

Titre	Initier l'administration et le sevrage d'oxygène en contexte hospitalier et IUGM		DSP-CCSMTL-IT-33
Référence à un protocole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date d'entrée en vigueur : 16 janvier 2018		Date de révision :
Situation clinique ou clientèle	Usagers de l'IUGM et des hôpitaux Notre-Dame et Verdun (excluant ceux des soins palliatifs, du bloc opératoire et la population pédiatrique).		
Activité(s) professionnelle(s) visée(s) de l'infirmière	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance 		
Activité(s) professionnelle(s) visée(s) de l'inhalothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer à l'évaluation de la condition cardiorespiratoire à des fins diagnostiques ou de suivi thérapeutique Effectuer l'assistance respiratoire selon une ordonnance Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance 		
Activité(s) professionnelle(s) visée(s) de la physiothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, Déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal Administrer et ajuster l'oxygène lorsqu'il procède à une évaluation ou réalise une intervention auprès d'une personne ayant besoin d'un apport en oxygène, sauf si cette personne est sous ventilation effractive ou sous ventilation à pression positive non effractive. 		
Activité(s) professionnelle(s) visée(s) des technologues (imagerie médicale, radio-oncologie et électrophysiologie)	<ul style="list-style-type: none"> Administrer des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance; 		
Professionnel(s) autorisé(s)	<ul style="list-style-type: none"> Infirmières Technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et électrophysiologie médicale ; Inhalothérapeutes Physiothérapeutes. 		
Médecin répondant	Médecin traitant ou médecin désigné (ex : pourrait être le médecin de garde, médecin superviseur, etc.) selon le fonctionnement du service.		

Indications

- Dyspnée se manifestant par un ou des symptômes parmi les suivants : Agitation -Diaphorèse- Inconfort-Anxiété
- Dyspnée aiguë sévère se manifestant entre autre par une cyanose et du tirage intercostal
- Saturométrie inférieure à 92% à l'air ambiant ou saturométrie sous les valeurs attendues chez usager atteint de MPOC (si inconnue, sous 88%)
- Dépendance connue à l'oxygène à domicile
- Syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil connu avec une saturation d'oxygène égale ou plus petite que 88 % à l'air ambiant ;
- Usager à l'air ambiant ou sous oxygénothérapie présentant une désaturation ou changement dans la situation clinique lors d'une évaluation ou traitement en physiothérapie.
- Usagers en salle de réveil pour qui une ordonnance médicale individuelle n'a pas été émise.
- Situation d'urgence causant une hypoxémie, ex. : Œdème pulmonaire aigu ou surcharge pulmonaire, Choc anaphylactique, choc vasculaire.

Contre-indications

- Usagers étant ou ayant été exposés à la bléomycine (agent anti-cancéreux) et qui sont hypoxémiques : doivent recevoir la plus petite quantité d'oxygène possible pour maintenir la saturation entre 88 et 92%.

Protocole médical

1. Installer l'usager en position assise ou semi-assise (ou décubitus latéral s'il est inconscient) et desserrer les vêtements au niveau du cou et du thorax, au besoin.
2. Pour l'usager MPOC qui présente une dyspnée suite à un effort, attendre quelques minutes de repos avant d'initier l'administration d'oxygène.
3. Évaluer la condition physique de l'usager via les signes vitaux tel que : la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la saturométrie, la température et l'auscultation.

4. Initier l'administration d'oxygène et ajuster la concentration pour obtenir une saturation d'oxygène de 92% et plus. Si une concentration de 50% d'oxygène est requise pour atteindre cette saturation, s'assurer de rejoindre de façon urgente l'inhalothérapeute et d'aviser le médecin traitant ou de garde.
 - Pour l'utilisateur MPOC, viser à atteindre une saturation d'oxygène de 88% à 92%.

	Lunettes nasales	Masque à concentration multiple (Ventimask®)	Masque à réinspiration partielle
Débit ou concentration d'oxygène	1 à 4 L/min	24 à 50%	100%

5. Aviser le médecin traitant ou le médecin de garde selon la situation clinique.
6. Assurer une surveillance clinique étroite, mesurer les signes vitaux régulièrement et monitorer la saturométrie tout au long de l'administration d'oxygène. Pour les usagers MPOC, surveiller l'état de conscience pour s'assurer de détecter l'hypercapnie.
7. Diminuer progressivement le débit d'oxygène administré en fonction de la saturation visée prescrite.
8. Selon le professionnel, documenter les interventions :
 - Date et heure de l'application de l'ordonnance collective ;
 - Évaluation avant le traitement : signes vitaux, signes et symptômes, état de la personne ;
 - Type de dispositif d'administration d'oxygène choisi, débit d'oxygène, durée d'administration d'oxygène ;
 - Réponse au traitement et évaluation respiratoire après l'administration d'oxygène ;
 - Nom du médecin avisé de la situation.

Limites ou situations exigeant une consultation médicale obligatoire

Tous les usagers pour qui cette ordonnance collective est appliquée sont référés au médecin (voir protocole).

Outils de références et sources

Centre d'excellence en santé de Sherbrooke (2014). Méthode de soins informatisée. Administration d'oxygène en situation d'urgence. Consultée le 25 août 2016.

Centre d'excellence en santé de Sherbrooke (2014). Méthode de soins informatisée. Administration d'oxygène par lunette nasale. Consultée le 25 août 2016.

Centre d'excellence en santé de Sherbrooke (2014). Méthode de soins informatisée. Administration d'oxygène par masque. Consultée le 25 août 2016.

Centre d'excellence en santé de Sherbrooke (2014). Méthode de soins informatisée. Oxygénothérapie : cadre de référence. Consultée le 25 août 2016

CHUM (2016). SI-Protocole_0028 Protocole d'administration d'oxygène.CSSS Jeanne Mance (2013).

Ordonnance collective. O.C.T-3: Initier l'administration de l'oxygène à basse concentration.

CSSS Jeanne Mance (2013). Ordonnance collective. O.C.T-4: Initier l'administration de l'oxygène à haute concentration.

CSSS Sud-Ouest-Verdun (2011). Ordonnance collective. DSI-OC-37 : Administrer de 'oxygène à haute concentration (100%) par masque.

OIIQ (2010). *PRN Comprendre pour intervenir : Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières* (2e éd.).

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR			
Élaboration de la version actuelle (identification du ou des médecins impliqué(s) et des personnes responsables, le cas échéant)		Nathalie Girard, coordonnatrice technique en inhalothérapie. HND Valérie Lemieux, Chef des activités respiratoires et de l'EPM. HND Michèle McGee, conseillère cadre en soins infirmiers Véronique Tellier, conseillère cadre DSM par intérim Suzanne Gilbert, pharmacienne, chef adjointe du département de pharmacie et adjointe au chef de département de pharmacie, installation IUGM Sophie Bergeron, chef de service réadaptation HND Dre Anne Bruneau (180350).	
Validation de la version actuelle (identification du ou des médecins impliqué(s) et des personnes responsables, le cas échéant)		Dre Isabelle Sylvestri, Pneumologue HND.	
Approbation de la version actuelle par le représentant du CMDP de l'établissement			
Nom :	Lajeunesse	Prénom :	Julie
Signature :		Date :	2017-01-16
Révision			
Date d'entrée en vigueur			
Date de la dernière révision (si applicable)			
Date prévue de la prochaine révision			
Signature du médecin répondant (si applicable)			
Signature :		Date :	