

A.VIARD¹, Z.ALAV², C.ARIOLA², V. EXBRAYAT², P.MONDON³, V.RIOU¹

¹ Service Pharmacie, ² Service d'Anesthésie, ³ Cadre du bloc opératoire,
Hôpital Le Corbusier, 2 rue Robert Ploton, 42700 FIRMINY

INTRODUCTION

Un essai de **cathéter périphérique profond de longue durée** (Midline®) a été réalisé en Octobre 2016 dans notre établissement. Lors de la mise en place de l'essai, il s'est avéré qu'un **outil d'aide à la prescription** était nécessaire.

OBJECTIFS :

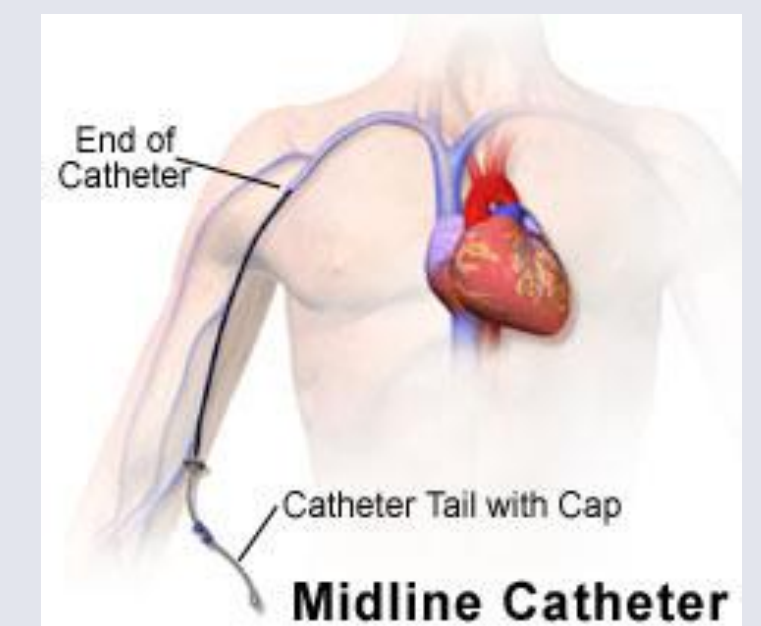
- Améliorer la **qualité** de la prise en charge des patients nécessitant une voie d'abord parentéral
- Proposer un **outil d'aide** pour les professionnels de santé permettant d'optimiser le choix de la voie d'abord
- Faciliter la **communication** entre les unités de soins et le bloc opératoire

MATERIEL ET METHODE

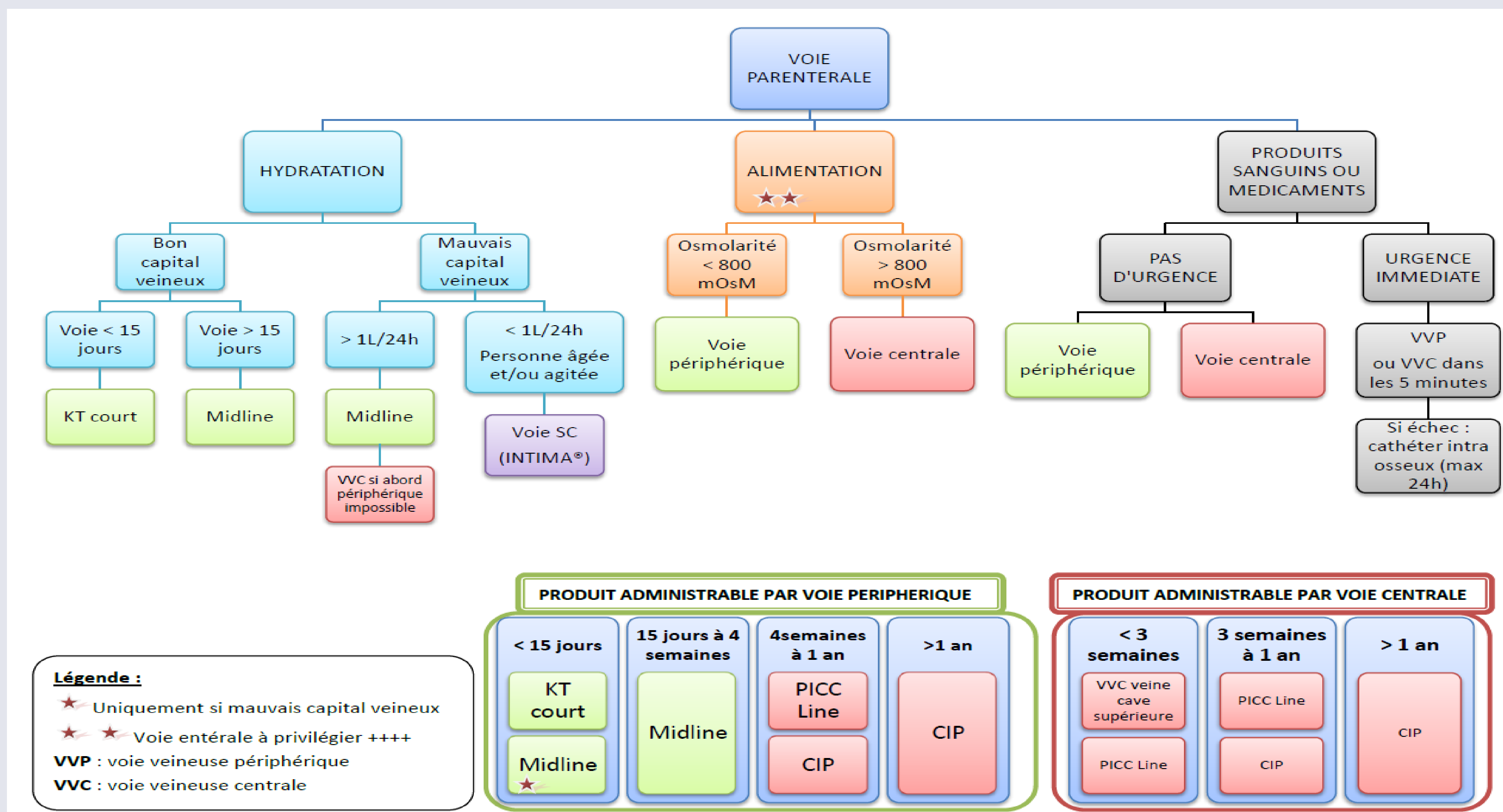
- Constitution d'une **équipe pluridisciplinaire** : anesthésistes, pharmacien, interne en pharmacie, cadre de santé du bloc opératoire
- Recensement des voies d'abords centrales et périphériques** disponibles
- Critères motivant le choix de la voie d'abord :
 - capital veineux
 - indication
 - nature du produit à administrer (hydratation, alimentation, produits sanguins, médicaments)
 - degré d'urgence
 - durée prévisible du traitement
- Prise en compte du **critère financier**

RESULTATS

- ✓ Elaboration d'un **arbre décisionnel** de choix des voies parentérales
- ✓ Réalisation d'une **fiche de demande et de suivi** permettant le lien entre les services demandeurs et le bloc opératoire (anesthésistes)
- ✓ Validation des outils par la **COMEDIMS (Février 2017)**



Cette fiche ne se substitue pas à la fiche de traçabilité des DMI



Arbre décisionnel des voies d'abord parentéral

PRESCRIPTION DE VOIES D'ABORDS PARENTERALES A POSER AU BLOC OPERATOIRE	
ETIQUETTE PATIENT :	Nom : Prénom : Née(e) le : IPP :
Intervention au Bloc Opératoire programmée le :	
1 - MEDECIN DU SERVICE DE SOINS	
VOIE D'ABORD SOUHAITEE : ☐ Périphérique ☐ Centrale	
INDICATION : ☐ A la thérapie ☐ Alimentation parentérale ☐ Hydratation ☐ Médicaments/transfusion : (à préciser) ☐ Autres :	
Durée prévisionnelle de la thérapie :	
FAISABILITE : Patient anti-coagulé : ☐ non ☐ oui Médicament :	Bilan de coagulation TP : Fibrinogène : Plaquettes : TCA :
Pathologie(s) respiratoire(s) (préciser) :	
DEVENIR DU PATIENT : ☐ Patient hospitalisé ☐ Patient ambulatoire ou retour à domicile prévu rapidement	
PRESCRIPTEUR : Date : Nom : Signature :	
2 - ANESTHESISTE BLOC OPERATOIRE	
VOIE D'ABORD PARENTERALE CHOISIE : Périphérique : ☐ Midline Centrale : ☐ VVC veine cave supérieure ☐ PICC line ☐ CIP	
ANESTHESISTE : Date : Nom : Signature :	
A faxer au bloc opératoire la veille de l'intervention par fax au 7344 et à la pharmacie : 7273	

Fiche de demande et de suivi

DISCUSSION/CONCLUSION

L'essai des cathéters Midline® a démontré leur intérêt. Ils ont été référencés et leur utilisation étendue à l'ensemble des services après validation de leur place dans le panel des voies d'abord disponibles.

Ce travail a permis **d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients** nécessitant une voie parentérale notamment par une **harmonisation des pratiques** et par la définition de critères de choix basés sur un **rationnel clinique et financier**.

La mise en place d'une « **Unité d'accès vasculaire** » dans notre établissement de santé va permettre la **diffusion de cet outil aux structures externes** (hôpitaux locaux et EHPAD environnants).