



# REFERENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Antibioprophylaxie périopératoire

**Juin 2005**

L'utilisation partielle ou totale de ce référentiel nécessite l'accord préalable des promoteurs (CFAR et SFAR).

## REMERCIEMENTS

### Membres du groupe de travail

- P<sup>r</sup> Claude Martin, président du groupe de travail, CHU – Hôpital Nord, Marseille, [cmartin@ap-hm.fr](mailto:cmartin@ap-hm.fr)
- P<sup>r</sup> Hervé Dupont, chargé de projet, CHU – Hôpital Nord, Amiens, [dupont.herve@chu-amiens.fr](mailto:dupont.herve@chu-amiens.fr)
- D<sup>r</sup> Bruno Bally, chef de projet HAS – Saint-Denis La Plaine cedex, [b.bally@has-sante.fr](mailto:b.bally@has-sante.fr)
- P<sup>r</sup> Bernard Allaouchiche, hôpital Édouard Herriot, Lyon, [bernard.allaouchiche@chu-lyon.fr](mailto:bernard.allaouchiche@chu-lyon.fr)
- D<sup>r</sup> Georges Daccache, clinique Saint-Martin, Caen, [georges.daccache@stmartin-caen.gssante.fr](mailto:georges.daccache@stmartin-caen.gssante.fr)
- D<sup>r</sup> Marc Dupont, hôpital Saint-Joseph, Marseille, [mdupont@hopital-saint-joseph.fr](mailto:mdupont@hopital-saint-joseph.fr)
- D<sup>r</sup> Bernard Garrigues, hôpital général, Aix en Provence, [bgarrigues@ch-aix.fr](mailto:bgarrigues@ch-aix.fr)
- D<sup>r</sup> Pascal Grison, clinique Saint-Charles, La Roche sur Yon, [pgrison.csc.@sa3h.fr](mailto:pgrison.csc.@sa3h.fr)
- D<sup>r</sup> Alain Lepape, centre hospitalier, Lyon Sud – Pierre Bénite, [alain.lepape@chu-lyon.fr](mailto:alain.lepape@chu-lyon.fr)
- D<sup>r</sup> Adolphe Montefiore, hôpital général, Villeneuve St Georges, [secretariat.ars@chiv.fr](mailto:secretariat.ars@chiv.fr)
- D<sup>r</sup> Éric Nam, clinique Sainte-Thérèse, Amiens, [nameric@voilà.fr](mailto:nameric@voilà.fr)

### Membres du groupe de lecture

- **Experts désignés par les promoteurs (CFAR) :**
  - D<sup>r</sup> Marie-Paule Chariot, anesthésiste-réanimateur, Cornebarrieu ;
  - P<sup>r</sup> Bertrand Debaene, anesthésiste-réanimateur, Poitiers ;
  - D<sup>r</sup> Jean-Marc Dumeix, anesthésiste-réanimateur, Saint-Rémy ;
  - D<sup>r</sup> Claude Jacquot, anesthésiste-réanimateur, Grenoble ;
  - D<sup>r</sup> Didier Réa, anesthésiste-réanimateur, Orléans
- **Experts de la méthode (HAS) :**
  - D<sup>r</sup> Jacques Birges, généraliste, Lorraine ;
  - D<sup>r</sup> Yann-Yves Bonnet, anesthésiste-réanimateur, Auvergne ;
  - D<sup>r</sup> Guy Devaud, gynécologue, Poitou-Charentes ;
  - D<sup>r</sup> Gilles Guy, neurochirurgien, Pays de la Loire ;
  - D<sup>r</sup> Jean Michel Herpe, radiologue, Poitou-Charentes ;
  - D<sup>r</sup> Gérard Lairy, cardiologue, Île de France ;
  - D<sup>r</sup> Monique Lathelize, anesthésiste-réanimateur, Limousin ;
  - D<sup>r</sup> Jean-Baptiste Quilichini, épidémiologiste, Corse ;
  - M<sup>me</sup> Annette Salczynski, cadre de santé, Nord Pas-de-Calais ;
  - D<sup>r</sup> Pierre Squara, cardiologue, Île de France

### Membres du groupe test

- D<sup>r</sup> Hubert BERMUDES, libéral, Toulouse ;
- D<sup>r</sup> Jean-Louis BRINDEJONC, public, Châtelleraut cedex ;
- D<sup>r</sup> Catherine BRUSSET SENTENAC, libéral, Pau ;
- D<sup>r</sup> Dominique BURDIN, libéral, Nancy ;
- D<sup>r</sup> Daniel FRANCON, PSPH, Marseille ;
- D<sup>r</sup> Jacques FROUIN, libéral, Bruges ;
- D<sup>r</sup> Yves GALLOUX, public, Beaune cedex ;
- D<sup>r</sup> Patrice GUEDJ, public, Montauban ;
- D<sup>r</sup> Édith HORVILLEUR, public, Le Sappey en Chartreuse ;
- D<sup>r</sup> Jean-Claude HUMMEL, public, Saint-Martin des Olmes ;
- D<sup>r</sup> Thierry LEBRUN, libéral, Fort-de-France ;
- D<sup>r</sup> Gérard MACOUILLARD, public, Bordeaux ;
- D<sup>r</sup> Jean-Louis MATHIOT, public, Paris ;
- D<sup>r</sup> Dominique MONNIN, libéral, Bordeaux ;
- D<sup>r</sup> Marthe MONTIBUS, public, Toulouse ;
- P<sup>r</sup> Jean-François PAYEN, public, Grenoble ;
- D<sup>r</sup> Christian PUIG, libéral, Saint-Laurent du Var ;
- D<sup>r</sup> Hadrien ROZE, public, Bordeaux ;
- P<sup>r</sup> Annick STEIB, public, Strasbourg cedex ;
- D<sup>r</sup> Jean TOURRÈS, libéral, Saint-Herblain cedex.

## I. PROMOTEURS

- Collège français des anesthésistes-réanimateurs.
- Société française d'anesthésie et de réanimation.

Encadrement méthodologique : Haute Autorité de santé (HAS).

## II. SOURCES

Les documents de référence sélectionnés par le groupe de travail ont été essentiellement le texte de la conférence de consensus de 1992, révisé en 1999 sous l'égide de la SFAR (<http://www.sfar.org/antibiofr.html>), les recommandations portant sur l'antibioprofylaxie en chirurgie (Écosse) publiés en l'an 2000 ([www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)), les recommandations sur l'antibioprofylaxie américaine de 1999 (États-Unis) et la révision en 2002 de la conférence de consensus de 1992 sur la prophylaxie de l'endocardite infectieuse.

## III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Tous les médecins anesthésistes-réanimateurs.

## IV. PATIENTS CONCERNES

Tous les patients pris en charge par un service d'anesthésie-réanimation devant bénéficier d'une antibioprofylaxie périopératoire par voie injectable.

## V. UTILISATION DU REFERENTIEL ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

*« L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).*

Il s'agit donc d'analyser sa pratique médicale en utilisant des références scientifiques validées grâce à une méthode structurée et explicite d'amélioration continue de la qualité.

- Les références utilisées peuvent être variées (recommandations pour la pratique clinique, textes réglementaires, etc.). Afin de faciliter la démarche d'EPP et son appropriation par les professionnels, ces références peuvent également être déclinées en un document synthétique et pratique d'utilisation : le **référentiel de pratiques professionnelles**.
- Une démarche d'amélioration continue de la qualité met en œuvre, de manière explicite dans la pratique clinique, des références validées (qui peuvent être déclinées en référentiel) avec un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de suivi des résultats obtenus.

L'Anaes a publié de nombreuses méthodes d'amélioration continue de la qualité (cf. : Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : Anaes ; 2000). Les guides pratiques d'utilisation de ces méthodes sont téléchargeables gratuitement sur le site de la Haute Autorité de santé (<http://www.has-sante.fr>).

Dans le cadre d'une démarche d'EPP, on peut donc, par exemple, associer :

- **référentiel et audit clinique.** Ce référentiel peut être utilisé dans le cadre d'un audit clinique. À partir des dossiers analysés rétrospectivement, les réponses à chaque critère d'évaluation sont recueillies dans une grille d'auto-évaluation (pour chaque critère, on recherche si celui-ci est présent, absent ou non applicable). Les résultats seront analysés. Un plan d'amélioration et de suivi est proposé. Un rapport écrit de la démarche est rédigé.  
Les documents nécessaires à cet audit ont été regroupés dans l'annexe jointe au référentiel ;
- **référentiel et revue mortalité-morbidité.** À l'occasion d'un décès ou d'une complication morbide, une analyse du dossier et des causes ayant entraîné la complication est réalisée. L'anonymat est respecté. Le référentiel est utilisé pour vérifier si la pratique est conforme (d'autres références peuvent, bien entendu, être utilisées simultanément). Un plan d'amélioration et de suivi est assuré. Un rapport écrit de la démarche est rédigé ;
- **référentiel et programme d'amélioration de la qualité (PAQ-Anaes).** Une équipe médicale souhaite améliorer sa pratique concernant une prise en charge d'un patient. Un groupe de travail est mis en place qui identifiera (définition, limites, acteurs) et décrira le processus (ou la prise en charge) cible. Puis le groupe construira un nouveau processus répondant aux critères de qualité requis à l'aide du référentiel (d'autres références peuvent bien entendu être utilisées simultanément). Enfin un suivi du processus mis en place est assuré. Un rapport écrit de la démarche est rédigé.

Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres méthodes existent qui sont ou seront validées par la HAS, mais elles associent toutes l'utilisation de références scientifiques à une méthode structurée et explicite d'amélioration de la qualité.

Les référentiels de pratiques professionnelles HAS-CFAR-SFAR disponibles au 1<sup>er</sup> juillet 2005 sont :

- le dossier du patient en anesthésie ;
- l'antibioprofylaxie périopératoire ;
- la prise en charge de la douleur postopératoire ;
- la transfusion peropératoire.

## VI. OBJECTIFS DE QUALITE

### Identification au niveau de la structure :

L'antibioprophylaxie périopératoire doit faire l'objet de protocoles écrits, validés, actualisés et correspondant à des situations cliniques spécifiques rencontrées dans le secteur d'activité concerné. Niveau de recommandation : Grade B (*critères 1 et 2*) ;

### Identification au niveau du dossier patient :

- Disposer d'une évaluation préanesthésique prenant en compte le rapport bénéfice-risque et permettant de proposer une stratégie d'antibioprophylaxie (*critères 3 et 4*). Grade B ;
- Assurer la lisibilité et contrôler la qualité de la prescription du protocole d'antibioprophylaxie au bloc opératoire (*critères 5, 6, 7 et 8*). Grade A ;
- Pouvoir vérifier l'adéquation de la pratique professionnelle par rapport aux recommandations locales (*critères 9, 10 et 11*). Grade B.

<h3>Critères d'évaluation</h3>
--------------------------------

### Critères portant sur la structure :

1. L'équipe d'anesthésie dispose de protocoles d'antibioprophylaxie écrits, validés et adaptés à son secteur d'activité.
2. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont régulièrement actualisés.

### Critères à rechercher dans les dossiers des patients :

3. L'antibioprophylaxie doit être programmée en consultation d'anesthésie. Le nom de l'antibiotique et la posologie à utiliser doivent être mentionnés sur le document de la consultation d'anesthésie.
4. Les particularités liées au terrain du patient (patient allergique aux antibiotiques, patients porteurs de bactéries multirésistantes, patients nécessitant une prophylaxie de l'endocardite, reprise, etc.) susceptibles de modifier le protocole d'antibioprophylaxie, sont renseignées dans le dossier d'anesthésie.

5. L'heure de l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.
6. L'heure de l'injection de l'antibioprofylaxie correspondant aux 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.
7. La dose unitaire de l'antibiotique administré en préopératoire est notée sur la feuille d'anesthésie.
8. La durée de la prescription de l'antibioprofylaxie est strictement inférieure à 48 heures.
9. La molécule utilisée pour l'antibioprofylaxie est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.
10. La dose unitaire de l'antibiotique utilisé est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.
11. Le nombre de réinjections de l'antibiotique est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.

## VII. GUIDE DE L'UTILISATEUR

**Critères portant sur la structure (une seule réponse par critère) :**

**Critère 1 :**

*L'équipe d'anesthésie dispose de protocoles d'antibioprophylaxie écrits, validés et adaptés à son secteur d'activité.*

Répondre OUI s'il existe dans la structure des protocoles d'antibioprophylaxie écrits correspondant à des situations cliniques spécifiques rencontrées dans le secteur d'activité concerné et validés (sociétés savantes, CLIN...).

Répondre NON si les protocoles ne sont pas disponibles ou n'ont pas été validés.

**Critère 2 :**

*Les protocoles d'antibioprophylaxie sont régulièrement actualisés.*

Répondre OUI si la date de rédaction, ou de réactualisation, ou de reconduction (en l'absence de modification) du protocole est mentionnée sur celui-ci et qu'elle date de moins de 18 mois à la date de l'évaluation.

Répondre NON : si aucune date de rédaction, de réactualisation ou de reconduction du protocole n'est mentionnée sur celui-ci ou si elle date de plus de 18 mois à la date de l'évaluation.

**Critères à rechercher dans les 20 dossiers patients analysés (une réponse pour chaque dossier, soit 20 réponses par critère) :**

**Critère 3 :**

*L'antibioprophylaxie doit être programmée en consultation d'anesthésie. Le nom de l'antibiotique et la posologie à utiliser doivent être mentionnés sur le document de la consultation d'anesthésie.*

Répondre OUI si le nom de l'antibiotique prévu ainsi que sa posologie sont renseignés sur la feuille de consultation d'anesthésie,

Répondre NON s'il manque un des items.

Répondre NA (Non Applicable) en cas d'intervention chirurgicale en urgence

**Critère 4 :**

*Les particularités liées au terrain du patient (patient allergique aux antibiotiques, patients porteurs de bactéries multirésistantes, patients nécessitant une prophylaxie de l'endocardite, reprise...), susceptibles de modifier le protocole d'antibioprophylaxie sont renseignées dans le dossier d'anesthésie.*

Répondre OUI s'il est noté dans la feuille de consultation d'anesthésie la notion d'allergie aux antibiotiques, la notion de portage de bactérie multirésistante, la notion de nécessité de prévention de l'endocardite, la notion de reprise impliquant une modification du protocole habituel de l'antibioprophylaxie.

Répondre NON si malgré la présence d'un terrain particulier il n'y a pas de proposition de modification d'antibioprophylaxie.

Répondre NA (non applicable) si l'antibioprophylaxie n'avait pas été programmée en consultation d'anesthésie.

**Critère 5 :**

*L'heure de l'incision chirurgicale est notée sur la feuille d'anesthésie.*

Répondre OUI si l'heure est notée ou bien s'il existe une flèche sur la feuille d'anesthésie au moment de l'incision chirurgicale.

Répondre NON s'il n'y a pas de notification de l'incision chirurgicale sur la feuille d'anesthésie.

**Critère 6 :**

*L'heure de l'injection de l'antibioprofylaxie correspondant aux 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.*

Répondre OUI si l'heure d'injection est notée ET qu'elle correspond réellement aux 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale.

Répondre NON si l'heure n'est pas notée ou si l'antibioprofylaxie n'est pas réalisée avant les 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale.

Répondre N/A si l'heure de l'incision chirurgicale n'est pas notée sur la feuille d'anesthésie.

**Critère 7 :**

*La dose unitaire de l'antibiotique administré en préopératoire est notée sur la feuille d'anesthésie.*

Répondre OUI si la dose unitaire de l'antibiotique injecté est notée sur la feuille d'anesthésie.

Répondre NON si la dose unitaire n'est pas notée sur la feuille d'anesthésie.

**Critère 8 :**

*La durée de la prescription de l'antibioprofylaxie est strictement inférieure à 48 heures.*

Répondre OUI si la durée de la prescription sur la feuille postopératoire est inférieure strictement à 48 heures.

Répondre NON si la durée de la prescription sur la feuille postopératoire est supérieure à 48 heures ou si elle n'est pas notée.

**Critère 9 :**

*La molécule utilisée pour l'antibioprofylaxie est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.*

Répondre OUI si elle est conforme.

Répondre NON si elle n'est pas conforme.

Répondre N/A s'il n'existe pas de protocole.

**Critère 10 :**

*La dose unitaire de l'antibiotique utilisé est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.*

Répondre OUI si elle est conforme.

Répondre NON si elle n'est pas conforme.

Répondre N/A s'il n'existe pas de protocole.

**Critère 11 :**

*Le nombre de réinjections de l'antibiotique est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.*

Répondre OUI si elle est conforme.

Répondre NON si elle n'est pas conforme.

Répondre N/A s'il n'existe pas de protocole.

## VIII. ANNEXE

### Utilisation du référentiel avec une méthode d'audit clinique dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

**L'audit clinique** : c'est une méthode qui va décrire à travers ses étapes successives le cycle d'amélioration continue de la qualité décrit par Deming (planifier, mettre en œuvre, évaluer, améliorer).

Pour plus de détails, on pourra se reporter aux publications de l'Anaes sur le sujet :

- L'audit clinique, Andem, juin 1994 ;
- L'audit clinique, bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, Anaes, avril 1999 ;
- Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, Anaes, juin 2003.

Après une nécessaire définition et organisation du projet (planifier), l'objectif est donc de comparer la pratique réelle de l'équipe à un référentiel, lui-même établi à partir de références scientifiques validées. Ce référentiel est décliné en une grille de critères d'évaluation qui permet d'évaluer si la pratique est conforme au référentiel (mettre en œuvre). Ensuite l'équipe doit analyser les résultats obtenus (évaluer) et proposer un plan d'amélioration et de suivi (améliorer).

L'utilisation des **référentiels de pratiques professionnelles** réalisés conjointement par la SFAR-CFAR et la HAS permet de réaliser une démarche de type audit clinique, simple et rapide à utiliser pour le médecin anesthésiste-réanimateur. En effet, la construction du référentiel et de la grille des critères d'évaluation a été préalablement effectuée sous l'égide du CFAR par un groupe d'anesthésistes-réanimateurs représentatifs de la spécialité. Il ne reste plus alors au médecin qu'à recueillir les réponses aux questions posées par le référentiel à partir d'une étude rétrospective d'au moins vingt dossiers, à analyser ses résultats et à proposer un plan d'amélioration et de suivi de ses pratiques professionnelles. L'utilisation de ces référentiels constitue donc certainement, du moins dans un premier temps, une porte d'entrée dans l'EPP simple et très accessible à tout professionnel même peu familier des méthodes qualité.

Cette démarche pour être valide doit être explicite et doit donner lieu à un **rapport écrit** décrivant la démarche réalisée.

Ce rapport peut suivre le plan type suivant (cf. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration, Anaes, juin 2003) :

- présentation du contexte ;
- objectifs ;
- organisation et déroulement de la démarche (composition du groupe projet ou de l'équipe, unité impliquée, description de la méthode, calendrier et déroulement des différentes étapes) ;
- recueil des données (cf. modèle joint de la grille de recueil des données) ;
- analyse des résultats ;
  - Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points à améliorer de votre pratique) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?
  - Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?

- Plan d'amélioration et de suivi ;
  - Quelles actions d'améliorations allez-vous mettre en place ?
  - Comment les actions d'amélioration sont-elles suivies et évaluées ?
- Conclusions et impact de la démarche.

Spécificité de l'anesthésie-réanimation : une démarche **d'équipe** :

Dans l'exercice de l'anesthésie-réanimation, les contraintes organisationnelles et en particulier la nécessaire permanence des soins font qu'au sein des établissements de santé la prise en charge d'un patient implique, le plus souvent, plusieurs médecins anesthésistes-réanimateurs (exemple : consultation d'anesthésie, phase opératoire, suivi postopératoire et réanimation). Cette spécificité du processus anesthésique a conduit au développement d'une logique du travail en équipe (dossier d'anesthésie partagé, protocoles et procédures communs) contribuant à améliorer la qualité et la continuité des soins et à diminuer les écarts par rapport à une norme validée en anesthésie et en réanimation.

De ce fait l'évaluation des pratiques en anesthésie-réanimation suppose, dans la plupart des cas, une approche du travail en équipe, des médecins anesthésistes-réanimateurs. Dans le cadre d'une démarche d'audit, chaque médecin étudie donc une quotité prédéfinie de dossiers (20 environ, mais le nombre peut être adapté en fonction du thème choisi), les résultats sont mis en commun et une démarche d'amélioration et de suivi est réalisée collectivement.

Cette participation collective à une EPP doit bénéficier :

- à chaque médecin qui la finalise individuellement ;
- au groupe de médecins anesthésistes-réanimateurs.

La définition d'une équipe d'anesthésistes-réanimateurs est ouverte mais on peut néanmoins considérer qu'il s'agit de la plus petite entité prenant en charge un patient (exemple : équipe d'anesthésie en ORL, équipe d'anesthésie aux urgences, équipe de réanimation etc.).

### **En pratique :**

Tous les membres d'une équipe d'anesthésie participent à cette auto-évaluation.

L'équipe prend connaissance du référentiel.

Une méthode rétrospective est retenue.

Chaque membre de l'équipe recueille sur une grille (cf. document joint) les données de 20 dossiers d'anesthésie consécutifs, en chirurgie réglée ou en urgence, avec une indication d'antibioprophylaxie par voie injectable.

L'analyse des résultats et la proposition d'actions d'amélioration sont collectives à partir des données anonymisées. Un suivi est organisé.

Un rapport écrit de la démarche est rédigé (cf. plus haut).

**Grille de recueil des données.**

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

**Critères concernant la structure :**  
**(une seule réponse par critère, cochez la case correspondante).**

CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES SI NA OU NON
<b>Critère 1 :</b> L'équipe d'anesthésie dispose de protocoles d'antibioprophylaxie écrits, validés et adaptés à son secteur d'activité.				
<b>Critère 2 :</b> Les protocoles d'antibioprophylaxie sont régulièrement actualisés.				

### Critères concernant les dossiers analysés (une réponse par dossier, soit 20 réponses par critère).

Notez une seule réponse par case :

- **O** si la réponse est OUI (= présent) ;
- **N** si la réponse est NON (= absent) ;
- **NA** si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
<b>Critère 3.</b> L'antibioprophylaxie doit être programmée en consultation d'anesthésie. Le nom de l'antibiotique et la posologie à utiliser doivent être mentionnés sur le document de la consultation d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 4.</b> Les particularités liées au terrain du patient (patient allergique aux antibiotiques, patients porteurs de bactéries multirésistantes, patients nécessitant une prophylaxie de l'endocardite...) susceptibles de modifier le protocole d'antibioprophylaxie, sont renseignées dans le dossier d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 5.</b> L'heure de l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 6.</b> L'heure de l'injection de l'antibioprophylaxie correspondant aux 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 7.</b> La dose unitaire de l'antibiotique administré en préopératoire est notée sur la feuille d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 8.</b> La durée de la prescription de l'antibioprophylaxie est strictement inférieure à 48 heures.											O : N : NA :
<b>Critère 9.</b> La molécule utilisée pour l'antibioprophylaxie est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.											O : N : NA :
<b>Critère 10.</b> La dose unitaire de l'antibiotique utilisé est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.											O : N : NA :
<b>Critère 11.</b> Le nombre de réinjections de l'antibiotique est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le ty											O : N : NA :

## Référentiel antibioprofylaxie périopératoire

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total
<b>Critère 3.</b> L'antibioprofylaxie doit être programmée en consultation d'anesthésie. Le nom de l'antibiotique et la posologie à utiliser doivent être mentionnés sur le document de la consultation d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 4.</b> Les particularités liées au terrain du patient (patient allergique aux antibiotiques, patients porteurs de bactéries multirésistantes, patients nécessitant une prophylaxie de l'endocardite...) susceptibles de modifier le protocole d'antibioprofylaxie, sont renseignées dans le dossier d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 5.</b> L'heure de l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 6.</b> L'heure de l'injection de l'antibioprofylaxie correspondant aux 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale est mentionnée sur la feuille d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 7.</b> La dose unitaire de l'antibiotique administré en préopératoire est notée sur la feuille d'anesthésie.											O : N : NA :
<b>Critère 8.</b> La durée de la prescription de l'antibioprofylaxie est strictement inférieure à 48 heures.											O : N : NA :
<b>Critère 9.</b> La molécule utilisée pour l'antibioprofylaxie est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.											O : N : NA :
<b>Critère 10.</b> La dose unitaire de l'antibiotique utilisé est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.											O : N : NA :
<b>Critère 11.</b> Le nombre de réinjections de l'antibiotique est conforme au protocole de service et/ou d'établissement pour le type de chirurgie et le terrain.											O : N : NA :

Dossiers	Observations et commentaires
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	