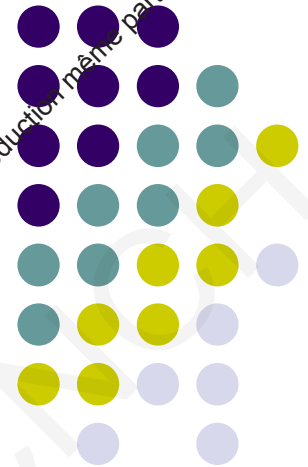


# Comment éviter une condamnation lors de la pose d'un PM ou DAI

Dr Walid AMARA



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Relations avec l'industrie



Consultant pour : Biotronik, Medtronic, Boston Scientific, Saint Jude Medical, Sorin, Servier

Orateur pour : BMS, Pfizer, Bayer, Boehringer, MEDA, Novartis

Subventions de recherche clinique : BMS, Boehringer

# Après 14 ans à l'hôpital

- Sur environ 5000 PM et 1000 DAI :
- 1 cas capsulite rétractile de l'épaule
- 3 cas d'infection dont avec 2 décès, 1 avec suites complexes (double RVA et RVM...)



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Capsulite retractile de l'épaule



- Pose PM triple par abord droit
- Patient sous anticoagulants
- Douleur pendant l'implantation
- Suites marquée par aggravation douleurs de l'épaule dans les mois suivant l'implantation
- Faut-il repositionner le PM ?
- Quel suivi ?

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Capsulite retractile de l'épaule : les leçons

- Garder le contact
- Gérer le patient et ses rdv avec les spécialistes



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Les cas d'infection

- 3 cas dont 2 en cours
- 1. décès suites infection def triple multi réopéré dans un autre centre. Explantation. Insuffisance rénale sous vancocine. Décès par insuffisance cardiaque : ré-enfouissements problématiques, gestion des antibiotiques en cas d'infection, check-list, antibioprophylaxie lors de l'implantation notamment sa traçabilité et son heure.



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Cas d'infection suite



- 2. BAV3. PM double en urgence. Infection < 1 mois ayant nécessité une explantation. Staph doré meti-S. Développement dans les suites d'une endocardite mitro-aortique et insuffisance rénale (bas débit associé). Double RVA et RVM. Suites complexes.
- 3. TVNS sur cardiopathie ischémique. Pose défibrillateur simple chambre. Infection précoce avec cellulite nécrosante conduisant au décès

# Expertises : ce regardent les experts

- L'information avant l'implantation
- Sa traçabilité
- A-t-on parlé du risque d'infection ?
- Le document d'information



## INFORMATION AUX PATIENTS

### Fiche d'information et de consentement pour l'implantation d'un STIMULATEUR CARDIAQUE

#### Pourquoi vous propose-t-on l'implantation d'un stimulateur cardiaque ?

Votre état cardiaque nécessite la mise en place d'un stimulateur cardiaque. Il s'agit d'un traitement courant, fiable et efficace de certaines maladies du cœur (se traduisant le plus souvent par un ralentissement marqué du rythme cardiaque) qui ne peuvent être contrôlées par la prise de médicaments. La stimulation cardiaque est également parfois utilisée dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.





Vous êtes **Bradycardie**

NAVIGATION

- Accueil
- Rythmologie
  - Tachycardie
  - Resynchronisation
  - Bloc opératoire
  - Télécardiologie
- Bradycardie
  - Bloc AV
  - Dysfonction sinusale
- Tachycardie
  - Tachycardie fonctionnelle
  - Flutter
  - Bradytachycardie ventriculaire
  - Fibrillation auriculaire
    - FA - Stratégie ablation
    - FA - Stratégie choc
    - FA - Stratégie ralentissement
    - FA - Stratégie antithrombotique
- Resynchronisation
- Bloc opératoire
- Télécardiologie
- Coro KT

### Information pacemaker

Civilité  Madame  Monsieur

Nom patient

Email patient

Si vous souhaitez recevoir une copie du courriel envoyé au patient, veuillez remplir le champ suivant (facultatif) :

Email médecin

Powered By ChronoForms - ChronoEngine.com

APERÇU DU DOCUMENT  
PACEMAKER



**Société Française de Cardiologie**  
Rythmologie - Stimulation Cardiaque

**INFORMATION AUX PATIENTS**  
Fiche d'information et de consentement pour l'IMPLANTATION d'un STIMULATEUR CARDIAQUE

Cliquez ici pour visualiser ou imprimer le document

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



YAHOO!  
MAIL

Tous Rechercher

Recherche Mail

Recherche Web

Écrire

Archiver Déplacer Supprimer Spam Plus



Boîte de réception

Brouillons (103)

Envoyés

Archive

Spam (449)

Corbeille (2)

Vues intelligentes

Important

Non lu

Avec pièce jointe

Personnes

Social

Shopping

Voyages

Finance

Dossiers

Récents

Informations suite à votre consultation

Infoconsult <contact@info-consult.info>

nov 22 à 11:22 PM

Bonjour Monsieur

Le 22/11/2017 à 18:08, vous avez été informé en consultation de l'intérêt de l'intervention qui vous est proposée. Veuillez trouver ci joint en complément le document rédigé par la société française de cardiologie (<http://www.sfcadio.fr/>) Nous serons bien sur à votre disposition pour répondre à toutes questions lors de votre hospitalisation.

Cordialement,

L'équipe de cardiologie

Submitted by 81.255.223.242



Consente...pdf

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE »

Version 2011 - 01

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identité visuelle  
de l'établissement

Identification du patient

Etiquette du patient ou

Nom, prénom, date de naissance

- Informations au patient  Oui  Non\*
- Traçabilité du consentement éclairé  Oui  Non\*
- Dossier correspondant au patient  Oui  Non\*

UF exécutrice : ..... Salle : .....

Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....

Radiologues ; médecins opérateurs ; manipulateur(s) d'électroradiologie

médicale : .....

Anesthésiste « intervenant » : .....

Coordonnateur check-list : .....

Manipulateur responsable : .....

AVANT ANESTHÉSIE OU SÉDATION	
1	L'identité est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2	L'intervention et le site opératoire sont confirmés <ul style="list-style-type: none"> <li>• idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou la procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non*</li> <li>• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> </ul>
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4	La préparation et l'anée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
5	L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour la partie interventionnelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• pour la partie imagerie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> </ul>
6	Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates : Le patient présente-t-il : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>• un risque lié au produit de contraste <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>• une insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>• un risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> <li>• un risque lié à l'irradiation (grossesse) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</li> </ul>

AVANT INTERVENTION	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des anesthésistes, radiologues et manipulateurs électroradio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• site interventionnel confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• documents nécessaires disponibles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• monitoring du patient vérifié <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> </ul>
8	Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention. <ul style="list-style-type: none"> <li>• sur le plan interventionnel (voie d'abord définie, technique précisée, DMI disponibles, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>
9	Prise en compte de situations spécifiques concernant <ul style="list-style-type: none"> <li>• la gestion des antiagrégants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>• la gestion des anticoagulants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>• l'antibioprophylaxie effectuée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/R</li> <li>• la préparation du champ opératoire réalisé selon protocole en vigueur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention  
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention



## APRÈS INTERVENTION

10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> <li>• de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> <li>• des médicaments utilisées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• de la quantité de produit contraste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• du recueil de l'irradiation délivrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• de la traçabilité du matériel et DMI <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• de l'enregistrement des images <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• de la feuille de liaison remplie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</li> <li>• si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? (Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</li> </ul>	
11	Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes de radiologie et d'anesthésie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*	
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *		
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe		
Radiologue	Anesthésiste	Coordonnateur CL

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU RADIOLOGUE ET DE L'ANESTHÉSISTE RESPONSABLE DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE SI (1) LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉE ET (3) SI LES NON CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UN \*) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

# Antibioprophylaxie



## Recommandations Formalisées d'Experts



Actualisation de recommandations

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine  
interventionnelle. (patients adultes)

2017

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



La dose initiale (ou dose de charge) de l'antibiotique est habituellement le double de la dose usuelle. **Cette recommandation s'applique jusqu'à un poids de 100 kg (les données pharmacocinétiques permettent d'être assuré d'obtenir des concentrations tissulaires d'antibiotique suffisantes. Chez l'obèse (patient de plus de 100kg et index de masse corporelle > 35kg/m<sup>2</sup>), même en dehors de la chirurgie bariatrique, les doses de bêtalactamines doivent être le double de celles préconisées pour les patients non obèses. Pour la vancocymine et la gentamicine voir le tableau concernant la chirurgie bariatrique.** Des réinjections sont pratiquées pendant la période opératoire,

Les protocoles d'ABP sont établis localement après accord entre chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, infectiologues, microbiologistes et pharmaciens. Ils font l'objet d'une analyse économique par rapport à d'autres choix possibles. Leur efficacité est régulièrement réévaluée par une surveillance des taux d'infections du site opératoire et des microorganismes responsables chez les malades opérés ou non. Une évaluation régulière des pratiques professionnelles (EPP) est fortement recommandée (voir le référentiel EPP du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs – [www.cfar.org](http://www.cfar.org)) (7,8).



**R3. Il faut toujours que l'antibioprophylaxie (ABP) précède l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes. Lors d'utilisation de vancomycine la perfusion doit être débutée suffisamment tôt pour être terminée 30 minutes avant l'intervention.**

**(Grade 1+) Accord fort**

*Argumentaire* : Le moment de la prescription a fait l'objet d'un très important débat ces dernières années en particulier pour la chirurgie gynécologique (1-32). L'ABP doit toujours précéder l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes (1,2,9,32). Ce point est fondamental. La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 min de celle de l'ABP, afin, en cas de réaction allergique, de faire la part de ce qui revient à chacune. L'opérateur doit s'assurer que l'ABP a bien été prescrite. L'application de la « check-list » fait vérifier l'administration de l'ABP.



<b>Acte chirurgical</b>	<b>Produit</b>	<b>Dose initiale</b>	<b>Ré-injection et durée</b>
Chirurgie cardiaque	Céfazoline	2 g IV lente +1g au priming	1 g à la 4 <sup>ème</sup> heure per-opératoire.
	Céfamandole ou céfuroxime	1,5 g IV lente +0,75g au priming	1 réinjection de 0,75g toutes les 2h en per-opératoire
	Allergie : vancomycine*	30 mg/kg/60 min	Dose unique
Mise en place d'un stimulateur cardiaque	Voir ci-dessus chirurgie cardiaque	voir ci-dessus chirurgie cardiaque	Dose unique
Geste endocavitaire	Voir ci-dessus chirurgie cardiaque	voir ci-dessus chirurgie cardiaque	Dose unique
Drainage péricardique Dilatation coronaire +/- stent	Pas d'ABP		
	Pas d'ABP		
ECMO ...	Pas d'ABP		

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

## Antibioprophylaxie pour la chirurgie bariatrique et chez l'obèse (IMC > 35kgm<sup>2</sup>)

(avis d'experts)

L'obésité morbide représente un facteur de risque d'infection du site opératoire. Une antibioprophylaxie apparaît justifiée qu'il y ait ou non ouverture du tube digestif et quel que soit la voie d'abord. Il en est de même en ce qui concerne les chirurgies de réduction du tablier abdominal.

Il apparaît logique et justifié de pratiquer une posologie renforcée.

**Pour rappel les posologies habituelles pour l'antibioprophylaxie sont calculées pour des patients de poids inférieur à 100 kg. Pour les individus de petite taille, il n'est pas raisonnable de cibler uniquement un IMC anormal pour prescrire des doses élevées comme celles présentées dans le tableau ci-dessous. Pour ces patients, si le poids est inférieur à 100 kg, la posologie habituelle suffit pour assurer les objectifs pharmacocinétiques de la prophylaxie.**

Bactéries cibles : Staphylocoques, streptocoques, bactéries à Gram négatif aérobies et anaérobies.

Acte chirurgical	Produit	Dose initiale	Ré-injection et durée
Mise en place d'un anneau gastrique	Céfazoline	4g (perfusion 30 min)	Dose unique (si durée > à 4h, réinjecter 2 g)
	Céfturoxime ou céfamandole	3 g (perfusion 30 min)	Dose unique (si durée > à 2h, réinjecter 1.5 g)
	Allergie : vancomycine*	30 mg/kg/60 min/ (dose calculée sur le poids réel)	Dose unique
Réalisation d'un court circuit gastrique ou d'une « sleeve » gastrectomie	Céfoxitine	4 g (perfusion 30 min)	Dose unique (si durée > à 2h, réinjecter 2g)
	Allergie : clindamycine + gentamicine	1 200 mg IV lente 5 mg/kg/j**	Dose unique Dose unique
Chirurgie de réduction du tablier abdominal, abdominoplastie (dermolipectomie)...	Céfazoline	4 g (perfusion 30 min)**	Dose unique (si durée > 4h, réinjecter 2g)
	Céfturoxime ou céfamandole	3 g (perfusion 30 min)**	Dose unique (si durée > 2h, réinjecter 1.5g)
	Allergie : Clindamycine + gentamicine	1 200 mg IV lente 5 mg/kg/j (dose calculée sur le poids réel)	Dose unique Dose unique

\* Indications de la vancomycine :

- allergie aux bêta-lactamines,
- colonisation suspectée ou prouvée par du staphylocoque méticilline-résistant, ré-intervention chez un malade hospitalisé dans une unité avec une écologie à staphylocoque méticilline-résistant, antibiothérapie antérieure...

**L'injection dure 60 minutes et doit se terminer au plus tard lors du début de l'intervention et aux mieux 30 minutes avant.**

**Dose maximum 2 g**



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.





**R3. Il faut toujours que l'antibioprophylaxie (ABP) précède l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes. Lors d'utilisation de vancomycine la perfusion doit être débutée suffisamment tôt pour être terminée 30 minutes avant l'intervention.**

**(Grade 1+) Accord fort**

*Argumentaire* : Le moment de la prescription a fait l'objet d'un très important débat ces dernières années en particulier pour la chirurgie gynécologique (1-32). L'ABP doit toujours précéder l'intervention dans un délai d'environ 30 minutes (1,2,9,32). Ce point est fondamental. La séquence d'injection des produits d'induction doit être séparée de 5 à 10 min de celle de l'ABP, afin, en cas de réaction allergique, de faire la part de ce qui revient à chacune. L'opérateur doit s'assurer que l'ABP a bien été prescrite. L'application de la « check-list » fait vérifier l'administration de l'ABP.



## Research in context

### Evidence before this study

In their 2016 global guidelines for the prevention of surgical site infection (SSI), WHO provides a strong recommendation based on moderate quality of evidence to administer surgical antimicrobial prophylaxis (SAP) within 120 min before incision.

WHO recommend that administration should be closer to the incision time (<60 min) for antibiotics with a short half-life, such as commonly used cephalosporins and penicillins. In their summary of evidence, 13 observational studies including 53 975 adult patients were included; two studies were from multiple centres. No randomised controlled trials were identified. The guideline development group described this research gap and the need for further studies on this topic, and highlighted the scarce evidence available on optimal SAP timing to prevent SSI. The guideline development group stated that in particular and as a high priority, randomised controlled trials comparing the effect of different time intervals (ie, 30–60 min vs 0–30 min) for antibiotics with a short half-life are needed.

The 2013 National Institute for Health and Care Excellence guidelines simply recommend a single dose of antibiotic intravenously on starting anaesthesia. The 2014 Society for

Healthcare Epidemiology of America and Infectious Diseases Society of America guidelines recommend administration within 1 h before incision, with superior efficacy between 0 min and 30 min before incision compared with administration between 30 min and 60 min. Most other international guidelines still recommend administration of SAP within 60 min before surgical incision; however, administration within the final 30 min is increasingly recommended.

### Added value of this study

To our knowledge, this is the first randomised trial examining the effect of different SAP timings on the risk of SSI. Our study showed that early administration of cefuroxime, a commonly used cephalosporin with a short half-life, combined with metronidazole in colorectal surgery, did not significantly lower the risk of SSI compared with late administration before incision.

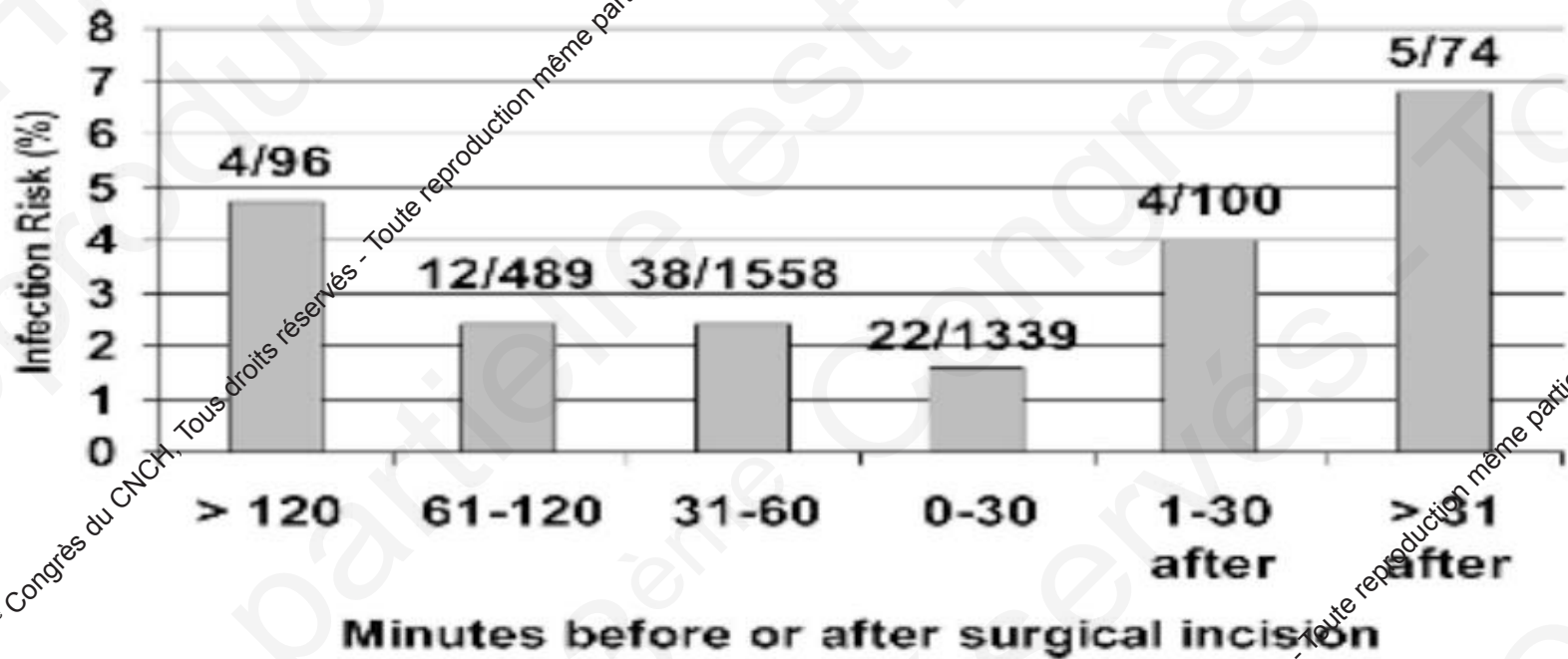
### Implications of all the available evidence

The available evidence so far does not support any narrowing of the 60-min window for the routine administration of a cephalosporin with a short half-life.

Lancet Infect Dis. 2017 Apr 3. Timing of surgical antimicrobial prophylaxis : a phase 3 randomised controlled trial.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



**FIGURE 1.** Surgical site infection risk based on timing of perioperative antibiotic dose, omitting vancomycin and fluoroquinolones. Annotation shows number of infections/number of operations for each time interval.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Traçabilité

- Tracer la prescription de l'antibiotique : nom, heure, dose
- Protocoles de pose de PM/DAI actualisés
- Protocoles d'antibioprophylaxie actualisés
- Préparation cutanée de l'opéré : elle doit être tracée dans les protocoles de préparation avant bloc et au bloc



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

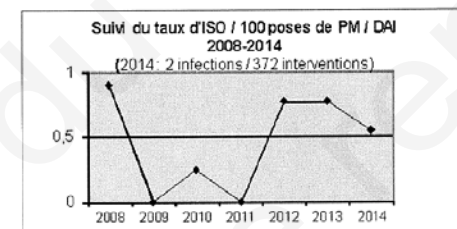
2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Traçabilité

- Documents CLIN: Score ICALIN/ taux de bactéries multirésistantes, audits, procédures de bio-nettoyage, checklists remplies



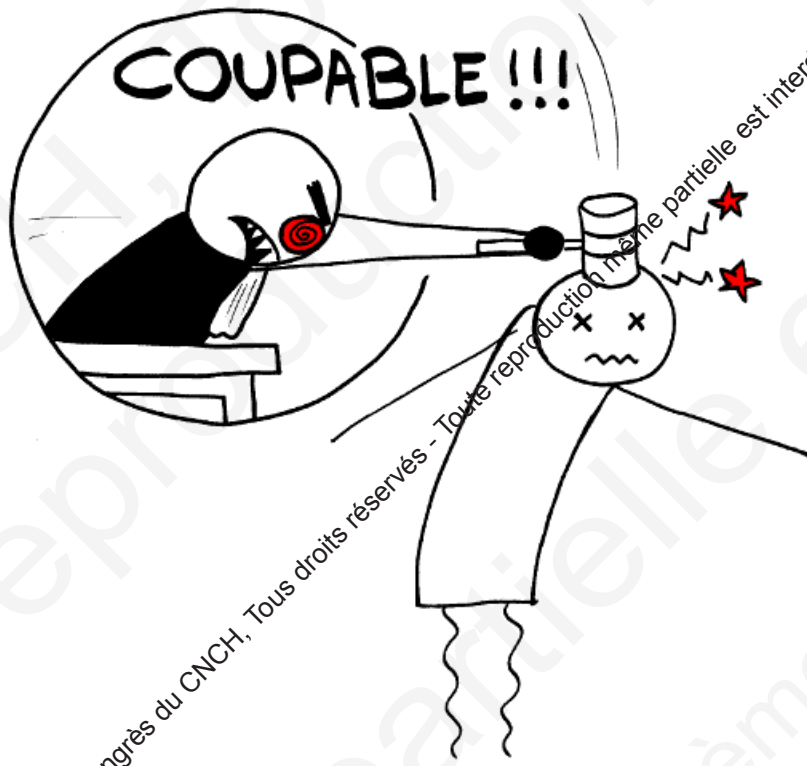
Bilan de la surveillance des ISO pour pose de PM de 2008 à 2014 :



# Délais de prise en charge en cas d'infection

- Délai de prélèvements bactériologiques
- Délai de début de l'antibiotique
- Et délai d'explantation





2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



formule sanguine, gestion de Georgina Dufoix



formule financière, gestion de Christine Lagarde



celle qui coûte le moins cher, pour le contribuable

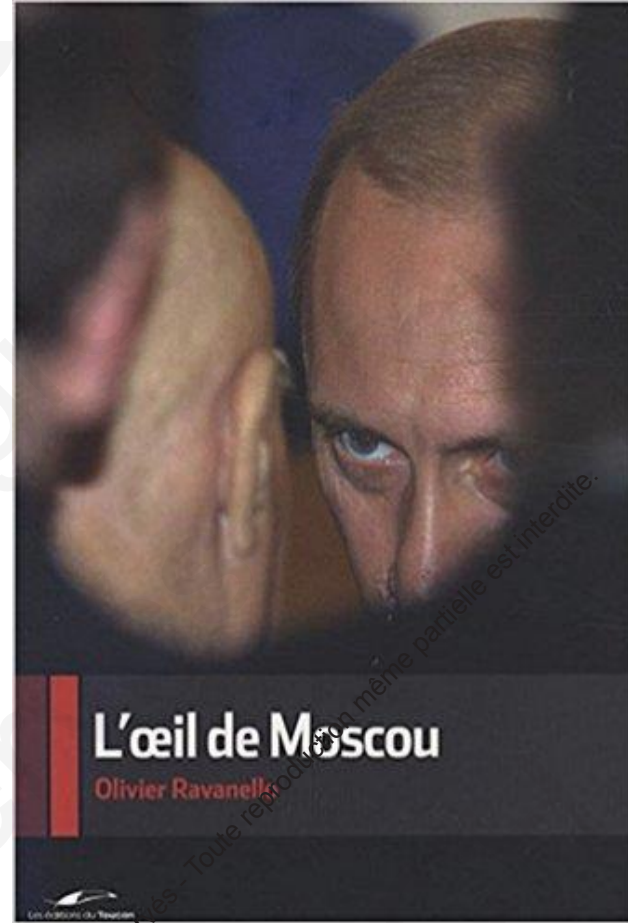
2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Le diable se cache dans les détails.



Proverbe suisse

[www.citation-celebre.com](http://www.citation-celebre.com)







2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



**Medtronic**

ScreenLink



**Australia**

**US**

**Europe**

**UK**



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction, même partielle est interdite.

2017 © 23<sup>ème</sup> Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction, même partielle est interdite.





01 79 72 78 71



06 60 35 82 18