

## **Groupe de travail SFAR**

### **« Dossier Anesthésique »**

#### ***Composition du groupe***

***Coordonnateurs :*** Béatrice EON (Marseille)  
Jean-Claude GRANRY (Angers)

***Membres :*** Sadek BELOUCIF (Paris)  
Christian CONSEILLER (Paris)  
Marc DAHLET (Strasbourg)  
Georges GOURSOT (Provins)  
Laurent JOUFFROY (Strasbourg)  
Alain LANDAIS (Argenteuil)  
Michel LEVY (La Roche sur Yon)  
Pierre MAURETTE (Bordeaux)

# **Groupe de travail SFAR**

## ***"Dossier Anesthésique"***

---

### **SOMMAIRE**

#### **1. Introduction : p 4**

- 1.1. objectifs, méthodologie
- 1.2. le contenu du dossier médical du patient
- 1.3. dossier anesthésique et accréditation

#### **2. La période préconsultation : p 8**

- 2.1. demande de consultation pré anesthésique
- 2.2. questionnaire pré anesthésique
- 2.3. information aux patients

#### **3. La consultation préanesthésique : p 11**

- 3.1. aspects réglementaires et recommandations professionnelles
- 3.2. liste indicative des principaux items
- 3.3. documents spécifiques
- 3.4. cas particuliers

#### **4. La période peranesthésique : p 20**

- 4.1. aspects réglementaires et recommandations professionnelles
- 4.2. liste indicative des principaux items
- 4.3. acquisition automatique des données  
(données imprimées)

#### **5. La surveillance postinterventionnelle : p 27**

- 5.1. aspects réglementaires et recommandations professionnelles
- 5.2. liste indicative des principaux items

## **6. La période postinterventionnelle : p 31**

- 6.1. aspects réglementaires et recommandations professionnelles
- 6.2. modalités de transfert
- 6.3. rôle du médecin anesthésiste réanimateur dans les suites opératoires
- 6.4. principaux éléments du suivi postinterventionnel

## **7. Le compte rendu anesthésique : p 36**

- 7.1. aspects réglementaires et recommandations professionnelles
- 7.2. le contenu du compte rendu anesthésique
- 7.3. devenir de ce document

## **8. Dossier anesthésique informatisé : p 39**

- 8.1. généralités et conseils pour une démarche de l'informatisation
- 8.2. cahier des charges

## **9. Mortalité et morbidité per et post interventionnelles : p 48**

## **10. Assemblage et archivage : p 53**

- 10.1. classement et tri
- 10.2. archivage centralisé
- 10.3. archivage informatique

## **11. Evaluation: p 56**

## **12. Conclusion : p 61**

# ***ANNEXE ET EXEMPLES DE DOCUMENTS***

# **1 - Introduction**

## Introduction

Le dossier d'anesthésie, élément essentiel de la continuité des soins en période péri-anesthésique et péri-interventionnelle, a pour objectif de rassembler l'ensemble des informations concernant les périodes pré, per et post anesthésiques pour tout acte d'anesthésie délivré à un patient. Ces informations enregistrées dans leur totalité doivent pouvoir être facilement communiquées aux différents médecins intervenant à toutes les étapes de la prise en charge péri-anesthésique et péri-interventionnelle.

Un dossier individuel global d'anesthésie est une nécessité pour un établissement donné. Il est spécifique, facilement identifiable et est inclus dans le dossier du patient dont il partage la sauvegarde et le statut confidentiel.

### 1.1. Les objectifs du groupe de travail ont été ainsi définis :

- étudier les éléments constitutifs du dossier anesthésique et proposer des exemples de documents utilisables par la majorité des médecins anesthésistes réanimateurs,
- en respectant
  - les obligations administratives juridiques et réglementaires
  - les principes de la procédure d'accréditation
  - les normes et recommandations sécuritaires,
- fournir un outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité du dossier anesthésique.

La méthodologie utilisée a consisté en l'étude des différentes étapes de la prise en charge anesthésique du patient.

A chaque étape, les obligations et recommandations sont rappelées, les principaux éléments constitutifs du dossier sont décrits et des exemples de documents sont fournis.

Il a paru également important au groupe d'individualiser un chapitre concernant le dossier anesthésique informatisé, d'envisager les problèmes rencontrés par l'assemblage des différents documents et leur archivage.

Des critères précis d'évaluation de la qualité du dossier sont également proposés, adaptés aux exemples fournis.

Enfin, soulignons que les documents décrits dans ce travail sont applicables à la grande majorité des pratiques anesthésiques mais ne peuvent entrer dans les détails inhérents à certaines spécialités. Surtout, ce document n'est pas opposable ; il s'agit d'un outil d'aide à la constitution du dossier d'anesthésie et non d'une norme. Les suggestions de tous en feront, nous l'espérons, un travail évolutif.

## **1.2. Le contenu du dossier médical du patient :**

[Art. R. 710-2-2 du Code de la Santé Publique (*Décr. n° 2002-637 du 29 avril 2002, art. 9*)]

*Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé.*

*Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :*

### **1.2.1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :**

- 1 - La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission.
- 2 - Les motifs d'hospitalisation.
- 3 - La recherche d'antécédents et de facteurs de risques.
- 4 - Les conclusions de l'évaluation clinique initiale.
- 5 - Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée.
- 6 - La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences.
- 7 - Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie.
- 8 - Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4.
- 9 - Le *dossier d'anesthésie*.
- 10 - Le compte rendu opératoire ou d'accouchement.
- 11 - Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire.
- 12 - La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24.
- 13 - Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires.

14 - Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers.

15 - Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé.

16 - Les correspondances échangées entre professionnels de santé.

### **1.2.2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour :**

Elles comportent notamment :

1 - Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie.

2 - La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie.

3 - Les modalités de sortie (domicile, autres structures).

4 - La fiche de liaison infirmière.

**1.2.3. Informations** mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux **1.2.1.** et **1.2.2.**.

### **1.3. Identifications :**

[Art. R. 710-2-3 du Code de la Santé Publique (*Décr. n° 2002-637 du 29 avril 2002, art. 9*)]

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles.

### **1.4. L'accès au dossier médical du patient :**

[Art. R. 710-2-1 du Code de la Santé Publique (*Décr. n° 2002-637 du 29 avril 2002, art. 1 à 9*)]

L'accès au dossier médical peut être demandé par la personne concernée, son ayant droit en cas de décès, la personne ayant l'autorité parentale pour un mineur, le tuteur ou encore un médecin désigné comme intermédiaire.

La réponse doit intervenir dans un délai de huit jours, ou de deux mois quand les informations remontent à plus de cinq ans.

Le demandeur peut consulter les documents sur place et en obtenir des copie ou les recevoir par courrier.

### 1.5. Dossier anesthésique et accréditation

Le dossier anesthésique ne fait actuellement l'objet d'aucun référentiel spécifique. Seule la référence Dossier Patient (DPA) 5d mentionne directement le dossier d'anesthésie :

« le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, des éléments d'information spécialisés ».

Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- le dossier anesthésique
- le compte rendu opératoire
- le compte rendu d'accouchement
- le dossier transfusionnel
- la fiche de traçabilité des éléments dérivés du sang
- le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.

Chaque établissement a élaboré son propre dossier. L'accréditation nous invite à initier dans ce cadre une démarche d'assurance qualité :

- état des lieux et identification des dysfonctionnements
- référentiel et analyse de la conformité
- plan d'actions pour l'amélioration

### Références

- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** et ses principaux articles : Art. L. 1110-4 (*respect de la vie privée et du secret des informations*) ; Art. L. 1111-4 (*respect de la volonté de la personne*) ; Art. L. 1111-5 (*consentement et personne mineure*) ; Art. L. 1111-6 (*personne de confiance*) ; Art. L. 1111-7 (*droits d'accès*) ; Art. L. 1111-8 (*hébergement des données*) ; Art. L. 1112-1 (*obligation de communication des informations médicales dans les établissements de santé*).

- **Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé** (en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la Santé Publique).

- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale : article 45 et article 46

- Loi n° 79-18 du 3 janvier 1979 sur les archives

- Falcon D, François P, Jacquot C, Payen JF.

Evaluation de la qualité de remplissage du dossier d'anesthésie.

SFAR 1997. Abstract R066.



- Eon B, Gouvitsos F, Gouin S, Scemama F, Grégoire R, Gouin F.  
Evaluation de la qualité des comptes rendus de consultation pré anesthésique.  
SFAR 1998. Abstract R362.
- Granry JC, Poirier N, Houi N. Dossier anesthésique et accréditation.  
Ann Fr Anesth Réanim 2001 ; 20 : 21-24.

## **2 - La période pré consultation**

## **La période pré consultation**

Cette période, qui s'étend de la consultation chirurgicale à la consultation pré anesthésique, n'est régie a priori par aucune obligation ni recommandation. Elle peut être utilisée pour faciliter la consultation pré anesthésique par l'intermédiaire de trois éléments :

- la demande de consultation pré anesthésique
- le questionnaire pré anesthésique
- l'information aux patients

### **2.1. La demande de consultation pré anesthésique**

Un avis médical spécialisé demandé par un praticien fait toujours l'objet, en dehors de l'urgence, d'une demande écrite et circonstanciée de la part de ce dernier. L'anesthésie échappe actuellement à cette règle. Il serait certainement souhaitable que, lorsqu'un opérateur décide d'une intervention nécessitant le concours d'un médecin anesthésiste-réanimateur, il exprime formellement sa demande comprenant en particulier :

- les coordonnées du patient
- les principaux antécédents et thérapeutiques
- le motif, le type et la date prévus de l'intervention

Deux exemples de ce type de demande sont joints en annexe.

### **2.2. Le questionnaire pré anesthésique**

Un certain nombre d'équipes anesthésiques font remettre aux patients lors de la consultation chirurgicale un questionnaire pré anesthésique, précisant en particulier :

- les antécédents médico-chirurgicaux (hospitalisations antérieures)
- les antécédents anesthésiques, s'ils existent, et transfusionnels
- les habitudes de vie
- et les traitements en cours (ordonnances)

Il est demandé au patient ou à son entourage de remplir ce questionnaire, avec l'aide éventuelle du médecin traitant. Le document est remis au médecin anesthésiste réanimateur lors de la consultation pré anesthésique.

Les avantages de ce questionnaire sont certains :

- synthèse de ses antécédents par le patient lui-même
- recueil des informations sans doute plus exhaustif que lors de la consultation
- attention particulière accordée à l'acte anesthésique

mais les inconvénients ne sont pas négligeables :

- oubli d'informations essentielles
- limitation du dialogue médecin-patient

- « automatisation » de la consultation

Il s'agit donc d'un outil intéressant mais qui ne peut se substituer à l'interrogatoire effectué par le médecin.

Deux exemples de questionnaires sont joints en annexe.

### **2.3. Information aux patients**

De la même façon que pour le questionnaire pré anesthésique des informations écrites concernant l'anesthésie et la transfusion peuvent être remises au patient avant la consultation pré anesthésique.

Cette méthode permet le plus souvent au patient de lire attentivement les informations et, si besoin, de demander des précisions complémentaires au médecin anesthésiste réanimateur lors de la consultation. L'expérience montre que les patients posent aussi des questions concernant l'acte interventionnel. Il appartient à l'opérateur d'expliquer au patient ou de lui remettre également une information concernant l'intervention prévue.

Les recommandations et modèles rédactionnels de la SFAR concernant l'information aux patients avant l'anesthésie (adulte, pédiatrique ou obstétricale), la transfusion sanguine et la douleur post interventionnelle peuvent être consultées sur le site Internet de la SFAR.

Information au Patient : <http://www.sfar.org/informationpatient.html>

Fiche d'information sur l'anesthésie : <http://www.sfar.org/ficheinfoanesth.html>

Recommandations ambulatoires : <http://www.sfar.org/recomambul.html>

Information prétransfusionnelle : <http://www.sfar.org/infopretrans.html>

Information sur l'analgésie : <http://www.sfar.org/infodouleur.html>

Recommandations sur l'anesthésie pédiatrique : <http://www.sfar.org/recomanpediatrie.html>

Analgésie obstétricale : <http://www.sfar.org/recomobst.html>

### **3 - La consultation et la visite pré anesthésiques**

## Consultation et visite préanesthésiques

Premières étapes de la prise en charge d'un patient par les médecins anesthésistes réanimateurs, elles ont pour objectif de regrouper toutes les informations pertinentes afin d'assurer la sécurité du patient. Pour cela, les informations recueillies doivent permettre d'évaluer le risque anesthésique, de préparer le patient à l'intervention, de proposer la meilleure stratégie per et post anesthésiques.

Les intervenants anesthésistes réanimateurs pouvant être différents en pré per et post anesthésie, il importe que chacun d'entre eux recueille, regroupe, valide et rende facilement accessible en permanence l'ensemble des informations nécessaires dans un document qui se veut être un véritable outil de communication.

L'importance du dossier du patient conduit à la rédaction de documents permettant de retrouver la trace écrite des informations de type réglementaire et celles préconisées par les recommandations professionnelles.

Un exemple de dossier standardisé de consultation et visite est proposé dans lequel sont regroupées les informations minimales à recueillir. Nombre de chapitres peuvent être développés en fonction des antécédents du patient ou du type de chirurgie et peuvent ainsi faire l'objet d'un développement spécifique, annexé au dossier comme par exemple l'interrogatoire et la préparation du patient allergique. Le dossier de consultation et de visite est donc évolutif.

La mention du recueil du consentement du patient se veut une incitation à établir un vrai dialogue avec le patient et participe à la préparation du patient.

### 3.1. Aspects réglementaires et recommandations professionnelles

Le dossier médical contient le dossier d'anesthésie

**Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé** en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la Santé Publique.

(<http://www.adminet.com/jo/20020430/MESP0221143D.html> ou [http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/jorf\\_nor.ow?numjo=MESP0221143D](http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/jorf_nor.ow?numjo=MESP0221143D) )

**Décret 94-1050 du 5 décembre 1994** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique.

- La consultation préanesthésique pour une intervention programmée a lieu plusieurs jours avant l'intervention
- Elle est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur

- Les résultats sont consignés dans un document écrit incluant les résultats des examens complémentaires et/ou des consultations spécialisées, le tout devant être inséré dans le dossier médical du patient
- Cette consultation est différente de la visite préanesthésique qui elle aussi doit être réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur et être réalisée dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention
- L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en œuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite préanesthésiques.

- **Recommandations de la SFAR** concernant la période préanesthésique servant à définir les bonnes pratiques (septembre 1994)

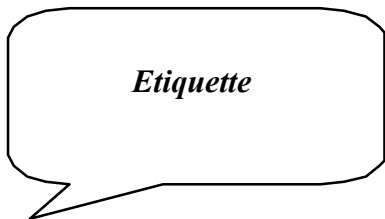
- Consultation obligatoire pour les anesthésies générales, anesthésies ou analgésies locorégionales, les sédations
- Cette consultation a également pour objectif de décider de la technique d'anesthésie, d'informer le patient, et de le préparer à l'intervention.
- Pour les enfants, la présence des parents et la consultation du carnet de santé sont souhaitables.
- Le questionnaire écrit ne remplace pas l'examen clinique
- Aucune donnée scientifique ou norme réglementaire n'impose la pratique systématique d'examens complémentaires, ils doivent être motivés par les données de l'interrogatoire, de l'examen, de l'acte, de l'anesthésie envisagée
- La consultation doit être réalisée dans de bonnes conditions
- Pour les actes réalisés en ambulatoire, l'interrogatoire, l'examen clinique et l'information ne doivent pas être réalisés dans l'instant qui précède l'anesthésie
- Le patient doit être informé que le médecin qui réalisera l'acte ne sera pas nécessairement celui qui l'a vu lors de la consultation.

**3.2. Le document suivant** rassemble les différents items concernant ce chapitre qu'il paraît important de mentionner au sein du dossier anesthésique.

# CONSULTATION et VISITE PREANESTHESIQUES

## Identification Patient

Nom patronymique : .....  
Prénom : .....  
Nom d'épouse : .....  
Date de naissance : .....  
Sexe : .....



Médecin anesthésiste réanimateur consultant : : .....	Date de la consultation                     <b>Lieu</b> <input type="checkbox"/> consultation <input type="checkbox"/> bloc <input type="checkbox"/> unité hospitalisation
--	---

Nom de l'opérateur : : .....	Date prévue de l'intervention
Type d'intervention (pathologie causale) Technique chirurgicale prévue Côté : .....	Position : <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> Assise <input type="checkbox"/> Table orthopédique

Circonstances de l'anesthésie <input type="checkbox"/> Programmé <input type="checkbox"/> Non programmé <input type="checkbox"/> Urgence
<input type="checkbox"/> Estomac plein <input type="checkbox"/> Garde <input type="checkbox"/> Ambulatoire

### Antécédents Médicaux

### Antécédents Chirurgicaux

--	--


### Facteurs favorisant une anaphylaxie peranesthésique

- Allergie avérée à médicament ou produit susceptible d'être administré pour l'anesthésie (bilan allergologique)
- Manifestations cliniques d'allergie lors d'une anesthésie précédente
- Allergie au latex
- Enfant muliopéré (spina bifida, myéloméningocèle)
- Allergie alimentaire : Kiwi, banane, châtaigne, sarrasin

**Décision : bilan allergologique préanesthésique    oui    non**

- Mode vie : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie,  
.....

- Traitement en cours :  
.....  
.....

<b>Evaluation des conditions d'intubation</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Mallampati</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div> <p style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Classe 1</span> <span>Classe 2</span> <span>Classe 3</span> <span>Classe 4</span> </p>	<p>Ouverture de bouche      <b>q &lt; 20 mm (IOT impossible)</b>     <b>q &lt; 35 mm</b>     <b>q &gt; 35 mm</b></p> <p>Distance thyromentonnière      <b>q &lt; 65 mm</b>     <b>q &gt; 65 mm</b></p> <p>Etat buccodentaire</p> <p><b>Conclusion / décision :</b></p>
- Poids      _ _ _       kgs - Fréquence cardiaque  _ _ _  bat/mn - Abord vasculaire ..... .....	- Taille    _ _ _       cm - Pression artérielle      _ _ _  /  _ _ _  mmHg - <b>Risque thrombo embolique :</b> Faible / Modéré / Elevé..... ..... .....

- Statut physique ASA :	I II III IV V
-------------------------	------------------------

**Prescriptions Médicales**

- Consignes de jeûne .....

- Prémédications ..... ..... - Conduite à tenir par rapport au traitement préopératoire (IEC, antiagrégant, AVK,...) ..... ..... .....
Date et signature : .....

- <b>Demande d'examens complémentaires</b> ..... .....
- <b>Résultats des examens complémentaires</b> ..... .....
Vu le ..... par le Dr .....



- **Demande de consultations spécialisées** .....

.....

- **Résultats de consultations spécialisées** .....

.....

Vu le ..... par le Dr .....

<b>Informations délivrées au patient</b>	<b>Orale</b>	<b>Doc SFAR</b>	<b>Autres Doc</b>
<i>Anesthésie en général</i>	☐	☐	☐
<i>Anesthésie : protocole proposé pour l'acte prévu</i>	☐	☐	☐
<i>Transfusion sanguine - stratégie transfusionnelle proposée</i>	☐	☐	☐
<i>Analgésie</i>	☐	☐	☐
<i>Intervenants multiples, Cs délocalisées, A. itératives</i>	☐	☐	☐

-Questions formulées par le patient :

Recueil du consentement éclairé :

Nom de la personne désignée par le patient devant être tenue informée de son état de santé en cas d'hospitalisation post opératoire en réanimation :

**VISITE PREANESTHESIQUE**

Médecin anesthésiste réanimateur: ..... Rappel des consignes pré anesthésiques (jeûne, prémédication, traitement pré interventionnel)	Date de la visite <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	---

- **Synthèse des données de la consultation - Evaluation du risque**

.....

.....

.....

- **Type d'anesthésie prévue**

.....

.....

.....

- **Modifications du protocole d'anesthésie proposée à la consultation**

- **Le patient en a été tenu informé**

.....

.....

.....

**3.3. Des documents complémentaires spécifiques** peuvent être ajoutés, comme par exemple : questionnaires et dossiers préanesthésiques SFAR pour la prévention du risque allergique.

### **3.4 Cas particuliers.**

#### **- Consultations délocalisées**

Le dossier d'anesthésie doit comporter les mentions relatives à :

- l'information et l'accord de l'équipe d'anesthésie qui prend en charge le patient pour l'anesthésie.
- l'accord du médecin anesthésiste-réanimateur sollicité pour la consultation délocalisée.
- le consentement éclairé du patient ou de son tuteur légal s'il est mineur ou incapable par rapport à ce type de processus particulier de consultation .

Ces trois éléments s'ajoutent aux informations transmises à l'équipe d'anesthésie : compte rendu de la consultation, signalement de tout risque particulier, éventuels résultats d'examens complémentaires et de consultations spécialisées et mention de l'information donnée au patient sur l'anesthésie.

En cas de consultation délocalisée, la visite préanesthésique doit être particulièrement bien renseignée : mention de la prise de connaissance du dossier de consultation, de la vérification des informations reçues, compléments d'information, confirmation du consentement.

#### **- Consultations pour anesthésies itératives et rapprochées**

Une trace écrite de la décision prise par l'équipe d'anesthésie doit alors figurer dans le dossier, de même que l'accord du patient et des différents intervenants.

La visite préanesthésique doit mentionner l'absence de modification pathologique ou thérapeutique depuis la dernière consultation ou à l'inverse les éléments conduisant au report de l'intervention.

### **Interruption volontaire de grossesse et stérilisation à visée contraceptive**

Réalisation d'une anesthésie générale chez une mineure sans autorisation parentale.

Le dossier d'anesthésie doit permettre de s'assurer que le médecin anesthésiste réanimateur :

- a procédé à la vérification de la trace écrite dans le dossier médical des entretiens fixés par la loi
- s'est assuré de la présence lors de la consultation de la personne majeure de son choix qui l'accompagne. Le nom de cette personne est noté sur le dossier de consultation ainsi que la mention des informations sur l'anesthésie faite en sa présence et sur son rôle à jouer auprès des parents en cas de complications.

Stérilisation à visée contraceptive : la date de la première consultation d'anesthésie doit être retrouvée dans le dossier d'anesthésie. Le dossier d'anesthésie doit être complété par une deuxième consultation dans les jours précédents l'intervention.

### **Références SFAR à consulter**

- Fiche d'Information Médicale aux patients sur l'anesthésie SFAR - janvier 98
- Information prétransfusionnelle : proposition de la SFAR (mars 1999). Fiches selon circulaire du secrétariat d'état à la santé n° 98/231 du 9 avril 1998
- Information du patient sur l'analgésie périinterventionnelle Comité Douleur - janvier 99
- Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique Comité Vie professionnelle - Groupe Obstétrique, décembre 1998
- Fiche d'information aux parents avant anesthésie de leur enfant
- Les consultations préanesthésiques délocalisées et consultations préanesthésiques pour anesthésies itératives et rapprochées SFAR 2001
- La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception : réponse de la SFAR à ses membres - 2001
- Prévention du risque allergique peranesthésique -Recommandations pour la pratique clinique 2001
- La consultation d'anesthésie et la visite préanesthésique. Ann. fr. anesth. réanim., 1997,16, fi27-28

## **4 - La période peranesthésique**

## Période peranesthésique

La survenue d'une complication secondaire à l'acte anesthésique est de plus en plus mal acceptée, surtout pour les patients considérés a priori à risque faible. La survenue d'un accident est souvent perçue comme un événement résultant d'une défaillance technique, d'une erreur de jugement ou d'un trouble de la vigilance. Le dossier d'anesthésie doit donc faire la preuve que tout a été mis en place pour assurer la sécurité du patient à travers une surveillance rigoureuse et un protocole d'anesthésie précis. La réglementation et les recommandations de la SFAR notamment dictent les exigences en matière de recueil des informations per anesthésiques.

### 4.1. Aspects réglementaires et recommandations professionnelles :

- **Décret 94-1050 du 5 décembre 1994** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique.

Les moyens nécessaires à la réalisation de l'anesthésie doivent permettre d'assurer :

- Le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique
- La surveillance de la pression artérielle
- Le contrôle continu du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé
- De la saturation du sang en oxygène
- Des pressions, des débits ventilatoires, de la concentration en gaz carbonique expiré chez le patient intubé

Le protocole d'anesthésie ainsi que l'intégralité des informations recueillies lors de l'intervention et lors de la surveillance continue post interventionnelle sont transcrits dans un document classé au dossier médical du patient.

Il en est de même des consignes données au personnel qui accueille le patient en secteur d'hospitalisation. Elles font également l'objet d'une transmission écrite.

#### **- Recommandations concernant la surveillance des patients en cours d'anesthésie (SFAR - janvier 1994)**

Tout acte d'anesthésie donne lieu à l'établissement d'une fiche d'anesthésie sur laquelle sont consignés les principaux éléments de l'examen préinterventionnel, la prémédication, les données de la surveillance peranesthésique, les temps opératoires, les médicaments et les produits sanguins administrés, les gestes associés (accès vasculaires, intubation trachéale, réglages du ventilateur).

Pour l'anesthésie locorégionale sont notés la technique utilisée, le site de ponction, le type de matériel, les caractéristiques du bloc.

Les noms des personnes ayant assuré l'examen préinterventionnel, l'anesthésie et la surveillance du réveil sont aussi notés.

En cas d'accident ou d'incident, un rapport écrit est ajouté.

Le recueil des données de la période peranesthésique concerne la surveillance issue du monitoring et les prescriptions, les diagnostics d'incidents ou d'accidents, la trace de l'analyse des risques réalisée avant la prise d'une décision importante.

**- L'article 4 de l'arrêté du 3 octobre 1995** relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux utilisés en anesthésie fait obligation de vérifier leur état et leur fonctionnement avant le début de chaque programme interventionnel et de chaque anesthésie (si une partie du matériel est changé ou si une autre équipe anesthésique prend le relais).

Cette procédure de vérification doit faire l'objet d'une trace écrite, contresignée par le médecin anesthésiste réanimateur. Cette transmission des informations est indispensable pour les utilisateurs suivants et les techniciens assurant l'entretien.

Les recommandations de la SFAR « concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation » proposent une procédure type de vérification « pour les appareils ne disposant pas de checklist ou quand celle-ci ne porte pas sur des systèmes anesthésiques particuliers ».

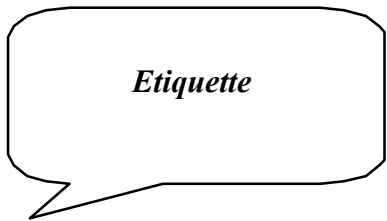
#### **4.2. Une liste indicative des principaux items à recueillir pendant cette période est rapportée dans les tableaux suivants.**

Les items en caractères gras sont considérés comme indispensables.

## Période peranesthésique

### Identification Patient

Nom patronymique : .....  
 Prénom : .....  
 Nom d'épouse : .....  
 Date de naissance : .....  
 Sexe : .....



Date de l'intervention               Site (bloc opératoire) :

Nature de l'intervention :		Salle d'intervention :	
Nom du médecin anesthésiste réanimateur : .....		Circonstances de l'anesthésie	<input type="checkbox"/> Programmé
Nom du de l'IADE : .....			<input type="checkbox"/> Non programmé
Nom de l'opérateur : .....		<input type="checkbox"/> Urgence	
		<input type="checkbox"/> Estomac plein	
		<input type="checkbox"/> Garde	
		<input type="checkbox"/> Ambulatoire	
<b>Mineur :</b>		<b>autorisation d'opérer</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Monitoring exigé par le décret 94-1050</b>		<b>Equipements</b>	
Electrocardioscope	<input type="checkbox"/>	Sonde intubation / masque laryngé /	
Pression artérielle	<input type="checkbox"/>	COPPA     N° <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
SpO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	Fibroscopie	<input type="checkbox"/>
PetCO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	Intubation sélective	<input type="checkbox"/>
Débit d'oxygène	<input type="checkbox"/>	Voies veineuses (type et site)	
Teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé	<input type="checkbox"/>	cathéter central : .....	
Pression ventilatoire	<input type="checkbox"/>	cathéter périphérique : .....	
Débit ventilatoire	<input type="checkbox"/>	Cathéter artériel (site) .....	
<b>Autres monitorages</b>		Sondage estomac	<input type="checkbox"/>
Hémodynamique :		vessie	<input type="checkbox"/>
Curarisation	<input type="checkbox"/>	Lutte contre l'hypothermie : .....	
Température	<input type="checkbox"/>	.....	
Autre (BIS,.....)	<input type="checkbox"/>	C.E.C.	<input type="checkbox"/>

**Position** :     DD                     DV                     DL                     GP  
 Assise                   Table orthopédique  
 Trendelenburg (degré d'inclinaison de la table) : .....

**TECHNIQUE ANESTHESIQUE**

- AG	: q	- Sédation	: q	- Surveillance	: q
- Péridurale	: q	Site de ponction :	.....	Matériel Utilisé :	.....
- Rachianesthésie	: q	Site de ponction :	.....	Matériel Utilisé :	.....
- ALR IV	: q	Site de ponction :	.....	Matériel Utilisé :	.....
- Caudale	: q	Site de ponction :	.....	Matériel Utilisé :	.....
- Bloc périphérique	: q	Site de ponction :	.....	Matériel Utilisé :	.....
- Autre ALR	: q	Site de ponction :	.....	Matériel Utilisé :	.....
Autre : .....					

**SURVEILLANCE**

Heure d'entrée en salle	_ _  H  _ _  mm	Heure fin d'intervention	_ _  H  _ _  mm
Heure d'induction	_ _  H  _ _  mm	Heure d'extubation	_ _  H  _ _  mm
Heure début d'intervention (incision)	_ _  H  _ _  mm	Heure sortie de salle ou heure d'accouchement	_ _  H  _ _  mm
Principaux temps opératoires			
- Clampage début	_ _  H  _ _  mm	- Clampage fin	_ _  H  _ _  mm
- Garrot début	_ _  H  _ _  mm	- Garrot fin	_ _  H  _ _  mm
- Changement de position	_ _  H  _ _  mm		

	Installat° en salle	Induct°	Per opératoire								Sortie
Heure											
Fréquence Cardiaque											
Pression artérielle											
SpO <sub>2</sub> (air ambiant - ou autres à préciser)											
Curarisation											
PetCO <sub>2</sub>											
Température											
Diurèse											



Décurarisation avant extubation														
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Données imprimées du recueil automatisé des paramètres de surveillance per anesthésique agrafées au dossier*

¶

**PROTOCOLE ANESTHESIQUE**

Agents	Nature	Dose Induction	Dose entretien
- Hypnotique			
- Halogéné			
- Curare			
- Morphinique			
- Autres			

	Nature	Quantité ou dose administrée
Solutés de perfusion		
Solutés d'expansion volémique		
Produits sanguins	- CGR - PFC - CPS / CPA - Autres :	
Antibioprophylaxie		

Techniques transfusionnelles  
 - Homologue ¶ - TAP ¶ - Récupération peropératoire ¶

Modalités de la ventilation  
 - Paramètre du ventilateur : .....  
 - Oxygénothérapie : .....  
 - Assistance manuelle ¶

Orientation post interventionnelle - SSPI ¶ - réanimation ¶ - unité d'hospitalisation ¶

Recueil des incidents ou accidents : .....  
 .....  
 .....  
 Absence d'incident ¶

Commentaires : .....  
 .....  
 .....

### 4.3. Acquisition automatique des paramètres de monitoring

Le recueil automatisé des paramètres sur support papier est une fonctionnalité disponible (éventuellement en option) sur la plupart des appareils de monitoring du marché. Cette solution technique est fiable, peu coûteuse et intéressante ; elle peut constituer un choix judicieux pour amorcer une démarche qualité de la gestion de l'information en anesthésie mais ne peut en aucun cas être assimilée à une feuille informatisée de surveillance en anesthésie.

#### Avantages :

- Recueil automatique et impression « mains libres ».
- Valeurs numériques retranscrites en fonction de la chronologie des événements.
- Valeurs plus objectives.
- Fiabilité des données .
- Solution économique.

#### Inconvénients :

- Pas d'identification systématique du patient sur les documents.
- Pas de connexion avec les systèmes d'information
- Pas de sauvegarde automatique des données
- Défauts d'impression possibles en l'absence de vérification systématique.
- Difficultés possibles d'archivage

#### Les paramètres indispensables à l'impression sont :

- Fc, PA, SpO<sub>2</sub>, FiO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, concentration en halogénés
- Horaires

#### **Références SFAR à consulter**

- Indications de la curarisation en anesthésie conférence de consensus juillet 1999.
- Antibiotrophylaxie de l'adulte en milieu chirurgical conférence de consensus actualisation mars 1999.
- Utilisation des globules rouges pour la compensation des pertes sanguines en chirurgie de l'adulte conférence de consensus décembre 1993.
- Utilisation de la sonde de Swan-ganz en anesthésie-réanimation expertise collective 1996
- **Cathétérisme** artériel et mesure non invasive de la pression artérielle en anesthésie réanimation de l'adulte conférence d'experts 1994.

## **5 - La surveillance postinterventionnelle**

## **Salle de Surveillance Post interventionnelle**

La période du réveil correspond à la disparition progressive des effets résiduels des agents de l'anesthésie et l'apparition des conséquences de l'acte chirurgical. La surveillance post interventionnelle et post anesthésique immédiate est obligatoirement effectuée dans une structure dédiée à cette période et effectuée par un personnel qualifié. La qualité de cette surveillance clinique et instrumentale est un élément de la sécurité post anesthésique. Les éléments de cette surveillance font l'objet d'un recueil spécifique dans le dossier d'anesthésie. Les prescriptions post interventionnelles, de surveillance à distance de l'anesthésie et d'examens paracliniques, destinées au secteur d'accueil du patient à sa sortie de SSPI assurent la continuité des soins.

**5.1.** Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 décrit avec précision l'organisation et le fonctionnement de la surveillance continue post interventionnelle.

L'article D 712-50 de ce décret précise que l'intégralité des informations recueillies lors de la surveillance continue post interventionnelle est transcrite dans un document classé dans le dossier médical du patient.

Il en est de même « des consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation » qui font également l'objet d'une transmission écrite.

**5.2.** Les principaux items de cette surveillance sont rassemblés dans le document ci-après.

**SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE**

**Identification Patient**

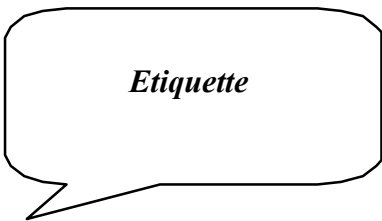
Nom patronymique : .....

Prénom : .....

Nom d'épouse : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....



Date <span style="float:right">□□ □□ □□□□</span>	Identification SSPI : .....
Nom du Médecin anesthésiste réanimateur : .....	Nom de l'IADE / IDE .....

<b>Monitoring et surveillance en SSPI :</b>			
Electrocardioscope	<b>q</b>	Température	<b>q</b>
Pression artérielle non invasive	<b>q</b>	Diurèse horaire	<b>q</b>
invasive	<b>q</b>	Drainage type: .....	
SpO <sub>2</sub>	<b>q</b>	quantité: .....	
PetCO <sub>2</sub>	<b>q</b>	Site opératoire : .....	
Curarisation	<b>q</b>		
 <i>Ventilation</i> FiO <sub>2</sub> : □□□ %      Pression ventilatoire : .....      Débit ventilatoire : .....			

	Entrée	Surveillance régulière								Sortie
Heure										
Fréquence cardiaque										
Pression artérielle										
Conscience										
SpO <sub>2</sub>										
PetCO <sub>2</sub>										
Température										
Diurèse										
Douleur : EVA, EN, EVS										

<b>- Intervention thérapeutique :</b>		
.....	Heure :    □□□ H □□□ mm	Signature : .....
.....	Heure:    □□□ H □□□ mm	Signature : .....
.....	Heure :    □□□ H □□□ mm	Signature : .....

**Technique Analgésique :** .....

.....

.....

**Destination post interventionnelle :**

- Hospitalisation            **q**            Service : .....
- Réanimation                **q**
- Domicile                    **q**
- Autres                        .....

.....

**Prescriptions Médicales**

- Traitement post opératoire .....
- Surveillance post opératoire .....
- Examens post opératoires .....

Date et signature : .....

**- Autorisation de sortie de SSPI**

Date :            Heure :   H   mm

Nom du Médecin Anesthésiste Réanimateur : ..... Signature : .....

**- Références SFAR à consulter**

- Recommandations concernant la surveillance et les soins post anesthésiques
- Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire septembre 90
- Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postinterventionnelle groupe d'experts 1999
- Prise en charge de la douleur post interventionnelle chez l'adulte et l'enfant conférence de consensus - décembre 1997

## **6 - La période post interventionnelle**

## La période postinterventionnelle

Ce chapitre aborde le rôle du médecin anesthésiste-réanimateur dans les suites opératoires et lors de la sortie du patient. Les modalités de transfert de la salle de surveillance post-interventionnelle vers les secteurs d'hospitalisation sont aussi détaillées.

### 6.1. Aspects réglementaires et recommandations professionnelles

Les dispositions réglementaires ne précisent pas le rôle du MAR au sein des services chirurgicaux ou des secteurs interventionnels (endoscopie, radiologie.

- **Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 : l'article D 712-50** précise que les « ...consignes données au personnel qui accueille le patient dans le secteur d'hospitalisation » font l'objet d'une transmission écrite.
- **Le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 : l'article D 712-33** précise que « ...chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postinterventionnelle ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins ».
- **Recommandations concernant les relations entre les anesthésistes réanimateurs, chirurgiens et autres spécialistes ou professionnels de santé**

(Ordre National des Médecins - 2001)

Lorsque l'opéré retourne en secteur d'hospitalisation, il séjourne dans un service sous la responsabilité d'un chirurgien. Celui-ci est responsable des suites opératoires, mais le règlement interne de l'établissement ou du service doit préciser les procédures à suivre en cas d'événement inopiné ou de complication tardive.

Anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens interviennent chacun dans leur domaine de compétence mais, en situation d'urgence, la diligence exclut qu'un médecin se retranche derrière sa spécialité pour s'exonérer de sa mission d'assistance en cas de complication post-interventionnelle quelle qu'en soit la nature.

- Le **manuel d'accréditation des établissements de santé** comprend 15 références réservées à la prise en charge du patient au décours d'activités interventionnelles. Il invite les différents professionnels intervenant auprès du patient à répartir clairement de façon consensuelle et par écrit le rôle et les responsabilités de chacun.

Ce chapitre fait donc implicitement référence

- aux chartes de fonctionnement (référence 8)



- à l'établissement de protocoles diagnostiques et thérapeutiques (référence 14)
- et à l'évaluation de ces protocoles (référence 15).

## 6.2. Modalités de transfert

Le transfert des patients de la SSPI vers le service d'accueil doit être adapté à l'état du patient :

- vers une unité de soins intensifs ou de réanimation :

• moyens : surveillance souhaitable

• accompagnement : médecin anesthésiste réanimateur ou personnel infirmier

- vers un service d'hospitalisation :

• moyens : pas de monitoring

• accompagnement : personnel non soignant

## 6.3. Rôle du médecin anesthésiste réanimateur dans les suites interventionnelles

Les dispositions réglementaires ou légales sur le rôle du médecin anesthésiste réanimateur, dans les suites interventionnelles, au sein des services de soins se font dans le cadre d'une action coordonnée des différents praticiens impliqués dans la prise en charge du patient.

Elle doit faire l'objet d'une concertation entre les médecins intervenant au sein d'une même unité fonctionnelle.

Ce consensus sera formalisé par un document écrit et cosigné fixant les règles de fonctionnement, lesquelles précisent clairement :

- les champs de responsabilité et d'intervention de chacun des acteurs médicaux pour ce qui concerne l'exercice de la « médecine péri-interventionnelle » et de sa mise en application
- les protocoles thérapeutiques précisent les modalités de mise en route, de modification, d'arrêt ou de surveillance des traitements ou des actes techniques...
- les modalités de communication et de relais entre les différents intervenants médicaux et la hiérarchie d'intervention en cas d'interaction dans un même domaine ; les prescriptions figurent sur un document commun.
- la durée de la période d'intervention du médecin anesthésiste réanimateur dans le service de soins.

Il est souhaitable que ces documents soient validés par les instances de l'établissement. (CME ou CCM)

Dans tous les cas, il est évident que chaque fois qu'un médecin anesthésiste réanimateur est appelé au chevet d'un patient lors de la période postinterventionnelle, il laissera un compte-rendu écrit de son intervention ; la transmission infirmière ne peut pas le remplacer.

Enfin, la ou les visites postinterventionnelles sont l'occasion d'informer le patient des événements notables survenus pendant la période périinterventionnelle (transfusion sanguine, événements indésirables, etc...).

#### 6.4. Principaux items du suivi postinterventionnel :

### SOINS POST-OPERATOIRES EN SERVICE D'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

#### Identification Patient

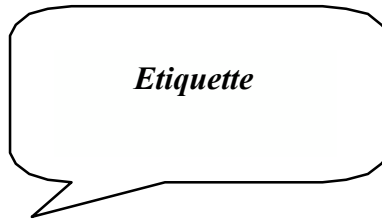
Nom patronymique : .....

Prénom : .....

Nom d'épouse : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....



Date :	Identification U.F. : .....
Nom du Médecin anesthésiste réanimateur :	Nom du Chirurgien responsable/hospitalisant :

<p><b>Motif d'intervention du Médecin anesthésiste-réanimateur! :</b></p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmé <span style="float: right;">q</span></li> <li>• Non programmé (événement grave, complication tardive...) <span style="float: right;">q</span></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>SURVEILLANCE</b></p>	
---	--

	Entrée	Surveillance régulière								Sortie
date/heure										
<b>Surveillance clinique</b>										
Fréquence cardiaque										
Pression artérielle										
Conscience										
SpO2										
Fréquence respiratoire										
Température										
Diurèse										
poids										
transit										
<i>Douleur</i> : EVA, EN, EVS										
<b>Surveillance biologique</b>										
<b>Examens complémentaires</b>										

**OBSERVATION CLINIQUE**

date, nom et signature : .....
--------------------------------

**PRESCRIPTIONS MÉDICALES**

	<i>produits</i>	<i>posologies</i>	<i>voie d'administration</i>	<i>horaires</i>	<i>surveillance</i>
<b>Thérapeutiques médicamenteuses :</b>					
<i>perfusions</i>					
<i>transfusions</i>					
<i>douleur</i>					
<i>N.V.P.O.</i>					
<b>Prophylaxies :</b>					
<i>antibioprofylaxie</i>					
<i>thromboprofylaxie</i>					
<i>ulcère de stress</i>					
<b>Actes techniques :</b>					
<i>cathéters périphériques</i>					
<i>cathéters centraux</i>					
<i>oxygénation</i>		<i>débit :</i>		<i>durée :</i>	
<i>sonde nasogastrique</i>					
<i>sonde urinaire</i>					

**AUTORISATION DE SORTIE APRÈS ANESTHÉSIE AMBULATOIRE**

- consignes écrites :	q						
- ordonnance établie :	q						
- bulletin de sortie :	q						
Date :  _ _   _ _   _ _ _ _		Heure :  _ _  h  _ _  mm					
Nom du Médecin anesthésiste-réanimateur : .....				Signature : .....			

### **Références SFAR à consulter**

- Information du patient sur l'analgésie périinterventionnelle Comité Douleur - janvier 99
- Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire septembre 90
- Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postinterventionnelle groupe d'experts 1999
- Prise en charge de la douleur post interventionnelle chez l'adulte et l'enfant. Conférence de consensus décembre 1997

## **7 - Le compte rendu anesthésique**

## Le compte rendu anesthésique

### 7.1. Aspects réglementaires et recommandations professionnelles

Le compte rendu anesthésique n'est pas explicitement cité dans les textes officiels (art R 710-2-2 du code de la Santé Publique) parmi les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour.

En pratique, et selon les moyens de l'établissement ou de la structure, il ne peut être possible de réaliser un compte rendu pour chaque patient. Il apparaît cependant nécessaire de le faire lors de tout incident ou accident per ou post interventionnel ainsi qu'à la demande du patient et/ou de son médecin traitant.

Au sein du référentiel ANAES Dossier du Patient (DPA), la référence 5 précise que le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le critère 5g évoque un document écrit permettant la continuité de la prise en charge.

Il importe de distinguer le compte rendu anesthésique des patients pris en charge dans le cadre d'une structure ambulatoire. **Le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992**

(<http://www.legifrance.gouv.fr/citoyen/pagetail.ow?heure2=180310335961&rang=1>)

*relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation* mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3o) de ce même code énonce que « *chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postinterventionnelle ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins* ».

### 7.2. Le contenu du compte rendu anesthésique

pourrait comprendre :

- outre les renseignements administratifs,
- les conclusions de la consultation pré anesthésique précisant en particulier l'information fournie au patient
- le déroulement de l'acte anesthésique retenant en particulier les incidents et accidents éventuels
- les principaux éléments de la surveillance postanesthésique immédiate incluant les critères de sortie de la SSPI
- les prescriptions établies à la sortie du patient
- le signalement des incidents, accidents ou complications de la période postinterventionnelle

- une conclusion générale

Lorsque le patient a bénéficié de soins postinterventionnels prolongés par l'équipe d'anesthésie réanimation, le compte-rendu est joint.

### 7.3. Devenir de ce document

Il pourrait être le même que celui des autres documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, c'est à dire « *adressé au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins* ». Il est également « *établi des doubles de ces mêmes documents qui demeurent dans le dossier du patient* ».

Dans le cadre de l'anesthésie ambulatoire, un document doit être remis au patient lors de sa sortie (*Art. D. 712-33 du Décr. n° 92-1102 du 2 octobre 1992*).

L'archivage informatique de ce document apparaît aujourd'hui indispensable.

Un document personnalisé (« carte d'anesthésie ») **peut** également être remis au patient, notifiant en particulier les éventuels problèmes rencontrés et pouvant être source d'incidents ou d'accidents lors d'anesthésies ultérieures (réactions allergiques, intubation difficile etc...).

## **8 - Le dossier anesthésique informatisé**



## **Le dossier anesthésique informatisé**

### **8.1. Généralités et conseils pour une démarche de l'informatisation**

Le dossier d'anesthésie informatisé s'articule autour de 2 piliers principaux qui doivent fonctionner en réseau pour être complémentaires :

- le pôle consultation d'anesthésie avec toutes les aides et fonctionnalités bureautiques nécessaires.
- le pôle bloc opératoire-SSPI avec toutes les fonctionnalités feuille d'anesthésie, acquisitions automatiques, aides aux prescriptions post-interventionnelles.

#### **L'informatisation globale du dossier d'anesthésie a pour but :**

- β la vision synthétique de la consultation d'anesthésie,
- β de rendre disponible en tout lieu et à toute heure l'information nécessaire à une bonne pratique anesthésique de qualité,
- β l'acquisition en continu des données émises en per et postinterventionnel par les différents moniteurs et ventilateurs
- β de hiérarchiser et permettre la validation de l'information recueillie, la rendant ainsi pertinente,
- β l'objectivité du recueil des données, en éliminant la subjectivité de la transcription manuelle .
- β de diminuer la charge de travail en accompagnant le médecin anesthésiste dans sa démarche de collecte et de partage de l'information, lui permettant de consacrer plus de temps à la prise en charge médicale de son patient.

#### **Critères de choix déterminants pour la consultation d'anesthésie informatisée :**

- β saisie fluide et intuitive des données classées par grands thèmes eux-mêmes hiérarchisés de façon utile
- β édition simple de tous les formulaires ou ordonnances nécessaires
- β présentation synthétique d'ensemble à l'écran
- β existence de menus déroulants ou listes de choix préexistants suffisants pour une utilisation immédiate, sans paramétrage initial obligatoire
- β possibilités de personnalisation suffisantes
- β transfert automatique de toutes les données requises dans la feuille d'anesthésie informatisée
- β temps de consultation inférieur ou égal à la consultation « papier »

## **Critères de choix déterminants pour la réalisation d'une feuille d'anesthésie informatisée, trois facteurs sont essentiels :**

### **La maîtrise des processus d'acquisition :**

Elle représente l'étape la plus difficile, en raison d'une double contrainte :

- acquisition possible à partir de moniteurs et ventilateurs de marques différentes
- configuration transparente pour l'utilisateur. La continuité d'acquisition pour un patient donné doit naturellement être réalisée quel que soit l'environnement technique. Les solutions pour y parvenir peuvent être logicielles, ou mixtes (logicielle et multiplexeur).

### **L'interface homme-machine :**

Se doit d'être souple, performante, intuitive, adaptée à nos contraintes professionnelles.

### **Le traitement des données :**

- *en salle d'opération*: la présentation doit être claire, synthétique, personnalisable, hiérarchisée de manière structurée ; la visualisation doit permettre une analyse d'ensemble, toutes les associations paramétriques étant possibles.

- *au secrétariat* : les informations recueillies sur le serveur doivent être structurées de manière à permettre un accès facile suivant des clefs de recherche. Elles doivent être disponibles sous des formats permettant leur manipulation et leur exploitation par d'autres logiciels utilisés dans les domaines graphiques, statistique ou de gestion et pouvant tourner sous d'autres systèmes d'exploitation.

Cette extraction de données est essentielle aux fins d'évaluation et de suivi. Cette ouverture doit permettre un traitement simple et souple de l'information, sans le recours à un informaticien.

## **8.2. Eléments du cahier des charges du dossier anesthésique informatisé**

### **8.2.1. Généralités**

- Doit couvrir les trois phases pré, per et post interventionnelle de l'acte anesthésique jusqu'à la sortie du patient de la SSPI.
- Doit répondre aux obligations légales, réglementaires et aux recommandations de la SFAR.
- Doit pouvoir être accessible en tout lieu et à toute heure, lisible, pertinent, actualisé et partagé.
- Doit permettre l'identification des données "patients" sans risque d'erreur, faciliter le recueil de données pour les soins, la recherche, l'enseignement, l'accréditation, la démarche qualité, la gestion des risques et les procédures médico-juridiques.

- Le système doit être organisé en réseau ou susceptible de l'être indépendamment de l'architecture informatique retenue (néanmoins, l'architecture réseau doit être conforme aux standards de l'industrie informatique).
- L'interconnexion avec le système d'information hospitalier doit être possible et transparente pour l'utilisateur final (acceptation des principales normes pour l'interopérabilité entre le système et les bases de données).
- L'accès au dossier informatique anesthésique doit être protégé et hiérarchisé. Il doit être consultable en tout lieu et à tout moment.
- Un dossier ne peut être clôturé :
  - Æ que s'il y a fusion entre les 3 périodes anesthésiques (pré, per et post-interventionnelle),
  - Æ qu'une fois les items rendus obligatoires remplis.
- L'interface doit être conviviale, rapide et précise.
- La nature de l'interface doit être adaptée aux différentes phases du recueil des données.
- La visualisation des données sous différentes formes doit être possible.
- La téléconsultation du dossier anesthésique per interventionnel doit être possible à partir d'un autre poste quelle que soit sa localisation (autre salle d'opération / SSPI / ...).
- Le transfert vers la salle de SSPI, en fin d'intervention doit être possible, afin qu'une vue synoptique de l'ensemble de la période per interventionnelle soit effective.
- Le regroupement des données : l'ensemble des données (paramètres physiologiques, drogues, événements) per interventionnelles doivent être à disposition du Médecin Anesthésiste Réanimateur sur le même support de visualisation, afin de lui faciliter l'expertise à un moment donné d'une situation donnée (analyse de cohérence).

### **8.2.2. L'interface utilisateur**

Se doit de respecter quelques principes ergonomiques :

- La compatibilité avec l'environnement de l'utilisateur, le principe de compatibilité repose sur le fait que les transferts d'information seront d'autant plus rapides et efficaces que le re-codage d'information est réduit et se calque sur le contexte d'utilisation habituel (supports papiers rencontrés, vocabulaire employé).
- La concision : le principe de concision repose sur l'existence de limites en mémoire à court terme de l'opérateur humain. Il convient donc de réduire la charge mnésique des utilisateurs. L'application de ce principe consiste à éviter à l'utilisateur de mémoriser et de visualiser des informations trop longues et à réduire les niveaux d'encombrement visuel à l'écran.

- La flexibilité est une exigence liée à l'existence de variation au sein de la population des utilisateurs. Il est souhaitable que le logiciel comporte différents niveaux et qu'il prenne en compte l'acquisition d'expérience des utilisateurs. La configuration personnalisée d'un poste selon ses habitudes, la nature de l'acte ou la possibilité d'emprunter des raccourcis pour effectuer la même tâche correspond à ce principe de flexibilité.
- Le retour d'information et le guidage : la nécessité du retour d'information repose sur l'influence de la connaissance du résultat sur la qualité de la performance. Les résultats de l'action de l'utilisateur doivent toujours être répercutés de façon explicite. Ce dernier doit toujours savoir où il se trouve (au sein des écrans) et ce qui a été fait. Tous les écrans doivent être explicites quant à ces deux points.
- La charge informationnelle de l'utilisateur : la prise en compte de la charge informationnelle de l'utilisateur est essentielle dans la mesure où la probabilité d'erreur humaine augmente dans les situations à charges élevées. Il faut minimiser le nombre d'opérations à effectuer par l'utilisateur ainsi que les temps de traitements de l'information.
- Le contrôle explicite : le principe de contrôle explicite signifie que même si c'est le logiciel qui a le contrôle, l'interface doit apparaître comme étant sous contrôle de l'utilisateur et surtout n'exécuter des opérations qu'à la suite d'actions explicites de l'utilisateur.
- La gestion des erreurs. Il est indispensable de fournir aux utilisateurs des moyens de corriger leurs propres erreurs. Le système doit réduire les occasions propices à l'erreur, augmenter la capacité de l'utilisateur à détecter ses propres erreurs et fournir des moyens simples et faciles de correction.
- L'homogénéité repose sur le fait que la prise de décision, le choix d'un item ou d'un écran peuvent se répéter de façon d'autant plus satisfaisante que l'environnement est constant. Cela signifie que d'un écran à l'autre les points de repère ou d'action sont toujours situés aux mêmes endroits.

Dans tous les cas, le dossier anesthésique informatisé ne peut correspondre à la disparition du dossier papier.

### **8.2.3. La consultation préanesthésique**

- Informatisée en salle de consultation ou au lit du patient,
- L'interface ne doit pas être une gêne à la relation médecin / patient,
- L'interface doit être paramétrable :
  - Æ en fonction des conditions d'exercice (Public, Privé...),
  - Æ en fonction de la nature des actes chirurgicaux et spécialités médicales pratiquées,
  - Æ en fonction de la géographie des lieux et de l'organisation du service,
  - Æ en fonction de chacun des médecins anesthésistes appelés à intervenir.
- La saisie, quelqu'en soit le mode existant ou à venir (clavier, souris, écran tactile, crayon optique, code barre...) ne doit pas être plus lente que l'écriture conventionnelle.

- Les données doivent pouvoir être organisées en fonction des méthodes de travail de chaque médecin anesthésiste ou groupe de médecins anesthésistes.
  - Æ La nature de ces données doit répondre aux recommandations de la SFAR, aux textes réglementaires et aux bonnes pratiques médicales (Evidence based Medecine).
  - Æ Consultable sous réserve d'accès autorisé, en n'importe quel point "du réseau anesthésique".
  - Æ Les données pré-existantes (dossier antérieur) doivent être récupérables, non modifiables et consultables. La récupération des données figées doit pouvoir enrichir le dossier actualisé, indépendamment des données d'évaluation du risque qui évoluent avec le patient.
- Ainsi, le dossier pré-interventionnel doit pouvoir être :
  - Æ rempli,
  - Æ consulté (consultation dossier antérieur),
  - Æ modifié (voir dossier antérieur),
  - Æ repris (si l'opération n'a pas eu lieu, les données de la précédente feuille sont reprises et actualisées).
- Les données, déjà saisies par l'hôpital au moment de l'admission du patient, doivent pouvoir être récupérées au moment de l'ouverture d'un dossier de consultation (identification, âge, date de naissance, numéro d'identification unique, sexe...).
- Le dossier reprendra la liste et les recommandations du dossier papier.
- Le dossier doit s'accompagner : de l'édition automatique de l'ordonnance des examens biologiques, complémentaires, des lettres de consultation spécialisée.
- 
- Il devrait être possible d'accéder à des bases de données, tels le Vidal et Interférences médicamenteuses ou autres...
- Les connexions à un serveur d'identité, de résultats ou d'images sont souhaitables mais fonction du degré d'informatisation de l'établissement de santé.
- L'ensemble des données pré-interventionnelles devrait pouvoir s'enrichir et enrichir le dossier médical commun du patient.

#### **8.2.4. La période per interventionnelle**

En perinterventionnel, le dossier préinterventionnel doit pouvoir être :

- Consulté,
- Enrichi,
- Commenté.

En perinterventionnel, aucune donnée saisie à la consultation ne doit pouvoir être effacée.

- Toutes les données émises, par tous les appareils connectés au patient, doivent être recueillies automatiquement et sauvegardées dans la base de données "patients" en temps

réel. (ventilateur, moniteur, pousse seringue...). Le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) doit avoir la possibilité à tout instant d'afficher l'ensemble des paramètres qui lui semble les plus pertinents.

- Les valeurs affichées peuvent avoir une résolution différente de leur fréquence d'acquisition (liée au protocole de communication du constructeur). Cette résolution doit être modifiable à tout instant à la demande du MAR ou de l'IADE.
- Les artéfacts ou éléments considérés comme tel ne doivent pas être effacés ni au moment de leur acquisition ni secondairement. Ils doivent cependant pouvoir être mentionnés comme tel par le témoin de l'évènement (MAR/IADE).
- Les alarmes de chacun des appareils connectés doivent être recueillies et stockées en tâche de fond quand ces appareils, en fonction de leur protocole de communication, émettent cette information. Cette information doit pouvoir être accessible en différé, à la demande, par analyse de la base de données.
- Tous les événements anesthésiques, chirurgicaux et biologiques doivent être saisis chronologiquement en temps réel ou en temps différé. Leur synchronisation par rapport aux variables physiologiques doit être la plus précise possible. Le mode de saisie ne doit pas être un obstacle à la lisibilité et à la précision des données quel que soit l'artifice informatique utilisé pour saisir l'évènement. L'ensemble des événements doit être mémorisé y compris les évènements imprévus. Des événements préalablement définis en fonction d'un thésaurus (local, national, professionnel...) doivent être les attributs de la gestion du risque.
- Tous les médicaments utilisés, quel que soit le mode d'administration doivent être saisis chronologiquement en temps réel ou différé. Leur synchronisation par rapport aux variables physiologiques doit être la plus précise possible. Doivent figurer, la nature du médicament, sa posologie, son mode d'administration (bolus et / ou SE), son système d'unité, sa voie d'administration. Un cumul intermédiaire et en fin d'intervention doit être possible et automatique.
- Tous les solutés et produits sanguins labiles et non-labiles doivent être saisis chronologiquement en temps réel ou différé. Leur synchronisation par rapport aux variables physiologiques doit être la plus précise possible. Doivent figurer la nature du soluté, son volume. Un cumul intermédiaire et de fin d'intervention doit être possible et automatique. Pour les produits sanguins, doivent également figurer, leur nature (autologue ou homologue) ainsi que la saisie de leur numéro d'identification dans le cadre de la traçabilité. Le cumul intermédiaire et de fin d'intervention par type de produit sanguin et en fonction de leur nature doit être possible et automatique.
- Le bilan entrée/sortie doit être disponible automatiquement en période intermédiaire et en fin d'intervention.
- L'ensemble du matériel et des consommables.
- La session opératoire devra comprendre les informations concernant :
  - Les chirurgiens,
  - Les anesthésistes-réanimateurs,

- Les IADE,
- Les IBODE,
- Le début et la fin de la session opératoire,
- La salle,
- La position,
- La date,
- Les horaires étant automatiquement attribués par le système d'une manière plus générale,
- Le caractère programmé ou urgent de l'intervention,
- L'ensemble des items d'évaluation de l'activité doivent figurer dans le dossier per interventionnel. Ce dernier support permettant d'alimenter en tâche de fond les items, servant à l'établissement des statistiques d'évaluation et d'activité.

### 8.2.5. La période post interventionnelle

- Récupération de l'intégralité du dossier pré-opératoire / per opératoire.
- Acquisition de l'ensemble des valeurs des paramètres surveillés.
- Mise en continuité de ces valeurs post interventionnelles pour un même paramètre, avec celles acquises en per interventionnel.
- Enregistrement des évènements post interventionnels sur la même base qu'en per interventionnel.
- Configuration et impression d'une feuille d'anesthésie avec tout ou partie des paramètres surveillés et enregistrés en per et post interventionnel.
- Les événements, médicaments, solutés, produits sanguins seront intégralement imprimés et horodatés.
- Validation et impression d'une feuille de critères de réveil et d'aptitude à la sortie (anesthésie ambulatoire).

### 8.2.6. La sauvegarde

La sauvegarde des données est le corollaire de toute acquisition informatique d'une information.

C'est un processus indissociable du stockage de données. L'extrême densité d'informations sur des supports mécaniques expose ceux-ci à des erreurs, des anomalies d'écriture, ou simplement des pannes malgré l'extrême robustesse de ces matériels. En l'absence de sauvegarde, c'est toute la mémoire du système qui est susceptible de disparaître d'une manière irréversible, effaçant en quelques secondes des milliers d'heures de travail.

La sauvegarde indépendamment des solutions logicielles et techniques est primordiale, indispensable et a pour objectif d'assurer la pérennité des données acquises.

La fréquence des sauvegardes doit être proportionnée à la nature et au nombre de données acquises.

Il est conseillé de réaliser une sauvegarde journalière ou bi-journalière **et** hebdomadaire.

### **8.2.7. L'archivage des données informatiques**

L'archivage électronique est un secteur essentiel de la gestion électronique des documents.

L'information utile peut être dispersée sur plusieurs serveurs. Compte-tenu de la complexité des stratégies utilisées par les systèmes informatiques pour répertorier les objets qu'ils contrôlent, des outils de gestion documentaire doivent libérer l'utilisateur de cette complexité sous-jacente. Ce capital d'information doit pouvoir rapidement être retrouvé et partagé entre tous les intéressés attelés à la même tâche et ceci qu'elle que soit l'heure de la journée.

Chacun doit pouvoir retrouver l'ensemble des informations disponibles quelle qu'en soit la forme (texte, image, tableau de chiffres, graphiques, son...) et le lieu de stockage.

L'utilisateur doit se contenter de décrire l'information qu'il recherche. Il doit pouvoir désigner le document par son titre, le nom, prénom, date de naissance du patient, la nature de l'acte (chirurgical, endoscopique, ambulatoire...), la date de sa première intervention ou des éventuelles interventions successives. Lorsque le patient n'a aucun souvenir précis de son intervention ou de son hospitalisation, la recherche doit pouvoir être guidée par son contenu. Une telle recherche par le contenu ne peut s'exercer que sur des documents contenant une partie textuelle, directement accessible, car stockés dans les mémoires actives des ordinateurs connectés au réseau.

Le contrôle des droits d'accès doit s'exercer sur l'ensemble des documents patients du service d'anesthésie réanimation. Ces droits peuvent être définis en référence à des profils d'utilisateurs individuels ou de groupe. La restriction d'accès peut être totale ou partielle. Les modifications en fonction des droits d'accès sont autorisées ou non (autorisées sur le dossier pré-interventionnel: actualisation des données antérieurement acquises mais interdites sur le per et le post-interventionnel des interventions antérieures).

Quand un utilisateur accède à un document, l'archivage doit en garder la trace. La librairie d'archivage doit contrôler les numéros de version des documents et en gérant leur affectation à chaque instant doit garantir aux différents utilisateurs qu'ils travaillent toujours sur la version la plus récente. Cette librairie doit également permettre aux utilisateurs autorisés l'accès aux versions antérieures suivant des critères de recherche préalablement établis.



## **9 - Morbidité et mortalité péri interventionnelles**

## Mortalité et morbidité per et post interventionnelles

---

Le dossier d'anesthésie doit pouvoir décrire parfaitement l'activité anesthésique des périodes pré, per et post-interventionnelles tant d'un point de vue quantitatif que d'un point de vue qualitatif.

Dans le cadre d'une politique de gestion des risques, le recueil systématique des événements indésirables est conseillée. Ce recueil doit être standardisé afin d'alimenter **une** base de données.

L'exploitation de cette base de données permet

- d'organiser des réunions d'incidents critiques afin de mieux comprendre les facteurs latents et patents qui ont conduit à l'accident et à terme de mieux les prévenir.
- de mettre en place des plans d'assurance qualité

*Par ailleurs en cas de complication anesthésique pouvant avoir des conséquences juridiques le dossier d'anesthésie doit contenir le relevé des faits. Le médecin anesthésiste réanimateur reporte les valeurs mesurées pendant la surveillance du patient, note les constatations faites et les démarches entreprises sur le dossier "plus qu'un enregistrement automatisé, ce qu'aura écrit le médecin en charge de la surveillance du patient sera le meilleur garant de l'attention qu'il aura porté à ces valeurs".*

*Les patients ont accès à ce type d'information*

Comme le préconise le groupe de travail « Contentieux » de la SFAR : « Le dossier médical doit contenir : tous les faits, rien que les faits, et non des opinions, des commentaires ou des jugements personnels, en particulier sur l'activité des confrères. Les constatations doivent être impérativement et loyalement notées sur le dossier médical. Les valeurs mesurées doivent être reportées, ainsi que toutes les constatations faites et les actions entreprises. Lorsque l'urgence ne permet pas de le faire sur le moment, ces données sont reportées dès que possible. En cas de transfert vers un autre hôpital, il est prudent de photocopier le dossier. »

Différents items concernant la morbidité per et post interventionnelles sont rassemblés dans le tableau suivant :

<b>Morbidité per et post interventionnelles</b>
---

Nature	A quel temps?	Conséquences ?
	Induction Peranesthésique Réveil SSPI Post anesthésique	décès reprise au bloc séjour prolongé en SSPI transfert non prévu en réanimation Séquelles

NATURE

TEMPS

CONSEQUENCE

<b>Cardio vasculaire</b>			
Arrêt cardio circulatoire			
Bradycardie nécessitant un traitement			
Tachycardie nécessitant un traitement			
Hypotension nécessitant un traitement			
Hypertension nécessitant un traitement			
Ischémie /nécrose myocardique			
Troubles du rythme nécessitant un traitement			
Choc hémorragique			

<b>Ventilation</b>			
Laryngospasme			
Bronchospasme			
Inhalation pulmonaire			
Œdème pulmonaire			
Pneumothorax			
Hypercapnie >50 mmHg			
Hypoxémie SpO2 < 90%			
Dépression respiratoire nécessitant un traitement dont ventilation postinterventionnelle non prévue administration de naloxone			

<b>Loco régionale</b>			
Brèche dure mérienne			
Echec			
Extension de la rachianesthésie			
Toxicité des AL			

<b>Divers</b>			
Manifestation anaphylactique bénigne			
Choc anaphylactique			
Curarisation prolongée			
Erreur de produit/ de dose			
Hyperthermie > 38°C			
Hypothermie < 35°C			
Hyperthermie maligne			
Nausées, vomissements			
Lésions tégumentaires			

<b>Neurologique</b>			
Atteinte du SNC			
Agitation post interventionnelle nécessitant un traitement			
Retard ou absence de réveil			
Convulsions			
Lésion(s) nerveuse(s) périphérique(s)			
Lésion(s) oculaire(s)			
AVC per ou post interventionnel			

<b>Incidents liés à l'intubation</b>			
Traumatisme dentaire			
Intubation difficile non prévue			
Intubation impossible			
Intubation oesophagienne			
Intubation sélective			
Extubation accidentelle			
Nécessité d'une réintubation			
Œdème de la glotte			
Obstruction des voies aériennes ou sonde			

<b>Défaillance du matériel</b>			
Ventilateur			
Circuit d'anesthésie			
Moniteur			
autre			

Autre :

Commentaires :

L'incident ou accident constaté a donné lieu à un rapport écrit : oui      non  
    Adressé au médecin traitant  
    Remis au patient

Référence :

Les démarches qualités en anesthésie : mode ou nécessité? F Clergue, P Garnerin. La qualité en anesthésie. JEPU 1997

Développement d'une démarche de gestion de la qualité et des risques en anesthésie : l'expérience du CHU de Rouen. J . Petit. La qualité en anesthésie. JEPU 1997

Conduite à tenir en cas de complication anesthésique pouvant avoir des conséquences juridiques. A Lienhart [www.snarf.org/infos/infospratiques/lienhart.htm](http://www.snarf.org/infos/infospratiques/lienhart.htm)

L'anesthésiste-réanimateur et la justice : conseils de la SFAR, paragraphe 2.2. A. Lienhart, M. Gentili et le Groupe Contentieux. Juin 2002. <http://www.sfar.org/arjusticefr.html>

## **10 - Assemblage et Archivage**

## Assemblage et archivage du dossier anesthésique

### 10.1. Aspects réglementaires (rajouter référence réglementaire et créer les liens html)

- L'arrêté du 11 mars 1968, portant règlement des archives hospitalières a pour objectif de privilégier la conservation des documents au sein de l'établissement de santé, sous la responsabilité du directeur de l'établissement.

Dans son article 18, cet arrêté précise que « le fonctionnaire chargé de la garde des archives a la faculté de procéder à l'élimination des papiers inutiles... et documents ne faisant pas l'objet d'une prescription de conservation... »

- le délai de conservation concernant les documents de la série R, correspondant aux Archives Médicales, est le suivant (extraits) :

#### La durée de conservation des archives médicales

Série R

(source : DIM CHU Angers)

<b>Registre d'entrées et sorties des malades</b>	Indéfiniment	<a href="#">Arrêté interministériel du 11/03/1968</a>
<b>Dossiers médicaux des malades :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>dossiers d'affections de nature héréditaire susceptibles d'avoir des répercussions pathologiques ou traumatisantes sur la descendance</li><li>dossiers de pédiatrie, de neurologie, de stomatologie et de maladies chroniques</li><li>autres dossiers sous réserve de conservation des dossiers terminés par les chiffres 100, 350, 600 et 850</li></ul>	Indéfiniment 70 ans 20 ans	<a href="#">Arrêté interministériel du 11/03/1968</a>
<b>Documents du service social</b> enquêtes	70 ans Indéfiniment	<a href="#">Arrêté interministériel du 11/03/1968</a>
<b>Dossiers et livres de laboratoires</b>	20 ans	<a href="#">Arrêté interministériel du</a>

<b>Dossiers des transfusions sanguines</b>	<b>(1)</b> Cf ci-dessus durée de conservation de dossiers médicaux	<a href="#">circulaire 97-149 du 26/02/1997</a>
<p><b>(1)</b> <a href="#">Circulaire N° 47 du 15/01/1992</a> indique que le <b>dossier de transfusion sanguine fait partie du dossier patient</b></p> <p><a href="#">Circulaire 97-149 du 26/02/1997</a> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- précise que la <b>durée de conservation des dossiers de transfusions sanguines</b> est conforme à la <b>réglementation des archives hospitalières pour les établissements de santé</b> : 20ans - 70 ans - indéfiniment -</li> <li>- <b>définit</b> à 40 ans la durée de conservation pour les établissements de transfusion sanguine.</li> </ul> <p>Voir également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Décret N° 94-68 du 24/01/1994</a></li> <li><a href="#">Directive technique N° du 14/06/1994 de l'agence française du sang</a></li> <li><a href="#">Arrêté du 4/08/1994</a></li> </ul>		

- A côté des aspects réglementaires, plusieurs critères du référentiel « dossier du patient » (DPA) concernent son archivage :

- critère DPA 2b : la direction, la CME et la DSSI mettent en place et maintiennent l'organisation du circuit du dossier et de l'archivage des dossiers.
- critère DPA 6a : le dossier du patient peut être localisé et accessible à tout moment.
- critère DPA 6b : le dossier du patient est conservé dans le respect des délais de conservation et des conditions de sécurité.

## 10.2. Classement du dossier

Le dossier anesthésique comporte :

- les éléments de la consultation pré anesthésique
- les résultats des examens pré opératoires
- les conclusions de la visite pré opératoire
- la notion d'information au patient concernant les risques anesthésiques et transfusionnels en particulier
- les éléments de la surveillance et des thérapeutiques (techniques) per et post interventionnels
- un compte rendu précisant les éventuels incidents, difficultés ou complications

Ces éléments peuvent être rassemblés :

- soit sous forme d'un document relié
- soit à l'intérieur d'une pochette spécifique à l'anesthésie

.../...

Dans les deux cas, ces documents sont intégralement conservés dans le dossier patient. Leur accessibilité doit être permanente.

## 10.3. Modalités d'archivage



Celui-ci peut être ou non centralisé.

- En cas d'archivage centralisé, le principe est celui d'un dossier patient unique, au sein duquel le dossier anesthésique est intégré (sous-dossier).

Un seul numéro d'archivage est attribué pour l'ensemble des sous-dossiers d'un dossier patient. Les règles de fonctionnement de cet archivage centralisé sont précisées et diffusées aux différents services ou unités.

- Si les archives sont conservées au sein du service d'Anesthésie Réanimation, celui-ci doit avoir rédigé une procédure précisant la localisation, l'accessibilité et les modalités de conservation des dossiers anesthésiques. Il faut cependant insister sur le fait que le dossier anesthésique fait partie intégrante du dossier patient au même titre que le dossier transfusionnel.

- L'archivage informatique fait l'objet d'un paragraphe spécifique au sein du chapitre « dossier anesthésique informatisé ».

## **11 - Evaluation**

## **Méthode d'évaluation des dossiers d'anesthésie** **Groupe de travail "Dossier d'Anesthésie" -SFAR**

Deux grilles d'évaluation sont proposées :

**La première permet d'évaluer** l'organisation du service par rapport au dossier d'anesthésie en général (règles d'archivage, responsabilités, mise en place d'outils de transmission des informations.)...

**La seconde a pour but d'évaluer** le contenu du dossier d'anesthésie dans le détail, prenant en compte l'ensemble du processus anesthésique. Un modèle de grille simplifiée peut être utilisé pour un évaluation plus rapide prenant en compte les critères majeurs retenus par le Comité Evaluation de la SFAR . Cette grille simplifiée a fait l'objet d'une évaluation (faisabilité) au cours de la visite d'audit "test" de deux services d'anesthésie effectuée au premier trimestre 2001.

La méthode d'évaluation du dossier d'anesthésie retenue est celle proposée par l'ANAES dans son guide « Evaluation de la tenue du dossier du malade. Service Evaluation Hospitalière, juin 1994 »).

La méthode retenue pour réaliser l'évaluation de la tenue du dossier d'anesthésie étant celle de l'audit clinique.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude rétrospective.

Sur un minimum de trente dossiers de patients ayant bénéficié d'une prise en charge anesthésique au cours des trois derniers mois écoulés.

Sélection des dossiers par tirage au sort à partir de la liste des patients de la base de données du service d'anesthésie.

Utilisation d'une grille par dossier.

Numérotation des grilles définie au préalable selon le nombre de sites opératoires, dans le cas où les activités d'anesthésie ne sont pas centralisées et dans le but d'évaluer la variabilité des pratiques selon les sites ou les spécialités.

Répondre par oui ou par non exceptionnellement Non applicable (NA) (par exemple NA à mention du n° de la sonde d'intubation pour un patient non intubé).

Les données peuvent être saisies et traitées sur le logiciel « Epi Info » ou sur un tableur type Excel. Les résultats rendent compte du pourcentage d'exhaustivité de renseignements des différents items de la grille.

La présentation des résultats sous forme d'histogramme peut être faite en hiérarchisant les items: majeurs, réglementaires...

L'ensemble des résultats de l'évaluation doit être diffusé auprès de tous les médecins anesthésistes-réanimateurs.

Les points à améliorer sont à déterminer en commun et doivent donner lieu à la mise en place d'action d'amélioration également définies en commun.

L'évaluation doit être répétée afin de valider les actions d'amélioration par la mesure d'indicateurs.

A la démarche d'évaluation du dossier d'anesthésie, il faut associer les différents acteurs du processus péri-anesthésique et périopératoire contribuant à la gestion du dossier par l'apport d'information (chirurgiens, consultants spécialisés) par leur participation à l'acte anesthésique et au réveil (IADE) à la gestion documentaire et à l'organisation (secrétariat).

### Grille d'évaluation de l'organisation du service :

<i>Dossier d'anesthésie aspects organisationnels</i>			
	Oui	Non	NA
Il existe un dossier médical unique par patient incluant le dossier d'anesthésie			
Si non, il existe une procédure relative à l'archivage du dossier d'anesthésie			
Si le dossier d'anesthésie fait l'objet d'un archivage séparé du reste du dossier patient, il est facilement accessible			
La procédure relative à l'archivage est diffusée à l'ensemble des MAR du service			
La procédure est connue de tous les MAR			
Il existe un document standardisé élaboré par le service relatif à la partie préanesthésique			
Il existe un document standardisé service élaboré par le relatif à la partie peranesthésique			
Il existe un document standardisé élaboré par le service relatif à la partie postanesthésique			
L'ensemble des documents relatifs à l'anesthésie (consultation, prescriptions, résultats d'exams etc...) sont regroupés dans un support unique			
Il existe des documents facilitant la transmission de l'information et visant à assurer la continuité des soins			
Entre MAR et personnel soignant de l'unité d'hospitalisation			
Entre MAR et opérateur			
Entre unité d'hospitalisation et bloc opératoire			
Entre SSPI et unité			
Entre bloc et réanimation			
Entre la réanimation et le bloc			
Il existe une évaluation régulière de la qualité des dossiers d'anesthésie			
Si le dossier d'anesthésie donne lieu à une saisie informatique, le patient en est informé			
Le dossier d'anesthésie comprend le codage PMSI des items de l'ICR bêta			
Le dossier d'anesthésie comprend le codage PMSI du champ alpha du			

CDAM			
Le compte-rendu de la consultation d'anesthésie donne lieu à une synthèse évaluant le risque (ASA, NYHA ...)			
Le compte rendu de la consultation d'anesthésie donne lieu à une synthèse proposant le protocole d'anesthésie			
Il existe un recueil systématique des événements indésirables péri-anesthésiques			
Ce recueil donne lieu à une évaluation de la qualité des soins			
Le dossier d'anesthésie est transmis au service de réanimation en cas d'hospitalisation post opératoire en réanimation programmée ou non			
Une procédure élaboré par le service définit le rôle des intervenants (s'ils sont multiples pour les différents temps: consultation, visite, per et post anesthésie) par rapport aux prescriptions pré et post anesthésiques, à la validation des examens préopératoires			
Une procédure a été définie au sein du service concernant la délivrance de l'information au patient			
Le dossier assure la traçabilité de cette information ( mention de la remise des documents écrits, recueil du consentement, mention des questions formulées par le patient)			

## Grille d'évaluation de la qualité du dossier d'anesthésie

Référence Bloc ou plateau technique :

### Consultation et visite préanesthésiques

	Oui	Non	NA
Présence du compte rendu écrit de la consultation (visite si urgence) de pré anesthésie	q	q	

*Si oui, les données suivantes sont-elles disponibles ?*

--	--	--	--

#### Identification du patient!:

Nom patronymique	q	q	
Prénom	q	q	
Nom d'épouse	q	q	q
Date de naissance	q	q	
Sexe	q	q	
Etiquette	q	q	

#### Identification du médecin anesthésiste réanimateur consultant!:

Nom	q	q	

#### Précisions sur l'intervention

Type d'intervention (pathologie causale)	q	q	
Technique chirurgicale prévue	q	q	
Coté précisé	q	q	
Position précisée	q	q	
Précisions sur l'état du patient			
	Oui	Non	NA
Risque allergique mentionné	q	q	
Traitement en cours mentionné	q	q	
Difficultés d'intubation	q	q!	
Statut physique ASA	q	q	
Tension artérielle mesurée	q	q	

#### Demande d'examens complémentaires

	q	q	q
--	---	---	---

*Si oui!:*

Résultats colligés sur le compte-rendu préanesthésique ou accessibles facilement	q	q
--	---	---

#### VISITE PREANESTHESIQUE

Date de la visite préanesthésique	q	q
-----------------------------------	---	---

#### CARACTERISTIQUES DU DOSSIER

	Bon	Mauvais
Etat du support matériel	q	q
Lisibilité générale	q	q

## Période peranesthésique

Présence de la feuille de surveillance per anesthésique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

*Si oui, les données suivantes sont-elles disponibles ?*

### Identification du patient!:

	Oui	Non	NA
Nom patronymique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom d'épouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etiquette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Identification du médecin anesthésiste réanimateur!:

Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	--------------------------

### Identification de l'opérateur!:

Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	--------------------------

Date de l'intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DETAIL DU MONITORAGE ET EQUIPEMENT

	Oui	Non	NA
<b>Monitoring exigé par le décret 94-1050</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Electrocardioscope, PA, SpO2, PetCO2, débit d'oxygène et teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé, pressions et débits ventilatoires

L'équipement du patient est précisé!:

n° de la sonde d'intubation ou du masque laryngé ou COPPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>TECHNIQUE anesthésique PRÉCISÉE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(AG, Péridurale, Rachianesthésie, ALR IV, Caudale, Bloc périphérique, Autre ALR, Sédation, Surveillance)

### Surveillance à l'installation en salle

	Oui	Non	NA
PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SpO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### régulière en per opératoire

PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SpO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pet CO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curarisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heure de début d'intervention (incision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

CARACTERISTIQUES DU DOCUMENT

	Bon	Mauvais
Etat du support matériel	q	q
Lisibilité générale	q	q

**SURVEILLANCE POST INTERVENTIONNELLE**

	Oui	Non
<b>Surveillance régulière en SSPI</b>	q	q
Evaluation de la douleur (EVA, EN, EVS)	q	q
Autorisation de sortie de SSPI horodatée et signée par le MAR responsable de la SSPI	q	q

CARACTERISTIQUES DU DOCUMENT

	Bon	Mauvais
Etat du support matériel	q	q
Lisibilité générale	q	q



## **12 - Conclusion**

Le dossier anesthésique fait partie intégrante du dossier patient, élément clef du processus de soins. Ce dossier est le véritable fil conducteur de la prise en charge anesthésique qui, à chaque étape, génère, utilise et transmet les informations relatives au patient.

Le document de travail proposé **est un outil** et un guide mettant en valeur la nécessité de la qualité des documents et de leur archivage. Il souligne aussi la valeur pédagogique d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Les principes qui structurent cet outil fixent des objectifs plutôt que des normes à atteindre. La tenue du dossier anesthésique varie selon les structures et les organisations. Ces différences sont légitimes ; elles témoignent des modes de fonctionnement des équipes d'anesthésistes-réanimateurs visant à optimiser la prise en charge du patient.

# Remerciements

Le groupe de travail remercie l'ensemble des équipes ayant fourni les documents proposés en exemple dans les Annexes.