



FICHE N°2 : ABORD RESPIRATOIRE

Soins	Précautions standard			Gestion des dispositifs médicaux et du matériel			Préparation des produits pharmaceutiques	Points de vigilance
	Hygiène des mains (HM) 	Equiperment de protection individuel 	Gestion des déchets 	Choix	Entretien	Changement		
Soins sur Trachéotomie 	HM par friction hydroalcoolique (FHA) : - avant la préparation du matériel - avant l'installation du patient / résident - avant et après le port des gants	Port de gants non stériles Port d'un masque chirurgical (EN 14683) type 2R (résistant aux éclaboussures) et lunettes de protection ou masque à visière Port d'un tablier à usage unique	DAOM DASRI : sonde d'aspiration, canule à usage unique, EPI si souillés et pansement	Canule complète : Selon Prescription Médicale : Canule rigide sans ballonnet métallique ou acrylique Canule souple avec ou sans ballonnet Une pince peut être nécessaire au moment du changement si rétrécissement brusque de l'orifice	Pour le soin du trachéotome et de la canule interne : Retirer la canule interne, la désobstruer au minimum 1X par jour (plus si nécessaire) avec de l'eau stérile et un écouvillon à usage unique ou des compresses stériles + une pince Nettoyer les berges avec du sérum physiologique et des compresses puis sécher Changer systématiquement la compresse fendue ou la Métalline® Nettoyage des canules internes hors canules jetables 1X par jour (plus si nécessaire) : Utilisation de savon doux unidose, rinçage minutieux à l'eau stérile ou sérum physiologique, bien sécher à l'aide de compresses et ranger dans un endroit propre (boîte). Eventuellement trempage dans un bain de dD en fonction des recommandations du fabricant	Changement complet de canule (interne + externe) : fréquence selon prescription médicale Bord du trachéotome : nettoyage savon doux unidose avec des compresses, rinçage + séchage soigneux Canule interne jetable éliminée une fois par jour	Le premier changement de canule doit être réalisé par un médecin ou en sa présence Installer le patient/résident en décubitus dorsal avec la tête en légère extension Soin à réaliser après la toilette et éloigné des repas Informé le patient : il doit rester calme et respirer tranquillement Avant tout soin : aspiration trachéo-bronchique Attention à ne pas mobiliser la canule (risque de traumatisme) en enlevant la compresse fendue ou la Métalline® Cordelette à changer si nécessaire, veiller à bien la fixer sans trop serrer	
Kinésithérapie respiratoire 	HM par friction hydroalcoolique (FHA) : - avant la préparation du matériel - avant l'installation du patient / résident - avant et après le port des gants	Port de gants non stériles Si risque de projection de sécrétions bronchiques : Port d'un masque chirurgical (EN 14683) type 2R (résistant aux éclaboussures) et lunettes de protection ou masque à visière Port d'un tablier à usage unique	DAOM DASRI : si matériels et EPI souillés	Matériel de kinésithérapie respiratoire : En fonction de l'acte respiratoire, sur prescription médicale Exemple : chambre d'inhalation, dispositif pour kiné bouteille, Flutter®, main vibrante, saturomètre, spiromètre incitatif, Peack Flow, matériel de boucle débit-volume (BVD), cabine d'EFR...	Dispositifs à patient unique : Kiné bouteille : à éliminer au minimum toutes les 24 heures Spiromètre incitatif : jeter à la fin de l'utilisation Dispositifs mis à disposition d'un seul patient à la fois : (Peack Flow, Flutter@...) à la fin de l'utilisation par le patient et systématiquement tous les 7 jours : dispositif immergé dans un bain de dD, puis brosser, rincer à l'eau du réseau et sécher Pour les patients à risque (mucoviscidose, immunodépression) : stérilisation recommandée Dispositifs à patient multiple : (saturomètre, malette BVD, cabine d'EFR, chambre d'inhalation...) Entretien systématique entre chaque patient Si dispositif non immergeable : après utilisation, nettoyer et désinfecter avec une lavette ou lingette imprégnée de dD Si dispositif immergeable : bain de dD brosser, rincer à l'eau du réseau, sécher	L'utilisation d'embout buccal jetable, pince nez... systématique dès que possible, il sera soit : - à patient unique et nettoyer entre chaque utilisation à l'aide d'un détergent agréé alimentaire (liquide vaisselle), rincer et sécher - soit à usage unique	Respecter la prescription et les recommandations du fabricant Soin à réaliser après la toilette et éloigné des repas Laisser crachoirs et mouchoirs à proximité Aérer la pièce après le soin	
Intubation /Extubation ventilation  	HM par friction hydroalcoolique (FHA) : - avant manipulation de tout matériel - avant et après le port des gants	Intubation et extubation = aérosolisation de sécrétions bronchiques : Port d'un masque chirurgical (EN 14683) type 2R (résistant aux éclaboussures) et lunettes de protection ou masque à visière Port d'un tablier à usage unique Gants non stériles	DASRI : sondes d'intubation, filtres des respirateurs, lame de laryngoscope DAOM : pour le reste	Utilisation d'un kit pour intubation recommandée, avec matériel à usage unique (ou à défaut stérilisé) : lame de laryngoscope, sondes d'intubation, pince de Magill, ouvre-bouche, protégé-dents, mandrin, embout pour anesthésie locale de la glotte, canule de Guedel ou Mayo, tube naso-pharyngé, masque laryngé, raccords... Laryngoscope en état de fonctionnement et adapté aux lames Respirateur : - Circuit interne et annexes : évaporateur, circuit interne du respirateur, analyseur de gaz et cellule de mesure d'O ₂ - Circuit externe du respirateur : il comprend un ensemble formé de tuyaux, pièges à eau, pièce en Y, et ligne de prélèvement ou de réinjection pour analyseur de gaz Echangeur de chaleur et d'humidité et/ou filtre anti-bactérien et viral à patient unique	Le manche du laryngoscope doit être décontaminé par essuyage humide avec du dD entre chaque patient Raccord souple d'alimentation en gaz reliant la prise murale au respirateur et circuit interne du respirateur et annexes (décontamination interne difficile) : entretien quotidien des surfaces externes Circuit externe du respirateur et différents raccords : Si filtre anti-bactérien et anti-viral à patient unique placé entre le patient et la valve antiretour du respirateur, au niveau du raccord en Y (pratique indispensable en anesthésie et lors de transport de patient) : * Bloc opératoire : changer le circuit en fin de programme ou en cas de souillure visible. Les parois extérieures du circuit (pièce en Y et tuyaux attenants) doivent bénéficier d'un entretien de surface entre chaque patient. Un circuit porteur de souillures externes macroscopiques (sang, liquide gastrique, salive) doit être systématiquement changé. Décontaminer les surfaces manipulées du respirateur entre chaque patient. * Service d'hospitalisation : changement du circuit externe tous les 7 jours ou en cas de souillure visible, les filtres doivent être changés toutes les 24 heures. Décontaminer les surfaces externes du respirateur quotidiennement. En l'absence de filtre, le circuit est changé entre chaque patient et maximum tous les deux jours.	La production, le stockage et le transport par canalisation des gaz jusqu'aux prises murales sont sous la responsabilité du service technique bio-médical. La qualité des gaz est sous la responsabilité du pharmacien de l'établissement.	Le patient doit porter une voie veineuse fiable (sauf arrêt cardio-respiratoire ou cas particuliers liés au capital veineux) Sédaté le patient et/ou l'analgésier Positionner le patient en décubitus dorsal , petit billot sous les épaules, tête légèrement en hyper extension, de manière à aligner les trois axes (buccal, pharyngé, laryngé) S'assurer du retrait préalable de la prothèse dentaire le cas échéant Etablir un système de traçabilité afin de pouvoir réaliser, en cas d'épidémie nosocomiale, des enquêtes rétrospectives permettant de retrouver les patients ayant été ventilés par un même respirateur. Ce système permettrait de connaître les dates de nettoyage et de désinfection, les dates de révision et de réparation par le service technique bio-médical, le nom et le service des patients ventilés.	