

# SOINS IDE PRE ET POST OPERATOIRES :



# PLAN

- a) **le pré opératoire** : 1) L'accueil et l'information 2) Les dossiers du patient 3) Les examens 4) La consultation d'anesthésie 5) La préparation cutanée 6) Suivi et mise en route des thérapeutiques 7) Les vérifications avant toute prémédication
- b) **le per opératoire** : 1) La prémédication 2) Le transfert vers le bloc 3) L'information aux familles 4) La préparation de la chambre

Transferts du patient

**c) le post opératoire :** 1) Surveillance post opératoire du patient 2) Installation de l'opéré 3) surveillance des attributs 4) soutien psychologique

**LES COMPLICATIONS liées à l'alitement**

**LE RISQUE INFECTIEUX (Dépister les complications)**

**AUTRE RISQUE : la chute**

La Mobilité

**d) Organisation de la sortie et les documents**

- 1) Education du patient rentrant à domicile
- 2) Ordonnances

# SOINS IDE PRE ET POST OPERATOIRES

Transposable à toute chirurgie :

**L'IDE est le garant du bon déroulement de la prise  
en charge du patient**

## 3 étapes:

### a) le pré opératoire :

De l'accueil au suivi et mise en route des thérapeutiques.

### b) le per opératoire :

De la prémédication à la préparation de la chambre.

### c) le post opératoire :

Du retour de l'opéré à l'accompagnement de la sortie

## **a) le pré opératoire :**

### **1) L'accueil et l'information :**

**Accueillir le patient : ce n'est pas que dire bonjour,**

**mais :** - l'installer

- le rassurer

- être à son écoute + sa famille

- lui expliquer

(actes réalisés de la minute + l'hospitalisation pré et post)

## 2) Les dossiers du patient :

### Dossier médical

#### Dossier paramédical comprenant :

- Le recueil de données (PEC personnalisée du patient)
- Traitements en cours
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux (à prendre en compte)

**Dossier d'anesthésie:** - Feuille d'anesthésie  
- Examens préopératoire

**Dossier transfusionnel:** - Résultat RAI  
- Déterminations de groupe  
sanguin



1, place du Parvis Notre Dame  
75 181 Paris Cedex 04

**GROUPE HOSPITALIER HOTEL DIEU**  
Service:

Réf : DS/DSI/02/A

Date d'application : MAI 2005

**FICHE D'IDENTIFICATION**

ETIQUETTE  
NOM

ETIQUETTE  
ADRESSE

Date d'entrée :  
Provenance :

Tél dom/portable :

Français - Compris : oui  non       Parlé : oui  non

Situation familiale et entourage

Marié       Célibataire       Séparé       Veuf       Vie maritale

Nationalité .....      Nombre d'enfants au foyer .....

Entourage prévenu de l'hospitalisation : oui  non

Personne 1- ..... Lien de parenté.....tél/port.....  
à  
prévenir 2-..... lien de parenté.....Tél/port.....

Personne de confiance oui  non   
Si oui, coordonnées

Nom :      Téléphone :

Situation professionnelle

En activité       En retraite       En invalidité   
Sans profession       Chômage       Scolarisé

Situation sociale

Sécurité sociale : oui  non       Mutuelle : oui  non   
Si besoin :      Accord prise en charge : oui  non

100% ALD : oui  non       C.M.U : oui  non       Autre : .....

Habitat

Type.....      Escalier : oui  non       Ascenseur : oui  non   
Nombre d'étages :

Eléments législatifs

Dépôt : oui  non       Inventaire : oui  non

Mesure de protection juridique : Mineur : oui  non   
Tutelle : oui  non  - Garde à vue : oui  non  - Autre.....

## RECUEIL INITIAL DE DONNEES

### MOTIF D'HOSPITALISATION :

Pathologies et antécédents médicaux et chirurgicaux

Poids :                      Taille :                      IMC :

Présentation du patient

**Allergie :** oui     non     **Préciser :**

Respiration	Fumeur <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Trachéo <input type="checkbox"/> Appareillage <input type="checkbox"/>
Élimination Urinaire	Incontinent <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Étui Pénien <input type="checkbox"/> KT sus pubien <input type="checkbox"/>
Élimination fécale	Incontinent <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhées <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/>
Mobilisation <input type="checkbox"/> Autonome	Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Préciser
Hygiène et confort <input type="checkbox"/> Autonome	Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Préciser
Alimentation <input type="checkbox"/> Autonome	Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Alimentation : Parentérale <input type="checkbox"/> Entérale <input type="checkbox"/>
Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Normal	Diabétique <input type="checkbox"/> Kasher <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Mixé <input type="checkbox"/> Autre : .....
État cutané <input type="checkbox"/> Normale	Lésion <input type="checkbox"/> Plaque <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Localisation :
Sommeil <input type="checkbox"/> Normal	Soins en cours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Médications : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Comportement <input type="checkbox"/> Normal	Somnolent <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Conduite addictive <input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire <input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/>
Douleur <input type="checkbox"/> Non	Localisation :                      EV : Antalgiques : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Croyances	Inconnue <input type="checkbox"/> Connue <input type="checkbox"/> Préciser :
Vision <input type="checkbox"/> Normale	Non voyant <input type="checkbox"/> Mal voyant <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/>
Prothèses auditives	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/>
Précautions d'hygiène	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :

Date du recueil :                      Nom I.D.E. :                      Nom A.S. :

### 3) Les examens :

- **Biologie** : NFS, Plaquettes, TP, TCA, Ionogramme sanguin, glycémie, créatininémie Groupe, Rh, RAI valide (72h maximum)  
(prescrit dans le volet de pré anesthésie)

- **Autres examens et imagerie** : ECG, Rx Thorax, IRM, Scanner

(protocole d'admission ou feuille d'observation du chirurgien)

Résultats à récupérer et à ranger dans le dossier qui accompagnera le patient au bloc opératoire

## 4) La consultation d'anesthésie :

- Si chirurgie prévue préalablement:

**BUT:** - **définir un mode anesthésique** (profil médical du patient)

- **de dépister des problèmes:**

➔ explorations + thérapeutiques préalables à la chirurgie  
(ex: cardio, pneumo, dentaire ou urinaire)

- **Prévision de prélèvement** (auto transfusion + bilan sanguin)

- Si chirurgie dans l'urgence :

toujours prévenir l'anesthésiste avant d'envoyer un patient au bloc opératoire.

## 5) La préparation cutanée :

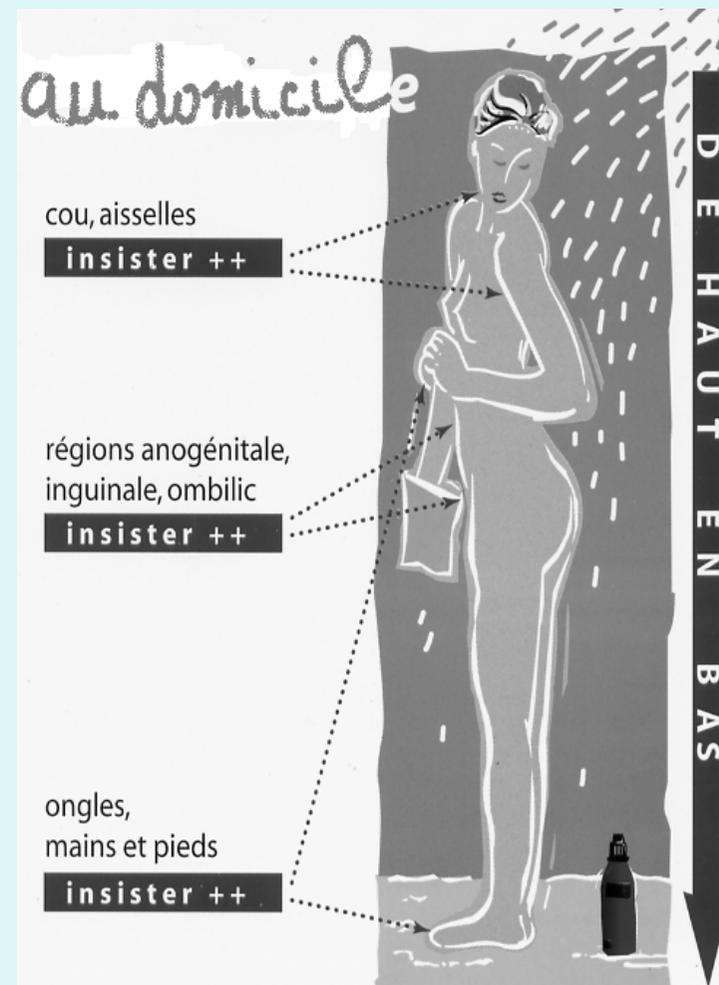
- **rôle propre infirmier**, peut être réalisée par une aide-soignante en collaboration avec l'IDE.
- *Application: protocole des services validés par les C.L.I.N. locaux, 3 étapes importantes:*
  - **Deux douches préopératoires** : (veille et matin de l'intervention)
  - **Dépilation** (protocole // geste opératoire)
  - **Vérification cutanée** (Déshabillage complet + chemise de bloc)

- **Douches préopératoires:**

**Technique de lavage valable au domicile (chirurgie ambulatoire)**

**et dans les services:**

- Soit gamme bétadine®
- Soit gamme Hibitane®



- **Pour la vérification cutanée :**

- Vérifier *discrètement* la propreté générale et surtout au niveau de :

- L'ombilic
- Les plis cutanés
- Les ongles (enlever tout vernis)
- Les pieds
- Sans rouge à lèvres
- sans bijou, ni prothèse (boite+étiquette)

- Rechercher discrètement la présence de mycoses, boutons ou pustules, abrasions ou plaies cutanées.

## 6) Suivi et mise en route des thérapeutiques :

- Suivi des traitements personnels du patient
- Interruption de certains traitements en lien avec l'anesthésie (Cardio et anti hypertenseur)
- Commande de culots sanguins au CDTS (si besoin)
- Prescriptions contre l'anxiété (veille et jour de l'intervention : anxiolytiques et +/-somnifères)

## 7) Les vérifications : Avant toute prémédication:

- Envoyer le patient aux toilettes si besoin
- Informer de ne plus se lever (*expliquer l'effet du produit*)
- Disposer à proximité : (*bassin et /ou urinal, sonnette , téléphone*)
- Vérifier l'hygiène corporel préopératoire
- Patient à jeun (*ni boire, ni fumer*)
- Absence de bijoux, piercing, prothèse et/ ou autre postiche

## **b) le per opératoire :**

### **1) La prémédication :**

Prescrite sur la feuille d'anesthésie, elle définit :

- L'heure
- Le produit et son dosage
- Le mode d'administration (*orale ou injectable*)

## 2) Le transfert vers le bloc :

Dossier du patient donné au brancardier  
qui vérifie l'identité + (bracelet)



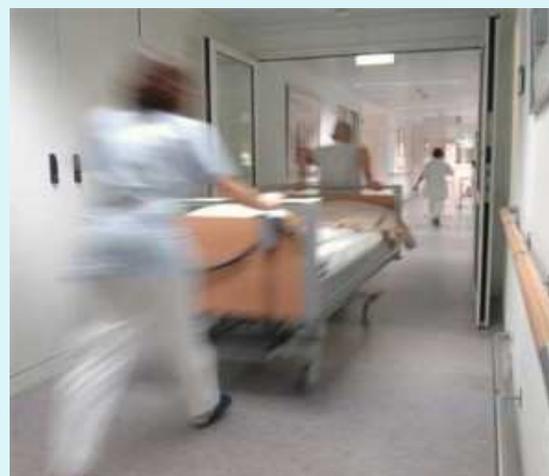
### 3) L'information aux familles :

- Informer la famille du déroulement (*entrée, sortie du bloc opératoire, SSPI, remontée en chambre*)
- Donner des conseils :
  - Ne pas être nombreux dans la chambre
  - Respecter la nécessité de repos du patient en post opératoire
  - Ne pas donner d'alimentation, boisson avant autorisation de l'équipe

## 4) La préparation de la chambre :

- La chambre est aérée et nettoyée
- Réfection du lit avec :
  - alèse
  - arceau
  - potence
  - pied à perfusion
  - coussins anti luxation
  - couverture

# Transferts du patient



## **I. Le transfert du bloc vers la SSPI :**

**Par l'IADE ou IDE + brancardier** (*risques post anesthésiques*)

- Récupérer le dossier du patient
- Prendre la transmission (IDE du bloc)

## **II. Le transfert de la SSPI vers le service d'hospitalisation :**

**Par IDE avec brancardier** (*risques/intervention*)

- Prendre :
  - la transmission (IDE de la SSPI)
  - les prescriptions médicales des suites post opératoires
  - Prendre le dossier du patient

## **c) le post opératoire :**

- **Le retour de l'opéré dans sa chambre.**  
*(opéré est physiologiquement réveillé à son retour dans sa chambre)*
- **Lecture de la feuille d'anesthésie** *(signée par le Médecin Anesthésiste Réanimateur)*

# 1) Surveillance post opératoire du patient :

***Observer le patient : le 1er coup d'oeil est très Important***

- Surveillance clinique à noter dans le dossier IDE :
  - **Conscience, Faciès**
  - **Constantes:** (*Fr, pouls, TA, température, douleur*)
  - **Pansement** (*délimiter trace de sang au marqueur si besoin*)
  - **Les redons**
  - **Surveillance vasculaire des membres opérés**  
(*Pouls, Couleur, Chaleur, Sensibilité , Motricité*)

## *Risque à court terme : hémorragique*

*Signes:* (hypotension artérielle, tachycardie, pâleur du faciès, saignements: redons et ou pansement)

## 2) Installation de l'opéré :

Dépend de l'anesthésie et de la zone opérée.

ex : patient  $\frac{1}{2}$  assis (*respiration et repos*)

- Prévenir les escarres : (*poche à eau , mousse*)
- Réchauffer (*couverture*)
- Mettre la sonnette à porter de la main.
- Vérifier si le patient a uriné (en salle de réveil).

### 3) surveillance des attributs :

#### La perfusion :

- Absence de rougeur ou de signe de diffusion au point d'injection
- Pansement propre, étanche
- Présence d'un retour veineux
- Débit adéquat



## Les redons : (Dépistage précoce d'hémorragie)

- Si l'écoulement est important et **hémorragique** ( 50cc/h) : **prévenir le chirurgien**

*( casser le vide dans le Redon pour obtenir un drainage simple en déclive)*



## Surveillance du Redon :

Systeme mémo technique = PIEDS

- **P : Perméable**
- **I : Irréversible: le sang ne remonte pas**
- **E : Étanche**
- **D: Déclive: plus bas que le patient**
- **S : Stérile**





Changement d'un Redon, nécessite **d'être rigoureux**  
dans la manipulation par rapport :

- **Au risque infectieux (porte d'entrée)**

## Surveillance des pansements :

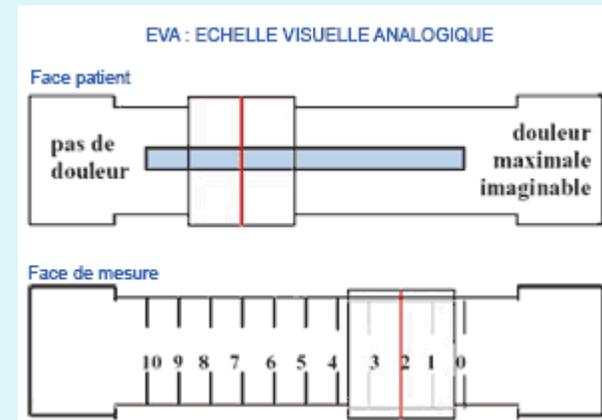


- Occlusif
- Pas de trace de sang
- Si saignement, écoulement, en parler au chirurgien

## Surveillance de la douleur :

- Explication de l'échelle EVA
- Observation des signes cliniques (*verbaux et positions antalgique*)
- Cotation avant et après traitement antalgique

Si persistance de la douleur: prévenir le médecin pour réajustement de la prescription



## Mise en œuvre des prescriptions médicales

*Programmation de l'ensemble des examens et des thérapeutiques en fonction de la fiche post interventionnelle*

(Antibiotique prophylaxique+ antalgique+ TTT pers)

#### 4) Le soutien psychologique.

- Être attentif :  
(*douleur, sommeil, préoccupations, besoins*)
- Être à l'écoute et disponible.
- Soutien, encouragement lors de la rééducation
- Amener le patient à participer activement à ses soins  
(enseignement approprié) Tenir compte de ses connaissances

**Objectif:** retrouver une autonomie optimale

## LES ECRITS !!!

Noter tous les soins en temps réel!

- Réaliser des transmissions ciblées écrites  
(entrées et sorties, les problèmes du patient jour)
- Traçabilité de toutes les surveillances et soins techniques
- Ce qui a été fait au patient examens, préparation
- La rééducation, la diététique, le service social etc. ...

# LES COMPLICATIONS

*liées à l'alitement*

# La règle des quatre « P »

*P* eau

*P* hlébite

*P* oumon

*P* ipi

*Exception: Constipation*

## Dépister les complications :

- a) Les complications cutanées
- b) Les complications thrombo emboliques
- c) Les complications pulmonaires
- d) Les complications urinaires
- e) Les complications digestives

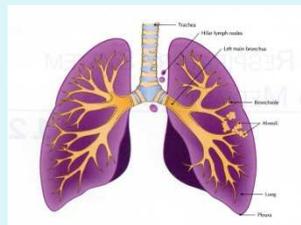
*(peau)*



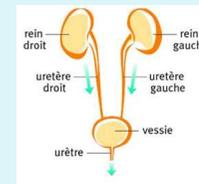
*(phlébite)*



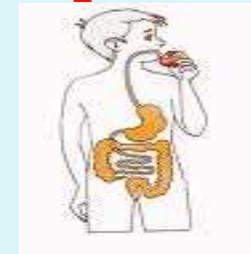
*(poumon)*



*(pipi)*



*(constipation)*



## a) Les complications cutanées: **les escarres.**



*Ils peuvent être évités lors de soins de nursing répétés*

- Vérifier après chaque change
- **Hygiène est très importante + prévention d'escarre**
- Draps secs (changé 2 à 3 x/ j.)
- Être à l'écoute du patient (besoins, douleur)
- Alimentation riche en protéines (reconstruction)
- Surveillance poids et hydratation.

## b) Les complications thrombo emboliques: La phlébite et embolie pulmonaire.

**Majoré par:** Tabac, pilule, alcool



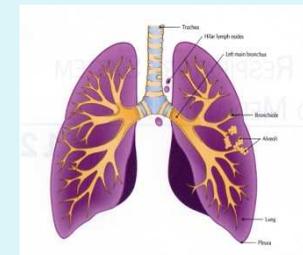
### Prévention:

- Lever précoce (si c'est possible)
- Exercices musculaires au lit: contractions statiques.
- TTT anticoagulant
- Bas de contention !

- Diag:**
- Clinique,
  - Examen D **dimères**
  - Doppler veineux des membres inférieurs , échographie

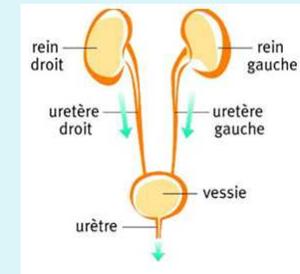
## c) Les complications pulmonaires: **pneumopathie**

- Alitement = Risque d'encombrement bronchique
- Surveillance de la température.
- Surveillance de la toux.
- Surveillance des expectorations (crachats).
- Surveillance de la fréquence respiratoire.



## d) Les complications urinaires : **infection urinaire**

- Surveillance de la diurèse des 24 heures.
- Surveillance des brûlures mictionnelles.



### **Prévention:**

- Faire boire abondamment (1,5 litre à 2 litres) sauf CI
- Urinal à proximité
- Sonde à demeure: respect asepsie (mains+ sonde)

## e) Les complications digestives : **constipation**

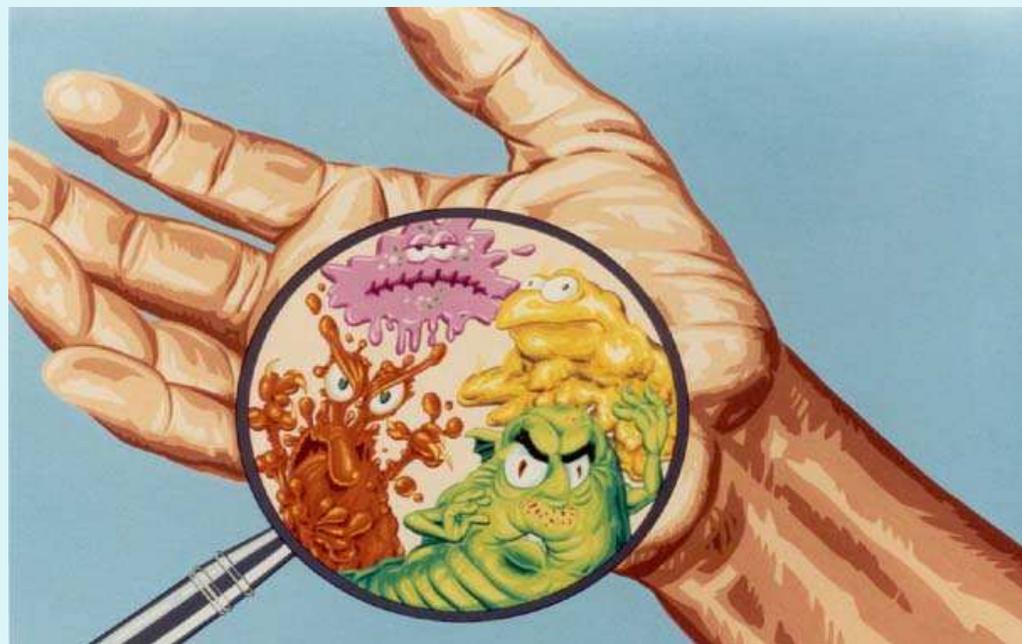
- Surveillance des selles (les noter)
- Dépister un météorisme abdominal



### Prévention:

- Alimentation variée, riche en fibres (*légère en péri opératoire*)
- Aider (*retour du bloc*)
- Faire boire abondamment
- Laxatifs sur prescription médicale
- Massage abdominal

# LE RISQUE INFECTIEUX



# Portes d'entrées :

- Le pansement
- Le ou les drains de Redon
- Les cathéters périphériques ou centraux
- Les cathéters analgésiques
- La Sonde à demeure





## Le pansement:

*risque majoré si ostéosynthèse*

- **Le 1er pansement** entre le 3ème et le 8ème jour postopératoire
- Rechercher (hématome ou d'une zone inflammatoire)
- Réalisé 1 jour/2 et le jour de la sortie
- Ablation fils entre 15ème jour et 21ème jour (IDE libérale)
- Il doit être occlusif.



## Le Redon:



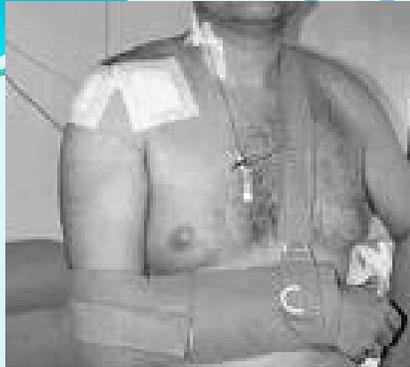
- Noter la quantité tous les jours + si Le changement  
(*noter date+ heure/ nouveau redon*)
- Un Redon est posé en général trois jours maximum.
- Redon ( 2 à 3 cm à coté cicatrice ), fixé /fils
- **L'ablation redon:** flacon + extrémité drain
- Envoyés +/- en bactériologie



## Les cathéters périphériques ou centraux :

- L'ablation de la perfusion se fait sur prescription selon l'état du patient et surtout après le résultat sanguin:  
(*numération et ionogramme sanguin*)
- Reperfuser le patient / 3 jours. (*Cf note du CLIN*)





## Cathéters analgésiques :

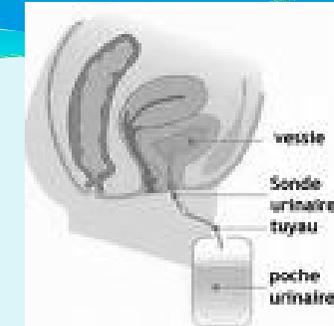
- Pour intervention: membre inférieur et l'épaule
- Ablation à j4 post opératoires.

*(Relève de l'article R4311-9 en présence du médecin)*

- Nécessite une formation
- Manipulations aseptiques **très rigoureuses**



## Sondes à Demeure :



- Réservée à la chirurgie du dos et de la hanche.
- Surveillance régulière (méat urinaire, aspect urines + odeur+ douleur patient)
- Manipulations aseptiques rigoureuses ( lavage des mains avant vidange + respect système clos)





**AUTRE RISQUE :**

**La chute**



## La Mobilité :

### 1) Les transferts et la marche :

- déambulateur
- des cannes anglaises
- un fauteuil



il faut donc que son environnement soit adapté et prévenir le risque de chute.

## 2) La rééducation :

- Précoce( Active ou passive, difficile)
- TTT antalgique efficace favorise la motricité
- Respect consignes des chirurgiens :
  - Appui
  - Appui soulagé = poser pied sans appuis
  - Sans appui







**d) Organisation de la sortie  
et  
les documents**

## 1) Education du patient rentrant à domicile:

- Les soins
- La surveillance qu'il aura à mener chez lui  
(cicatrisation, douleur, rougeur, chaleur , fièvre...)

**Contactez le médecin du service pour signaler toutes anomalies**

## 2) Ordonnances : (présentes + contenu adapté au patient)

**TTT :** - Antalgiques



- Traitements rajoutés au cours du séjour
- Anticoagulant ou AVK

**soins domicile** - soins IDE (*pansement*)  
- Kiné (*rééducation*)



- **le patient doit contacter:** - son médecin traitant  
(courrier)  
- contacter IDE libérale + kiné

**RDV chirurgical** : à 1 mois (*s'assurer RDV pris*)



**bon de Transport** : Dépend de la prescription médicale



- remboursements de ces transports, info: (possibilités de frais à sa charge).



*En conclusion :*

**le rôle d'une IDE dans une intervention  
permet de garantir la PEC**

- 1) l'entrée
- 2) toutes les étapes du séjour
- 3) la sortie
- 4) organisation déroulement des soins après la sortie

MERCI pour votre attention

