Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick
Atlantic Health Sciences Corporation
Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde

des soins de santé plus sécuritaires

Maintenant!

par Cleo Cyr, inf. imm, B.Sc.inf., M.Sc.S., CCN (C)

La campagne *Des soins de santé plus sécuritaires – maintenant!* (SSPSM) a été conçue pour inciter les organismes canadiens de soins de santé à mettre en œuvre des interventions ciblées de soins fondées sur des données probantes. Appuyée par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), elle est calquée sur la campagne **100,000 Lives** de ce dernier. Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès au Canada. Parmi les millions de personnes chez qui on a diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde (IAM) au Canada et aux États-Unis, environ le tiers meurt pendant la phase aiguë de la maladie. Voilà pourquoi l'un des objectifs de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires – maintenant! consiste à prévenir le décès chez les patients hospitalisés à la suite d'un IAM en assurant qu'ils reçoivent des soins fiables fondés sur des données probantes[1].

Pour ce faire, l'American College of Cardiology (ACC), l'American Heart Association (AHA), la Société canadienne de cardiologie (CCS) et l'équipe canadienne de recherche sur la santé cardiovasculaire (Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team [CCORT]) ont travaillé avec des cliniciens dans le but de formuler des lignes directrices pour la prestation de soins fondés sur des données probantes et de sensibiliser la communauté médicale à ce type de soins. On a également déployé des efforts pour sensibiliser le grand public et les intervenants en cas d'urgence aux symptômes de l'IAM et sur la nécessité de traiter les victimes immédiatement[1].

Les principales composantes des soins fiables fondés sur des données probantes en cas d'IAM

Des études ont révélé que pour réduire les taux de morbidité et de mortalité des patients qui ont subi un IAM, il faut leur fournir des composantes particulières de soins précis. Quoique le nombre total et le type de composantes de soins qu'un patient reçoit pendant et après son hospitalisation puissent varier en fonction de son état clinique et d'autres facteurs de comorbidité, la recherche indique manifestement que toutes les victimes d'un IAM devraient, à moins de contre-indications, obtenir les sept composantes de soins suivantes :

1. administration précoce d'aspirine;
2. aspirine à la sortie de l'hôpital;
3. bêtabloquant à la sortie de l'hôpital;
4. mise en œuvre de la reperfusion (thrombolyse ou intervention percutanée) dans des délais raisonnables;
5. inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou bloqueur des récepteurs de l'angiotensine (BRA) à la sortie de l'hôpital pour les patients atteints de dysfonction systolique;
6. interventions en matière de renoncement au tabac (counselling, thérapie de remplacement de la nicotine, inhibiteur de l'absorption de la sérotonine ou aiguillage vers un programme de réadaptation cardiaque);
7. et statines à la sortie de l'hôpital

Chaque composante administrée ou contre-indiquée doit être consignée adéquatement dans le dossier du patient. Ces composantes « servent d'indicateurs » : si une mesure particulière s'améliore, cela signifie que les processus entourant la composante de soins en question se sont améliorés. Cependant, si l'on constate que les composantes de soins n'atteignent pas les objectifs prévus, il faut modifier les pratiques et formuler des stratégies d'amélioration.

L'expérience de l'Hôpital régional de Saint-Jean (HRSJ)

En septembre 2005, à la suite d'une directive provenant des dirigeants et des responsables de la gestion de la qualité et du risque de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique (CSSA), on a mis sur pied une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé relevant directement du Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick (CCNB). Cette équipe avait pour mandat de formuler une stratégie visant à déterminer la pratique actuelle et à élaborer une charte d'amélioration inspirée de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires – maintenant! La stratégie devait répondre à quatre grandes questions :

1. Qu'essayons-nous d'accomplir?
2. Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration?
3. Quels changements pouvons-nous apporter afin d'améliorer la situation?
4. Comment gérerons-nous le projet d'amélioration?

Le projet s'est réalisé en trois étapes. La première consistait à faire une vérification des dossiers des patients afin d'obtenir des données de référence sur les soins en cas d'IAM prodigués à l'HRSJ. La deuxième étape a permis de déterminer les concepts de changement qu'on pouvait mettre à l'essai en utilisant un modèle d'amélioration

fondé sur des données probantes et en peaufinant la charte d'amélioration en fonction des données de référence. La troisième étape avait pour but de déterminer les possibilités d'appliquer le projet à d'autres domaines de soins. À noter que certaines des activités ont chevauché les étapes.

Analyse rétrospective des données de référence

Pour définir des concepts de changement, il faut d'abord savoir où commencer. On a donc réalisé une analyse rétrospective des victimes d'un IAM admis par l'intermédiaire du service des urgences de l'Hôpital régional de Saint-Jean entre septembre 2004 et juin 2005 afin d'obtenir des données de référence pour l'analyse des composantes de soins en cas d'IAM. On a également recueilli d'autres données à titre d'information, notamment le nombre de patients à qui l'on a prescrit des médicaments hypolipidémiants à la sortie de l'hôpital et le nombre de patients dirigés vers un programme de réadaptation cardiaque. Il est à noter que la prescription de statines à la sortie de l'hôpital est devenue la septième composante de soins en avril 2007. Les composantes de soins qui n'ont pas atteint les objectifs de la campagne SSPSM (Tableau 1) comprenaient la mise en œuvre de la reperfusion [thrombolyse et intervention corona rienne percutanée (ICP)] dans des délais raisonnables, les interventions en matière de renoncement au tabac et les soins parfaits (pourcentage de patients qui ont reçu toutes les composantes de soins à moins de contre-indication).

Tableau 1 : Résultats à la suite de l'analyse rétrospective des données de référence : période de 10 mois allant de septembre 2004 à juin 2005 (n=95)

Indicateurs de soins en cas d'IAM	Objectifs	Résultat (l'HRSJ)
AAS à l'arrivée	90 %	100 %
AAS à la sortie	90 %	100 %
Bêtabloquants à la sortie	90 %	97,6 %
Agent thrombolytique dans les 30 minutes	85 %	72,4 %*
ICP dans les 90 minutes	90 %	77,8 %*
IECA ou BRA à la sortie (FE < 40 %)	85 %	86,9 %
Conseils sur le renoncement au tabac destinés aux adultes	100 %	78,7 %*
Soins parfaits	95 %	74,5 %*
Autres données recueillies		
Aiguillage vers un programme de réadaptation cardiaque	**s/o	60 %
Médicaments hypolipidémiants à la sortie de l'hôpital	**s/o jusqu'à avril 2007	86,5 %

** Composantes de soins n'ayant pas atteint les objectifs de la campagne SSPSM selon l'analyse rétrospective des données de référence ** Sans objet*

Détermination des principaux facteurs

La vérification des dossiers et l'analyse rétrospective ont permis de déterminer les principaux facteurs sur lesquels miser pour peaufiner la charte d'amélioration, notamment :

1. des lacunes au niveau de la consignation au dossier (difficulté à trouver des données pour toutes les composantes de soins);
2. des contradictions dans les dossiers entre l'heure exacte à laquelle on a effectué l'électro-cardiogramme (ECG), avisé le médecin et commencé le traitement au service des urgences;
3. des raisons imprécises pour expliquer pourquoi le patient aurait quitté l'hôpital avec ou sans prescription pour certains types de médicaments (p. ex., bêtabloquants et inhibiteurs ECA);
4. un manque de preuve indiquant qu'on aurait entamé une intervention en matière de renoncement au tabac sauf lorsqu'on a dirigé le patient vers un programme de réadaptation cardiaque;
5. un manque d'accessibilité à la thérapie de remplacement de la nicotine par l'intermédiaire du formulaire d'hôpital;
6. bien que 60 % des patients sont arrivés au service des urgences par des moyens autres que les Services médicaux d'urgence, on peut conclure que 40 % y sont parvenus en ambulance;
7. le délai moyen entre l'arrivée à l'hôpital et l'évaluation par le médecin des patients victimes d'un IM avec sus-décalage du segment ST était de 12 minutes ;
8. bien que 40 % des ECG effectués au service des urgences étaient signés, 60 % ne l'étaient pas.

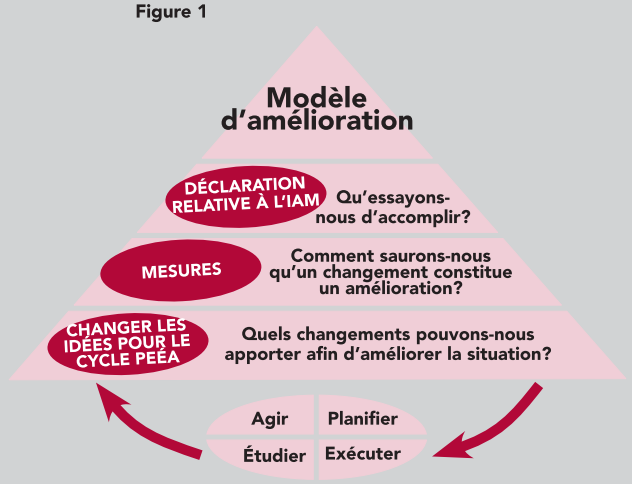
Utilisation du modèle d'amélioration

L'analyse des données de référence a permis d'identifier quatre secteurs a améliorer:

1) le délai entre l'arrivée et la thrombolyse (idéalement moins de 30 minutes);
2) le délai entre l'arrivée et l'ICP (idéalement moins de 90 minutes);
3) les interventions en matière de renoncement au tabac pour les fumeurs reconnus;
4) la consignation au dossier pour toutes les composantes.

Les stratèges de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires – maintenant! ont adopté un modèle d'amélioration (figure 1) appelé le cycle planifier-exécuter-étudier-agir (PEÉA). Conçu par le cabinet d'experts-conseils Associates in Process Improvement, ce modèle est un outil simple mais très efficace qui permet d'accélérer le processus d'amélioration. Des centaines d'organismes l'ont d'ailleurs utilisé pour améliorer de nombreux processus et résultats en matière de soins de santé. Le modèle comprend deux volets : le premier a pour but d'établir des objectifs clairs, de définir les mesures qui permettront de déterminer si les changements mènent à des améliorations et de cerner les changements les plus susceptibles de mener à une amélioration. Le deuxième volet a pour but de mettre les changements proposés à l'essai, sur une

Figure 1



petite échelle, dans de vrais milieux de travail. Pour ce faire, on détermine le changement voulu et on met en œuvre le cycle planifier-exécuter-étudier-agir (PEÉA). Après avoir fait l'essai du changement à petite échelle, en avoir tiré des leçons et avoir peaufiné le changement en répétant le cycle PEÉA plusieurs fois, l'équipe peut l'instaurer sur une plus grande échelle. Cette méthode scientifique favorise l'apprentissage pragmatique.

Tableau 2: Résultats à la suite de la mise en application finale (mars à octobre 2006) (n=128)

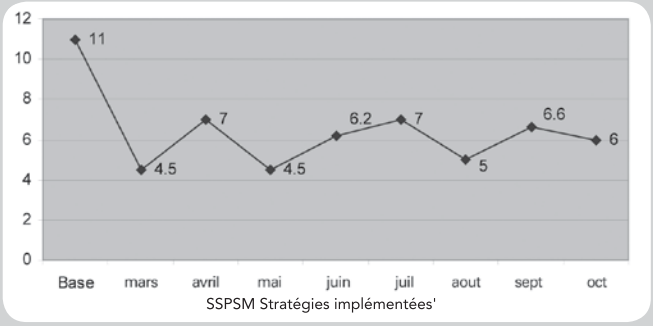
Indicateurs de soins en cas d'IAM	Objectifs	Résultats à la suite de l'analyse rétrospective des données de référence à l'HRSJ pour la période de 10 mois allant de septembre 2004 à juin 2005 (n=95)	Résultats à la suite de la mise en application finale
AAS à l'arrivée	90 %	100 %	96 %
AAS à la sortie	90 %	100 %	100 %
Bêtabloquants à la sortie	90 %	97,6 %	96,5 %
Agent thrombolytique dans les 30 minutes	85 %	72,4 %*	93,6 %
ICP dans les 90 minutes	90 %	77,8%*	100 %
IECA ou BRA à la sortie (FE < 40 %)	85 %	86,9 %	100 %
Conseils sur le renoncement au tabac destinés aux adultes	100 %	78,7 %*	92 %
Soins parfaits	95 %	74,5 %*	92 %
Autres données recueillies			
Aiguillage vers un programme de réadaptation cardiaque	**s/o	60 %	80 %
Médicaments hypolipidémiants à la sortie de l'hôpital	s/o jusqu'à avril 2007	86,5 %	97,5 %
Clopidogrel à la sortie (lorsque indiqué)	**s/o	N'a pas été évalué	100 %

** Composantes de soins n'ayant pas atteint les objectifs de la campagne SSPSM selon l'analyse des données de référence par méthode rétrospective ** Sans objet*

Le défi pour l'HRSJ consistait à coordonner un plan d'action entre le service des urgences, le secteur de la cardiologie interventionnelle, l'unité de soins intensifs coronariens et l'unité de soins intermédiaires. Le premier cycle PEÉA visait donc à sensibiliser les multiples intervenants des secteurs concernés en leur présentant les données de base. En même temps, on a mis au point un formulaire de collecte de données comprenant les sept composantes de soins (annexe A) . Cet outil de documentation de l'IAM a été conçu de sorte qu'on puisse également l'utiliser pour recueillir des données sur les patients atteints du syndrome coronarien aigu, car l'équipe de soins voyait aussi la nécessité d'analyser les soins offerts à cette population. De par sa conception, le formulaire devait être rempli par les professionnels de la santé de chaque secteur, depuis l'arrivée du patient au service des urgences jusqu'à sa sortie de l'hôpital, en passant par le laboratoire de cathétérisme cardiaque (le cas échéant), l'unité de soins intensifs coronariens et finalement l'unité de soins intermédiaires. L'addition de la question : Si non, pourquoi pas? à la section Médication au départ du formulaire a été conçu comme intervention spécifique pour améliorer la documentation.

De mars à mai 2006, on a répété le cycle PEÉA à plusieurs reprises dans le but d'utiliser, d'analyser et de finaliser le formulaire de documentation, ce qui a permis la mise en œuvre définitive de cet outil fort utile en juin 2006. On a constaté une amélioration des composantes de soins (tableau 2), notamment une amélioration de l'ordre de 22 % pour les délais de reperfusion chez les patients victimes d'un IM avec sus-décalage du segment ST, tant pour la thrombolyse que pour l'ICP, ainsi qu'une amélioration de 11 % pour la prescription de médicaments hypolipidémiants pour toutes les populations. De plus, les interventions en matière de renoncement au tabac ont augmenté de 13 % chez les patients qui utilisent un produit du tabac. La consignation au dossier est devenue un processus succinct grâce à l'utilisation du formulaire de collecte de données. Sensibiliser les intervenants aux pratiques de référence par rapport aux pratiques actuelles a été le principal facteur d'amélioration. Certains petits changements, comme la diminution du délai d'attente entre le premier ECG (figure 2) et l'évaluation par le médecin du service des urgences des patients victimes d'un IM avec sus-décalage du segment ST (figure 3), ont contribué à l'amélioration des résultats. L'augmentation marquée du nombre d'ECG signés au service des urgences (figure 4) témoigne d'une amélioration au niveau de la sensibilisation et de la responsabilisation. Afin de reconnaître et de célébrer les réussites en matière de résultats améliorés, on a affiché des graphiques de séquence dans chacun des secteurs cliniques concernés et on a annoncé les résultats lors des réunions de service. Comme outil de motivation, des affiches avec le slogan Croire et Réussir ont été placées dans les secteurs de soins clés (figure 5).

Figure 2 : Patients victimes d'un IM avec sus-décalage du segment ST : délai avant le 1er ECG (en minutes) Mars à octobre 2006 (moyenne=5,3 min; n=55)



Retombées : possibilités d'amélioration

Le processus de mise en œuvre du modèle d'amélioration des soins en cas d'IAM a ouvert des possibilités d'amélioration dans des domaines imprévus. Par exemple, on a mis sur pied un comité chargé d'étudier la faisabilité pour les ambulanciers paramédicaux d'entamer l'électrocardiogramme dans l'ambulance afin que le médecin du service des urgences

puisse commencer le traitement thrombolytique de façon précoce. De plus, l'aiguillage vers des programmes de réadaptation cardiaque a augmenté de 20 % et les pratiques d'enseignement à la sortie de l'hôpital se sont améliorées.

Par ailleurs, on a formulé une stratégie de lutte contre le tabac à l'intention des patients et celle-ci a été adoptée dans toute la région. Dans le cadre de cette stratégie, on a ajouté la thérapie de remplacement de la nicotine au formulaire de l'hôpital pour les patients hospitalisés et on a mis en œuvre un programme de formation des formateurs en matière d'intervention clinique afin d'assurer qu'on offre de l'aide à tous les patients hospitalisés et externes en utilisant la méthode « interroger-conseiller-aider ». On peut, en outre, diffuser désormais de la documentation sur le renoncement au tabac dans toute la région en faisant des prêts par l'intermédiaire du dépositaire central de la région sanitaire situé dans la Bibliothèque des sciences de la santé, à l'HRSJ. Grâce à ce seul exemple, une culture de sensibilisation a permis de faire passer la campagne SSPSM à un niveau où l'on peut multiplier ses retombées en appliquant les interventions à plusieurs groupes de patients plutôt qu'à seulement ceux qui nécessitent des soins en cas d'IAM. D'autres sujets incluent une évaluation de l'usage du clopidogrel, des outils pour le patient au moment de sa sortie - lesquels comprennent les composantes de soins de la campagne SSPSM - apportant une communication et de la documentation améliorées.

Figure 3 : Délai (en minutes) avant l'évaluation (consignée au dossier) du médecin du service des urgences pour les patients victimes d'un IM avec sus-décalage du segment ST Mars à octobre 2006 (moyenne=7,4 min; n=55)

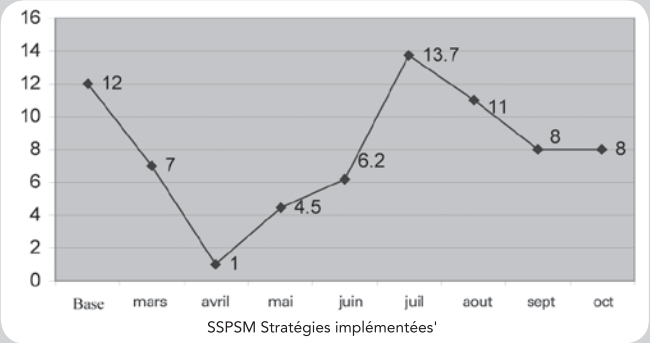
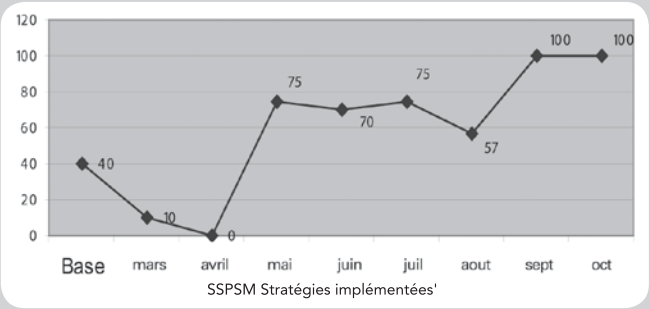


Figure 4 : Pourcentage des ECG pour patients victimes d'un IM avec sus-décalage du segment ST signés par les médecins au service des urgences Mars à octobre 2006 (n=55)



Autres possibilités de rayonnement

L'objectif qui consistait à assurer les composantes de soins prévues à au moins 90 % des patients est atteint. Des efforts déployés sur trois fronts afin d'élargir l'initiative visent à mettre l'outil de documentation en œuvre dans une autre unité de soins intensifs de l'HRSJ qui accueille un petit nombre de patients victimes d'un IAM ainsi que dans trois autres établissements hospitaliers de la région. On continue également d'établir des relations de collaboration avec d'autres hôpitaux de la province qui participent présentement à la campagne SSPSM. Le but est de travailler ensemble afin d'améliorer les liens qui, en bout de ligne, favorisent l'amélioration des soins aux patients.

Figure 5 : Ingrédients pour la création d'une équipe efficace

Création d'une culture favorable au changement et à l'amélioration de la qualité

L'amélioration des soins en cas d'IAM ne peut se faire sans des équipes dévouées et un plan d'amélioration de la qualité bien défini. Les huit étapes d'amélioration proposées par SSPSM ont aidé à concrétiser la réussite de la campagne à l'HRSJ. Ces étapes sont les suivantes :

1. Connaissez votre système – dressez-en le plan. Reconnaissez et respectez le milieu de travail chargé dans lequel évoluent les professionnels de la santé.
2. Recueillez des données de référence afin de déterminer les domaines à améliorer.
3. Sensibilisez les dirigeants et gagnez leur approbation en utilisant les données.
4. Formez une équipe multidisciplinaire en regroupant les personnes qui participent au jour le jour au processus et qui possèdent des qualités de meneurs (Figure 5)[1].
5. Utilisez le modèle d'amélioration pour déterminer ce qui fonctionne : MISE À L'ESSAI DE CHANGEMENTS SUR UNE PETITE ÉCHELLE.
6. Communiquez vos leçons apprises en long et en large.
7. Appliquez les changements éprouvés et les principes de changement à d'autres domaines en obtenant les commentaires des personnes concernées, surtout de celles touchées par le changement. Montrez-vous reconnaissants de leurs efforts.
8. Consolidez vos réussites!

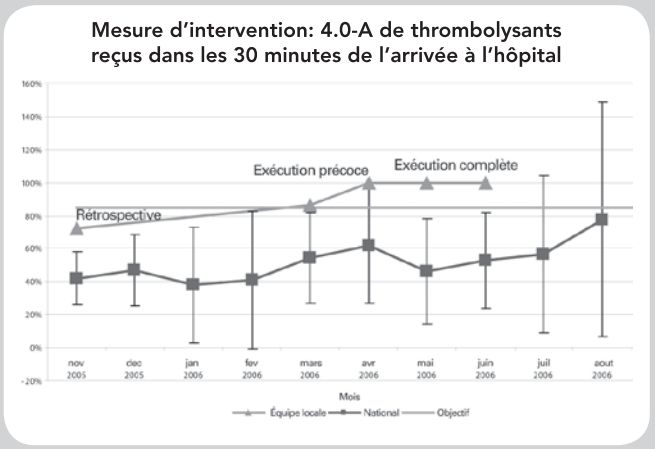
Soutien à l'échelle régionale et nationale

On a beaucoup accompli depuis le lancement de la campagne SSPSM en 2005 et le mouvement s'est fait sentir à travers le Canada. Soucieuses d'améliorer la prestation des soins de santé en mettant l'accent sur les patients et leur sécurité pendant qu'ils sont placés sous la responsabilité des professionnels de la santé, les équipes de SSPSM ont déployé un effort de concertation qui a produit de bons résultats. Le succès remporté est en partie attribuable à la création d'une infrastructure de soutien qui comprend quatre groupes de personnes réparties partout au Canada

dans ce qu'on appelle les synapses de l'Ouest, de l'Ontario, du Québec et de l'Atlantique. Chaque synapse a pour mandat :

- de sensibiliser à la campagne SSPSM;
- de faciliter et de promouvoir la participation;
- de faciliter et d'offrir aux participants des possibilités d'apprentissage sur les interventions, la mesure, l'amélioration de la qualité;
- de partager les mises à jour sur la campagne;
- de coordonner et de fournir une aide en matière d'intervention clinique, d'amélioration de la qualité et de mesure;
- de faciliter la communication entre et parmi les équipes, les synapses, les groupes de travail, les groupes de soutien clinique, les partenaires, les bailleurs de fonds, le comité directeur des synapses et le comité directeur national1.

Figure 6 : Rapports trimestriels : graphique de séquences pour les soins thrombolytiques à l'HRSJ



La chef du synapse de l'Atlantique, Theresa Fillatre, et la conseillère en matière de sécurité et d'amélioration, Dannie Currie, ont joué un rôle déterminant dans l'avancement de la campagne au Canada atlantique. Au fur et à mesure qu'on recueille des données, elles sont transmises par voie sécurisée à un site Web de l'Université de Toronto aux fins d'analyse par l'équipe centrale des mesures, dirigée par Virginia Flintoft. On envoie ensuite des rapports trimestriels aux équipes chargées des projets d'amélioration de la campagne SSPSM afin de les aider à évaluer leurs progrès comparativement aux autres groupes de leur région et du pays (Figure 6). Le processus de rétroaction et de soutien permanents est donc évident à l'échelle locale, provinciale, régionale et nationale. La campagne SSPSM est une campagne communautaire conçue pour réunir des personnes de divers niveaux qui participent aux soins des patients, et ce au profit de tous!

Résumé

La mise en œuvre de la campagne SSPSM a donné lieu à des améliorations en matière de reperfusion et d'interventions de renoncement au tabac à l'HRSJ. Parmi les autres retombées de la campagne, mentionnons une augmentation des traitements hypolipidémiants et des renvois vers des programmes de réadaptation cardiaque, ainsi qu'une diminution des délais d'accès aux ECG et à l'évaluation du médecin au service des urgences. Ces retombées ont engendré des discussions qui pourraient aboutir à la prestation précoce de soins par les ambulanciers paramédicaux, ainsi qu'une stratégie de lutte contre le tabac qui s'est répandue dans tous les domaines de soins de la Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique. Les stratégies adoptées par le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick pour faire rayonner la campagne SSPSM comprennent le renforcement de partenariats locaux, régionaux et provinciaux. La réussite de la campagne et l'amélioration des soins aux patients s'expliquent par le simple fait que l'on obtient de meilleurs résultats lorsqu'on franchit de petites étapes au fil du temps. Par conséquent, les patients profitent de Soins de santé plus sécuritaires et de meilleurs résultats.

Référence

1. *Site Web de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires – maintenant! www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca*

Annexe A

des soins de santé plus sécuritaires *maintenant!*

Atlantic Health Sciences Corporation
Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

PLAN DE COLLABORATION POUR DES SOINS AMÉLIORÉS EN CAS D'IAM OU DE SCA

SU

IDENTIFICATION DU PATIENT

AFFICHER L'ÉTIQUETTE DU PATIENT

Nom : _____

No de dossier permanent: _____

No assurance-maladie : _____

Date d'admission au Service d'urgence (SU) : _____

DOSSIER PERMANENT DU PATIENT

Transfert **d'un autre** SU/CSU ☐Oui ☐Non
Transfert **vers** un autre SU/CSU ☐Oui ☐Non
Admis à ☐Soins intensifs coronariens
☐Soins intermédiares
☐Soins intensifs ☐ _____

Âge > 18 ans ☐Oui ☐Non
Antécédents de tabagisme au cours de la dernière année: ☐Oui ☐Non

SMU

POINT D'ENTRÉE : SMU (SERVICE MÉDICAL D'URGENCE)

Contact avec le patient à _____ hrs.

Apparition de symptômes cardiaques pertinents à _____ hrs.

Arrivée à l'hôpital à _____ h

No incident principal SMU _____

Section remplie par : _____

Médecin interprétant l'ECG _____

1er ECG à 12 dérivations à ____h. Envoyé ou signalé au SU à ____h. Admissible agent lytique? ☐Oui ☐Non

2e ECG à 12 dérivations à ____h. Envoyé ou signalé au SU à ____h. Admissible agent lytique? ☐Oui ☐Non

AAS administré à la maison ☐par le patient à ____h. qpar l'ambulancier à ____h. ☐Contre-indications

SU

POINT D'ENTRÉE : SU (SERVICE D'URGENCE)

Apparition de symptômes cardiaques pertinents à _____ h

*Heure d'examen par l'infirmière de triage/responsable/SU ____h

Heure du 1er ECG à 12 dérivations à l'hôpital ____h
Signé par le médecin ☐Oui

Délai entre arrivée et 1er ECG _____min.

Heure de la première évaluation initiale par le médecin ____h

Heure de l'ECG diagnostic (STEMI) si autre que le 1er ECG ____h

AAS dans les 24 heures ☐Oui ☐Non Administré au SU ☐Oui ☐Non
Si non, pourquoi pas? ☐Déjà administré ☐Contre-indiqué

Traitement thrombolytique administré? ☐Oui ☐Non
Si non, pourquoi pas? ☐NSTEMI ☐Apparition tardive
☐Au laboratoire de cath. ☐Refusé ☐Autre
Heure de début ____h

Délai entre heure d'évaluation initiale par l'infirmière (*) et injection (agent lytique)
Moins de 30 min. ☐Oui ☐Non

Date au laboratoire de cath. _____ Heure :_____

Diagnostic d'admission

☐ STEMI
☐ NSTEMI
☐ Angine
☐ Autre

_____

Section remplie par :

_____

34958 (may 07)

LABO CATH.

LABORATOIRE DE CATH. CARDIAQUE

DU SU

Arrivée au labo. cath. Date : _____ Heure : _____

Heure du 1er traitement coronarien (cath. d'aspiration, inflation du ballon, 1re endoprothèse)_____h

ICP effectuée? ☐Oui ☐Non

***POUR PATIENTS STEMI : Délai entre examen par l'infirmière du SU et 1er traitement coronarien** min. **Moins de 90 min?** ☐**Oui** ☐**Non**

DE L'UNITÉ DES PATIENTS HOSPITALISÉS

ICP effectuée? ☐Oui ☐Non

Date : _____ Heure : _____

Section remplie par :

Le diagnostic est-il non cardiaque? qOui Si OUI Ne remplissez pas le reste du formulaire.

MÉDECIN

ORDONNANCES DU MÉDECIN À LA SORTIE DU CSU, DE L'USC, DE L'USI OU D'UNE AUTRE UNITÉ DE SOINS

AAS	**Préscrit** : ☐Oui ☐ Non **Si non, pourquoi pas?** ☐Allergie ☐Saignement actif ☐Warfarine ☐Autre
Béta-bloqueurs	**Préscrit :** ☐Oui ☐Non **Si non, pourquoi pas?** ☐Allergie ☐Bradycardie ☐Insuffisance du ventricule gauche ☐Pression systolique < 90 mm Hg ☐Intervalle PR > 0,24 s ☐Asthme actif ou affection respiratoire réactionnelle ☐Autre
IECA ou BRA **Écho effectuée** ☐Oui ☐Non **FEVG ≤ 40 %** ☐Oui ☐Non	**Préscrit** : ☐Oui ☐Non **Si non, pourquoi pas?** ☐Allergie ou intolérance ☐Sténose aortique modérée ou grave ☐Créatine > 200 µmol/L ☐Contre-indiqué ☐Pression systolique < 100 mm Hg qSténose bilatérale des artères rénales ☐Niveau K+ > 4,5 mmol/L ☐Autre
Médicaments hypolipidémiants	**Préscrit** : ☐Oui ☐Non **Si non, pourquoi pas?** ☐Au niveau cible qIntolérance ☐CK > 10 x limite supérieure ☐ALT/AST > 3 x limite supérieure ☐Autre
Clopidogrel	**Préscrit** : ☐Oui ☐Non **Si non, pourquoi pas?** ☐Allergie ou intolérance ☐Contre-indiqué ☐Autre
Nitroglycérine PRN	**Préscrit à la sortie** : ☐Oui ☐Non Si non, pourquoi pas?
Thérapie de remplacement de la nicotine En tant que patient hospitalisé ☐Oui ☐Non	**Préscrit à la sortie** : ☐Oui ☐Non **Si non, pourquoi pas?** ☐Non-fumeur ☐Allergie ou intolérance ☐Refusé ☐Autre médicament pour cesser de fumer Séance de Counseling de renoncement au tabagisme donné ☐Oui ☐Non
Programme de réadaptation cardiaque	**Préscrit:** ☐Oui ☐Non **Si non, pourquoi pas?**
Diagnostic	☐STEMI ☐NSTEMI ☐Angine ☐Pontage aortocoronarien par greffe ☐Autre

SOINS INFIRMIERS

CONSEILS INFIRMIERS AUX PATIENTS HOSPITALISÉS ET À LA SORTIE DE L'HÔPITAL

Renseignements alimentaires fournis au patient hospitalisé? ☐Oui ☐Non ☐Refusé

Enseignement cardiaque effectué auprès du patient hospitalisé? ☐Oui ☐Non ☐Refusé

Le patient a-t-il fait usage du tabac au cours des 12 derniers mois? ☐Oui ☐Non

Si 'oui', a-t-on offert ce qui suit au patient?

Intervention clinique contre le tabagisme (demander, conseiller, aider)? ☐Oui ☐Non ☐Refusé

SORTIE DE L'HÔPITAL

Date du congé : aa_____mm_____ jj_____ **Transféré vers autre établissement** ☐Oui ☐Non

Vers hôpital à domicile ☐Oui ☐Non **Date du transfert :** aa_____mm_____jj_____

Congé en dépit d'avis médicaux contraires ☐Oui ☐Non **Décès :** ☐Oui ☐Non **Rempli par :**_____

Appeler au 648-6201 si vous avez des questions. Réservé au coordonnateur d'étude : AAS à l'arrivée ☐Oui ☐Non ☐SO/ AAS à la sortie ☐Oui ☐Non ☐SO/ BB à la sortie ☐Oui ☐Non ☐SO/ IECA/BRA à la sortie ☐Oui ☐Non ☐SO/ Agent lytique ou TCP ☐Oui ☐Non ☐SO/ Séances tabagisme ☐Oui ☐Non ☐SO Soins parfaits ☐

Annexe B

www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca

Croire, c'est réussir!

Ensemble, améliorons les soins en cas d'IAM.

Équipe de collaboration

service des urgences de l'HRSJ • services médicaux d'urgence • gestion de la qualité et du risque
centre cardiaque du N.-B. • soins intensifs coronariens/Soins intermediares coronariens
chirurgie cardiaque • unité soins intensifs • programme de réadaptation cardiaque • service d'électrodiagnostic
médecins, infirmières praticiennes et infirmières spécialisées.

Atlantic Health Sciences Corporation
Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick