of the wrappers
- Check no moisture present, or has passed through
- Heat seal draws line of sterility (ORNAC, 2017, p.155)
- “Items **shall** not be flipped” (ORNAC, 2017, p.155)

Once a patient has entered the room, all supplies that have been opened are considered contaminated! (ORNAC, 2017, p.155)

- Opened instruments cannot be left unattended in room
- Unsterile personnel must keep 1 foot away from sterile field
- Scrubbed personnel should stay within their zone of sterility
- Unsterile personnel should not pass between two sterile fields

(ORNAC, 2017, p.157)

Always be accountable for your actions. If there is a break in sterility or a doubt, speak to your team. Being accountable is the best practice to ensure a safe environment for everyone.

- Always remember, 30cm approx. 1 foot from your sterile field should not be approached by anyone who is not sterile



(SIPO, 2016, u09a04)

- Only the top of your table is sterile. The sides and back, although covered are considered contaminated. (Always let someone help move your table if needed)
- Do not place instruments and items to count on your mayo table prior to the initial count. This will help ensure everything to count is in one area and you will not miss any items
- Do not open needle packages prior to using. Some contain a solution to keep the suture moist and opening the package too early can dry out the suture



(SIPO, 2016, u09a04)

Do not spread instruments as depicted above prior to your initial count

MEDICATIONS AND SOLUTIONS

During a procedure, the circulating nurse may give the scrubbed nurse a solution or medication that the surgeon will use. Nurses must always remember to follow the best practice guidelines with regards to checking medications.

- Right patient
- Right medication
- Right dose
- Right route
- Right time
- Right reason
- Right documentation

(ORNAC, 2017, P.329)

- Always remember to check if the patient has any allergies
- Both the circulating and scrubbed nurse must verify all these “rights”
- Check for expiration dates as well

ALWAYS REMEMBER AS THE SCRUBBED NURSE TO LABEL EVERY MEDICATION AND SOLUTION THAT IS PRESENT ON YOUR TABLE. This will help eliminate the chance of an error from occurring.

Medication vials are not meant to be poured. Sterility is not guaranteed. Best practice is to take off plastic cover and clean the rubber with an alcohol wipe. Once dry, puncture with a sterile needle and withdraw.



(SIPO, 2016, u10a02)



(SIPO, 2016, u10a02)

Lastly, always document on the OR record any medication or irrigation solutions used intraoperatively.

- When pouring solutions from a container to a sterile bowl, ensure there is a nice arch in the stream so that the container is never directly over the bowl
- Always pour in a slow and steady manner not to splash



(SIPO, 2016, u09a04)



(SIPO, 2016, u10a02)

- Always pour liquid away from the table. Ensures no spilling or splashing on sterile field
- Once liquid is poured, and the container is turned back up, do not re pour from that container



(SIPO, 2016, u10a02)

- Always keep all containers used during a case on the side and never in the garbage. Important to have accurate amount of solution used during a case so that total blood losses can be calculated when needed
- Always label all solutions and medications on your sterile field



(SIPO, 2016, u10a02)

ROLE OF THE CIRCULATING NURSE (EXTERNAL POSITION):

- Verify MDs orders
- Verify all medications and solutions; name, expiry date, how to reconstitute and label all medications
- Safely transfer medication to the scrubbed nurse
- Prepare all high risk and intravenous drugs (only an RN can prepare these medications) if LPN is circulating, RN must prepare the meds prior to surgery
- RN to direct LPN on transferring high risk & IV medications to scrub nurse (if LPN circulating)
- Inform recovery room nurse post operatively of medications administered
- Ensure MD signs all verbal orders (mostly in analgesia-sedation cases)
- Document all solutions and medications administered to the patient

(SIPO, 2016, u10a03)

ROLE OF THE SCRUBBED NURSE (INTERNAL):

- Verify name, expiration, and reconstitution methods with the circulating nurse prior to receiving
- Use sterile technique to transfer medication or solutions on the sterile field
- Always label every medication and solution on your sterile field
- Transfer medication to surgeon as requested

LPN AS SCRUBBED NURSE (INTERNAL):

- RN (circulating) must supervise the LPN (scrubbed) when preparing high risk or IV medications on the sterile field
- LPN must verify the label, and placement of label with the RN (circulating) on those medications (high risk or IV)
- Transfer medication to surgeon as requested (SIPO, 2016, u10a03)

LPN AS CIRCULATING NURSE (EXTERNAL):

- Transfer high risk and IV medication previously prepared and labelled by RN
- Use safe transfer techniques
- Verify label and expiry date with scrubbed nurse (RN)

(SIPO, 2016, u10a03)

EXAMPLES OF HIGH-RISK MEDICATIONS:

- Anticoagulants; heparin, etc.
- Papaverine
- IV contrast
- Chemo drugs

 Toutes les étapes de la préparation des médicaments intraveineux et à haut risque en service externe doivent être effectuées par une infirmière.

Lorsqu'une infirmière auxiliaire est assignée au service externe, la préparation des médicaments intraveineux ou à haut risque doit être assurée par une infirmière. Les étapes de préparation des médicaments visées ici sont présentées en bleu dans le tableau 1.

(SIPO, 2016, u10a03)

 Lors du transfert de médicaments intraveineux ou à haut risque du service externe vers le service interne, l'une des deux personnes doit être une infirmière. Le transfert de ces médicaments est effectué selon les directives de l'infirmière.

(SIPO, 2016, u10a03)

L'infirmière auxiliaire peut participer à la préparation de médicaments intraveineux ou à haut risque en service interne en effectuant les manipulations requises en présence directe de l'infirmière et selon ses directives.

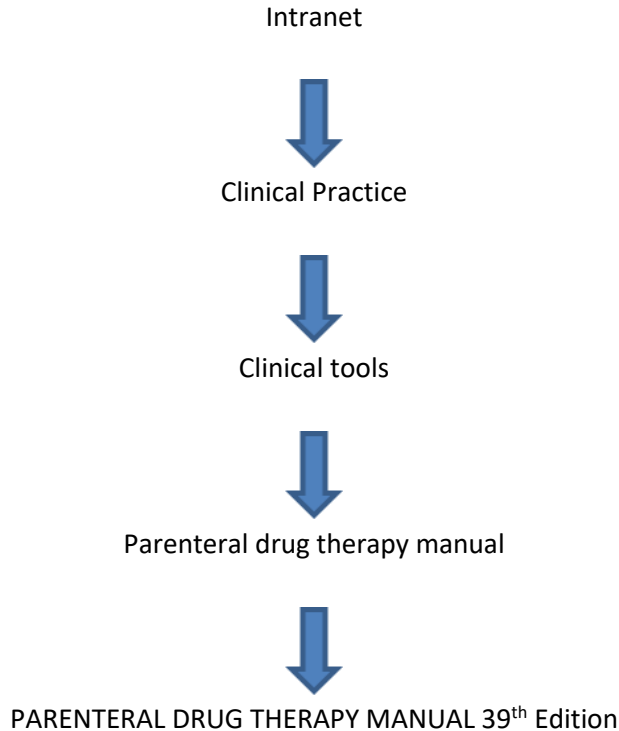
(SIPO, 2016, u10a03)

Tableau 1 – Tableau de la préparation et transfert des médicaments intraveineux à haut risque



DRUG GUIDE

Knowledge of medications is our responsibility; a quick and easy access to a drug guide can be located on the intranet. Below you will find the pathway.



Ctrl F: will bring up a search at the top right-hand corner of screen, type in medication: Sensorcaine

SURGICAL COUNT

Retention of a surgical item is always preventable and is considered a “never-events” (ORNAC, 2017, p. 313). World health organisation describes how safe surgery is to ensure no item or sponge is left inside a patient`s wound. Retained items can cause a world wind of issues for the patient, including but not limited to infections, bowel perforations, fistulas, obstructions and even death (ORNAC, 2017, p.313).

The count involves teamwork and must always be both audible and visible. Pointing at an instrument without vocalizing is an incorrect way of counting. Prior to the count, all items should remain together and not spread out until the count is done. *“Instruments shall not be placed on the Mayo tray until they are counted”* (ORNAC, 2017, p.321). This will help eliminate the chances of errors (ORNAC, 2017, p.314).

Emergency situations are different and will be discussed later.

All sponges, sharps and miscellaneous equipment used should be counted to avoid retaining instruments.

“Timing of the surgical counts shall include, but are not limited to:

- *Before the procedure to establish a baseline (initial count)*
- *A cavity within a cavity closure (i.e., vaginal vault)*
- *At the first layer of wound closure*
- *At the skin closure (final count) when surgical items are no longer in use*
- *At the time of permanent relief of the scrub and/or circulating nurse*
- *Any time the count is in question; and*
- *Any time a member of the team (surgeon, nurses and/or anesthetist) requests it”*

(ORNAC, 2017, p.315)

- The sequence of the count should be sponges, sharps, miscellaneous, and instruments last

When counting sharps, each sharp must be counted separately, and you cannot group them together. For example, needles, hyps, blades, cautery tips, etc., all must be counted individually. Why? What if there is a discrepancy in the count? You need to know exactly what item is missing.

During the procedure, the count shall start from the sterile field → Mayo stand → back table → any items removed from the sterile field (AORN, 2017, p.315).

- Any item still in use when doing the final count needs to be retrieved and accounted for prior to the count being complete
- Always vocalize in a clear and loud voice that the count is complete at an end of a surgery ensuring the surgeon has heard
- In the absence of the scrub nurse, the perioperative nurse (RN) can count with the surgeon
- If performing a count for vaginal vault closure, it must be clearly marked on the count sheet
- Count is always performed by two professionals; one must always be a RN. A count cannot be done between two LPNs or an LPN and a surgeon (SIPO, 2016, u11a02)

8. Les comptes chirurgicaux doivent être obligatoirement effectués en duo. Selon vous, quelles sont les personnes qui peuvent constituer ce duo?

	INTERNE	EXTERNE	AUTRE
☒	Infirmière	Infirmière	
☒		Infirmière	Chirurgien
☒	Infirmière auxiliaire	Infirmière	
☐	Infirmière		Chirurgien
☒	Infirmière	Infirmière auxiliaire	
☐		Infirmière auxiliaire	Chirurgien
☐	Infirmière auxiliaire		Chirurgien

Le compte doit être effectué par deux personnes : une en service externe et l'autre en service interne. De plus, une des deux personnes doit être une infirmière.

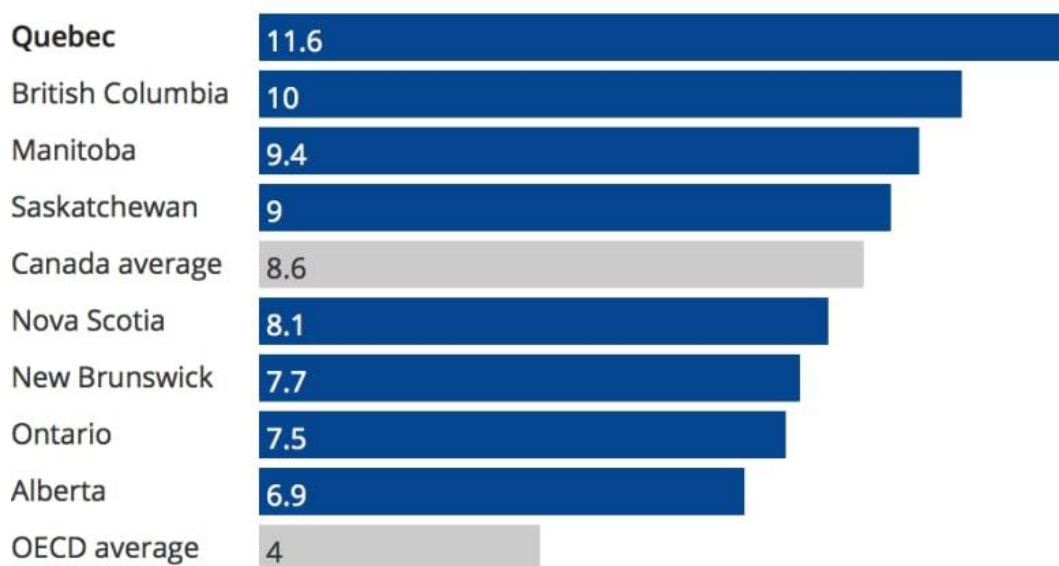
Pour en savoir plus :



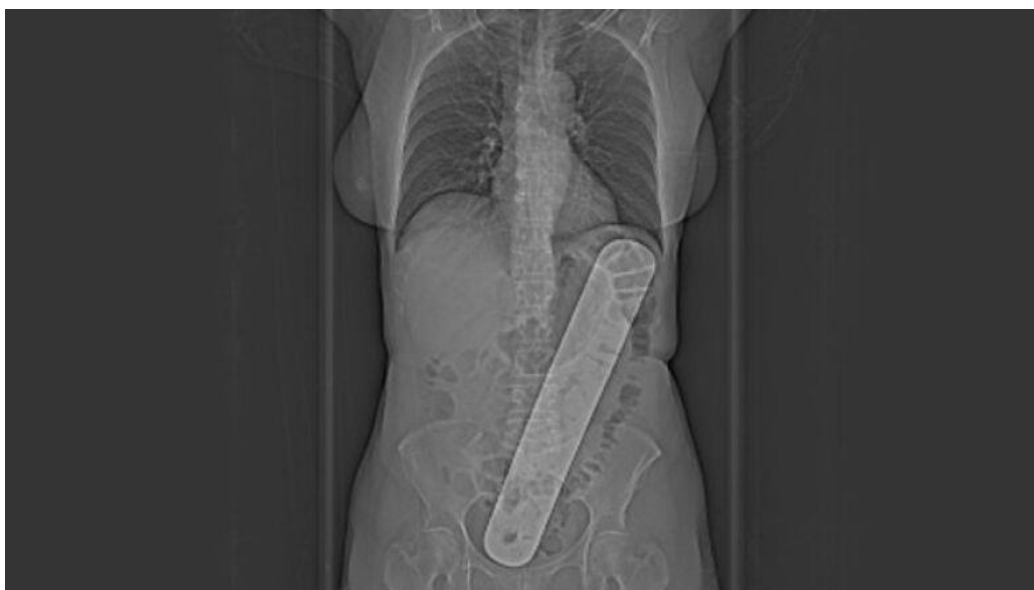
(SIPO, 2016, u11a02)

Unwelcome guests

Rate of foreign materials left inside a patient after surgery (per 100,000 discharges)



Source: Canadian Institute for Health Information



<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/montreal-hospital-instrument-left-inside-patient-sylvie-dube-1.4181278>



Retrieved from: <https://www.ctvnews.ca/health/surgical-objects-left-in-patients-on-the-rise-in-canada-data-shows-1.4673890> on Nov 8 2019 (Pictures shows how there has been 553 documented incidents of surgical supplies left in patients in Canada between 2016-2018, an increase of 14% in last five years with Quebec having the highest documented incidents out of all the provinces).

SPONGES:

- Must be radiopaque
- Radiopaque markers must be visible
- Never cut a sponge
- Radiopaque sponges are never used as dressings. Can cause errors in post op x-rays, as well as increases the risk for errors if the patient returns for another surgery
- “Count each dispensed package of sponges in the increment they are supplied prior to counting the next package” (ORNAC, 2017, p.318)
- Pull on the radiopaque string that hangs off the sponge to ensure it is properly secured in the sponge (SIPO, 2016, u11a03)
- Always count sponges twice for initial count (SIPO, 2016, u11a03)

“When counted sponges are removed from the surgical field during a procedure, the perioperative circulating registered nurse shall count and bag sponges in the same increment they were supplied” (ORNAC, 2017, p.318).

All garbage, and any sponges counted off during the case must stay in the room until the final count is performed.

SHARPS:

- Always have a needle counter book to place used needles in
- Never leave needles loose on your table
- *“For minimally invasive surgeries entering a major body cavity, a full count is required including endoscopic and non-endoscopic instruments prior to commencement of surgery. If the procedure remains endoscopic, a sharp, sponge, and miscellaneous count is required (i.e., a full count is done for a laparoscopic cholecystectomy in case it converts to an open cholecystectomy). There is always the potential for a minimally invasive surgery to convert to an open surgery” (ORNAC, 2017, p.320)*

EMERGENCY CASES

In an emergency, the nurse tries to count at least sponges and sharps. However, if a person’s life is at risk, and time is a factor, an x-ray post op can be done. The surgeon must be made aware, x-ray based on surgeon’s orders, incident report filled out, and always document in the perioperative record why the initial count was not done.

COUNT DISCREPANCY

- Notify surgeon
- Check everywhere (circulating nurse can check floor, garbage, under table)
- Notify charge nurse in case of room delay
- Discuss with the surgeon for an x-ray to be taken. X-ray should be done prior to the patient leaving the OR if the patient is stable
- Always document events, and who read the x-ray
- If surgeon declines x-ray, must fill out an incident report and document. Also document the count is incorrect, as well if the item is not found

ANTISEPTIC SOLUTIONS (SKIN PREP)

Always follow manufacturer's recommendation and hospital policy

Applying antiseptic solution to the operative site:

- Usually done by the surgeon
- Can be done by a fellow or a resident, depending on surgeon's preference
- Can be done by the circulating nurse if trained and requested by surgeon
- Done right before drapes are applied
- RN must evaluate skin prior to applying antiseptic solution
- Sterile gloves and prep solution are placed on a sterile field (small table) away from the scrub nurses' sterile field
- Health professional prepping the skin should wear sterile gloves, and be handed the sponge stick from the scrub nurse prior to prepping the skin
- Never leave any wet sheets under or against the patient's skin after prepping
- Allow site to dry prior to draping, follow manufacturers guidelines for drying times of different prep solutions

ACTIVITY AND CONSIDERATIONS FOR PREOPERATIVE SKIN PREPARATION ANTISEPTICS					
Antiseptic Agent	Persistent/residual activity	Use on eye or ear	Use on mucous membranes	Contraindications	Cautions
Alcohol	None	No. Can cause corneal damage or nerve damage.	No		Flammable. Does not penetrate organic material. Optimum concentration is 60% to 90%
Chlorhexidine gluconate	Excellent	No. Can cause corneal damage. Can cause deafness if in contact with inner ear.	Use with caution	Known hypersensitivity to drug or any ingredient. Lumbar puncture and use on meninges.	Prolonged skin contact may cause irritation in sensitive individuals. Rare severe hypersensitivity reactions have been reported. Use with caution on mucous membranes.
Povidone-iodine	Minimal	Yes. Moderate ocular irritant.	Yes	Sensitivity to povidone-iodine. (Shellfish allergies are not a contraindication).	Prolonged skin hypersensitivity may cause irritation. May cause iodism in susceptible individuals, avoid use in neonates inactivated by blood.
Chlorhexidine gluconate with alcohol	Excellent	No. Can cause corneal damage. Can cause deafness if in contact with inner ear.	No	Known hypersensitivity to drug or any ingredient. Lumbar puncture and use on meninges.	Flammable
Iodine-based with alcohol	Moderate	No. Can cause corneal damage or nerve damage.	No	Sensitivity to povidone-iodine. (Shell fish allergies are not a contra-indication.)	Flammable
Parachloroxylenol (PCMX)	Moderate	Yes	Yes	Known hypersensitivity to PCMX or any ingredient.	Minimally effective in the presence of organic matter. The FDA has classified PCMX as a Category III (data are insufficient to classify it as safe and effective). The FDA continues to evaluate PCMX.

2014 Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Preoperative Patient Skin Antisepsis

Currently September 2019, 3M is supplying our hospitals with antiseptic solutions, and we follow their guidelines for use, as indicated in the image below.

Surgical Skin Antiseptic Guidance Chart

(Skin prep choices are based on efficacy and antimicrobial properties)³

Legend : 1 - First Choice 2 - Second Choice 3 - Third Choice 4 - Fourth Choice

	0.05% CHG 4% IPA	2% CHG Aqueous	2% CHG with 70% IPA	10% Povidone-Iodine	Iodine Povacrylex and Alcohol
Cosmetic - (no eyes/ears)	3	2	1	3	1
Ophthalmology - Eye				1 (moderate ocular irritant)	
Ear				1	
Dental (no eyes/ears)	2	1		2	
Neck - Thyroid	3	2	1	3	1
Neck - Central Line	4	3	1	4	2
Neuro - Head/Thoracic Spine	4	3*	2*	4	1
Ortho - Shoulder/Arm/Hand/Hip/ Knee/ Ankle/Foot	3	2	1	3	1 (Resists wash off/enhanced drape adhesion)
Ortho - Scopes - Irrigation	4	3	2	4	1
Mucous Membrane/Open Wound	2 ² (Use with caution)	1 ² (Use with caution)		2	
C-Section	4	3	2	4	1 (Resists wash off/enhanced drape adhesion)
Cardiac/Vascular	3	2	1	3	1
Chest/Abdomen	3	2	1	3	1

Follow the manufacturer's written instructions for the application of all skin antiseptics. Ensure all skin antiseptics are completely dried.

- Same rule of thumb, always prep from clean to dirty
 - Never warm a prep solution unless manufacturer recommends
 - Never place grounding pad on top of prepped site (can cause a burn)
 - Always document:
 - A. Site of prep, example: intact (pre and post op)
 - B. Antiseptic used
 - C. Person who prepped
 - D. If hair was removed preoperatively and how (shaving is avoided, clippers are standard practice if needed)
 - E. Any adverse reaction to prep
- (ORNAC, 2017, p.165)

Surgical wounds must also be documented depending on their category:

- 1) Clean
- 2) Clean-contaminated
- 3) Contaminated
- 4) Infected

According to the World Health Organization (2016), the description of these categories is:

- 1) ***Clean** refers to an uninfected operative wound in which no inflammation is encountered, and the respiratory, alimentary, genital or uninfected urinary tracts are not entered. In addition, clean wounds are primarily closed and, if necessary, drained with closed drainage. Operative incisional wounds that follow non-penetrating (blunt) trauma should be included in this category if they meet the criteria.*
- 2) ***Clean contaminated** refers to operative wounds in which the respiratory, alimentary, genital, or urinary tracts are entered under controlled conditions and without unusual contamination. Specifically, operations involving the biliary tract, appendix, vagina and oropharynx are included in this category, provided no evidence of infection or major break in technique is encountered.*
- 3) ***Contaminated** refers to open, fresh, accidental wounds. In addition, operations with major breaks in sterile technique (for example, open cardiac massage) or gross spillage from the gastrointestinal tract, and incisions in which acute, non-purulent inflammation is encountered, including necrotic tissue without evidence of purulent drainage (for example, dry gangrene), are included in this category.*
- 4) ***Dirty or infected** includes old traumatic wounds with retained devitalized tissue and those that involve existing clinical infection or perforated viscera. This definition suggests that the organisms causing postoperative infection were present in the operative field before the operation” (p.11).*

DRAPING

Draping helps to create a “sterile” field that encloses the operative site. Always ensure that the operative site is dry prior to placing drapes to ensure adhesion.

- Draping should follow manufactures recommendations
- Always hold the drapes above the sterile field
- Never shake, fan, or quickly move drapes
- Cuff the drapes with your sterile gloved hand. Never touch the patient’s skin with your sterile gloved hand
- A drape **shall** not be adjusted after placement
- If instruments are used to hold drapes or devices in place on the field, ensure they are non tooth/perforating and do not pierce the drapes
- Only those wearing appropriate PPE (personal protective equipment) gowns and gloves, **shall** remove the drapes

(ORNAC, 2017, p.167-168)

- Drapes should be placed closes to operative site then pulled to the periphery (SIPO, 2016, u13a03)
- Always from sterile to nonsterile direction (SIPO, 2016, u13a03)

When handing a drape to an unsterile person at the top of the bed always ensure your hand is under a cuff of the drape to avoid contamination.



(SIPO, 2016, u13a02)

Drapes should be rolled after the case when disposing to ensure any bodily fluid is contained and does not drip on the floor.



(SIPO, 2016, 13a02)

SURGICAL SAFETY CHECKLIST (TIME OUT)

History: It began in the aviation field for pilots to have a checklist to reduce errors. It helped ensure crew and passenger safety. Later a physician developed a checklist to be used prior to insertion of central lines. This helped significantly reduce infections. For example, on that checklist hand washing was present (ORNAC, 2017, p.43). Since 2009, ORNAC has begun using this type of checklist based on the World Health Organisation during their "Safe Surgery Saves Lives" campaign.

Question: Washing your hands is basic, so why would it be on a checklist?

Answer: When actions are repetitive, people may be more prone to lull themselves into a sense of security and miss or overlook something (Gawande, 2010). They may become complacent (ORNAC, 2017, p.43).

There are three phases to the checklist:

- 1) Briefing (before any anesthesia/sedative is given to the patient)
 - The surgical team **shall** be present at the briefing period that requires at minimum, the patient, the surgeons, the anesthesia care provider, and the perioperative nurse (ORNAC, 2017, p.214)
 - In addition, all team members introduce themselves
- 2) Time Out (after induction, before incision)
 - Same as above, all team members must be present and introduce themselves
- 3) Debriefing (end of surgery, before transferred to recovery)

Doing the checklist ensures we have the right patient, the right site, decrease errors, decreases infections, know everyone in the room, and anticipate blood loss/issues that may arise, etc. It also increases our awareness and ability to act in the given situation.

Here is an example of a surgical verification sheet used on SIPO. Notice, in each section, all team members are present.



Nom du patient : _____

Chirurgien: _____

Anesthésiologiste: _____

Intervention chirurgicale: _____

#Dossier : _____

LISTE DE VÉRIFICATION POUR UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE (Form. SIPO-A4-210)

Étape 1 PROCÉDURES INITIALES Avant l'induction de l'anesthésie	Étape 2 TEMPS D'ARRÊT Avant le début de l'intervention	Étape 3 PROCÉDURES FINALES Avant la sortie de salle
☐ Chirurgien et anesthésiologiste présents au CH ☐ Identification avec bracelet et numéro de dossier ☐ À jeûn ☐ ECG ☐ RX ☐ Test de grossesse ☐ S/O ☐ Code 50 ☐ Analyse sanguine Allergies Oui ☐ Non ☐ Précautions additionnelles Oui ☐ Non ☐	☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☐ L'identité du patient ☐ Le site de l'intervention ☐ L'intervention ☐ Les allergies ☐ Indicateur de stérilité conforme ☐ Vérification du positionnement QUESTIONS OPTIONNELLES si applicables ☐ Les implants disponibles (mèche, prothèse, clou, vis) ☐ Risque de pertes sanguines + de 500 ml ☐ Sang disponible ☐ Antibiotique préopératoire administré ☐ Prophylaxie antithrombotique ☐ Bas anti-embolie	☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☐ L'infirmière confirme verbalement ☒ L'intervention finale pratiquée ☒ Compte final fait et complet ☐ Non requis post intervention SPÉCIMEN DE PATHOLOGIE ☒ Étiquetage et gestion des prélèvements S/O ☐ ☒ Problèmes anticipés post-op Points à améliorer ☐ Oui ☐ Non
En salle par l'infirmière externe L'usager a confirmé: ☒ Son identité ☒ Son consentement ☒ Ses allergies ☒ L'intervention et le site ☐ Instrumentation spéciale en salle ☐ S/O ☒ Miction pré-scopie ☐ S/O ☒ Marquage du site ☐ S/O ☒ Vérification de l'équipement d'anesthésie ☒ Monitoring vérifié et adapté au patient ☐ Médicament d'urgence et d'induction prêts ☐ Voies aériennes	VERS LA SALLE DE RÉVEIL S/O ☐ ☐ L'infirmière accompagne le patient ☐ Rapport donné verbalement Init. service. ext. _____	

CONTINUER

(SIPO, 2016, u14a03)

Regarding the consent, the circulating nurse (RN or LPN) can confirm with the team that the consent has been signed in both sections (operative and anesthesia)

SIPO soins infirmiers périopératoires

Nom du patient :
Chirurgien:
Anesthésiologiste:
Intervention chirurgicale:

#Dossier :

LISTE DE VÉRIFICATION POUR UNE CHIRURGIE SÉCURITAIRE (Form. SIPO-A4-210)

Étape 1	Étape 2	Étape 3
PROCÉDURES INITIALES Avant l'induction de l'anesthésie ☐ Chirurgien et anesthésiologiste présents au CH ☐ Identification avec bracelet et numéro de dossier ☐ À jeûn ☐ ECG ☐ Rythm ☐ Test de grossesse ☐ Code 50 ☐ Anal - Allergies Oui ☐ - Précautions additionnelles - En salle par l'infirmière - L'usager a confirmé ☒ Son identité ☒ Ses allergies ☐ Instrumentation si ☒ Miction pré-scopie ☒ Marquage du site ☒ Vérification de l'éq ☒ Monitoring vérifié e ☐ Médicament d'ur ☐ Voies aériennes	TEMPS D'ARRÊT Avant le début de l'intervention ☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☐ L'identité du patient ☐ Le site de l'intervention	PROCÉDURES FINALES Avant la sortie de salle ☐ En présence du chirurgien et de l'anesthésiologiste ☐ L'infirmière confirme verbalement ☒ L'intervention finale pratiquée ☒ ... final fait et ☐ ... post intervention DE PATHOLOGIE ☒ et gestion des ☐ ts S/O ☒ anticipés post-op ☒ éliorer ☐ Oui ☐ Non ALLE DE REVEIL S/O ☐ ☐ accompagne le patient ☐onné verbalement ... ext. _____

Init. service ext. _____ Init. service ext. _____

LES CONSENTEMENTS

« Les consentements à la chirurgie et à l'anesthésie sont généralement obtenus dans le bureau du chirurgien et par l'anesthésiologiste. À cette étape de la liste de vérification, l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire confirme verbalement que le formulaire de consentement a été signé aux deux sections. Dans le cas d'interventions non urgentes, s'il est impossible d'obtenir le consentement du patient (par exemple, dans le cas d'enfants, de patients frappés d'incapacité), un tuteur ou un membre de la famille peut fournir le consentement. Dans le cas d'une intervention d'urgence, lorsque le patient ou un décideur substitut ne peut donner son consentement et qu'il peut être démontré qu'il y a de graves souffrances ou une menace imminente de mort ou de détérioration grave de la santé, un médecin a le devoir de faire ce qui est nécessaire dans

CONTINUER

(SIPO, 2016, u14a03)

CONSENT

- According to ORNAC (2017), "Informed consent is part of the patient-physician relationship" (p.202)
 - "The person performing the medical or surgical procedure should be the person providing the information and obtaining the informed consent" (ORNAC, 2017, p.202)
 - The nurse can witness with the patient that it is their consent on the form, and that they are capable of understanding what they consented for, and it was voluntary
 - In the case of an emergency, consents should be obtained although, if unable to obtain a consent, the procedure takes priority to save a life
- (ORNAC, 2017, p.202-203).

SPECIMENS

During a case, a surgeon might ask for a specimen to be sent fresh, frozen, or even in formalin. Proper documentation and labelling are:

- Name of the specimen
- Location
- Markings placed (ex: stich at short superior, long lateral)
- Surgeons name
- Our initials and employee number
- Ensure the patients name and number (MRN) are clearly indicated on the label (two step verification)
- Date and time

Always verify with the surgeon the proper handling of the specimen. Never assume.

Formalin helps to fix the specimen in its current state, as well as preserve it from further decay (ORNAC, 2017, p.326). However, not all specimens go in formalin, **ALWAYS** verify with the surgeon. Some examples are **fresh**, **frozen** or in **formalin**.

A good practice would be to document the name of the person who took the specimen to pathology, if sent fresh, so there is always a way to tract the pathway the specimen travelled.

FOLLOW HOSPITAL POLICY FOR FORMALIN SPILLS IN THE WORKPLACE

DRESSING

- Dressing **shall** remain off the sterile field/table until the final count is completed, and the wound is closed
- If a dressing comes in a custom pack, isolate it on the sterile area, away from the operative site until the final count and closure are completed
- Scrub nurse can apply the sterile dressing (first layer) and hold in place while drapes are removed. Any additional layers can be applied by the circulating nurse

One reason why radio-opaque gauzes are not used as dressings, is in case the patient is brought back to the OR, it can cause a miscount.

(ORNAC, 2017, p.169).

DRAINS

- When documenting drains always put the location, type of drain, how the drain was inserted and secured

(ORNAC, 2017, p.170)

Example: 100ml closed wound suction device, Jackson Pratt (JP) inserted through stab wound, left breast, sutured with 3-0 Monosoft.

IRRIGATION

- All irrigation and medication used during a procedure shall be documented in the patient's OR record (ORNAC, 2017, p.171).

DOCUMENTATION

Documentation is especially important during a patient's perioperative stages. It provides permanent and factual proof of the care that the patient had received. Documentation should always be clear, concise, and factual (ORNAC, 2017, p.342).

Nurses should always:

- Document what they have done/observed
- Shall document everyone in the room (including their titles) (ORNAC, 2017, p.344)
- Never document or sign for another person
- Never use whiteout or scratch out entries so they cannot be read anymore

Late entries:

- Accurately dated
- Timed
- Signed

(ORNAC, 2017, p.343)

Corrections:

- Place a single line through the error (must still be legible)
- Date & time
- Sign
- Correction

(ORNAC, 2017, p.344)

For electronic records/documentation:

- Always log off when not in use
- Never share passwords with anyone

CONTINUITY OF CARE

During a procedure it may not always be the same person who starts the case that will finish it. At times, the circulating nurse, and scrub nurse can get replaced depending on breaks, lunches, and shift changes. Giving accurate, and precise communication for the nurse replacing is important. The transfer of information; being patient identity (two step verification), and their health status, past medical history, allergies, blood loss, surgical count, and so forth are extremely important during a role change.

Documentation is important:

- Scrub nurse A replaced at 11:45 by scrub nurse B. surgical count was verified and count is correct at time of change

CARDIAC ARREST IN THE OR

- All perioperative nurses **shall** have basic life support training. CPR is necessary when working in a perioperative environment (ORNAC, 2017, p.437)
- Competency of defibrillators (ORNAC, 2017, p.438)
- Perioperative nurses must be knowledgeable of their health care's policy of running a code blue within the OR
- Location of crash cart within your facility
- Must routinely check crash cart
- Mock code blues should be set up with the perioperative team

Scrub nurse during a code:

- Protect sterile field if possible
- Cover incision
- Track sponges, sharps, and instruments
- Complete closing count

(ORNAC, 2017, p.439)

However, if there is an insufficient amount of people to run the code, the scrub nurse can break from sterility and must help run the code!

Documentation during a code should include:

- *"Time of arrest;*
- *Time of arrival of code members (if applicable);*
- *Time CPR was initiated and by whom;*
- *Time and dosage of medication administration;*
- *ECG rhythm as per team leader;*
- *Specific electrical current delivered (e.g., joules);*
- *Medications administered by;*
- *Infusion/transfusions; and*
- *Patient outcome"* (ORNAC, 2017, p.439)

After a code occurs in the OR, the team members should be able to debrief and discuss their thoughts, feelings, and how the overall code went.

PNEUMATIC TOURNIQUETS

- Allow tourniquet machine to pass self-calibration test prior to use
- Ensure cuff "... is wider than half the limb's diameter" (ORNAC, 2017, p.272)
- Cuff should overlap a minimum of 3 inches and no more than 6 inches, or as specified by manufactures guidelines (ORNAC, 2017, p.273)
- Ensure no prep solution has pooled under the cuff (can cause chemical burns)
- Ensure cuff is properly covered to avoid prep and other fluids to pool under
- Inflation time max 60 min for upper extremities, max 90 minutes for lower extremities. Notify Surgeon when time limits have been reached
- If surgeon requires more time, tourniquet can be released for 15 minutes then re-inflated for another cycle

Always inflate and deflate cuff based on surgeon's verbal orders and inform anesthesia as well so they can observe for hemodynamic changes.

Always document:

- Who placed the cuff
- Size and location
- Times (when inflated and deflated)
- Pressure
- Surgeon notified of times (especially when reaching the maximum time interval)
- Machine number
- Condition of skin before and after

Please watch video on SIPO, 2016, u04a02 for proper installation of a tourniquet

ELECTROSURGICAL DEVICES

- Ensure visible and audible during the entire operation
 - Never mute the sound. The sound can help indicate if the button is falsely pushed
 - Ensure prep area is dried, especially when using an alcohol-based product (reduce risk of fire)
 - Close monitoring required when doing cases near neck, and head, when oxygen is being given to patient
 - Avoid contact from metal touching the patient
 - Remove all jewellery and piercings from patient to avoid burns
 - Check if the patient has a pacemaker:
 - ❖ Patients with pacemakers should be seen by their cardiologist
 - ❖ Have magnet available in room
 - ❖ Ground patient away from implant (ensure current does not pass-through path of the pacemaker)
 - ❖ Use bipolar if possible
- (ORNAC, 2017, p.276-281)

Always document:

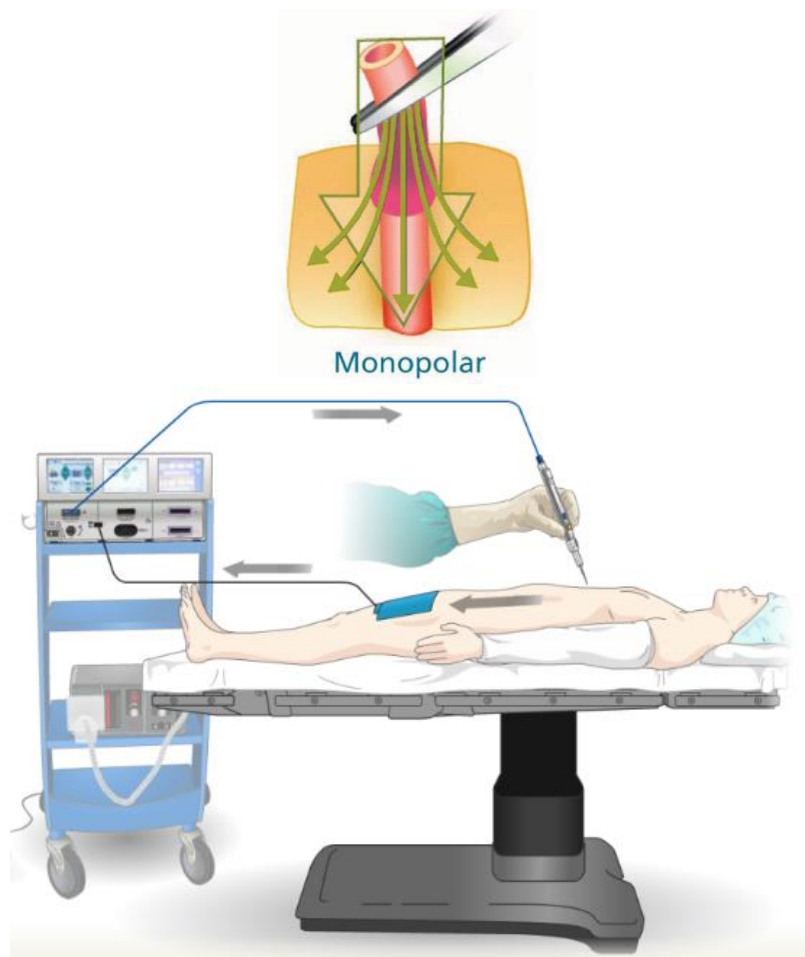
- Site of grounding pad (preferably a well muscular site, dry, and close to operative site). Muscle conducts electricity better and will decrease heat build-up under grounding pad (ORNAC, 2017, p.285)
- Type of electrosurgical device used; monopolar, bipolar, harmonic, etc... and device number
- Cut and coagulation settings
- Patients unable to remove piercing(s) or jewellery, document teaching, risk explained, and inform staff

Avoid bony areas, prosthesis, scar tissue, tattoos, cuts or lesions, hair, and areas with poor circulation when placing grounding pad (ORNAC, 2017, p.285).

Some tattoos are composed of metallic dyes, avoid placing the grounding pad on the areas mentioned above; this will prevent any burns from happening to the patient (AORN, 2014, p.128).

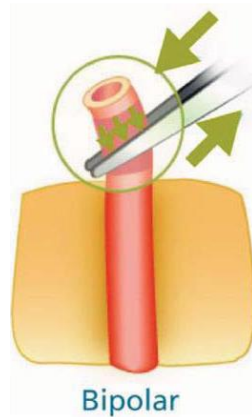
Electrosurgery:

"In monopolar electrosurgery, the complete electric circuit includes the energy-generating device, the active and grounding (dispersive) electrode, and the patient's tissue" (ORNAC, 2017, p.283).

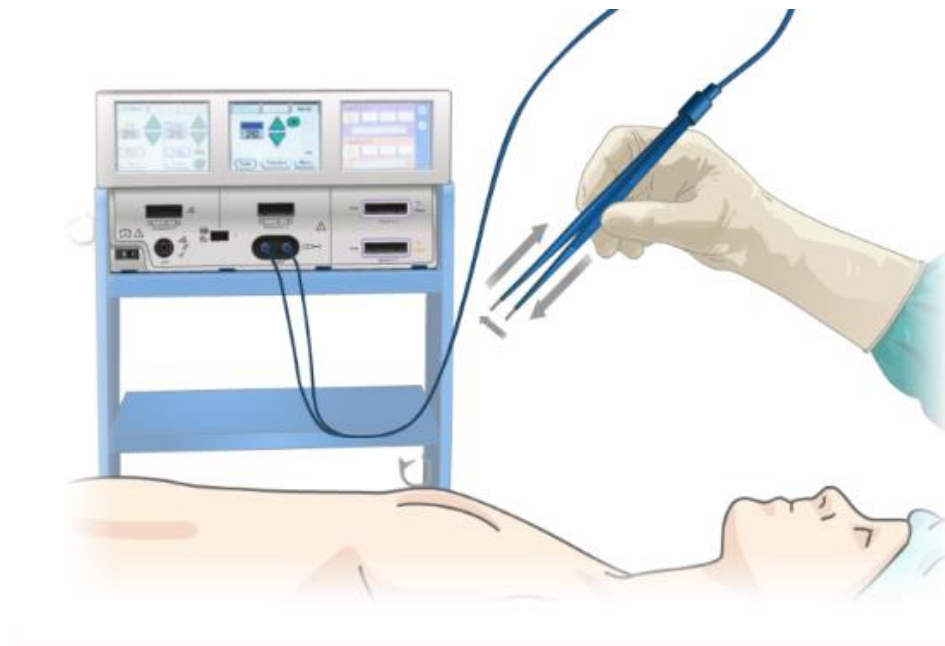


(SIPO, 2016, u04a02)

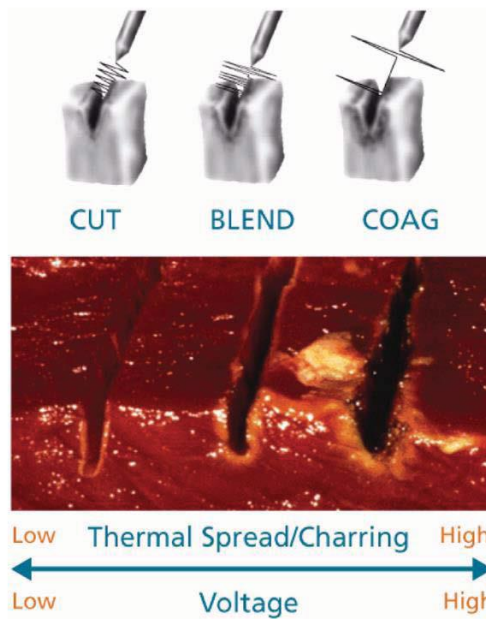
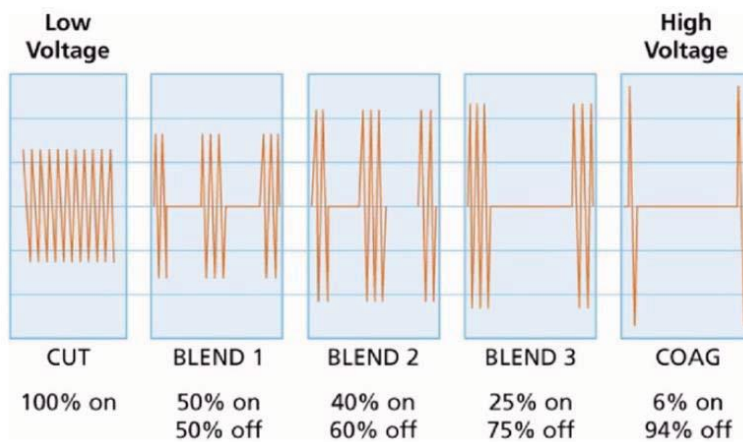
"In bipolar electrosurgery, the electrical current flows from the energy-generating unit to a two-poled instrument, back to the generator. The current does not enter the patient's body beyond the surgical site. Bipolar electrosurgery can limit the amount of affected tissue; a more limited area of thermal spread elicits less smoke" (ORNAC, 2017, p.283).



(ORNAC, 2017, p.288)



(SIPO, 2016, u04a02)



(ORNAC, 2017, p.289)

SMOKE EVACUATOR

Surgical smoke also known as plume, has been identified as a health risk for everyone. According to the ORNAC (2017), all health care facilities shall have smoke evacuator devices anywhere plume is created.

- Filters on these devices shall be changed as per manufactures guidelines and health facilities protocols
- If filters are visibly soiled, they need to be changed
- Settings are based depending on the procedure
- Smoke evacuators should be no more than two inches/5 centimetres above the site that generates the plume

(ORNAC, 2017, p.304)

- ***“N95 high filtration respirator mask should be worn in cases where communicable diseases such as HPV, tuberculosis, varicella, rubeola, and/or any unknown conditions of the upper respiratory tract may become aerosolized. Surgical masks do not provide protection from bacteria and viruses contained within surgical smoke” (ORNAC, 2017, p.304)***
- **Smoke evacuator systems do not protect staff against communicable diseases as listed above. Always wear an N95 mask in the presence of these cases**
- Laparoscopic cases shall use smoke evacuation systems as well. The smoke concentration released from the abdomen during these procedures are of greater concentration (ORNAC, 2017, p.305)

ENDOSCOPY



(SIPO, 2016, u04a01)

An endoscope is a tube inserted into a natural body orifice or through a small incision to access internal organs or structures (Ball, 2015, p.211). Each health care facility will have a similar device for their endoscopic cases. There will usually be a box for the camera, a light source, and a source for gas (as for laparoscopic cases). For other types of endoscopic cases, if a gas source is not used, then a liquid would be used to help visualize an area of the body, as in arthroscopic cases for example.

Types of endoscopic procedures are:

- Angioscopy
- Bronchoscopy
- Colonoscopy
- Cystoscopy
- Hysteroscopy
- Laparoscopy
- Arthroscopy
- Etc.

According to SIPO (2016), the circulating nurse should document:

- The model and serial number of the gas insufflator
- The pressure (“intra-abdominal” pressure should not exceed more than 15 mm-Hg)
- The start
- Volume used

Always be aware of your light source. This can easily burn the patient and cause a fire on the drapes if not properly monitored.

LASER

Light Amplification by Stimulating Emission of Radiation.

Lasers work by converting usually electrical energy into an optical form of energy. Therefore, when we talk and describe a laser, we usually use terminology based on light such as:

- Wavelength
- Frequency
- Velocity
- Amplitude

(ORNAC, 2017, p.295)

In general

- Laser shall only be used by trained personnel
- Annual laser training should be given by a trained laser safety officer

(ORNAC, 2017, p.296)

When operating the laser machine, a few key points to remember are:

- Do not cover the foot pedal (as per manufacturers guidelines)
- Only the surgeon can use the foot pedal
- Always be present when the laser machine is on
- When the machine is inactive, always place it on standby and wait for verbal order from physician to activate machine
- All personnel in the room are to wear appropriate laser safe goggles, including the patient
- Fire extinguisher must be present and close by
- Wet towel must be prepared and on standby in case any accidents, and burns to the skin
- Always turn machine off and take the laser key out when finished with the machine. Never leave the key in the machine at the end
- Always document laser info into a logbook including but not limited to;
 - ❖ Type of laser
 - ❖ Settings
 - ❖ Procedure
 - ❖ Personnel present
 - ❖ Safety precautions taken

(ORNAC, 2017, p.298)

Safety while operating the laser machine

- Always wear appropriate personal protective equipment (PPE)
- Restrict personnel from coming in and out of room
- Keep all doors closed
- Cover all windows
- Fire extinguisher and wet towels available and ready to use in case of incident
- Place laser specific signs on all doors leading into room when laser is in use



(ORNAC, 2017, p.299)

Watch video on SIPO, 2016, u04a02

INFECTION CONTROL

According to ORNAC (2017),

- Hand hygiene is a top priority. Wearing gloves does not eliminate the need for proper hand hygiene
- If hands are visibly soiled, use soap and water. Alcohol based 70% to 90% hand hygiene is the preferred method
- Always perform proper hand hygiene before and after each patient, before donning of gloves, and removing of gloves, and when in contact with a contaminated item
- Always wear gloves when in contact with non-intact skin, mucous membranes, cuts, lesions, bodily fluids (blood, urine, feces), or soiled devices
- Change gloves and wash hand between activities on same patient if risk of contamination. Ex: emptying a drainage device, then checking a bedsore
- Always use appropriate personal protective equipment (PPE) as needed. Examples, but not limited to gloves, masks, face shield, head and foot covers, fluid-resistant gowns, etc.

Question: Are glasses considered a sufficient PPE?

Answer: No! Glasses do not cover the side of your eyes, as well as top and bottom.

- One time use masks should be discarded after each use/case, and removed by the strings, not by touching the mask. Also do not hang the mask around your neck, or fold for later use
- **ANY SPLASHES IN EYE/MUCOUSE MEMBRANES OR SHARP PUNCTURE NEED TO FOLLOW HEALTH FACILITY PROTOCOL (OCCUPATIONAL HEALTH)**
- Never recap, bend, or pick up a broken needle by hand
- All disposable boxes shall be placed in the same room as the sharps being used
- Staff should be immunized to hepatitis B
- Specimens shall be in leak proof containers labelled “Biohazard” (pp. 125-128)

AIRBORNE PRECAUTIONS

Precaution signs must be kept on the doors until there is no more risk even after patient leaves the room

Examples of Airborne precaution are:

- *“Tuberculosis*
- *Varicella*
- *Rubella*
- *Sudden Acute Respiratory Syndrome (SARS);*
- *And any other emerging respiratory communicable diseases”.*

(ORNAC, 2017, p.129)

MUST FOLLOW FACILITIES INFECTION AND CONTROL POLICIES!

According to ORNAC (2017), when transporting a patient with an airborne disease, never place an N95 respirator mask on the patient. Simply place a regular surgical mask on the patient. N95 masks prevent healthcare workers (HCW) from inhaling droplet nuclei, while the surgical mask helps reduce the spread of droplet nuclei from the patient when they talk, cough, sneeze and so forth.

- Healthcare team must wear appropriate N95 mask
- Everyone must have done a Fit test prior to using a N95 mask (keep a copy of your Mask Fit test)
- Ensure proper seal
- Place precaution signs on doors
- Keep doors closed
- Limit traffic
- Change operating room pressure from positive to negative if possible
- Precaution cases should be last on the list if elective
- Anesthesia must have a TB filter for their circuit (expiratory side)
- Room must remain vacant for air to circulate prior to cleaning
- Time to vacant room depends on air filters within the room, and as per infection control

(p.130)

Surgical masks do not protect us from bacteria and viruses located in surgical plume (smoke), wearing a N-95 masks does.

Caution must be taken when cauterizing and producing surgical plume of communicable diseases such as HPV, tuberculosis, varicella, rubeola, etc. N95 masks must be worn (ORNAC, 2017, p.304).

DROPLET PRECAUTIONS

Must follow facilities infection and control policies!

Examples:

- Croup
- Influenza
- Mumps
- Pertussis (Whooping Cough)
- Parvovirus (5th disease for example in children) etc.

Similar procedure as mentioned above:

- Place surgical mask on patient when transporting
- Place droplet precaution signs on door
- Wear a high efficiency mask if within 2 meters of patient (contact Infection control)
- Eye protection should be used, in case droplets propelled into air (ORNAC, 2017, p.132)
- Room to be washed as per infection control

CONTACT PRECAUTION

Must follow facilities infection and control policies

Examples:

- Scabies
- C-diff
- Gastrointestinal infections
- Necrotizing fasciitis
- MRSA
- VRE etc.

According to the ORNAC (2017)

- Schedule as the last case of the day
- Remove unnecessary equipment from room
- Place signs on doors
- Ensure additional circulator available to help outside of room
- Wear gloves
- Wear a gown
- Recover the patient in the OR, or isolated area in the RR
- Terminal cleaning after case by trained staff

(pp. 133-134)

APPENDIX 1

CIRCULATING ROLE:

- Oversees the entire room
- Greets and evaluates the patient. (Evaluation of the patient always falls within the practice of the RN. An LPN can help collect data under the guidance of the RN)
- Helps with transferring the patient to the OR table (the OR table is narrow, and you must always be two, one on each side to transfer a patient who is ambulatory, or four to transfer a patient who is immobile)
- Ensures part one of the verification list is done with the presence of the team, before any sedation is given to patient
- Opens necessary sterile equipment and instruments for the procedure
- Helps dispense any medication or solutions onto the sterile field (as required for the surgery)
- Helps gown and glove the scrubbed nurse
- Helps gown the surgeon/residents/medical students etc.
- Helps position the patient on the OR table for surgery with the team (LPN may do so as well but under the guidance of the RN in the room)
- Skin prep of the patient (according to facility guidelines and surgeons request)
- Conducts initial count with scrub nurse prior to the start of surgery (must always have at least one RN to perform the count)
- Initiates second part of verification sheet. "TIME OUT" must be done before incision is made, and entire team is present
- Connects grounding pad to patient (evaluates patients skin integrity at same time)
- Ensures scrub nurse has all the necessary material required to perform the operation, and gives more material as needed
- Anticipates any unexpected events
- Receives specimens during the operation and places in appropriate containers and sends them to pathology based on surgeon's request
- Participates in final count (must always have at least one RN to perform the count)
- Debriefs prior to patient leaving the room (final part of verification list)
- Transfer patient to post anesthesia care unit, and gives report along with anesthesiologist (RN must bring patient to PACU since evaluation and report are given, LPN may assist)

APPENDIX 2

SCRUB ROLE:

During a procedure, the surgeon might ask the scrub nurse to assist. The Scrub nurse can assist under direct guidance and request from surgeon but under specific guidelines.

These acts need to be of short duration and does not require the scrub nurse to stay at the surgical site to long (OIIQ, 2017, p.25).

Guidelines are as followed according to OIIQ (2014),

- ``Retract the skin during the incision
- Place, move and hold a retractor in place
- Hold a clamp
- Remove a clamp, except uterine and vascular clamps
- Aspirate or sponge
- Irrigate the surgical site
- Apply the electrocautery indirectly to an existing forceps
- Apply a topical hemostatic agent
- Cut a wire
- Push on the uterine fundus
- Tap on an osteotome
- Apply additional traction on the lower limb to help the orthopaedic surgeon in his hip dislocation maneuver
- Slide a cutting guide and attach it to the chuck already set up by the orthopedist
- Use the mechanical stapler (skin gun or skin clip)

In endoscopic surgery

- Hold and move the camera
- Inserting an instrument into a trocar without positioning it in the cavity
- Remove a clamp free of tissue``

(pp. 25-26)

These guidelines also apply to LPN`s as indicated in the OIIAQ (2017) guidelines, p.15.

In addition, the role of the scrub nurse consists of:

- Preparing and verifying all items on the Kardex are ready for use
- Help transfer patient to OR bed if not yet scrubbed
- Scrubs and gowns for the surgery
- Sets up sterile field
- Conducts initial count with the circulating nurse prior to the start of surgery (must always have at least one RN to perform the count)

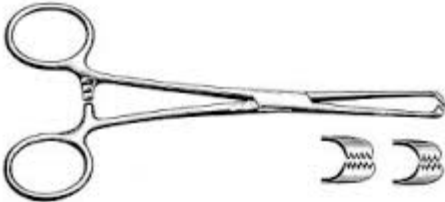
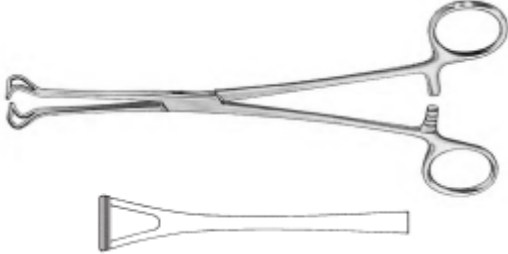
- Helps drape the patient with the surgeon
 - During the operation, the scrub nurse assists the surgeon, follows along with the procedure, and tries to anticipate further needs or steps
 - Receives specimens from the surgeon and hands them off to the circulating nurse as directed by surgeon
 - Participates in final count (must always have at least one RN to perform the count)
 - Disassembling of sterile table
- (SIPO, 2016, u02a01)

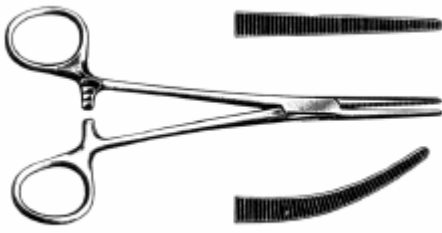
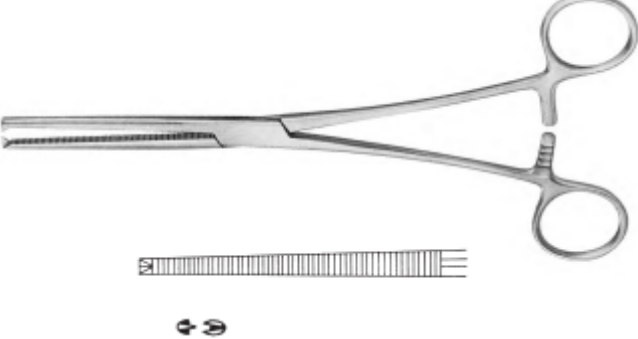
APPENDIX 3

COMMON INSTRUMENTS/INSTRUMENTS COMMUNS

*Please note that names may vary according to the hospital center.

*Veuillez noter que les noms peuvent varier selon le centre hospitalier.

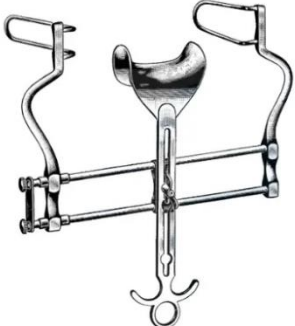
Forceps/Pinces	
Allis tissue forceps / Pinces à tissus Allis	
Babcock tissue forceps/ Pinces à tissus Babcock	
Hemoclip applier / Système de ligature Hemoclip	
Mosquito forceps/ Pince Mosquito	

Hemostat (curved and straight)/Pince Hémostat (courbe et droit)	
Kelly forceps (curved and straight)/ Pince Kelley (courbe et droit)	
Schnitz forceps / Pinces Schnitz	
Rochester Forceps/ Pinces Rochester	
Kocher-Ochsner Forceps/Pinces Kocher- Ochsner	

Lahey forceps/ Pinces Lahey	
Needle driver / Porte-aiguilles	
Prep forceps/ Badigeon	
Sponge forceps/ Pinces à éponge Longer than prep forceps. Plus longue que le badigeon.	
Lahey Goiter (Thyroid) clamp/ Clampe Lahey à goitre	

Blunt towel clip/ Pince à champs non-perforante	
Sharp towel clip / Pince à champs perforante	

Retractors/ Écarteurs	
Army-Navy retractor/ Écarteurs Army-Navy	
Richardson retractor/ Écarteur Richardson	
Skin hook/Crochet à peau	
Senn retractor/ Écarteur Senn	
Rake (Volkman) retractor/ Écarteur Volkman	

Langenbeck retractor/ Écarteur Langenbeck	
Balfour retractor/ Écarteur Balfour	
Faraboeuf retractor/ Écarteur Faraboeuf	
Gelpi retractor/ Écarteur Gelpi	
Weitlaner self-retainer (blunt /sharp)/ Écarteur autostatique Weitlaner (mousse/pointu)	
Beckman retractor/ Écarteur Beckman	
Deaver retractor/ Écarteur Deaver	

Spatula (malleable/ ribbon) retractor/ Écarteur malléable	
--	---

Scalpels/Bistouris	
Scalpel handle/Bistouri	 Scalpel blade handle No.3 Scalpel blade handle No.4 Scalpel blade handle No.7
Scalpel blade/ Lame de bistouri	 #10 Blade: Used primarily for making large skin incisions, e.g., in laparotomy. #11 Blade: Used for making precise or sharply angled incisions. #15 Blade: Smaller version of #10 blade used for making finer incisions.

Scissors/ Ciseaux	
Metzenbaum scissors/Ciseaux Metzenbaum (Metz)	

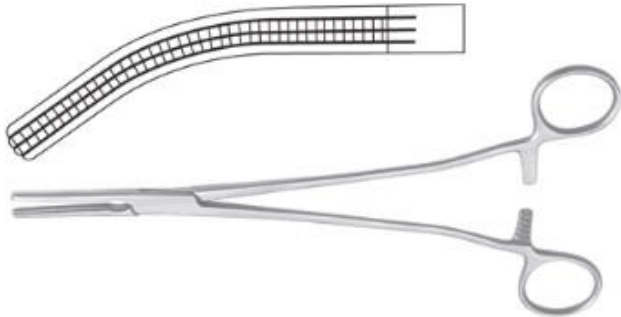
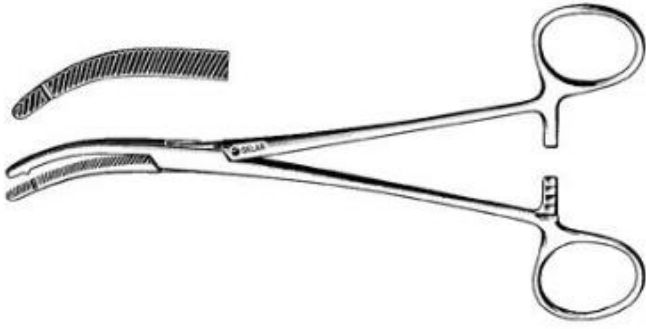
Straight Mayo scissors/Ciseaux Mayo droit	
Curved Mayo scissors/ Ciseaux Mayo courbe	
Steven's tenotomy scissor/Ciseaux à ténatomie Stevens	

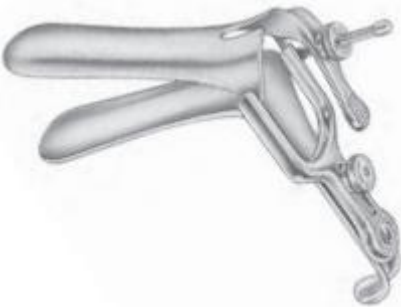
Tissues / Dissections	
Adson forceps/ Pince Adson	
Adson Brown forceps/ Pinces Adson Brown	

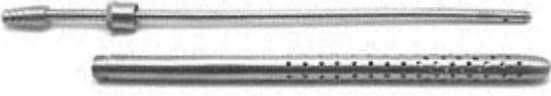
Tissue forceps smooth/Non-Toothed / Pincers sans griffes	
Tissue forceps toothed/ Pincers à tissus avec dents Tissue closure for grasping tissue or skin. Traumatic.	
Bonney forceps/ Pincers Bonney	
DeBakey tissue forceps/ Pincers à tissus DeBakey	
Gillies tissue forceps/ Pincers à tissus Gillies	

Orthopedics/ Orthopédie	
Orthopedic Mallet/ Maillet orthopédique	
Osteotomes/ Ostéotomes	
Rongeurs/Pince-gouge (Rongeurs)	

Freer elevator/ Élévateur Freer double	
Cobb Periosteal Elevator/ Élévateur à périostomie Cobb	
Hohmann retractor/ Écarteur Hohmann	

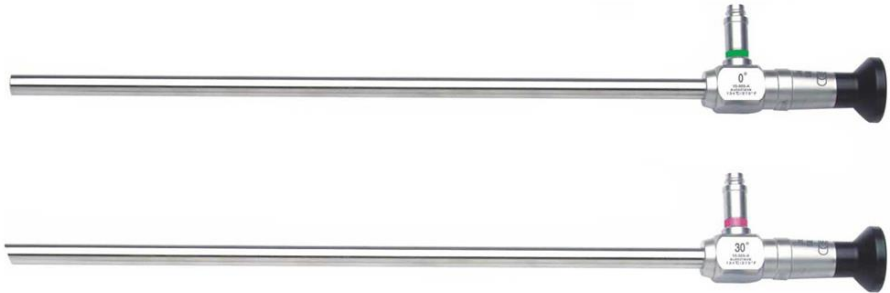
Gynecology/Gynécologie	
Straight uterine clamp/ Pince Rogers droite	
Weirtheim forceps/ Pincers Rogers courbes	
Heaney forceps/ Pincers Heany	
Bozemann Packing forceps/ Pince utérine à tampons Bozemann	
Uterine Sound/ Hystéromètre utérin	

Hulka Tenaculum/ Pince à col Hulka	
Bulldog (Museux) tenaculum/ Pince à col Museux	
Schroeder tenaculum/ Pince Potzie	
Speculum/ Spéculum vaginal	

Other instruments/Autres instruments	
Spoon/ Cuillère	
Abdominal suction/ Tude d'aspiration abdominale	
Yankauer suction/ Tube d'aspiration Yankauer	

Frazier suction/ Tube d'aspiration Frazier	
---	--

Laparoscopy/ Laparoscopie	
Veress needle/Aiguille de Veress Various lengths available. Plusieurs longueurs disponibles.	
Laparoscopic trocar (5mm and 10mm)/ Trocart laparoscopique (5mm et 10mm)	Trocars with obturator/Trocarts avec obturateur  Obturators/Obturateurs 

Laparoscopic trocar 10mm Hasson/ Trocart laparoscopique avec Hasson 10mm	
Reducers / Réducteurs Allows 5mm instruments to fit inside 10mm trocar Permet l'utilisation des instruments de largeur 5mm avec les trocars de 10mm	
Laparoscope (5mm, 10mm) Different lens angles available. Plusieurs angles d'objectif disponibles.	
Fibre Optic Cable/ Câbles à fibre optique	
Monopolar Cautery Cable/ Câble monopolaire pour cautère	 Generator Plug  Instrument Plug
Allis	

DeBakey Grasper/ Pinces Johanne mousse	
Dolphin Grasper/ Pinces dauphin	
Reddick Grasper/ Pinces bullet	
Maryland Grasper/ Dissection courbe	
Wavy grasper/ Johanne avec dents	

Scissors/ Ciseaux	
Bipolar Maryland/ Dissection courbe Bipolaire	
Monopolar Hook/ Crochet monopolaire	
Knot pusher/ Pousse- nœud	
Needle holder/ Porte- aiguille	

Created by Allison Wong, Nurse Clinician, Operating Room educator, St-Mary's hospital

REFERENCES

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2014). Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory settings. Denver, CO: Author.

Ball, A. K. (2015). Surgical modalities. In Rothrock. C, J (Eds.), Alexander's care of the patient in surgery (211-254) . Canada: Elsevier.

Formation en soins infirmiers périopératoires (SIPO) – MSSS – Janvier 2016

<https://formationsipo.msss.gouv.qc.ca/in/faces/details.xhtml?name=Programme>

OIIAQ. (2017). Lignes directrices relatives aux soins infirmiers périopératoires: les activités de l'infirmière auxiliaire au bloc opératoire. Retrieved from <https://www.oiaq.org/files/publication/5381-lignes-directrices-vf-05-07-2017.pdf>

OIIQ. (2014). Les soins infirmiers périopératoires : les lignes directrices pour les activités des infirmières en salle d'opération. Retrieved from https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2276_doc.pdf

Operating room nurses association of Canada (ORNAC). (2017). The ORNAC standards, guidelines, and position statements for Perioperative registered nurses. Canada: Author.

Spry, C. (2015). Infection prevention and control. In Rothrock. C, J (Eds.), Alexander's care of the patient in surgery (211-254). Canada: Elsevier.

World health organization (WHO). (2016) Global guidelines for the prevention of surgical site infection retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-eng.pdf?sequence=8>