

Clinique de Thérapie Valvulaire Trans-cathéter - TVT

Rapport de transfert -

Évaluation inter hospitalière préprocédure TVT



DATE : 20 ____ - ____ - ____

À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE DE LA CLINIQUE TVT

COLLECTE DE DONNÉES PRÉTRANSFERT

CH d'origine : _____
Professionnel référent : _____ Coordonnées : _____

- | | |
|---|---|
| <p>■ Statut fonctionnel du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Autonome</p> <p><input type="checkbox"/> Aide partielle (aide x 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Aide complète (aide x 2 ou utilisation lève-personne)
contre-indication au transfert en médecine de jour (MDJ)</p> | <p>■ Aide à la mobilité</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Canne</p> |
|---|---|

Commentaires : _____

Isolement *: Préventif Positif Contact étroit le : ____ / ____ / ____

*Si patient en isolement, évaluer la possibilité de le transférer au court séjour ou sur une autre unité de soins

Agent infectieux en cause : _____

Test dépistage COVID fait le ____ / ____ / ____ Résultat : _____

Questionnaire COVID-19 fait et disponible dans OACIS dans le dossier du patient.

Allergie aux produits de contraste : OUI (Aviser de la procédure à suivre au verso) NON

SI SCAN REQUIS : Dernière **créatinine*** = _____ DFGe = _____ Fait le : 202 ____ / ____ / ____

*Selon le résultat, possibilité d'hydratation préSCAN. Voir la procédure à suivre au verso

Perfusion(s) en cours : _____ à _____ mL/h _____ à _____ mL/h

Autre(s) : _____

Présence de **critères d'instabilité dans les dernières 24h** (arythmie [ex : bloc de haut grade, TV/FV]; hémodynamique [ex : TAS < 90, présence de DRS]; respiratoire [ex : RR > 30, SA O2 < 93%])

Autre(s) : _____

■ Évaluer la possibilité de le transférer au court séjour ou sur une autre unité de soins

Orienté x 3 sphères

■ Si non, le patient doit venir avec un accompagnateur ou un proche aidant

Alimentation : Normale Dysphagie Limite liquidienne : _____ L/24h

Diabétique Prise d'insuline Autre(s) : _____

<p><input type="checkbox"/> Transfert accepté</p> <p><input type="checkbox"/> À planifier au centre de MDJ</p> <p><input type="checkbox"/> À planifier au PIC - admission unité de soins (précisez) : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Transfert refusé</p> <p><input type="checkbox"/> Non candidat TVT</p> <p><input type="checkbox"/> Refusé par : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>
--	--

Nom de l'infirmière ayant complété l'évaluation prétransfert : _____

Signature de l'infirmière : _____	Date : _____	Heure : _____
-----------------------------------	--------------	---------------



* I C M 5 3 3 *

SECTION HORAIRE DES RENDEZ-VOUS

- Le patient est attendu à **8h00** ou ___ h ___ au centre de MDJ situé au 2e étage du bloc ouest pour :
 - Hydratation pré-scan à 8h15 ou ___ h ___ Scan à 9h30 ou ___ h ___
 - ETT à 10h00 ou ___ h ___ ETO à ___ h ___
- Accompagnement **obligatoire** pour le transfert par :
 - Une infirmière ou une infirmière auxiliaire **SI** présence de critères d'instabilité et/ou surveillance particulière requise (ex. : risque de chute) et/ou présence d'une perfusion en cours
 - Un PAB ou proche aidant **SI** patient stable

SECTION DÉDIÉE AU CENTRE RÉFÉRENT

PROCÉDURE À SUIVRE AVANT TRANSFERT/EXAMEN À L'ICM

Dispositions la veille

- Test dépistage COVID à faire **24 h avant le transfert ou l'examen** (joindre le résultat au dossier)
- Contrôle de la créatinine et prélèvements sanguins pré-TVT (selon la requête de prélèvements ci-jointe)
- S'assurer que le patient est en mesure de se déplacer en fauteuil roulant pour faire les examens radiologiques.
NB : SVP nous informer en cas de limitation au niveau de sa mobilité

Dispositions le matin

- Évaluation médicale
- SI SCAN** : installer un accès veineux (CCF # 18)

Préparation du patient pour un protocole d'hydratation pré SCAN

- Installer un accès veineux : CCF #18 ou cathéter Nexiva^{MD} 20G au pli du coude si possible (éviter les mains)
- L'hydratation sera débutée à l'arrivée à l'ICM

ETO avant l'examen

- Test dépistage COVID PCR à faire 24 h avant le transfert (joindre le résultat au dossier)
- À jeun à partir de minuit la veille (Ø eau, Ø médication)

Préparation si présence d'allergie aux produits de contraste **À prescrire et donner par le centre référent******

- Prednisone 50 mg PO à 21 h la veille de l'intervention
 - Administré le : AAAA / MM / JJ à : ___ h ___
- Prednisone 50 mg PO à 6 h le matin de l'examen
 - Administré le : AAAA / MM / JJ à : ___ h ___

Planification du retour au centre référent

- Vous devez « garder » le lit du patient ouvert (retour prévu le jour même)
- **Prévoir et organiser le retour vers le centre référent => DÉPART ICM 14h00**

Documents et autres à joindre

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Demande de consultation pour la TVT ■ Profil médicamenteux à jour ■ FADM des 48 dernières heures ■ Médicaments pour 12h ■ Niveau de soins complété ■ Derniers résultats de laboratoires ■ Dernier résultat test COVID, si indiqué ■ Dernier ECG | <ul style="list-style-type: none"> ■ Rapport d'échographie cardiaque récent (< 6 mois) ■ Notes médicales ■ Notes infirmières et feuille de signes vitaux ■ Carte d'assurance maladie (RAMQ) du patient et carte de l'ICM si applicable ■ Lunette de vue et appareils auditifs, si applicable (afin de remplir certains documents) ■ Aide à la mobilité, si applicable |
|--|--|

SECTION DÉDIÉE AU CENTRE DE MDJ

- **Si allergie aux produits de contraste**, assurez-vous que les médicaments ont été administrés avant le scan
- **Si protocole d'hydratation préscan requis**, référez-vous à l'ordonnance collective 1.53
- Remettre les documents suivant au patient (à remplir par le patient avant son départ):
 - Questionnaires AVQ/AVD
 - KCCQ-12
 - Autorisation de communiquer les renseignements
- Remettre la lettre de communication interhospitalière
- Remettre les documents complétés avec les notes médicales à l'infirmière TVT
- Remettre les brochures ci-jointes et les coordonnées de la clinique TVT au patient avant son départ