

Procédures à suivre en SOP - COVID-19

VITALITÉ

Légende

Pt = Patient

Asx = Asymptomatique

Sx = Symptomatique

Rx = Médicaments

PGC = **P**rotection **G**outtelettes **C**ontact (masque régulier/gants/blouse/visière)

CC = **C**ontact avec personne positive pour **C**OVID-19

SR = **S**alle de **R**éveil

SOP = **S**alle d'**o**pération

N95/G/B/V = Masque **N95/G**ants/**B**louse/**V**isière

Patient asymptomatique: aucun symptôme pour la grippe (fièvre, toux, dyspnée, myalgie) et aucun autre symptôme de Covid-19 (perte du goût, perte de l'odorat, rhinorrhée, mal de gorge, malaise abdominal, étourdissement, fatigue, nouvelles lésions cutanées)

Patient symptomatique: patient présente des symptômes de la grippe (fièvre, toux, dyspnée, myalgie) et/ou autre symptôme de la Covid-19 (perte du goût, perte de l'odorat, rhinorrhée, mal de gorge, malaise abdominal, étourdissement, fatigue, nouvelles lésions cutanées)

Procédure A

Fonctionnement habituel de SOP et SR.

Procédure B

Intubation :

Dans la salle d'opération avec anesthésiste, inhalothérapeute, chirurgien, assistant et personnel dans la salle (N95/G/B/V) si la durée de la préparation du cas est estimée à moins de 25 min.

Anesthésiste et inhalothérapeute dans la salle (N95/G/B/V) si la durée de la préparation du cas est estimée à 25 min ou plus.

Pendant le cas :

Dossier Pt/Rx/Instruments per op comme un SARM (extérieur de la salle)

Porte de la salle doit demeurer fermée 25 min post intubation

Extubation en SOP :

Doit se faire dans la salle d'opération (pas dans la salle de réveil).

La porte doit demeurer fermée 25 min post extubation.

Anesthésiste, inhalothérapeute et préposé seulement (N95/G/B/V)

Transport vers SR :

Patient - masque jaune

Personnel/Md - PGC

Congé de la SR :

Patient - masque jaune ad congé de l'hôpital ou dans sa chambre à l'étage

Personnel qui transporte patient - PGC

Ménage dans salle d'opération : 25 minutes après l'extubation

NB : si le résultat du test rapide est disponible pendant le cas, les mesures d'isolation peuvent être cessées si le résultat est négatif.

Procédure C

Transfert vers salle à pression négative :

Patient - masque jaune

Personnel/Md – PGC

Intubation salle à pression négative :

Anesthésiste, Inhalothérapeute, Infirmière de soins critiques seulement dans la salle (N95/G/B/V)

Transfert vers SOP :

Patient - intubé/curarisé/respirateur avec filtre

Anesthésiste/Inhalo/Infirmière soins critiques/Préposé - (N95/G/B/V)

En arrivant au bloc :

Brancher patient sur machine anesthésie (clampage à faire)

Pendant le cas :

Tout le personnel, chirurgien et anesthésiste (N95/G/B/V)

Dossier Pt/Rx/Instruments per op comme un SARM (extérieur de la salle)

Transport vers salle à pression négative pour extubation :

Patient - intubé/curarisé/respirateur avec filtre

Anesthésiste/Inhalo/Infirmière/Préposé - (N95/G/B/V)

Extubation dans la salle à pression négative :

- Anesthésiste, Inhalothérapeute, Infirmière de soins critiques et préposé seulement dans la salle (N95/G/B/V)
- Salle de réveil à faire dans la salle à pression négative pour le premier 20 min (ou un échange d'air complet)
- Patient : masque jaune et
- Personnel : N95/G/B/V

Transport vers SR (après extubation) et lors du congé de la SR :

Patient - masque jaune

Personnel/Md – PGC

Ménage SOP et salle à pression négative : 20 min après fin du cas (SOP) ou extubation

NB: si le résultat du test rapide est disponible pendant le cas, les mesures d'isolation peuvent être cessées si le résultat est négatif.

Patient Covid positif - échec anesthésie régionale

Patient connu COVID-19 positif avec échec de l'anesthésie régionale et doit être intubé.

Intubation : Suivre procédure B

Pendant le cas - isolation :

Dossier Pt/Rx/Instruments per op comme un SARM (extérieur de la salle)

Extubation, SR, congé de la SR et ménage : Suivre procédure C

Patient Covid positif - anesthésie régionale

Patient connu COVID-19 positif opéré sous anesthésie régionale.

Pendant la chirurgie:

Patient: masque jaune

Personnel: PGC

Dossier Pt/Rx/Instruments per op comme un SARM (salle externe)

Salle de réveil:

Patient: masque jaune

Personnel: PGC

Référence

Au Nouveau-Brunswick, le diagnostic virologique de la Covid19 repose sur un test moléculaire qui détecte l'ARN du virus dans des échantillons naso-pharyngés ou de type gorge-narines. Les trois méthodes utilisées au N.-B. en date de l'écriture de ce document sont : 1) PCR maison basé sur les recommandations du Laboratoire national de microbiologie en utilisant un LightCyler, 2) Cobas SARS-CoV-2 Test de Roche, et 3) GeneXpert Xpert Xpress SARS-CoV-2 de Cepheid.

Ces trois modalités ont été validées et elles représentent l'étalon d'or dans le diagnostic viral de la Covid19. Les trois tests ont une sensibilité et une spécificité extrêmement élevées (près de 100%) après une vérification dans notre laboratoire avec des conditions contrôlées et dans un cadre expérimental, et ils devraient détecter au minimum jusqu'à 200 copies/mL (une charge virale extrêmement basse).

Cela dit, aucun test en médecine n'est infaillible. Sa valeur dépend, entre autres, de la qualité de prélèvement de l'échantillon et de la condition clinique du patient. Par exemple, un patient asymptomatique en phase d'incubation de la Covid19 pourrait ne pas avoir assez de particules virales afin que celles-ci soient détectables par PCR. Cependant, dans le cadre d'un test rapide effectué au moment-même de la chirurgie et en assumant que le prélèvement a été bien effectué, il est juste d'affirmer que le patient n'avait pas de virus détectable au-dessus de la limite de détection du test dans l'échantillon à ce moment-là, et ce constat devrait être valable pour les heures entourant l'intervention chirurgicale au bloc opératoire qui suivra immédiatement. Comme toujours, un résultat négatif doit toujours être combiné avec les observations cliniques, les antécédents du patient et les données épidémiologiques.

Lorsque le test diagnostique est négatif, la possibilité d'un faux négatif doit être envisagée dans le contexte d'une exposition récente et la présence de signes ou symptômes compatibles avec la Covid19. Si la Covid19 est toujours suspecté sur la base des antécédents d'exposition ainsi que d'autres résultats cliniques, un nouveau test doit être envisagé par les prestataires de soins de santé. Par Dr Gabriel Girouard

Protocole préparé par Dr G. Girouard, Dr S. LeBlanc, Dr P. Philippe, Dr J. Hébert (1 avril, 2020)

Révisé par Dr C. Bourque, Dr S. LeBlanc, Dr J. Hébert, Dr N. Banville (8 octobre, 2020)

Révisé par Dr G. Girouard, Dr S. LeBlanc, Dr R. Laplante, Dr J. Hébert (13 octobre, 2020)

Révisé par Dr G. Girouard, Dr S. LeBlanc, Dr P. Philippe, Dr N. Banville, Dr J. Hébert et revu par le CPI Vitalité (19 octobre, 2020)

Révisé par Dr G. Girouard, Dr J. Hébert (9 août 2021)