



March/mars 2016

Volume 34, Issue/numéro 1

# ORNAC | REVUE DE JOURNAL | L'AIISOC



© nano

Surgical Attire • Tenue chirurgicale

A Patient's Voice • La voix d'un patient

Call for Abstracts • Appel de présentations

[www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) / [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca)

PM40951517



## Learn About Three Powerful O.R. Glove Initiatives:

- 1 Double Gloving.** Reduce risks of infection by quickly identifying punctures.
- 2 Removing Latex.** Reduce the risk of allergic reactions to latex gloves.
- 3 Glove Management.** Reduce waste, save money and increase efficiency with your O.R. gloves.



Medline's dark underglove promotes fast identification of punctures.

For more information,  
email [Canada@medline.com](mailto:Canada@medline.com).

# ORNAC JOURNAL

A peer-reviewed Journal published by Clockwork Communications Inc.  
for the Operating Room Nurses Association of Canada

Published Quarterly ✦ Volume 34, Issue 1, March 2016

## TABLE OF CONTENTS



©nario

### 14 Surgical Attire – A Matter of Preference or Evidence?

BY: LISA SPRUCE, DNP, RN,  
CNS-CP, ACNS, ACNP, FAAN

### 37 When Surgery Goes Wrong: The Importance of the Patient's Voice

BY: KAPKA PETROV

## ORNAC NETWORK

24 Call for Abstracts – ORNAC 2017 National Conference

47 ORNAC/Johnson & Johnson Medical Products Bursary for OR Nurses

47 Cardinal Health Research Grant

49 RMAC Patient Safety Award

49 3M Canadian Infection Prevention Champion Award

50 New Chair of the *ORNAC Journal* Editorial Committee

39 Upcoming Events



## SUBSCRIPTIONS:

Canada - \$46 plus GST/HST  
Outside Canada - \$70  
Single Copies - \$15 + tax in Canada  
\$22 outside Canada  
subscriptions@clockworkcanada.com

GST/HST# 84200 7148  
ISSN 1927-6141

Indexed in CINAHL,  
Ebsco Publishing, and part of the  
EBSCOHOST suite of  
CINAHL programs.

Publications Mail  
Agreement No. 40951517  
Return Undeliverable Canadian  
Addresses to  
PO Box 33145 Halifax NS B3L 4T6

## ORNAC Journal

c/o Clockwork Communications Inc.  
PO Box 33145, Halifax, NS, B3L 4T6  
Tel: 902.442.3882 Fax: 888.330.2116  
E-Mail: Contact@ClockworkCanada.com  
www.ClockworkCanada.com

### EDITOR:

Deborah McNamara

### ART DIRECTOR:

Sherri Keenan

### TRANSLATION:

Jocelyne Demers-Owoka

### EDITORIAL CO-CHAIRS:

Debra Clendinneng, Aline Gagnon,  
Barbara Mushayandebvu

## ADDRESS CHANGES:

ORNAC members / Membres de l'AIISOC:  
www.ORNAC.ca for address changes /  
pour effectuer un changement d'adresse.

Non-member Subscribers:  
send address changes to  
subscriptions@ClockworkCanada.com  
or fax to 1.888.330.2116. Please provide  
your old and new address as well as an  
e-mail or telephone contact.

## ORNAC Executive

**PRESIDENT** - Cathleen Ferguson RN, BScN, RNFA, CPN(C), CNOR - Antigonish, NS - [president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)

**PRESIDENT ELECT**- Barbara Mushayandebvu RN, CPN(C) - Ottawa, ON - [presidentelect@ornac.ca](mailto:presidentelect@ornac.ca)

**TREASURER** - Elizabeth Beck RN, CPN(C) - New Minas, NS - [treasurer@ornac.ca](mailto:treasurer@ornac.ca)

**SECRETARY** - Jane Radey RN, RNFA, CPN(C) - Huntsville, ON - [secretary@ornac.ca](mailto:secretary@ornac.ca)

**EXECUTIVE DIRECTOR** - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - [executivedirector@ornac.ca](mailto:executivedirector@ornac.ca)

## ORNAC Board Members

### BRITISH COLUMBIA

Marlene Skucas RN, CPN(C)

### ALBERTA

Lucia Pfeuti RN, BN, CPN(C)

### SASKATCHEWAN

Margaret Farley RN,  
BScN, CPN(C)

### MANITOBA

Karen Sagness RN, RNFA, CPN(C)

### ONTARIO

Linda Whyte RN, CPN(C)

### QUEBEC

Josée Sauriol RN, CPN(C)

### NEW BRUNSWICK

Chantal Pelletier RN, BN, BSc

### NOVA SCOTIA

Ida Berry RN, CPN(C)

### PRINCE EDWARD ISLAND

Cathy Griffin RN, BScN, CPN(C)

### NEWFOUNDLAND & LABRADOR

Corenia Price, RN, CMDRT,  
CPN(C)

### LEADERSHIP

Kelly Chapman RN, MHS, BSN, CPN(C)

### ADVANCED PRACTICE

Anita Esson RN, BScN, RNFA, CPN(C)

### EDUCATION

Kristina Creuss RN, RNFA, BA,  
BScN, MST, CPN(C)

For information about the  
Board visit

[www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca)

## ORNAC MISSION

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) is an organization of Perioperative Registered Nurses and Associates dedicated to the:

- Promotion and advancement of excellence in the provision of safe perioperative care for patients;
- Professional growth, competence and personal enhancement of the ORNAC membership; and
- Progression of perioperative professional practice at a regional, provincial, national & international level.



# REVUE DE L'AIISOC

Une revue révisée par des pairs et publiée par Clockwork Communications Inc. pour l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada

Publiée chaque trimestre ✦ Volume 34, numéro 1, mars 2016

## TABLE DES MATIÈRES



©mano

### 25 La tenue chirurgicale – une question de préférence ou de données probantes?

PAR : LISA SPRUCE, PH. D. EN PRATIQUES INFIRMIÈRES, INF., ICS-PC, IASO, ICSA, IPSA, FAAN

### 42 Quand la chirurgie tourne mal : l'importance d'une voix pour le patient

PAR : KAPKA PETROV

## RÉSEAU DE L'AIISOC

### 24 Appel de Présentations – Conférence national de l'AIISOC

### 47 Bourse de l'AIISOC/Johnson & Johnson medical products pour les infirmières et infirmiers de salle d'opération

### 47 Bourse de recherche de Cardinal Health

### 49 Prix de sécurité des patients RMAC

### 49 Prix-étoile 3M pour la prévention de l'infection au Canada

### 50 Nouvelle présidente du comité de rédaction de la revue de L'AIISOC

### 39 Prochains événements



## ABONNEMENT :

Canada - \$45 plus TPS/TVH  
À l'extérieur du Canada - \$70  
Copies individuelles - 15 \$ + taxes au Canada / 22 \$ à l'extérieur du Canada  
abonnements@clockworkcanada.com

TPS/TVH n° 84200 7148  
ISSN 1927-6141

Indexée dans CINAHL, Ebsco Publishing et une partie de la suite de programmes EBSCOHOST de CINAHL.

Convention de vente des envois de publications canadiennes No. 40951517

Retourner toute correspondance canadienne ne pouvant être livrée au CP 33145 Halifax N.-É. B3L 4T6

## Revue de l'AIISOC

a/s de Clockwork Communications Inc.  
CP 33145, Halifax, N.-É., B3L 4T6  
N° de tél. : 902.442.3882 Téléc. : 888.330.2116  
Contact@ClockworkCanada.com  
www.ClockworkCanada.com

### RÉDACTRICE EN CHEF :

Deborah McNamara

### DIRECTRICE ARTISTIQUE :

Sherri Keenan

### TRADUCTION :

Jocelyne Demers-Owoka

### COPRÉSIDENTES DU COMITÉ DE RÉDACTION :

Debra Clendinneng, Aline Gagnon,  
Barbara Mushayandebvu

## CHANGEMENTS D'ADRESSE :

Membres de l'AIISOC :  
www.AIISOC.ca pour effectuer  
un changement d'adresse.

Abonnés non membres :  
Envoyer les changements d'adresse à  
abonnements@clockworkcanada.com  
ou par télécopieur à 1.888.330.2116.  
Veuillez fournir votre ancienne et votre  
nouvelle adresse ainsi qu'un courriel ou  
un numéro de téléphone où l'on peut  
vous rejoindre.

## Comité de direction de l'AIISOC

**PRÉSIDENTE** - Cathleen Ferguson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C), IASO - Antigonish, N.-É - [president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)

**PRÉSIDENTE ÉLUE** - Barbara Mushayandebvu, inf., CSP(C) - Ottawa, ON - [presidentelect@ornac.ca](mailto:presidentelect@ornac.ca)

**TRÉSORIÈRE** - Elizabeth Beck, inf., CSP(C) - New Minas, N.-É. - [treasurer@ornac.ca](mailto:treasurer@ornac.ca)

**SECRÉTAIRE** - Jane Radey, inf., IPAC, CSP(C) - Huntsville, ON - [secretary@ornac.ca](mailto:secretary@ornac.ca)

**DIRECTRICE GÉNÉRALE** - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - [executivedirector@ornac.ca](mailto:executivedirector@ornac.ca)

## Conseil d'administration de l'AIISOC

### COLOMBIE-BRITANNIQUE

Marlene Skucas, inf., CSP(C)

### ALBERTA

Lucia Pfeuti, inf., B.S.Inf., CSP(C)

### SASKATCHEWAN

Margaret Farley, inf.,  
B.Sc.Inf., CSP(C)

### MANITOBA

Karen Sagness, inf., IPAC, CSP(C)

### ONTARIO

Linda Whyte, inf., CSP(C)

### QUÉBEC

Josée Sauriol, inf., CSP(C)

### NOUVEAU-BRUNSWICK

Chantal Pelletier, inf., B.Sc., B.Inf.

### NOUVELLE-ÉCOSSE

Ida Berry, inf., CSP(C)

### ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Cathy Griffin, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)

### TERRE-NEUVE-ET- LABRADOR

Corenia Price, inf., TARDM, CSP(C)

### LEADERSHIP

Kelly Chapman, inf., M.Sc.S., B.Sc.Inf., CSP(C)

### PRATIQUE AVANCÉE

Anita Esson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C)

### ÉDUCATION

Kristina Creuss, inf., IPAC, B.A., B.Sc.Inf.,  
massothérapeute, CSP(C)

Pour plus de renseignements  
concernant le Conseil  
d'administration, visitez  
[www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca)

## MISSION DE L'AIISOC

L'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) est un organisme d'infirmières et d'infirmiers autorisés en soins périopératoires et d'associés se consacrant :

- A la promotion et à l'avancement de l'excellence quant à la distribution de soins périopératoires sécuritaires à nos patients;
- A l'amélioration des compétences tant sur le plan professionnel que personnel; et
- A la progression de la pratique professionnelle des soins périopératoires à l'échelle provinciale, nationale et internationale.



# Advertiser Directory / Annuaire des annonceurs

---

## Product Advertisers / Annonceurs de produits

Cardinal Health Canada	51	Medline Canada	2
Ecolab	10	RMAC Surgical	52
Instrumentarium	15, 19, 27		

## Career Opportunities / Possibilités de carrière

Vancouver Coastal Health	36	CORL National Conference	36
--------------------------	----	--------------------------	----

Looking For Information About Advertising  
In This Journal?

Vous cherchez l'Information pour  
mettre une annonce dans cette revue ?

[contact@ClockworkCanada.com](mailto:contact@ClockworkCanada.com)

or / ou

902.442.3882



---

# PRESIDENT'S MESSAGE

*Cathleen Ferguson RN, BScN, RNFA, CPN(C), ORNAC incoming President is the Manager of OR/Perioperative Services at St. Martha's Regional Hospital in Antigonish NS and also works as an RN First Assistant. She is a past member of the ORNAC Standards Committee and past Chair of the Nominations Committee.*

[president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)



I hope that you have had a wonderful 2016 so far and I wish you all health and happiness throughout the year.

ORNAC elections for 2016 include the provincial director positions for Alberta, Manitoba, New Brunswick, Prince Edward Island and Newfoundland & Labrador. Also included are the board positions representing the two seats of Leadership and Education as well as the Board Executive position of Treasurer. It is so exciting to experience the second national election for ORNAC since the rewriting of the ORNAC by-laws. I am pleased and proud of the changes that ORNAC has made in how it elects new members to the board. Having a national election allows each perioperative registered nurse the opportunity to be actively involved in making these important decisions and also offers each member an opportunity to become run for a position that will get them actively involved at the provincial or national level. I look forward to welcoming, and working with, the new ORNAC Directors.

Professional organizations and associations are critical to the generation of energy, flow of ideas, and pro-active work needed to maintain a healthy profession that advocates for the needs of its members, clients and their families. Members are the heart of ORNAC and it is through our activities, energy, and willingness to be involved that ORNAC has developed into a leading national organization. To maintain the strength of our association all perioperative

ORNAC has worked very hard toward bilingualism, within the association, in order to represent our English and French speaking members.

---

nurses must seize every opportunity to be active and involved members and to spread the word about the important work we do every day. Together we are powerful!

Over the past months ORNAC has undergone many changes. We are actively working, along with Executive Director Heather Dow, and the team at Events and Management Plus, on making improvements to ensure that ORNAC is representing and advocating on behalf of the members as best as possible. The ability for ORNAC to communicate quickly with its members is extremely important. Newsletters and e-blasts keep members aware of issues and help explain developments. We have relaunched ORNAC's newsletter "TIMEOUT". I hope that you are all finding the newsletter to be helpful and informative and I welcome any feedback. Our website has also been updated. I know it has been quite a process but with the help of our new management company we are on the right track.

ORNAC has worked very hard toward bilingualism, within the association, in order to represent our English and French speaking members. ORNAC is committed to now providing all

communication, including this Journal, in both official languages. I am very excited to announce that the ORNAC website has also been fully translated and users can now flip between English and French.

I am pleased to share that ORNAC is launching a series of webinars, for members, with information and education on a variety of important topics that are relevant to perioperative nursing. Please keep an eye out for communication regarding dates and times for these fantastic educational opportunities.

As of 2016 we will be moving the Annual General Meeting throughout Canada as we do our best to make sure that all of our members voices can be heard. The next AGM, on May 14th, 2016, will be held in Charlottetown, PEI. I strongly encourage all members to attend and participate.

Together we will have an exciting and successful 2016! 🌟

*Cathleen Ferguson*

---

# EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE

Heather Dow, CAE, CPhT, ORNAC Executive Director  
[executivedirector@ornac.ca](mailto:executivedirector@ornac.ca)



## Fast Forward!

To quote Elizabeth Beck, the ORNAC Treasurer, “ORNAC is in fast-forward!” So... what has been happening, within ORNAC, during the past few months?

### Bilingualism

In effort to serve both our French and English members ORNAC offers all communications in both official languages. The ORNAC Board and Executive has a team of certified **English-French** and **French-English** translators with expertise in translating within the medical field. The ORNAC Journal was launched as a newly bilingual publication in June of last year with translation managed to Clockwork Communications. The Editorial Chair position has been expanded to include 2 Co-Chairs – one English speaking and one French speaking – to provide proof-reading of all translated articles (in addition to the existing peer-review and editing processes that were already in place). Our translation team guarantees quality by using real people, a streamlined process, and experienced professionals with a strong background in the subject matter. Their personal review of each item, and additional proofreading when needed, help ensure **ORNAC is in good hands!**

### Annual General Meetings (AGM)

In an effort to ensure a strong ORNAC presence in all of the provinces **the ORNAC Annual General Meeting**

### will now change location every year.

The AGM includes a review of the ORNAC financial statements, budget for the upcoming year, strategic plan, and continuing education (CE) opportunities. ORNAC's goal is to also offer a minimum of 3 CE hours on the day of the AGM. We are thrilled to announce that you can mark your calendar for this year's AGM on **May 14, 2016, in Charlottetown, PEI!**

Future AGMs will be held as follows:

- Niagara Falls, April 30-May 4, 2017 (as part of the National Conference)
- Western Canada, location TBD, in May 2018
- Halifax, April 27 – May 2, 2019 (as part of the National Conference)

All ORNAC members are encouraged to attend and vote at the AGM. We appreciate your participation and your voice!

### Standards

ORNAC has completed the latest revision of the Standards, notified the membership of the revisions, printed the revised documents, completed the French translation, printed the French

Standards, and begun shipping the French Standards! They are also available on-line at [www.shop.csa.ca](http://www.shop.csa.ca). A big thank you to all those who contributed to this project. Your hard work and dedication is appreciated and has not gone unnoticed.

### Website

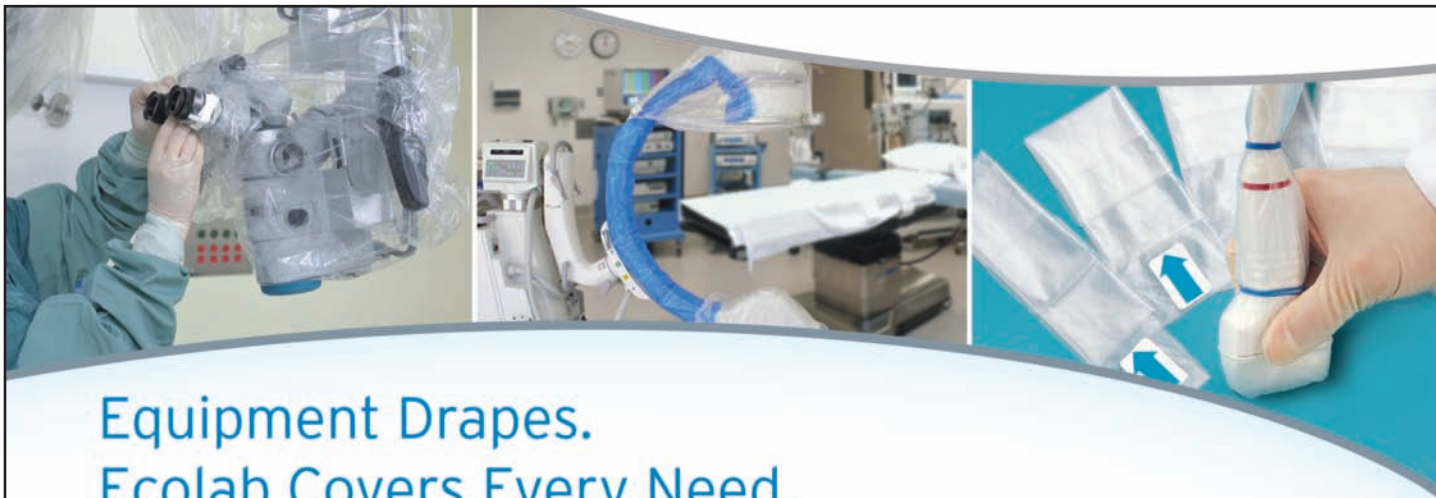
The ORNAC website has been migrated to a new (**Joomla!**) that allows for improvements in forums, the membership area, content development, and user friendliness. The website has been translated and visitors can now easily flip between French and English pages. **Check it out today at [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca)!** The next phase is to complete the members' area forum and upgrade the online membership database. Upgrades will include:

- an improved membership directory,
- easier access to your online profile, and
- a unique membership number and each member will receive a membership card.

### Membership Card

By now all members should have received their 2016 Membership Cards

In an effort to ensure a strong ORNAC presence in all of the provinces the ORNAC Annual General Meeting will now change location every year.



## Equipment Drapes. Ecolab Covers Every Need.

With one of the broadest product portfolios in the industry, the Microtek® brand has long been a leading name in draping across multiple categories such as Surgical Microscope, C-Arm, Endoscopic Video Camera, Microscope Laser Arm, Ultrasound and other accessories. Supported by dedicated sales and customer service teams, including on-site assistance, Microtek® Brand Equipment Drapes help reduce risk of infectious disease transmission and contribute to improved clinical outcomes.

**Microtek brand innovative surgical equipment draping is trusted worldwide. Ecolab has you covered.**



For more information: 800 824 3027  
[www.microtekmed.com](http://www.microtekmed.com)  
[www.ecolab.com/healthcare](http://www.ecolab.com/healthcare)

**ECOLAB®**  
 Everywhere It Matters.™

## EXECUTIVE DIRECTOR'S MESSAGE (cont.)

and Welcome Packages. If yours has not arrived please email [info@ORNAC.ca](mailto:info@ORNAC.ca).

### Time Out!

We have relaunched ORNAC's newsletter - **Time Out!** - and for the first time ever it was completely bilingual. If you missed it the newsletter can be found on the ORNAC website (under new and events). **Time Out!** features a message from the ORNAC President, highlights from the 2015 Perioperative Nurses Week, a membership update, and pillar updates. We hope to offer the newsletter 5 times in 2016. So don't forget to take a **Time Out!**

### Needs Assessment Member Survey 2015

The first ORNAC needs assessment survey was circulated to the membership via a link in the launch issue of **Time Out!** The information gathered through this survey will allow the ORNAC

Board & Executive to gather critical feedback on how ORNAC can better serve all members.

The majority of respondents have, to date, indicated that ORNAC is doing a good job communicating with the membership and with guideline development. Respondents felt that ORNAC could improve in the area of educational opportunities for student nurses. **This is very important feedback and we thank you for sharing it!**

When asked how ORNAC can improve its relationship with the membership one respondent requested "Using the internet more from educational webinar to broadcasting conferences and meetings" and another suggested "More accredited CPD activities." It was very clear that the membership would like to receive more continuing education (CE) in the following areas:

RN Operating Room Clinical, OR Laboratory Experience, Anaesthesia, Assessment & Critical Care, Operating Room Principles and Practices Theory, and RN/RPN Introduction to Operating Room Nursing. These are all great suggestions and we hear you! ORNAC leaders are striving to accomplish more and more every day, as we continue in fast forward! Once the Executive and Board of Directors has completed its review of the needs assessment the full results will be circulated to the membership.

### More to Come!

It has been a pleasure getting to know the Executive, Board of Directors, and members over the past few months. You all bring so much value, commitment, and dedication to the Association and to the world of Perioperative Nursing. I look forward to the many opportunities that lie ahead in 2016 and beyond. 🍁

# MOT DE LA PRÉSIDENTE

*Cathleen Ferguson, inf., B.Sc.Inf., IPAC, CSP(C), nouvelle présidente de l'AIISOC est directrice des services en salle d'opération/périopératoires à l'Hôpital régional St-Martha, à Antigonish, en Nouvelle-Écosse. Elle est aussi infirmière première assistante en chirurgie. Elle a déjà été membre du comité des normes et présidente du comité des mises en candidature de l'AIISOC.*

[president@ornac.ca](mailto:president@ornac.ca)



J'espère que votre année 2016 a bien commencé et je vous souhaite bonheur et santé tout au cours de la nouvelle année.

Pour les élections de l'AIISOC en 2016, le poste de directeur provincial sera à pourvoir en Alberta, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador. De plus, les postes au conseil d'administration pour les sièges du leadership et de l'éducation seront à pourvoir ainsi que le poste de trésorier au conseil de direction. Il est intéressant de vivre les deuxièmes élections nationales de l'AIISOC depuis le remaniement des règlements administratifs de l'AIISOC. Je suis heureuse et fière des changements que l'AIISOC a apportés à la façon dont elle élit les nouveaux membres au conseil d'administration. Les élections nationales permettent à chaque infirmière/infirmier en soins périopératoires de participer activement à la prise de ces décisions importantes tout en donnant à chaque membre l'occasion de se présenter à un poste qui lui permettra de participer activement au niveau provincial ou national. Je suis impatiente de souhaiter la bienvenue et de travailler avec les nouveaux administrateurs de l'AIISOC.

Les organismes et les associations professionnels sont essentiels pour générer de l'énergie, pour la circulation des idées et le travail proactif nécessaire au maintien d'une saine profession qui défend les besoins de ses membres, de ses clients et leur famille. Les membres représentent le cœur de l'AIISOC et c'est grâce à nos activités, notre énergie et notre désir de participer que l'AIISOC a pu atteindre le statut d'organisme national de premier

L'AIISOC a travaillé d'arrache-pied pour améliorer le bilinguisme au sein de l'association, afin de représenter nos membres anglophones et francophones.

plan. Afin de maintenir la solidité de notre association, toutes les infirmières et tous les infirmiers en soins périopératoires doivent saisir chaque occasion d'être des membres actifs et impliqués, en plus de transmettre l'importance de notre travail quotidien. C'est ensemble que nous possédons la force!

Au cours des derniers mois, l'AIISOC a subi de nombreux changements. Nous travaillons activement, en collaboration avec la directrice générale Heather Dow, et l'équipe d'Events and Management Plus, à apporter des améliorations afin de s'assurer que l'AIISOC représente et plaide du mieux qu'elle peut en faveur de ses membres. La capacité de l'AIISOC à communiquer rapidement avec ses membres est extrêmement importante. Les bulletins d'information et les envois en masse par courriel gardent les membres au courant des enjeux et nous aident à expliquer les développements. Nous avons lancé à nouveau le bulletin d'information de l'AIISOC intitulé « Temps d'arrêt ». J'espère que vous appréciez l'utilité et le caractère informatif de ce bulletin d'information et j'apprécie vos commentaires. Notre site Web a également été mis à jour. Je sais que le processus a été assez compliqué, mais avec l'aide de notre nouvelle entreprise de gestion, nous sommes sur la bonne voie.

L'AIISOC a travaillé d'arrache-pied pour améliorer le bilinguisme au sein de l'association, afin de représenter nos membres anglophones et francophones. L'AIISOC s'engage dorénavant à publier toutes ses communications, y compris sa Revue, dans les deux langues officielles. Je suis très heureuse de vous annoncer que le site Web de l'AIISOC a aussi été entièrement traduit et que les utilisateurs peuvent maintenant passer de l'anglais au français et vice-versa.

Je suis ravie de vous informer que l'AIISOC lancera une série de webinaires, pour les membres, offrant de l'information et de la formation traitant d'une variété de sujets importants qui sont pertinents aux soins périopératoires. Veuillez surveiller les communiqués relativement aux dates et aux heures de ces fantastiques opportunités éducatives.

À compter de 2016, nos Assemblées générales annuelles se déplaceront à travers le Canada pour ainsi donner la chance à tous nos membres de se faire entendre. La prochaine AGA aura lieu le 14 mai 2016, à Charlottetown, Î.-P.-É. J'encourage fortement tous les membres à y participer.

Ensemble, nous vivrons une année 2016 des plus trépidantes et des plus fructueuses! 🍁

# MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Heather Dow, CAE, TPC, directrice générale de l'AISOC  
[executivedirector@ornac.ca](mailto:executivedirector@ornac.ca)



## **E**n mode accéléré!

Pour citer Elizabeth Beck, la trésorière de l'AISOC, « **L'AISOC est en mode accéléré!** » Alors... que s'est-il passé au sein de l'AISOC au cours des derniers mois?

### **Bilinguisme**

Dans le but de servir nos membres francophones et anglophones, l'AISOC publie tous ses communiqués dans les deux langues officielles. Le conseil d'administration et le conseil de direction de l'AISOC possèdent une équipe de traducteurs certifiés **anglais-français** et **français-anglais** possédant une expertise en traduction dans le domaine médical. La Revue de l'AISOC a été lancée en tant que nouvelle publication bilingue en juin dernier et les traductions sont gérées par Clockwork Communications. Le poste de présidente du comité de rédaction a été élargi afin d'inclure deux coprésidentes – l'une anglophone et l'autre francophone – qui feront la révision de tous les articles traduits (en plus de la révision par les pairs qui se faisait déjà et des processus d'édition qui étaient déjà en place). Notre équipe de traduction garantit la qualité de ses traductions, car elle utilise de véritables traducteurs, un processus normalisé ainsi que des professionnels chevronnés ayant une bonne expérience en la matière. La révision qu'ils font de chaque article et la lecture d'épreuve additionnelle effectuée au besoin, fait en sorte que **l'AISOC est entre bonnes mains!**

Afin de veiller à ce que la présence de l'AISOC soit marquée dans toutes les provinces, l'Assemblée générale annuelle de l'AISOC changera dorénavant d'endroit chaque année.

### **Assemblées générales annuelles (AGA)**

Afin de veiller à ce que la présence de l'AISOC soit marquée dans toutes les provinces, **l'Assemblée générale annuelle de l'AISOC changera dorénavant d'endroit chaque année.** L'AGA comprend une révision des états financiers de l'AISOC, du budget pour l'année à venir, du plan stratégique et des opportunités de formation continue. L'objectif de l'AISOC est également d'offrir au moins trois heures de formation continue la journée où l'AGA a lieu. Nous sommes très heureux de vous annoncer que vous pouvez inscrire à votre calendrier la date de l'AGA de cette année qui aura lieu le **14 mai 2016 à Charlottetown, Î.-P.-É.!**

Les prochaines AGA se tiendront aux endroits suivants :

- Niagara Falls, du 30 avril au 4 mai 2017 (dans le cadre de la Conférence nationale)
- Ouest canadien, endroit à déterminer en mai 2018
- Halifax, du 27 avril au 2 mai 2019 (dans le cadre de la Conférence nationale)

Nous encourageons tous les membres de l'AISOC à participer et à voter lors de l'AGA. Nous sommes reconnaissants de votre participation et de votre voix!

### **Normes**

L'AISOC a terminé les dernières révisions des Normes, a avisé les membres de ces révisions, a imprimé les documents révisés, a terminé la traduction en français, a imprimé les Normes en français et a commencé à les envoyer! Ces dernières sont également disponibles en ligne à l'adresse [www.shop.csa.ca](http://www.shop.csa.ca). Un gros merci à tous ceux et celles qui ont contribué à ce projet. Votre dur labeur et votre dévouement sont très appréciés et ne sont pas passés inaperçus.

### **Site Web**

Le site Web de l'AISOC a été transféré sur une nouvelle plateforme (**Joomla!**) qui nous a permis d'apporter des améliorations aux groupes de discussion, à la zone réservée aux membres, au développement du contenu et à la convivialité. Le site Web a été traduit et les visiteurs peuvent dorénavant passer de l'anglais au français ou vice-versa. **Jetez-y dès**

**aujourd'hui un coup d'œil à [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca)!** La prochaine étape est de terminer la zone pour les groupes de discussions réservés aux membres et de mettre à jour la base de données en ligne des membres. Cette mise à jour inclura :

- Un répertoire amélioré des membres,
- Un accès plus facile à votre profil en ligne
- Un numéro de membre unique, chaque membre recevra une carte de membre.

### Carte de membre

Tous les membres devraient déjà avoir reçu leur carte de membre 2016 et leur trousse de bienvenue. Si vous ne les avez pas encore reçues, veuillez envoyer un courriel à [info@ORNAC.ca](mailto:info@ORNAC.ca).

### Pause

Nous avons lancé à nouveau le bulletin d'information de l'AIISOC intitulé, **Pause** Pour la toute première fois, il a été publié en entier en anglais et en français. Si vous l'avez manqué, vous trouverez ce bulletin d'information sur le site Web de l'AIISOC (sous l'onglet Nouvelles et événements). **Pause** vous propose un message de la présidente de l'AIISOC, les faits saillants de la Semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires 2015, une mise à jour sur les adhésions et des mises à jour concernant les piliers. Nous espérons offrir ce bulletin d'information 5 fois en 2016. Alors, n'oubliez pas de faire un **Pause**.

### Sondage 2015 portant sur l'évaluation des besoins des membres

Le premier sondage sur l'évaluation des besoins de l'AIISOC a été distribué aux membres via un lien dans le numéro de lancement de **Pause** L'information recueillie par le biais de ce sondage permettra au conseil d'administration et au conseil de direction de l'AIISOC de rassembler de la rétroaction importante sur la façon dont l'AIISOC peut mieux servir ses membres.

La majorité des répondants a, à ce jour, indiqué que l'AIISOC faisait un bon travail relativement à la communication avec ses membres et à l'élaboration de lignes directrices. Les répondants avaient cependant l'impression que l'AIISOC pourrait apporter des améliorations dans le domaine des opportunités éducatives pour les étudiantes-infirmières. **Nous considérons cette rétroaction comme très importante et nous vous remercions de nous en avoir fait part!**

À la question « Comment l'AIISOC peut-elle améliorer ses relations avec ses membres? », une répondante a proposé : « Améliorer la vitesse de traduction française des documents » et une autre a suggéré : « Offrir des formations en français ». Il était très évident que les membres souhaitent avoir davantage de formation continue dans les domaines suivants : salle d'opération clinique pour les infirmières, expérience de laboratoire en salle d'opération, anesthésie, évaluation et soins intensifs, théorie des principes et pratiques en salle d'opération et introduction aux soins infirmiers en salle d'opération pour les inf./IA. Ce sont toutes de bonnes suggestions et nous vous avons entendus! Les lecteurs de l'AIISOC s'efforcent d'accomplir un peu plus tous les jours, alors que nous continuons d'être en mode accéléré! Lorsque le conseil d'administration et le conseil de direction de l'AIISOC auront terminé leur révision de l'évaluation des besoins, tous les résultats seront communiqués aux membres.

### À venir!

J'ai été très heureuse d'apprendre à connaître le conseil de direction, le conseil d'administration ainsi que les membres au cours des derniers mois. L'Association et le monde des soins périopératoires profitent pleinement de votre importante, de votre dévouement et de votre engagement. Je suis impatiente de connaître toutes les opportunités qui se présenteront à nous en 2016 et par la suite. 🍁

KEYWORDS: SURGICAL ATTIRE, SURGICAL SITE INFECTION, PATIENT SAFETY, EVIDENCE-BASED PRACTICE.

# SURGICAL ATTIRE – A MATTER OF PREFERENCE OR EVIDENCE?

**Author:** Lisa Spruce, DNP, RN, CNS-CP, CNOR, ACNS, ACNP, FAAN presented on this topic at the 2015 ORNAC National Conference in Edmonton, AB.

Dr. Spruce is the Director of Evidence-based Perioperative Practice for the Association of periOperative Registered Nurses (AORN). She is responsible for the overall leadership, development, evaluation and maintenance of the products, services, and standards of practice developed by AORN's Nursing Practice Team. She is also the author of AORN Journal's highly popular Back to Basics series.

Dr. Spruce received her Masters of Nursing as well as her Doctorate of Nursing Practice from the University of South Alabama and is certified as an Acute Care Nurse Practitioner, an Adult Clinical Nurse Specialist, and a Perioperative Registered Nurse.

## ABSTRACT:

Surgical attire can be an emotional and controversial topic among health care providers. The reality, however, is that exposing perioperative patients to the skin and hair of the perioperative team members may be putting patients at risk for a surgical site infection.

## INTRODUCTION:

Surgical site infection (SSI) continues to be a major problem in the health care setting. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) healthcare-associated infection (HAI) prevalence survey found that there were an estimated 157,500 surgical site infections associated with inpatient surgeries in 2011 in the United States.<sup>1</sup> There have been vast improvements in infection control practices, over the years, including improvements in surgical skin antisepsis, sterilization of instruments, antimicrobial prophylaxis, and others, and yet SSI continues to be a cause of significant morbidity, mortality, and prolonged hospitalization. SSI is associated with a mortality rate of 3% with 75% of SSI associated deaths directly attributable to the SSI.<sup>1</sup>

The major source of microbial contamination and transmission in the surgical environment comes from the human body and inanimate surfaces.<sup>2</sup> Reducing the patient's exposure to microorganisms from the perioperative team, their attire, and their personal items, can reduce the risk of SSI. Proper use of surgical attire also protects the hospital personnel.

Patient safety is the primary responsibility of perioperative personnel and proper surgical attire is each team member's personal responsibility. There are very few studies that link surgical attire directly to SSI and it is, of course, ethically unsound to perform such clinical studies on humans. For this reason most studies are done in a non-experimental setting and give empirical data that can be used in clinical practice. Surgical attire has been a challenge, in many facilities, from both an implementation and a compliance perspective. Many health care providers put personal preference over evidence-based practice. Because of these challenges the Association of periOperative Registered Nurses (AORN) updated, in 2015, its national guideline on surgical attire.<sup>3</sup> This update brought some changes to surgical attire

Surgical attire can be an emotional and controversial topic among health care providers

recommendations and also introduced some new evidence to ground the recommendations.

The update began with a systematic literature search conducted using the MEDLINE®, CINAHL®, and Scopus® databases and the Cochrane Database of Systematic Reviews. The literature search included meta-analyses, randomized and non-randomized trials and studies, systematic and non-systematic reviews, and opinion documents and letters, in order to identify articles related to the topic. The search was conducted by a medical librarian and limited to literature published in English from January 2008 through June 2013.

Inclusion criteria were research and non-research literature in English, complete publications, and relevance to the key questions. Excluded were non-peer-reviewed publications; literature that examined the use of sterile gowns, drapes, and masks worn for maintaining sterile technique; low-quality evidence when higher quality evidence was available; and literature outside the time restriction when literature within the time restriction was not available. In total, 885 research and non-research sources of evidence were identified for possible inclusion and, of these, 123 were cited in the guidance document.


The evidence was appraised for level and quality using the AORN Research and Non-Research appraisal tools. The complete table of evidence is available at <https://www.aorn.org/evidencetables/>.

This article will discuss the changes in the AORN guideline document, as compared to previous editions, and will highlight some critical and challenging concepts perioperative professionals face in every day practice.

### Scrub Attire Fabric










Several studies supported that all fabrics worn in the perioperative environment should be tightly woven, low linting, stain resistant, and durable. There was no clearly defined, or universally accepted, definition of ‘tightly woven’. One study described tightly woven as 50% cotton/50% polyester woven with 560 × 395 threads/10 cm.<sup>4</sup> There is not a recommendation in the updated guideline regarding fleece fabrics. There was no specific evidence surrounding fleece fabrics in the perioperative setting but all fabrics should meet the requirements stated above.

An emerging new technology for scrub attire is antimicrobial scrubs and these types of scrubs may help protect the patient from SSI, however the research is emerging and further research is warranted. One quasi experimental study by Mariscal et al<sup>5</sup> evaluated the action of a commercially available antimicrobial fabric (80% polyester / 20% cotton containing silver [180 parts per million]) on 33 strains of bacteria. The researchers found that the antimicrobial fabric significantly reduced the numbers of four reference microorganisms compared with





## TYMpanoplasty TYMpanoplastie

**TTP™ - VARIAC**  
Titanium Tympanoplasty Kurz Implants - Adjustable Implant System  
*Implants Kurz fabriqués en titane - Système d'implants ajustables*

<p><b>VARIO TOTAL</b> Total Prosthesis <i>Prothèse totale</i></p>  <p><b>1004020</b></p>	<p><b>VARIO PARTIAL</b> Partial Prosthesis <i>Prothèse partielle</i></p>  <p><b>1002020</b></p>
<p><b>NiTiFLEX</b> Stapes Prosthesis <i>Prothèse stapédienne</i></p>  	<p><b>NiTiBOND®</b> Stapes Prosthesis <i>Prothèse stapédienne</i></p>  
<p><b>OMEGA CONNECTOR</b> FOR TOTAL PROSTHESES <i>CONNECTEUR OMEGA POUR PROTHÈSE TOTALE</i></p> <p><b>1004930</b></p>  <p>Connector combined with a total prosthesis. Adjustable in all directions. <i>Connecteur combiné à une prothèse totale. Ajustable dans toute direction.</i></p>	
<p><b>8000155</b> Precise Cartilage Knife <i>Couteau à cartilage</i></p> 	<p><b>8000200</b> Cartilage Punch <i>Poinçon à cartilage</i></p> 

For more information, please contact us - *Pour de plus amples informations, s.v.p. nous contacter*





1273, St-Louis, Terrebonne, QC,  
J6W 1K6, Canada  
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502  
F : 450.471.1030  
**instrumentarium-online.com**  
**info@instrumentarium-online.com**

the numbers of reference microorganisms on the control fabric (80% polyester / 20% cotton without silver). This type of scrub attire may be the trend of the future and perioperative professionals should be aware of this technology when the purchase of scrub attire is being considered.

### Covering the Arms

Another recommendation that changed with this update was the covering of the arms. The collective evidence supported covering the arms in the restricted area, while performing the surgical prep, and while preparing and packaging items in the clean assembly section of the sterile processing area. A literature review by Noble found 11 studies demonstrating that the skin is a source of multiple organisms and more than 10 million particles are shed from skin every day. Just the act of walking releases 1,000 skin scales per minute.<sup>6</sup> In a literature review Ibrahim et al found that the bacterial transfer of organisms during surgery included respiratory droplets, skin scales carried on air currents, direct contact with the perioperative team member's skin, and contaminated fomites (e.g., clothing, identification badges, pens). The authors concluded that actions to decrease the bacterial load at the surgical site were prudent to reduce the risk of SSI. These actions included reducing the patient's exposure to the perioperative team members' skin.<sup>7</sup>

There were no studies that looked at arm covering in the semi-restricted area so bare arms are allowed in this area providing jewelry and watches are not worn. This aligns with the Society of Healthcare Epidemiology of America's guideline on attire for non-operating room settings. This guideline states that facilities may adopt a bare below the elbows concept for infection prevention. Bare below the elbows means wearing short sleeves but no wristwatch, jewellery, or ties during clinical practice.<sup>6</sup>

### Jewellery

Jewellery should either not be worn or should be contained within the surgical

attire. Wearing earrings, watches, and rings was found to increase bacterial counts on skin surfaces both when the jewelry is in place and after its removal. The collective evidence supports the removal of rings, the removal or containment of watches, and the complete covering of ear and nose piercings with a surgical mask or head covering in the surgical setting.<sup>3</sup>

### Going Outside

If perioperative team members go outside, for any reason, they should change their scrub attire upon re-entering the perioperative environment. Even though there were no studies that have been conducted on the effects of the outside environment on attire, there have been studies on the adherence of bacteria, viruses, and fungi on all types of fabrics. A quasi-experimental study by Neeley and Maley<sup>9</sup> and a non-experimental study by Neeley and Orloff<sup>10</sup> both found that microorganisms, such as enterococci and fungi, can survive on fabrics and plastics for at least one day and many can survive for as long as 90 days. These studies demonstrate that potentially pathogenic organisms can survive on many objects and fabrics and therefore may contaminate surgical attire when it is worn outside of the facility. When this contaminated attire is subsequently worn inside the facility it could potentially increase the risk of SSIs via the transfer of microorganisms from the contaminated attire to patients and surfaces within the perioperative environment. Surgical attire may then become contaminated by contact with the external environment. Changing into clean surgical attire before entering the semi-restricted area(s) decreases the possibility of contamination with microorganisms present in the external environment.<sup>3</sup>

In addition, pathogenic microorganisms can be carried on contaminated surgical attire and transferred to a variety of external environments (eg, home, car, community) so changing out of surgical attire before leaving the hospital is also recommended.

### Cover Apparel

Perioperative team members do, on occasion, wear cover apparel, such as lab coats, over their attire. There was no evidence that showed cover apparel was effective at protecting scrubs from contamination with microorganisms. Studies did demonstrate that cover apparel is highly contaminated and should be laundered daily or be single use. Reusable cover apparel should be laundered in a health care-accredited laundry facility after each daily use and when visibly contaminated.<sup>3</sup>

### Personal Items

Perioperative providers often need to bring briefcases, backpacks, or other items that relate to patient care into the operating room. These types of items should be made of material that can be cleaned with a low level disinfectant and should not be placed on the floor. Cleaning these items may help to decrease the transmission of potentially pathogenic microorganisms from these external surfaces to perioperative surfaces and vice versa. Floors in the OR or procedure room are considered contaminated and items placed on the floor could become vehicles for transferring microorganisms from the floor to other perioperative or external surfaces.<sup>3</sup>

There are, additionally, many perioperative team members who bring cell phones, tablets, or other personal devices into the operating room. These devices are highly contaminated and should be cleaned with a low level disinfectant according to manufacturer's instructions both before and after use in the OR.<sup>3</sup>

One study, by Datta et al, conducted a randomized controlled trial to investigate the rate of bacterial contamination on the mobile phones of health care workers employed in a tertiary health care teaching hospital and compared the contamination rate with that of a group of individuals not working in a health care environment. Of the 200 health care workers' mobile phones sampled, 144 (72%) were contaminated with bacteria, and 18% of those bacteria were MRSA.

One area of surgical attire that can be a compliance challenge is the head covering.

Of the 50 non-health care workers' mobile phones sampled, only five (10%) were contaminated with bacteria (ie, coagulase-negative staphylococci). The researchers concluded that simple measures such as regular cleaning of cell phones and other hand-held electronic devices and improving hand hygiene might help to decrease the risk of HAIs from bacteria carried on personal mobile devices.<sup>12</sup>

#### Head covering

One area of surgical attire that can be a compliance challenge is the head covering. Perioperative team members should wear a clean surgical head cover or hood that confines all hair and completely covers the ears, scalp skin, sideburns, and nape of the neck.<sup>3</sup> There were several studies that demonstrated the contamination of hair and ears. A study by Mastro et al investigated a prolonged outbreak of 20 postoperative surgical site infections caused by group A Streptococcus. Two case control studies,

and a review of records conducted by the researchers, failed to identify the carrier. The researchers used bacterial settling plates to sample the air in the OR and identified the source of the outbreak as a surgical technologist who carried the identical type of group A Streptococcus on the scalp.<sup>13</sup> Owers et al conducted a non-experimental study in which 20 OR team members had their foreheads, eyebrows, and ears cultured. The researchers found there was significantly more bacteria isolated from the ears than from the foreheads and eyebrows of the surgical team members. The researchers concluded that the ears should be covered by surgical head covers during surgery.<sup>14</sup>

#### Laundering

Surgical attire does pose a risk to patients and healthcare workers alike if guidelines are not followed. Often times, healthcare workers are taking their scrub attire home to be laundered in their home washing machines.<sup>3</sup> A case study by

Peer-reviewed feature articles appearing in this publication have undergone a double blind peer review process. The views or opinions expressed in the editorial or articles are those of the authors and do not necessarily represent the policies or views of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). Although reasonable efforts are made to ensure accuracy ORNAC, and its agents, take no responsibility whatsoever for errors, omissions or any consequences of reliance on material or the accuracy of information.

Publication does not constitute ORNAC endorsement of, or assumption of liability for, any claims made in advertisements.



This publication is copyright in its entirety. Material may not be reprinted without the written permission of ORNAC. Contact through [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca).

Les articles de chroniques évalués par un comité de lecture qui apparaissent dans cette publication ont été soumis à un processus d'évaluation par les pairs en double aveugle. Les points de vue ou les opinions exprimés dans l'article de tête ou les autres articles sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Bien que tous les efforts aient été mis en œuvre pour assurer l'exactitude des articles, l'AIISOC et ses représentants ne sont en aucun cas responsables des erreurs, des omissions ou de toutes conséquences pouvant découler de l'utilisation du matériel ou de la justesse de l'information. En cas de doute quant à la traduction des articles, la version originale anglaise prévaudra.

La publication des annonces publicitaires ne signifie en aucun cas que l'AIISOC n'approuve ou n'assume la responsabilité de toute revendication faite par ces dernières.

L'intégralité de cette publication est protégée par la loi sur le droit d'auteur. Les documents ne peuvent être réimprimés sans l'autorisation écrite de l'AIISOC. Communiquez avec [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca).

It is important to remember that surgical masks are not only for the patient's protection but also provide protection for the wearer from exposure to blood, body fluids, or other potentially infectious materials.<sup>3</sup>

Wright et al has demonstrated a causal relationship between scrub attire and the spreading of disease. Wright reported three cases of postoperative *Gordonia bronchialis* sternal infections after coronary artery bypass grafting surgery. *G. bronchialis* was isolated from the scrub attire, axilla, hands, and purse of a nurse anaesthetist and was implicated as the cause of the SSIs. Cultures taken from her roommate, who was also a nurse, showed the same microorganism. After notification of the culture results, the nurse anaesthetist discarded her front-loading washing machine. During the next year, the nurse anaesthetist and her roommate's scrub attire, hands, nares, and scalp tested negative for *G. bronchialis*. The authors concluded that the home washing machine was the likely bacterial reservoir. Home laundering may not reliably kill all pathogens, and the pathogens may survive in the form of biofilms within the washing machine. Biofilms have been implicated in the malodour of washing machines. The authors recommended that hospital-laundered scrub attire be implemented to reduce patients' risk of developing an SSI.<sup>15</sup>

### Masks for Unscrubbed Personnel

There has been some question as to whether unscrubbed personnel need to wear masks in the operating room. It is important to remember that surgical masks are not only for the patient's protection but also provide protection for the wearer from exposure to blood, body fluids, or other potentially infectious materials.<sup>3</sup> An observational, descriptive, non-experimental study, conducted by White et al,<sup>11</sup> involving 8,500 surgical procedures showed that 26% of exposures to blood were to the heads and necks of scrubbed personnel and 17% of blood exposures were to circulating personnel outside the sterile field. Unscrubbed personnel should protect themselves from potential exposure by wearing masks while in the operating room.

### CONCLUSION:

This article has highlighted the important updates to the AORN

Guideline for Surgical Attire. Following the recommendations that have been presented in this article will help to decrease patient exposure to microorganisms from the perioperative team, their attire, and their personal items, can reduce the risk of SSI. Proper use of surgical attire also protects the hospital personnel.

Attire is a personal, and sometimes emotional, issue and perioperative team members must put their personal preferences aside and prioritize what is best for patients. All team members including surgeons, nurses, anaesthesia providers, and surgical technicians should be involved in the planning and implementation of a healthcare facility's surgical attire guidelines. They should understand the evidence for practice and know that attire must be about protecting patients and not about personal preference.

Patients trust that they are going to come out of surgery better than they went in. They do not expect to get an SSI and it is up to all perioperative professionals to adhere to evidence-based practice in order to provide the highest quality, and safest, care. Patient safety is the utmost responsibility for all people practicing in the perioperative profession.

### REFERENCES:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Surgical Site Infection Event. [Internet]. 2012 [cited 30 March 2015]. Available from: <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent>.
2. Noble W, Habbema J, Van Furth R, Smith I, De Raay C. Quantitative studies on the dispersal of skin bacteria into the air. *Journal of Medical Microbiology*. 1976;9(1):53-61.
3. Spruce L, Van Wicklin S, Conner R. Guideline for surgical attire. Guidelines for perioperative practice. Denver, CO: Association of perioperative Registered Nurses; 2015.

ORNAC Standards pertaining to this article can be found in the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) (October 2015) *Standards for Perioperative Registered Nursing Practice* (12th edition). Section 2, pages 121 - 125, Standards 2.7 - 2.9.

The full version of these Standards has been reprinted in this Journal (see pages 20-23) for the reader's information.

4. Tammelin A, Domicel P, Hambraus A, Stayhle E. Dispersal of methicillin-resistant Staphylococcus epidermidis by staff in an operating suite for thoracic and cardiovascular surgery: relation to skin carriage and clothing. *Journal of Hospital Infection*. 2000;44(2):119-126.
5. Mariscal A, Lopez-Gigosos R, Carnero-Varo M, Fernandez-Crehuet J. Antimicrobial effect of medical textiles containing bioactive fibres. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2010;30(2):227-232.
6. Noble W. Dispersal of skin microorganisms\*. *Br J Dermatol*. 1975;93(4):477-485.
7. Ibrahim O, Sharon V, Eisen D. Surgical-Site Infections and Routes of Bacterial Transfer: Which Ones Are Most Plausible?. *Dermatologic Surgery*. 2011;37(12):1709-1720.
8. Bearman G, Bryant K, Leekha S, Mayer J, Munoz-Price L, Murthy R et al. Healthcare Personnel Attire in Non-Operating-Room Settings. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2014;35(2):107-121.
9. Neeley A, Maley M. Survival of enterococci and staphylococci on hospital fabrics and plastic. *J Clin Microbiol*. 2000;38(2):724-726.
10. Neely A, Orloff M. Survival of Some Medically Important Fungi on Hospital Fabrics and Plastics. *Journal of Clinical Microbiology*. 2001;39(9):3360-3361.
11. White M, Lynch P. Blood contact and exposures among operating room personnel: A multicenter study. *American Journal of Infection Control*. 1993;21(5):243-248.
12. Datta P, Rani H, Chander J, Gupta V. Bacterial contamination of mobile phones of health care workers. *Indian J Med Microbiol*. 2009;27(3):279.
13. Mastro T, Farley T, Elliott J, Facklam R, Perks J, Hadler J et al. An Outbreak of Surgical-Wound Infections Due to Group A Streptococcus Carried on the Scalp. *New England Journal of Medicine*. 1990;323(14):968-972.
14. Owers K, James E, Bannister G. Source of bacterial shedding in laminar flow theatres. *Journal of Hospital Infection*. 2004;58(3):230-232.
15. Wright S, Gerry J, Busowski M, Klochko A, McNulty S, Brown S et al. *Gordonia bronchialis* Sternal Wound Infection in 3 Patients following Open Heart Surgery: Intraoperative Transmission from a Healthcare Worker. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2012;33(12):1238-1241.

Did you know?

The Romans used many different surgical instruments which revealed their advanced techniques. Our knives, scalpels and other instruments originate from Roman times and have evolved with time.

Saviez-vous?

Les Romains se servaient de nombreux instruments de chirurgie qui révélaient une technique évoluée. Nos actuels bistouris, scalpels et autres, même si leur forme a progressé, viennent certainement de ceux-ci.

## KERATOPLASTY KÉRATOPLASTIE

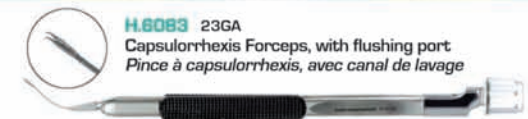
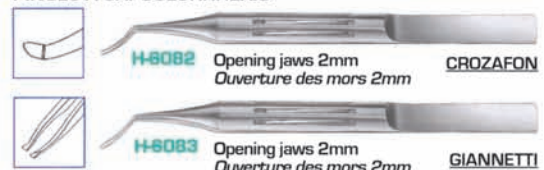
Original design vacuum trephine and corneal marking punch  
Conception originale du trépan et du punch marqueur de la cornée  
DONOR BARRON MARKING CORNEAL PUNCH  
PUNCH MARQUEUR DE CORNÉE BARRON (pour donneur)



HESSBURG-BARRON VACUUM TREPHINE SYSTEM  
TRÉPAN DE HESSBURG-BARRON DU RECEVEUR



CAPSULORRHEXIS FORCEPS  
PINCES À CAPSULORRHEXIS



For more information, please contact us  
Pour de plus amples informations, s.v.p. nous contacter



1273, St-Louis, Terrebonne, QC,  
J6W 1K6, Canada  
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502  
F : 450.471.1030  
[instrumentarium-online.com](http://instrumentarium-online.com)  
[info@instrumentarium-online.com](mailto:info@instrumentarium-online.com)

## OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION OF CANADA (ORNAC) (OCTOBER 2015) STANDARDS FOR PERIOPERATIVE REGISTERED NURSING PRACTICE (12<sup>TH</sup> EDITION).

### SECTION 2 (PAGES 121 – 125) STANDARDS 2.7 - 2.9.

#### DRESS CODE

#### 2.7 PATIENTS

	<u>PRACTICE</u>	<u>RATIONALE</u>
2.7.1	The majority of patients should be required to remove all clothing prior to surgery.	The amount of clothing removed will depend on the type of surgery and the patient's individual needs. Underpants may be worn if it does not interfere with the surgical procedure (Phillips, 2013). Consider clothing removal to reduce a potential source of microbial contamination.
2.7.2	Patients should wear a clean gown, hair covering and be covered with clean linen (Phillips, 2013).	Clean gown, hair covering and linen minimize contamination from shedding.
2.7.3	Patients are not required to wear a mask in the surgical suite unless immune compromised or under airborne precautions.	
2.7.4	For outpatient surgery, the patients may wear some of their own clothing, especially if the clothing does not interfere with the procedure and the procedure is of short duration (e.g., cataract surgery). However, the patient should still wear a clean gown, have their hair covered and be covered with clean linens (AORN, 2012).	If it is judged by the health care professional that more clothing needs to be removed, that can be accommodated on a patient-by-patient basis. The matter of attire for outpatients is a facility decision.
2.7.5	All jewelry including body piercings shall be removed.	Jewelry carries microorganisms into the operating room. Failure to remove jewelry is an issue related to patient safety, as there is a potential for injury from burns, tears, infection or inability to access areas required for interventions during the surgical procedure (i.e., endotracheal intubation, catheterization etc.)

#### REFERENCES

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2012). *Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Author.

Phillips, N.M. (2013). *Berry and Kohn's operating room technique* (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.



## 2.8 VISITORS

### PRACTICE

2.8.1 Visitors requiring limited time in the OR, such as, parents accompanying children, law enforcement officers and/or biomedical engineers, shall don one piece coverall or cover gowns along with head and facial hair coverings prior to entering the operating room.

Visitors who will remain in the operating room for any extended period of time will follow the staff section of the dress code standards. Shoe covers are not required.

### RATIONALE

The use of shoe covers has not been proven to decrease the risk or incidence of surgical site infection.

## 2.9 STAFF

### PRACTICE

2.9.1 All personnel who enter the semi-restricted and restricted areas of the surgical suite shall wear appropriate surgical attire and adhere to the health care facility's dress code policy.

2.9.2 The top of a two-piece scrub suit should be tucked inside the pants (Phillips, 2013).

2.9.3 Within restricted and semi-restricted areas, non-scrubbed personnel may wear a long sleeved jacket. Jackets shall be snapped closed during wear. Jackets shall be changed daily and laundered after each use (Phillips, 2013).

2.9.4 Personal clothing (i.e., long sleeve undershirt) that cannot be completely covered by surgical attire should not be worn.

2.9.5 The use of cover-up attire (e.g. lab coats) should be determined by the practice setting.

2.9.6 Fanny packs, brief cases and backpacks should not be taken in to the semi-restricted or restricted areas of the surgical suite.

### RATIONALE

Surgical attire minimizes patient exposure to microorganisms from the skin, mucous membranes, or hair of surgical team members. Surgical attire may also be considered personal protective equipment and worn to prevent the spread of contamination from the patient.

The uniform should confine skin cell and microbe shedding and promote infection control. Shedding is increased by movement and friction. Pants confine bacterial shedding.

Long-sleeved attire prevents shedding from bare arms. Loose-fitting jackets may cause accidental contamination of the sterile field.

Personal clothing is not routinely hospital laundered. Studies demonstrate that home laundered attire does not effectively destroy pathogens found on surgical attire (Phillips, 2013).

The value of cover gowns within the institution has not been substantiated.

Porous materials may be difficult to clean and disinfect and may harbor pathogens, dust and bacteria (AORN, 2014).

2.9 STAFF (CONT.)

<u>PRACTICE</u>	<u>RATIONALE</u>
<p>2.9.7 All members of the health care team shall don freshly hospital laundered scrub attire upon entry to the unit (AORN, 2014; Blanchard &amp; Mitchell 2007). If surgical attire is worn outside the facility, it is removed and new attire is donned before entering any semi restricted or restricted area. Surgical attire should be changed daily, and whenever it becomes visibly soiled, contaminated, or wet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Upon removal of surgical attire, it is placed in a designated container for washing or disposal. Surgical attire shall not be hung in a locker to be worn later.</li> <li>- Reusable surgical attire (including cloth hats) shall be laundered by the laundry facilities used by the health care facility for other surgical textiles (Blanchard &amp; Mitchell, 2007; Provincial Infectious Diseases Advisory Committee [PIDAC, 2012]).</li> </ul>	<p>Soiled clothing increases the risk of cross-contamination to patients, staff, and the public.</p> <p>Approved laundering facilities use recommended detergent and temperature settings to launder linen.</p>
<p>2.9.8 Footwear for the surgical suite should meet provincial labour codes and Occupational Health &amp; Safety and WCB guidelines. Shoes should have closed toes and backs, low heels, non-skid soles and should be easy to clean.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shoe covers should be worn in the semi-restricted and restricted areas when gross contamination is anticipated (Phillips, 2013). Shoe covers shall be removed or changed when soiled, or when leaving the department.</li> </ul>	<p>Occupational Health and Safety mandates appropriate footwear.</p> <p>Shoe covers provide personal protection and prevent environmental contamination</p>
<p>2.9.9 All hair (including facial hair) shall be completely confined by a clean hood or hat. Headgear, such as skull caps, does not cover the entire head and hair may not adequately confined (Phillips, 2013).</p>	<p>Shedding of squamous cells and hair has been shown to affect surgical wound infection; therefore, complete coverage is necessary.</p>
<p>2.9.10 Personnel who wear cloth hats should wear a disposable bouffant cap over the cloth hat (Phillips, 2013).</p>	<p>If the resources are not available for hospital laundering the cloth hat will be protected from contamination.</p>
<p>2.9.11 Headgear worn due to cultural or religious reasons should be completely covered with an appropriate disposable hat (Phillips, 2013).</p>	<p>All surgical scrub attire [cloth headgear] requires appropriate hospital laundering to destroy microorganisms (Blanchard &amp; Mitchell, 2007).</p>
<p>2.9.12 Fingernails shall be clean, short, natural, and appear healthy.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Natural nail tips should be short.</li> <li>- Artificial nails, extenders or artificial enhancers shall not be worn (Phillips 2013; PIDAC 2014).</li> <li>- Staff should adhere to the health care facility's infection control policy regarding the use of nail polish.</li> </ul>	<p>The subungual region harbors the majority of microorganisms on the hand. Damaged nails may provide a harbor for microorganisms (Phillips, 2013).</p> <p>Nails reaching beyond fingertips, natural and/or artificial can tear gloves. Artificial nails and tips harbour higher numbers of organisms, Artificial nails are known to promote the growth of Staphylococcus aureus, gram-negative bacilli and yeast as moisture becomes trapped between the natural and artificial nail.</p> <p>Chipped or peeling polish may provide a harbor for microorganisms (Phillips, 2013).</p>

2.9 STAFF (CONT.)

PRACTICE

RATIONALE

2.9.13 All jewelry shall be removed before entering the semi-restricted and restricted areas (Phillips, 2013).

Rings harbour microorganisms and could result in a glove tear. Several studies have demonstrated that skin underneath rings is more heavily colonized than skin on fingers without rings (Thurston, 2007). "Pierced-ear studs should be confined within the head cover. Dangling earrings are inappropriate in the OR" Necklaces also increase desquamation (Phillips, 2013, p. 269).

2.9.14 Health care personnel shall wear protective eyewear if a splash is anticipated. Reusable eyewear shall be cleaned after use (Phillips, 2013).

Protective eyewear that includes side shields and face shields is worn to reduce the incidence of contamination of mucous membranes of the eyes.

2.9.15 All personnel shall wear a single surgical mask in restricted areas and/or in the presence of open sterile supplies (Phillips, 2013; Thurston, 2007). The type of mask that offers the most appropriate protection for the specific circumstances shall be worn (e.g., laser masks).

Masks "contain and filter droplets containing microorganisms expelled from the mouth and nasopharynx during breathing, talking, sneezing, and coughing" (Phillips, 2013, p. 270). Masks should be considered both a patient and personal protection item. Laser masks give protection when there is exposure to aerosolized particles such as laser or electrosurgical plume, or from power instruments. Two masks act as a barrier rather than a filter and create side venting because of the increased effort to breathe. Decreases the risk of transferring nasopharyngeal and respiratory microorganisms to patients or the sterile field.

- Masks shall cover the nose and mouth and be adjusted for proper fit to prevent venting (Phillips, 2013).
- Masks shall not hang around the neck or be stored in pockets. (Phillips, 2013).
- Masks shall be changed between procedures, or immediately if they become soiled.
- Masks shall be removed by handling ties only and discarded. Hands should be washed (Phillips, 2013).
- Special N95 or equivalent respirator/masks shall be available when airborne infection is suspected or confirmed. These respirator/masks shall be fit tested.

The filter portion of a surgical mask harbors bacteria collected from the nasopharyngeal airway. The mask may cross-contaminate the surgical attire. The filtering capacity is compromised when it becomes wet. Used masks contain a large number of microorganisms, which are transferred to the hands during inappropriate handling. Occlusive fitting 0.1-micron filter masks provide personal protection in cases where airborne infection is suspected or confirmed.

**REFERENCES**

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2014). *Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Author.

Blanchard, J. & Mitchell, S. (2007). Home laundering of surgical scrub attire. *AORN Journal*, 86(4), 657-658.

Phillips, N.M. (2013). *Berry and Kohn's operating room technique* (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. (PIDAC) (2012). *Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in all health care settings* (2nd ed.). Public Health Ontario.

Thurston, A. J. (2007). Sources of infection in the operating theater. *The Evidence for Orthopaedic Surgery*. Shewsbury, UK: TFM Publishing.





*Share your accomplishments in the field of perioperative clinical practice, education, professional development, research and administration!*

The 2017 Conference Program Committee is accepting submissions of abstracts for paper or poster presentation at our 2017 ORNAC National Conference. The theme of the conference is:

## “HARNESSING OUR POWER”

ABSTRACTS WILL BE CONSIDERED FOR PRESENTATION IN ONE OF THE FOLLOWING FORUMS:

**Poster:** Informative posters to be displayed at the Conference; or

**Paper:** A 15 minute presentation by the author(s) with five minutes for questions & answers.

Posters/papers will be selected based on relevance and implications for perioperative nursing and in keeping with the Conference theme. Criteria and submission details are available at [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) under the National Conference tab.

**The deadline for submission is September 30th, 2016.**

**Excellence. Every patient... every time!**

[www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca)



*Partagez vos réalisations dans le domaine de la pratique clinique des soins périopératoires, de l'éducation, du perfectionnement professionnel, de la recherche et de l'administration!*

Le Comité du programme de la conférence de 2017 accepte les soumissions de résumés pour les exposés ou les présentations par affiches qui seront présentés lors de la conférence nationale de l'AIISOC de 2017. Le thème de la conférence est :

## « MOBILISER NOTRE POUVOIR »

LES RÉSUMÉS SERONT ÉVALUÉS EN VUE D'ÊTRE PRÉSENTÉS DANS L'UNE DES TRIBUNES SUIVANTES :

**Présentations par affiches :** Affiches informatives présentées lors de la conférence; ou

**Exposé :** Une présentation de 15 minutes par l'auteur avec une période de questions de cinq minutes.

Les présentations par affiches/les exposés seront sélectionnés selon leur pertinence et leurs répercussions sur les soins périopératoires et devront respecter le thème de la conférence. Vous trouverez tous les critères et les détails concernant les soumissions à [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca) sous l'onglet Conférence nationale.

**La date limite pour les soumissions est le 30 septembre 2016.**

**« L'excellence. Pour chaque patient... en tout temps! »**

[www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca)

# LA TENUE CHIRURGICALE – UNE QUESTION DE PRÉFÉRENCE OU DE DONNÉES PROBANTES?

**Auteur :** Lisa Spruce, Ph. D. en pratiques infirmières, inf., ICS-PC, IASO, ICESA, IPSA, FAAN a donné une présentation à ce sujet lors de la Conférence nationale 2015 de l'AIISOC à Edmonton, AB.

La Dre Spruce est directrice des pratiques opératoires fondées sur des données probantes pour la Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Elle est responsable du leadership, du développement, de l'évaluation et de l'entretien des produits, des services et des normes de pratique élaborées par l'équipe spécialisée en pratiques infirmières de l'AORN. Elle est également l'auteure de la très populaire série d'articles Back to Basics de la revue de l'AORN.

La Dre Spruce a obtenu sa maîtrise en soins infirmiers, ainsi que son doctorat en pratiques infirmières de l'Université de l'Alabama du Sud et elle est certifiée en tant qu'infirmière praticienne en soins actifs (IPSA), qu'infirmière clinicienne spécialisée pour les adultes (ICSA) et qu'infirmière en soins périopératoires.

## RÉSUMÉ :

La tenue chirurgicale constitue un sujet émotif et controversé chez les fournisseurs de soins de santé. Cependant, la réalité est qu'exposer les patients en soins périopératoires à la peau et aux cheveux des membres de l'équipe de soins périopératoires peut les mettre à risque de contracter une infection du site opératoire.

## INTRODUCTION :

Les infections de sites opératoires (ISO) continuent de représenter un important problème dans le milieu des soins de santé. En 2011, une enquête sur la prévalence des infections associées aux soins menée aux États-Unis par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a révélé qu'environ 157 500 infections de sites opératoires avaient été associées à des chirurgies avec hospitalisation.<sup>1</sup> Au cours des années, les pratiques de lutte contre les infections se sont grandement améliorées, notamment dans le domaine de la désinfection cutanée avant une chirurgie, de la stérilisation des instruments, de la prophylaxie antimicrobienne et bien d'autres, mais les ISO continuent d'être

une importante cause de morbidité, de mortalité et d'hospitalisation prolongée. Les ISO sont associées à un taux de mortalité de 3 % et 75 % des décès associés aux ISO peuvent directement être attribués aux ISO.<sup>1</sup>

La source principale de contamination et de transmission microbiennes en environnement chirurgical provient du corps humain et des surfaces inertes.<sup>2</sup> La réduction de l'exposition du patient aux microorganismes provenant de l'équipe de soins périopératoires, de leur tenue et de leurs articles personnels peut réduire le risque d'ISO. L'utilisation appropriée de la tenue chirurgicale protège également le personnel hospitalier.

Il incombe au personnel périopératoire de veiller à la sécurité des patients et le port d'une tenue chirurgicale appropriée est la responsabilité de chaque membre du personnel. Très peu d'études ont établi un lien direct entre la tenue chirurgicale et les ISO, et il serait bien sûr mal fondé du point de vue éthique d'effectuer ce genre d'études cliniques sur des humains. C'est pourquoi, la plupart des études sont menées dans un contexte non expérimental et les données empiriques

La tenue chirurgicale constitue un sujet émotif et controversé chez les fournisseurs de soins de santé.

Plusieurs études soutenaient que tous les tissus portés en milieu périopératoire devraient être tissés serrés, à faible peluchage, résister aux tâches et être durables.

---

qui en ressortent peuvent être utilisées en pratique clinique. Au sein de plusieurs établissements, la tenue chirurgicale a posé un défi tant du point de vue de la mise en œuvre que du respect. De nombreux fournisseurs de soins de santé accordent la priorité à leurs préférences personnelles plutôt qu'à la pratique fondée sur des données probantes. En raison de ces défis, la Association of periOperative Registered Nurses (AORN) a mis à jour en 2015, ses lignes directrices nationales relatives à la tenue chirurgicale.<sup>3</sup> Cette mise à jour a apporté quelques modifications aux recommandations concernant la tenue chirurgicale et elle a aussi présenté quelques nouvelles données probantes pour justifier ces recommandations.

Pour cette mise à jour, une recherche documentaire systématique a d'abord été effectuée à l'aide des bases de données MEDLINE®, CINAHL® et Scopus® ainsi que la base de données des révisions systématiques Cochrane. La recherche documentaire incluait des méta-analyses, des essais et des études cliniques randomisés et non randomisés, des examens systématiques et non systématiques ainsi que des documents et des lettres d'opinion dans le but d'identifier les articles reliés au sujet. La recherche a été menée par un bibliothécaire médical et elle a été restreinte à la documentation publiée en anglais, entre janvier 2008 et juin 2013.

Les critères d'inclusion étaient que la documentation devait être en anglais, être de la documentation scientifique ou non scientifique, les publications devaient être complètes et la documentation devait être pertinente par rapport aux principales questions. Étaient exclus : les publications non révisées par les pairs, la documentation examinant l'utilisation de blouses, de champs opératoires et de masques stériles portés pour maintenir une technique stérile, les données probantes peu fiables lorsque des données probantes de plus grande qualité étaient disponibles et la documentation en dehors de la période analysée quand de la documentation à l'intérieur de la période analysée n'était pas disponible.

En tout, 885 sources de données probantes provenant de recherches scientifiques et non scientifiques ont été identifiées pour être possiblement incluses dans l'étude et, parmi ces dernières, 123 ont été mentionnées dans le document de politique générale.

Le niveau et la qualité des données probantes ont été évalués à l'aide des outils d'évaluation scientifiques et non scientifiques de l'AORN. Vous trouverez le tableau complet des données probantes à <https://www.aorn.org/evidencetables/>.

Cet article traitera des modifications apportées au document des lignes directrices de l'AORN par rapport aux éditions antérieures, et il soulignera quelques concepts essentiels et ceux qui posent un défi pour la pratique quotidienne des professionnels en soins périopératoires.

### **Le tissu de la tenue chirurgicale**

Plusieurs études soutenaient que tous les tissus portés en milieu périopératoire devraient être tissés serrés, à faible peluchage, résister aux tâches et être durables. Aucune définition claire ou universellement acceptée n'existait pour le terme « tissé serré ». Une étude a déterminé que le terme « tissé serré » signifiait 50 % de coton / 50 % de polyester tissés avec 560 × 395 fils / 10 cm.<sup>4</sup> La mise à jour des lignes directrices ne comporte aucune recommandation concernant les tissus en molleton. Il n'existait aucune donnée probante précise concernant les tissus en molleton en milieu périopératoire, mais tous les tissus devaient répondre aux exigences susmentionnées.

Une nouvelle technologie a fait son apparition dans le domaine des tenues chirurgicales, à savoir les tenues antimicrobiennes qui pourraient aider à protéger les patients des ISO. Il faudra cependant que des recherches plus poussées soient effectuées avant d'adopter cette nouvelle technologie. Une étude quasi expérimentale menée par Mariscal et coll.<sup>5</sup> a évalué l'effet d'un tissu antimicrobien déjà disponible sur le marché (80 % de polyester / 20 %

de coton contenant de l'argent [180 parties par million]) sur 33 souches de bactéries. Les chercheurs ont découvert que le tissu antimicrobien réduisait considérablement la quantité de quatre microorganismes de référence comparativement à la quantité de microorganismes de référence sur le tissu témoin (80 % de polyester / 20 % de coton sans argent). Ce type de tenue chirurgicale pourrait être la tendance de l'avenir et les professionnels en soins périopératoires devraient être au courant de cette technologie lorsqu'ils envisagent l'achat de tenues chirurgicales.

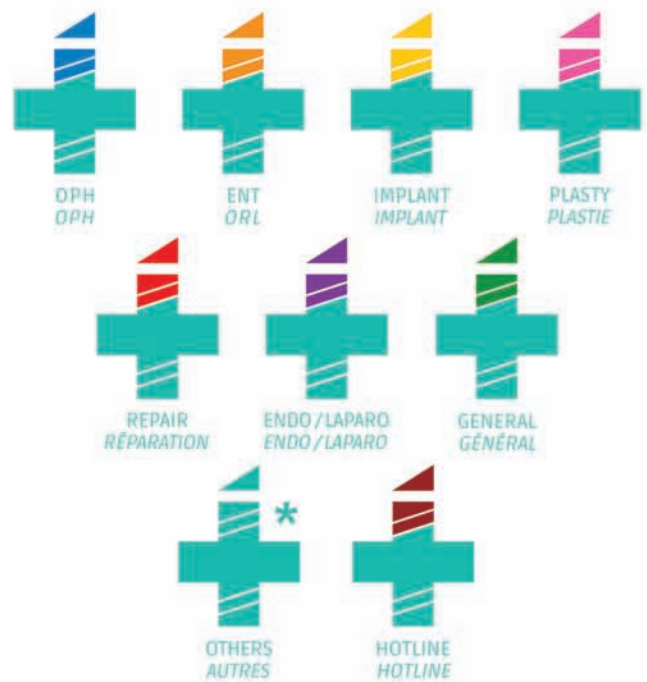
### Les bras

Une autre recommandation ayant été modifiée dans cette mise à jour préconise de se couvrir les bras. L'ensemble des données probantes appuyait de se couvrir les bras dans les zones à accès restreint, en effectuant la préparation en vue d'une chirurgie, en préparant et en emballant des articles dans la section de montage propre de l'aire de stérilisation du bloc opératoire. Une revue de la documentation effectuée par Noble a mis au jour 11 études démontrant que la peau est la source de nombreux organismes et qu'elle perd chaque jour plus de 10 millions de particules. Le simple fait de marcher libère 1 000 squames par minute.<sup>6</sup> Dans une revue de la documentation effectuée par Ibrahim et coll., ces derniers ont démontré que le transfert bactérien d'organismes lors d'une chirurgie incluait des gouttelettes de salive, des squames transportées par les courants d'air, le contact direct avec la peau d'un membre de l'équipe périopératoire et les vecteurs passifs contaminés (p. ex. : les vêtements, les insignes porteur, les stylos). Les auteurs ont conclu que des mesures pour réduire la charge bactérienne du champ opératoire étaient nécessaires afin de diminuer les risques d'ISO. Parmi ces mesures, notons la réduction de l'exposition des patients à la peau des membres de l'équipe en soins périopératoires.<sup>7</sup>

Aucune étude ne s'est penchée sur le fait de se couvrir les bras dans la zone à accès semi-restreint, donc les bras nus sont permis dans cette zone pourvu qu'on ne porte pas de bijoux ni de montres. Ce qui cadre avec les lignes directrices de la Society of Healthcare Epidemiology of America relativement à la tenue pour les milieux non opératoires. Ces lignes directrices stipulent que les établissements peuvent adopter le concept « bras nus sous les coudes » pour prévenir les infections. Le terme « bras nus sous les coudes » signifie que le personnel peut porter des manches courtes, mais aucune montre, bijou ou lien durant la pratique clinique.<sup>6</sup>

### Les bijoux

Les bijoux devraient soit ne pas être portés soit être retenus dans la tenue chirurgicale. Il a été démontré que le port de boucles d'oreilles, de montres et de bagues augmentait le taux de bactéries sur la surface de la peau, que les bijoux soient en place ou après leur retrait. L'ensemble des données probantes suggère le retrait des bagues, le retrait ou le recouvrement dans la tenue chirurgicale des montres ainsi que le recouvrement complet des perçages d'oreilles et de nez à l'aide d'un masque chirurgical ou d'un bonnet en bloc opératoire.<sup>3</sup>



## The Colours... that makes the difference

The number of instruments and specializations is continually increasing. To make the process easier for you, we have created a colour code that enables specializations to be identified at a glance.

This creative application enhances our logo, while serving a practical function for you, the consumer.

This approach is part of our desire to always serve you better.

It's "La différence... that makes the difference"

## Les couleurs... qui font la différence

Le nombre d'instruments et de spécialités ne cesse d'augmenter. Afin de vous faciliter la tâche, nous avons créé un code de couleurs qui permet d'identifier d'un seul coup d'œil la spécialité.

Cette application créative met en valeur notre logo tout en ajoutant une signification pratique pour vous.

Cette démarche s'inscrit dans notre désir de toujours mieux vous servir.

C'est « La différence...qui fait la différence »



1273, St-Louis, Terrebonne, QC,  
J6W 1K6, Canada  
T : 450.471.1379 • 1.800.361.1502  
F : 450.471.1030  
[instrumentarium-online.com](http://instrumentarium-online.com)  
[info@instrumentarium-online.com](mailto:info@instrumentarium-online.com)

### Les visites à l'extérieur

Si, pour quelle que raison que ce soit, les membres de l'équipe périopératoire se rendent à l'extérieur, ils devraient changer de tenue chirurgicale lorsqu'ils entrent à nouveau dans l'environnement périopératoire. Bien qu'aucune étude n'ait été menée sur les effets de l'environnement extérieur sur la tenue, des études ont été menées sur l'adhérence des bactéries, des virus et des champignons sur tous les types de tissus. Une étude quasi expérimentale menée par Neeley et Maley<sup>9</sup> et une étude non expérimentale menée par Neeley et Orloff<sup>10</sup> ont découvert toutes les deux que les microorganismes, comme les entérocoques et les champignons, peuvent survivre sur les tissus et les plastiques durant au moins une journée et que plusieurs peuvent survivre durant aussi longtemps que 90 jours. Ces études portent à croire que des organismes potentiellement pathogènes peuvent survivre sur de nombreux objets et tissus et, par conséquent, peuvent contaminer les tenues chirurgicales lorsqu'on les porte à l'extérieur de l'établissement. Lorsque la tenue contaminée est ensuite portée à l'intérieur de l'établissement, elle peut possiblement accroître les risques d'ISO par le biais des transferts de microorganismes provenant des tenues contaminées vers les patients et les surfaces en milieu périopératoire. La tenue chirurgicale peut alors devenir contaminée en entrant en contact avec l'environnement extérieur. Le fait de changer sa tenue chirurgicale avant d'entrer dans les zones à accès semi-restreint diminue la possibilité de contamination par les microorganismes présents dans l'environnement extérieur.<sup>3</sup>

De plus, les microorganismes pathogènes peuvent être transportés sur les tenues chirurgicales contaminées et transférés à plusieurs environnements extérieurs (p.

ex. : à la maison, dans la voiture, dans la communauté). Il est donc recommandé de changer de vêtements avant de quitter l'hôpital.

### Les vêtements de protection

Les membres de l'équipe de soins périopératoires portent, à l'occasion, des vêtements de protection, comme des sarraus, par-dessus leur tenue. Aucune donnée probante n'a démontré que les vêtements de protection étaient efficaces pour protéger les tenues chirurgicales de la contamination par les microorganismes. Des études ont toutefois prouvé que les vêtements de protection étaient fortement contaminés et qu'ils devraient être lavés tous les jours ou être jetables. Les vêtements de protection réutilisables devraient être lavés dans une blanchisserie accréditée auprès des établissements de soins de santé après chaque utilisation quotidienne et lorsqu'ils sont visiblement contaminés.<sup>3</sup>

### Les articles personnels

Les fournisseurs de soins périopératoires doivent souvent apporter en salle d'opération des porte-documents, des sacs à dos ou d'autres articles se rapportant aux soins des patients. Ce genre d'articles devraient être fabriqués d'un matériau pouvant être nettoyé à l'aide d'un désinfectant de faible niveau et ils ne devraient pas être déposés sur le plancher. Le nettoyage de ces articles pourrait aider à diminuer la transmission des microorganismes potentiellement pathogènes de ces surfaces externes vers les surfaces périopératoires et vice-versa. Les planchers des salles d'opération ou des salles d'intervention sont considérés comme contaminés et les articles déposés sur le plancher pourraient devenir des véhicules pour transférer les microorganismes du plancher vers d'autres surfaces périopératoires ou externes.<sup>3</sup>

Les fournisseurs de soins périopératoires doivent souvent apporter en salle d'opération des porte-documents, des sacs à dos ou d'autres articles se rapportant aux soins des patients.

Une partie de la tenue chirurgicale que les établissements pourraient avoir de la difficulté à faire respecter est le bonnet.

De plus, plusieurs membres de l'équipe périopératoire apportent leur cellulaire, leur tablette ou d'autres appareils personnels en salle d'opération. Ces appareils sont fortement contaminés et devraient être nettoyés à l'aide d'un désinfectant de faible niveau conformément aux directives du fabricant avant et après leur utilisation en salle d'opération.<sup>3</sup>

Dans une étude menée par Datta et coll., un essai clinique randomisé a été effectué pour examiner le taux de contamination bactérienne sur les téléphones cellulaires des travailleurs en soins de santé employés dans un hôpital universitaire de soins tertiaires et elle a comparé le taux de contamination avec un groupe de personnes ne travaillant pas dans un environnement de soins de santé. Des 200 téléphones cellulaires échantillonnés et appartenant à des travailleurs de la santé, 144 (72 %) étaient contaminés par des bactéries, et 18 % de ces bactéries étaient

le SARM. Des 50 téléphones cellulaires échantillonnés et n'appartenant pas à des travailleurs de la santé, seulement cinq (10 %) étaient contaminés par des bactéries (c.-à-d. le staphylocoque négatif (quant à la coagulase)). Les chercheurs ont conclu que des mesures simples comme le nettoyage régulier des téléphones cellulaires et des autres appareils électroniques portatifs ainsi que l'amélioration de l'hygiène des mains aident à réduire le risque d'infection nosocomiale provenant de bactéries transportées sur les appareils mobiles personnels.<sup>12</sup>

### Les bonnets

Une partie de la tenue chirurgicale que les établissements pourraient avoir de la difficulté à faire respecter est le bonnet. Les membres de l'équipe de soins périopératoires devraient porter un bonnet chirurgical propre ou un capuchon qui contient tous les cheveux et qui couvre entièrement les oreilles, la



La tenue chirurgicale constitue un sujet personnel et parfois émotif et les membres de l'équipe de soins périopératoires doivent mettre de côté leurs préférences personnelles et donner la priorité à ce qui est mieux pour leurs patients.

---

peau du cuir chevelu, les favoris et la nuque.<sup>3</sup> Plusieurs études ont démontré la contamination des cheveux et des oreilles. Une étude menée par Mastro et coll. a examiné une éclosion prolongée causée par le streptocoque du groupe A d'infections de sites opératoires après les interventions. Deux études de cas/témoins et un examen des dossiers menés par les chercheurs n'ont pas réussi à identifier le porteur. Les chercheurs ont utilisé des plaques de gélose afin de prélever des échantillons d'air en salle d'opération et ces derniers ont pu identifier la source de l'éclosion comme provenant d'un technologue chirurgical qui était porteur du même type de streptocoque du groupe A au niveau du cuir chevelu.<sup>13</sup> Owers et coll. ont effectué une étude non expérimentale au cours de laquelle 20 membres de l'équipe en SOP ont subi des cultures de leur front, de leurs sourcils et de leurs oreilles. Les chercheurs ont déterminé qu'il y avait considérablement davantage de bactéries isolées des oreilles que du front et des sourcils des membres de l'équipe chirurgicale. Les chercheurs ont donc conclu que les oreilles devraient être recouvertes à l'aide d'un bonnet chirurgical lors des chirurgies.<sup>14</sup>

### **Le blanchissage**

La tenue chirurgicale présente un risque pour les patients tout comme pour les travailleurs en soins de la santé si les lignes directrices ne sont pas respectées. Souvent, les travailleurs de la santé amènent à la maison leur tenue chirurgicale pour la laver dans leur machine à laver.<sup>3</sup> Une étude de cas menée par Wright et coll. a démontré qu'une relation de cause à effet existait entre la tenue chirurgicale et la transmission des maladies. Wright a signalé trois cas d'infections sternales postopératoires causées par la bactérie *Gordonia bronchialis* après des pontages aortocoronariens. La bactérie *G bronchialis* a été isolée de la tenue chirurgicale, des aisselles, des mains et du sac à main d'une infirmière anesthésiste et cette bactérie a été attribuée comme étant la cause de l'ISO. Des cultures prélevées sur sa camarade de chambre, aussi infirmière,

présentaient le même microorganisme. Après avoir été avisée des résultats des cultures, l'infirmière anesthésiste s'est débarrassée de sa machine à laver à chargement frontal. L'année qui suivit, les tenues chirurgicales, les mains, les narines et le cuir chevelu de l'infirmière anesthésiste et de sa camarade de chambre ont testé négatifs à la bactérie *G bronchialis*. Les auteurs ont conclu que la machine à laver était probablement le réservoir bactérien. Il est fort probable que le lavage fait à la maison ne tue pas de façon efficace tous les pathogènes et il se peut que ces derniers survivent sous forme de biofilms dans la machine à laver. Les biofilms ont été attribués à la mauvaise odeur des machines à laver. Les auteurs recommandent que les tenues chirurgicales soient nettoyées à l'hôpital afin de réduire les risques pour les patients de développer une ISO.<sup>15</sup>

### **Les masques pour le personnel en service externe**

Nous nous sommes demandés si le personnel en service externe devait porter des masques en salle d'opération. Il est important de rappeler que les masques chirurgicaux ne sont pas seulement pour la protection du patient, mais qu'ils protègent aussi le porteur de l'exposition au sang, aux liquides organiques ou autres matières potentiellement infectieuses.<sup>3</sup> Une étude d'observation, descriptive et non expérimentale menée par White et coll.,<sup>11</sup> examinant 8 500 interventions chirurgicales a démontré que 26 % des expositions au sang se produisaient à la tête et au cou du personnel en service interne et que 17 % des expositions au sang se produisaient chez le personnel en service externe, à l'extérieur de la zone stérile. Le personnel en service externe devrait se protéger des expositions potentielles en portant un masque en salle d'opération.

### **CONCLUSION :**

Cet article a souligné les mises à jour importantes apportées aux lignes directrices relatives à la tenue chirurgicale de l'AORN. Les recommandations présentées dans cet

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication *Normes de l'AIISOC pour la pratique de soins infirmiers périopératoires autorisés* (12e édition) de l'Association des infirmiers et infirmières de salle d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 5, p. 121-125; norme 2.7-2.9.

La version intégrale de ces normes a été réimprimée dans la présente Revue (voir page 32 - 35) à titre d'information pour le lecteur.

article aideront à réduire l'exposition des patients aux microorganismes provenant de l'équipe de soins périopératoires, de leur tenue chirurgicale et de leurs articles personnels pour ainsi réduire le risque d'ISO. L'utilisation adéquate de la tenue chirurgicale protège également le personnel hospitalier.

La tenue chirurgicale constitue un sujet personnel et parfois émotif et les membres de l'équipe de soins périopératoires doivent mettre de côté leurs préférences personnelles et donner la priorité à ce qui est mieux pour leurs patients. Tous les membres de l'équipe, y compris les chirurgiens, les infirmières, les fournisseurs en anesthésie et les techniciens chirurgicaux devraient participer à la planification et à la mise en œuvre des lignes directrices de l'établissement de soins de santé concernant la tenue chirurgicale. Ils devraient comprendre l'importance des données probantes pour leur pratique, savoir que la tenue chirurgicale doit servir à protéger les patients et faire abstraction de leurs préférences personnelles.

Les patients espèrent qu'après une chirurgie, ils se sentiront mieux qu'avant. Ils ne s'attendent pas à souffrir

d'une ISO et il incombe à tous les professionnels en soins périopératoires de respecter les pratiques fondées sur des données probantes afin d'offrir des soins de la plus grande qualité et le plus sécuritaire possible. La sécurité des patients est la responsabilité qui préoccupe au plus haut point toutes les personnes exerçant une profession spécialisée en soins périopératoires.

**RÉFÉRENCES :**

1. Centers for Disease Control and Prevention. Surgical Site Infection Event. [Internet]. 2012 [consulté le 30 mars 2015]. Disponible à : <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/9pscSSICurrent>.
2. Noble W, Habbema J, Van Furth R, Smith I, De Raay C. Quantitative studies on the dispersal of skin bacteria into the air. *Journal of Medical Microbiology*. 1976;9(1):53-61.
3. Spruce L, Van Wicklin S, Conner R. Guideline for surgical attire. Guidelines for perioperative practice. Denver, CO: Association of perioperative Registered Nurses; 2015.
4. Tammelin A, Domicel P, Hambraus A, Stayhle E. Dispersal of methicillin-resistant *Staphylococcus epidermidis* by staff in an operating suite for thoracic and cardiovascular surgery: relation to skin carriage and clothing. *Journal of Hospital Infection*. 2000;44(2):119-126.
5. Mariscal A, Lopez-Gigosos R, Carnero-Varo M, Fernandez-Crehuet J. Antimicrobial effect of medical textiles containing bioactive fibres. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2010;30(2):227-232.
6. Noble W. Dispersal of skin microorganisms\*. *Br J Dermatol*. 1975;93(4):477-485.
7. Ibrahim O, Sharon V, Eisen D. Surgical-Site Infections and Routes

of Bacterial Transfer: Which Ones Are Most Plausible?. *Dermatologic Surgery*. 2011;37(12):1709-1720.

8. Bearman G, Bryant K, Leekha S, Mayer J, Munoz-Price L, Murthy R et al. Healthcare Personnel Attire in Non-Operating-Room Settings. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2014;35(2):107-121.
9. Neeley A, Maley M. Survival of enterococci and staphylococci on hospital fabrics and plastic. *J Clin Microbiol*. 2000;38(2):724-726.
10. Neely A, Orloff M. Survival of Some Medically Important Fungi on Hospital Fabrics and Plastics. *Journal of Clinical Microbiology*. 2001;39(9):3360-3361.
11. White M, Lynch P. Blood contact and exposures among operating room personnel: A multicenter study. *American Journal of Infection Control*. 1993;21(5):243-248.
12. Datta P, Rani H, Chander J, Gupta V. Bacterial contamination of mobile phones of health care workers. *Indian J Med Microbiol*. 2009;27(3):279.
13. Mastro T, Farley T, Elliott J, Facklam R, Perks J, Hadler J et al. An Outbreak of Surgical-Wound Infections Due to Group A *Streptococcus* Carried on the Scalp. *New England Journal of Medicine*. 1990;323(14):968-972.
14. Owers K, James E, Bannister G. Source of bacterial shedding in laminar flow theatres. *Journal of Hospital Infection*. 2004;58(3):230-232.
15. Wright S, Gerry J, Busowski M, Klochko A, McNulty S, Brown S et al. *Gordonia bronchialis* Sternal Wound Infection in 3 Patients following Open Heart Surgery: Intraoperative Transmission from a Healthcare Worker. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2012;33(12):1238-1241.



## NORMES DE L'AIISOC POUR LA PRATIQUE DE SOINS INFIRMIERS PÉRIOPÉRATOIRES AUTORISÉS (12<sup>E</sup> ÉDITION) DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DE SALLE D'OPÉRATION DU CANADA (AIISOC) D'OCTOBRE 2015.

SECTION 2 (PAGE 121 - 125) NORMES 2.7 - 2.9.

### CODE VESTIMENTAIRE

#### 2.7 PATIENTS

	<u>PRATIQUE</u>	<u>EXPLICATION</u>
2.7.1	La plupart des patients devraient retirer tous leurs vêtements avant l'intervention chirurgicale.	Les vêtements à enlever dépendent du type de chirurgie et des besoins particuliers du patient. Les sous-vêtements peuvent être portés s'ils n'interfèrent pas avec l'intervention chirurgicale (Phillips, 2013). Enlever les vêtements élimine une source potentielle de contamination microbienne.
2.7.2	Les patients devraient porter une blouse et un bonnet propres et être couverts de draps propres (Phillips, 2013).	La blouse, le couvre-tête et les draps propres réduisent les risques de contamination par desquamation.
2.7.3	Les patients n'ont pas l'obligation de porter un masque à l'intérieur du bloc opératoire à moins qu'ils soient soumis à des précautions contre la transmission aérienne par gouttelettes ou qu'ils soient immunodéprimés	Les recommandations de l'AORN peuvent être appliquées de façon ponctuelle si le travailleur de la santé juge nécessaire d'enlever plus de vêtements. La question du port de vêtements dans le cas de patients ambulatoires relève d'une décision de l'établissement.
2.7.4	Pour les chirurgies ambulatoires, les patients peuvent porter certains de leurs vêtements, particulièrement si les vêtements ne nuisent pas à l'intervention et si cette dernière est de courte durée (p. ex. une chirurgie de la cataracte). Toutefois, les patients devraient quand même porter une blouse propre, avoir les cheveux couverts et être recouverts de draps propres (AORN, 2012).	Les bijoux transportent des microorganismes dans la salle d'opération et peuvent créer des problèmes de sécurité et de protection pour le patient (p. ex. brûlures, déchirures, infection ou incapacité à accéder aux zones nécessaires pour les procédures durant l'intervention chirurgicale (p. ex. intubation endotrachéale, cathétérisme, etc.).
2.7.5	Tous les bijoux, y compris ceux qui percent la peau, doivent être enlevés.	

### DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). *Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Auteur; 2012.

Phillips, N.M. *Berry & Kohn's operating room technique*, (12<sup>e</sup> éd.), St. Louis, MO: Elsevier Mosby, 2013.

2.8 VISITEURS

PRATIQUE

EXPLICATION

2.8.1 Les visiteurs devant être présents dans la salle d'opération pour une courte période, notamment les parents accompagnant un enfant, les agents de la paix et (ou) les ingénieurs biomédicaux, doivent revêtir une combinaison monopiece et couvrir leur tête et leur pilosité faciale avant d'entrer.

Les visiteurs qui resteront dans la salle d'opération pour une période prolongée doivent respecter le code vestimentaire du personnel. Les couvre-chaussures ne sont pas obligatoires.

Il n'a pas été démontré que l'utilisation de couvre-chaussure réduit le risque ou la fréquence d'infections du site opératoire.

2.9 PERSONNEL

PRATIQUE

EXPLICATION

2.9.1 Tout le personnel qui entre dans une zone d'accès restreint ou semi-restreint du bloc opératoire doit porter les vêtements chirurgicaux appropriés et se conformer au code vestimentaire de l'établissement de santé.

Les vêtements chirurgicaux minimisent l'exposition du patient aux microorganismes qui proviennent de la peau, des muqueuses ou des cheveux et poils des membres de l'équipe chirurgicale. Les vêtements chirurgicaux peuvent également être utilisés comme équipement de protection individuelle et prévenir la contamination par le patient.

2.9.2 Le haut d'une combinaison de chirurgie en deux morceaux devrait être inséré dans le pantalon (Phillips, 2013).

La tenue doit confiner les cellules de la peau et l'excrétion microbienne, et favoriser le contrôle des infections. Le mouvement et la friction augmentent la desquamation. Le port de pantalons réduit les risques d'excrétion bactérienne.

2.9.3 Dans les zones d'accès restreint et semirestreint, le personnel en service externe peut porter une veste à manches longues. Les vestes doivent être fermées à l'aide de boutons pression. Elles doivent être changées quotidiennement et lavées après chaque utilisation (Phillips, 2013).

Les vêtements à manches longues préviennent la chute des particules provenant de la desquamation des bras. Les vestes amples peuvent contaminer accidentellement le champ stérile.

2.9.4 Les vêtements personnels (p. ex. gilet à manches longues) qui ne peuvent pas être complètement couverts par les vêtements chirurgicaux ne devraient pas être portés.

Les vêtements personnels ne sont pas lavés quotidiennement à l'hôpital. Des études ont montré que le lavage des vêtements à domicile ne détruit pas les agents pathogènes que l'on trouve sur les vêtements chirurgicaux de manière efficace (Phillips, 2013).

2.9.5 Le port de vêtements supplémentaires (p. ex. un sarrau de laboratoire) devrait être déterminé en fonction du milieu de travail.

La valeur du port du sarrau dans un établissement n'a pas été démontrée.

2.9.6 Les sacs-ceintures, les porte-documents et les sacs à dos ne devraient pas entrer dans les zones d'accès semi-restreint ou restreint du bloc opératoire.

Leurs matériaux poreux peuvent être difficiles à nettoyer et à désinfecter et peuvent contenir des pathogènes, de la poussière et des bactéries (AORN, 2014).

2.9.7 Tous les membres de l'équipe de soins doivent porter des vêtements chirurgicaux fraîchement lavés lorsqu'ils entrent dans le bloc opératoire (AORN, 2014; Blanchard et Mitchell, 2007). Les vêtements chirurgicaux portés à

Les vêtements souillés augmentent les risques de contamination croisée pour les patients, le personnel et le public.

## 2.9 PERSONNEL (SUITE.)

### PRATIQUE

### EXPLICATION

l'extérieur de la zone précise doivent être changés avant d'entrer dans les zones d'accès restreint et semi-restreint. Les vêtements chirurgicaux devraient être changés quotidiennement et lorsqu'ils sont visiblement souillés, contaminés ou humides.

- Une fois portés, les vêtements chirurgicaux doivent être placés dans un contenant expressément désigné pour le lavage ou la mise au rebut. Ils ne doivent pas être suspendus ou mis dans un casier afin de les porter de nouveau.
- Les vêtements chirurgicaux réutilisables (y compris les bonnets en tissu) doivent être nettoyés par les services de blanchissage que l'établissement de santé utilise pour les autres articles en tissus chirurgicaux (Blanchard et Mitchell, 2007; Comité consultatif provincial des maladies infectieuses [CCPMI], 2012).

Les services de blanchissage autorisés utilisent du détergent et les réglages de température recommandés pour laver les vêtements.

2.9.8 Les chaussures portées dans le bloc opératoire devraient répondre aux exigences du Code du travail provincial ainsi qu'aux lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail. Les chaussures devraient être fermées, à talon plat, être munies de semelles antidérapantes et être faciles à nettoyer.

Les lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail obligent le port de chaussures appropriées.

- Des couvre-chaussures devraient être portés dans les zones d'accès restreint et semi-restreint lorsqu'il y a des risques de contamination grossière (Phillips, 2013). Les couvre-chaussures doivent être enlevés ou changés lorsqu'ils sont souillés ou avant de quitter le service.

Les couvre-chaussures offrent une protection personnelle et aident à prévenir la contamination de l'environnement.

2.9.9 Toute chevelure (y compris la pilosité faciale) doit être recouverte d'une cagoule ou d'un bonnet propre. Les couvre-chefs, comme les calottes, ne couvrent pas l'entièreté de la tête et peuvent ne pas retenir adéquatement les cheveux (Phillips, 2013).

Il a été démontré que la desquamation des cellules et la perte de cheveux ont un impact sur les infections du site opératoire. Il est donc nécessaire de les couvrir complètement.

2.9.10 Le personnel portant un bonnet en tissu devrait le couvrir d'un bonnet bouffant jetable (Phillips, 2013).

En l'absence d'installations pour les laver à l'hôpital, les bonnets en tissu seront ainsi protégés de la contamination.

2.9.11 Les couvre-chefs portés pour des raisons culturelles ou religieuses devraient entièrement être recouverts d'un bonnet jetable adéquat (Phillips, 2013).

Toutes les tenues chirurgicales (couvre-chefs en tissu) doivent être lavées adéquatement dans les installations de l'hôpital prévues à cet effet afin de détruire les microorganismes (Blanchard et Mitchell, 2007).

2.9.12 Les ongles doivent être propres, courts, naturels et bien entretenus.

- Les ongles naturels devraient être courts.
- Les ongles artificiels et les prothèses plastifiées sont interdits (Phillips 2013; CCPMI, 2014).
- Le personnel devrait respecter la politique de prévention et de contrôle des infections de l'établissement de santé concernant le port de vernis à ongles.

La région sous-unguéale abrite la majorité des microorganismes de la main. Les ongles brisés peuvent abriter des microorganismes (Phillips, 2013). Les ongles dont la longueur dépasse le bout des doigts, qu'ils soient naturels ou artificiels, peuvent déchirer les gants. Les ongles et les pointes d'ongles artificiels abritent un nombre plus important de microorganismes et il est reconnu que les ongles artificiels favorisent la croissance de *Staphylocoque aureus*, de bacilles Gram négatif et de levures, car l'humidité reste emprisonnée entre l'ongle naturel et l'ongle artificiel.

2.9 PERSONNEL (SUITE.)

**PRATIQUE**

**EXPLICATION**

- 2.9.13 Tous les bijoux doivent être enlevés avant d'entrer dans les zones d'accès semi-restreint et restreint (Phillips, 2013).
- 2.9.14 Les membres de l'équipe de soins doivent porter des lunettes protectrices en cas de risques d'éclaboussures. Les lunettes protectrices réutilisables doivent être nettoyées après chaque utilisation (Phillips, 2013).
- Tout le personnel doit porter un masque chirurgical jetable dans les zones d'accès restreint et (ou) en présence de fournitures stériles ouvertes (Phillips, 2013; Thurston, 2007). Il est essentiel de porter le type de masque offrant la meilleure protection pour une situation donnée (p. ex. les masques conçus pour le laser).
- Le masque doit couvrir le nez et la bouche, en plus d'être bien ajusté afin d'éviter les fuites (Phillips, 2013).
  - Le masque ne doit pas pendre autour du cou ni être rangé dans les poches (Phillips, 2013).
  - Les masques doivent être changés entre chaque intervention ou immédiatement lorsqu'ils sont souillés.
  - Le masque doit être enlevé par les courroies seulement, puis mis au rebut. Les mains doivent être lavées (Phillips, 2013).
  - Des masques N95 ou des masques équivalents doivent être disponibles lorsqu'une infection par transmission aérienne est soupçonnée ou confirmée. Ces masques et respirateurs doivent être soumis à un essai d'ajustement.

Le vernis à ongles écaillé ou endommagé peut abriter des microorganismes (Phillips, 2013).

Les bagues abritent des microorganismes et peuvent déchirer les gants. Plusieurs études démontrent que l'on retrouve un plus grand nombre d'organismes sur la peau se trouvant sous les bagues que sur la peau nue (Thurston, 2007). Les boutons d'oreilles doivent être recouverts par un bonnet. Les boucles d'oreilles pendantes ne sont pas appropriées dans la salle d'opération. Les colliers augmentent aussi la desquamation (Phillips, 2013, p. 269).

Les lunettes comportant des écrans latéraux et les écrans faciaux réduisent le risque de contamination des muqueuses oculaires.

Les masques retiennent et filtrent les gouttelettes contenant des microorganismes qui sont expulsées de la bouche et du nasopharynx lorsqu'une personne respire, parle, éternue ou tousse (Phillips, 2013, p. 270). Le masque doit être porté à la fois pour se protéger et pour protéger le patient. Les masques conçus pour le laser protègent des particules aérosolisées telles que les fumées générées par le laser; les appareils électrochirurgicaux ou les instruments mécaniques. Le port de deux masques agit comme une barrière plutôt qu'un filtre et crée des fuites d'air sur les côtés en raison de l'effort accru nécessaire pour respirer.

Le port d'un masque réduit le risque de transmettre aux patients ou au champ stérile des microorganismes nasopharyngiens et respiratoires.

Le filtre du masque chirurgical abrite des bactéries provenant des voies nasopharyngiennes. Le masque souillé peut contaminer les vêtements chirurgicaux.

La capacité de filtrage d'un masque est compromise lorsque ce dernier devient mouillé.

Une fois utilisé, le masque contient un grand nombre de microorganismes. Ces derniers sont transmis aux mains si le masque est mal manipulé.

Les masques occlusifs avec filtre de 0,1 micron offrent une protection personnelle dans les cas où une infection par transmission aérienne est soupçonnée ou confirmée.

**DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE**

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory settings, Denver, CO: Auteur; 2014.

Blanchard, J. et S. Mitchell. Home laundering of surgical scrub attire. AORN Journal, (2007), vol. 86, no 4, pp. 657-658.

Phillips, N.M. Berry & Kohn's operating room technique, (12e éd.), St. Louis, MO: Elsevier Mosby, 2013.

Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement en vue de la prévention et du contrôle des infections dans tous les établissements de soins de santé (2e éd.). Santé publique Ontario, 2012.

Thurston, A.J. Sources of infection in the operating theater. The Evidence for Orthopaedic Surgery. Shewsbury, G.-B.: TFM Publishing, 2007.



## We're Hiring Perioperative Nurses!

Complex • Challenging • Exciting

Vancouver General Hospital (VGH) is a tertiary, Level 1 Trauma and a Transplant Centre for lung, liver, pancreas and kidney transplants as well as the referral centre for the province of BC. Our perioperative services include cardiac, thoracic, vascular, neurosurgery, spine, orthopedic, plastics, urology, gynecology, ENT, ophthalmology, general surgery and robotic surgery.

We are looking for RNs with two (2) years' recent, related experience in an acute care operating room environment and/or have completed an accredited Perioperative Nursing Specialty Certificate Program. These positions offer you the opportunity to work alongside experts in their fields, both nationally and internationally.

**Not an Operating Room Nurse?** We offer employer-paid training to specialize as a Perioperative RN. Upon successful completion of our ORNAC certified perioperative training program you will move into a regular full-time position in the OR. So, if you are currently working in an acute surgical or medical position and are interested in this opportunity – we want to hear from you!

Full-time positions available! Join our amazing Perioperative team at Vancouver General Hospital, a part of Vancouver Coastal Health.

Qualified RNs please apply online at [careers.vch.ca](http://careers.vch.ca)

Come for the job.  
Stay for the team.



Phone: 604.675.2500 Toll Free: 1.800.565.1727




- Perioperative Leaders
- Managers
- Supervisors
- Directors
- Educators

### CANADIAN OR NURSING LEADERS (CORL) 2016 NATIONAL CONFERENCE "AHEAD OF THE CURVE"

Join us in **Toronto, November 13 to 15, 2016**, for an educational and inspiring conference designed to help you stay *Ahead of the Curve*.

#### Session Highlights Include:

- Sustainable Leadership;
- IT/Social Media;
- Financial Intelligence;
- Updates in Medical Device Reprocessing; and
- Change Anything Through Personal Leadership.

Register before September 30th for our early bird rate of \$265 for members (\$350 for non members)!

For information or registration visit [www.operatingroomleaders.com](http://www.operatingroomleaders.com)

# WHEN SURGERY GOES WRONG: THE IMPORTANCE OF THE PATIENT'S VOICE

## Author:

Kapka Petrov lives in Toronto, Ontario, with her husband and daughter. She spoke about her personal surgical and post-surgical experiences, with the theme "Perioperative Nurses: The Need for Strong Advocates in Patient Safety," at the 2015 ORNAC National Conference in Edmonton, AB. She has become vocal advocate for patient safety through the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) and was featured in a National Post article entitled "Toxic gas, accidental burns and surgeries gone wrong: A look at medical mistakes in Canada" (September 20, 2015). Her story is also the focus of a CPSI video that can be found at <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsresources/member-videos-and-stories/pages/kapka-petrov.aspx>. Kapka can be contacted with questions at [kapkapetrov@gmail.com](mailto:kapkapetrov@gmail.com).

In 2009, at the age of 33 and in previously excellent health, I woke up with severe right upper abdominal pain on an April night. I ended up in a local hospital, after waiting in the ER for over 9 hours, I was seen by a doctor who dismissed my symptoms and sent me home. A few days later I was feeling very sick and was vomiting and, once again,

struggling with excruciating right abdominal pain. I returned to the same hospital. On this visit I was hospitalized due to pancreatitis and for five days I was on IV fluids and narcotic painkillers before having my gallbladder removed laparoscopically. After the surgery I was sent home approximately 6 hours later. I was unable to move, eat, stand, sit or take care of myself and my family.

The surgeon telephoned my home regularly over the next 4 days and stated that he was very concerned about me. He informed me that there had been some liver hemorrhaging during the surgery but that I should be fine and not need to return to the hospital as it would resolve itself on its own. When I had not improved, after 2 weeks, I returned to the hospital. A colleague of the surgeon, who indicated that she was from the same surgical team, informed me they would do everything possible to prevent a lawsuit.

This surgeon then proceeded with an endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography (ERCP) and shincterotomy of the biliary tract. I was discharged the next day with a jar of morphine and provided with no further follow up.



Photo courtesy K.Petrov

Kapka and her family in early 2009 just a few months before her first surgery and the start of her ordeals as a surgical patient.

Photo courtesy K.Petrov



Kapka with her daughter in a Toronto Hospital, April 2009, for the initial surgery.

Over the next 9 months I was hospitalized eight times without any cause or solution being found. Eventually I was finally discharged in January 2010 and was given no hope for improvement. I was unable to hold down food or liquids. As a result I became very weak and had to use a walker for support. I also became very dehydrated and my skin turned

grey-ish and became quite wrinkled at times. I had severe upper right quadrant abdominal pain and felt like something was pulling deep inside me.

The gastroenterology team at a university hospital refused to arrange for me to see a surgeon for a second opinion and assured us that it was too late for any surgery, that there was no medical reason they could find for my symptoms, and I had best get used to taking my prescriptions. I was on 8 mgs of Zofran 8 mgs, 10 mgs of Stemetil every four hours, 600 mgs of Gabapentin (later reduced to 300 mgs), 5-10 mgs or morphine, orally, every 2 hours and 3mgs of hydromorphone every 4 hours. Despite all this medication there was no change in my symptoms, the vomiting continued despite the strong cocktail of Zofran and Stemetil (as noted in the clinical notes from the nurses) and the pain remained intense and severe. During one of the ER stays a doctor

informed us that “whatever happened had happened” and “a lawsuit will not help.” He advised us that we should stop “bothering” the hospital with our visits and I should just stay home and take my medication. He even offered to prescribe a higher dosage of painkillers and the anti-vomit medication. We were wondering why so many of the health professionals we saw were so concerned about the presumable lawsuit rather than the fact that my health was quickly deteriorating for no obvious reason (according to their reports). Our daughter was met by a social worker, sent by the school, who gave her worksheets to fill out explaining how to deal with the death of a loved one. She kept holding me tightly and saying “Please mommy fight for your life. Don’t leave me.”

We sent my medical reports worldwide and sought help from any source. My medical insurance provider informed me that, based on the information received from the specialist (and contrary to what my GP was reporting) they believed my condition was improving (this was back in September when I was running out of short term disability coverage and was fighting to get Long Term Disability (LTD). The specialist had falsely documented that I was improving and that he did not need to see me any longer) and so I was deemed to be not eligible for long term disability. I was forced to return to work, part-time, which involved stopping sessions (as a vocational



Kapka in a Bulgarian hospital shortly before her March 2010 surgery.

Photo courtesy K.Petrov

rehabilitation counselor) to vomit, holding the walls of my office to walk, and holding my abdomen in pain all day. Later, once my manager at work advised me to look for a better hospital and to contact a lawyer, and she called the LTD provider to inform them that they better review my file again since I was a liability at work, I was approved for LTD. Shortly after the approval, my husband received a letter, for no apparent reason, from the insurance reminding him that he is beneficiary on my life insurance policy. I think it made him entirely numb. He, very mechanically, picked up the phone and booked flights back to Bulgaria (where I am from and lived until I immigrated to Canada in 2001).

The night before we left Canada we discussed custody and finances and I wrote my eulogy. There were no tears left and I was too exhausted to feel anything emotionally. He got me a

wheelchair, took our daughter from school in the middle of her grade 7 year, and we flew back to my home. My friends collected donations to pay my arrears health insurance contributions (a requirement to re-activate my national health insurance) for the many years I had not been living in Bulgaria. Doctors in Bulgaria were very concerned with the state of my health. I had lost 30 lbs and gone from a size 12 to a size 6. I had extreme fatigue, low blood cell count, decreased platelets, red blood cells and white blood cells, and anemia. I had taken to passing out with no warning. And of course I was also emotionally traumatized. The persistent right upper quadrant abdominal pain and pulling in the area, along with the vomiting, were an ongoing part of my daily existence.

They began looking for a solution. I was in the hospital for most of

UPCOMING  
EVENTS /  
PROCHAINS  
ÉVÉNEMENTS

PROVINCIAL & REGIONAL CONFERENCES /  
CONFÉRENCES PROVINCIALES ET RÉGIONALES

25th ORNAC National Conference	Niagara Falls, ON	Apr 30 - May 4, 2017
25th PRNABC Conference	Kelowna, BC	June 24 - 27, 2016
ORNAA Provincial Conference	Red Deer, AB	Sept 21-24, 2016
SORNG Education Day	Regina, SK	Oct 1, 2016
ORNAO Provincial Conference	Toronto, ON	Apr 28 - May 1, 2016
CIISOQ/CORNQ 36th Conference	TBA, Quebec	Oct 13 - 15, 2016
NBORN Provincial Conference	Oromocto, NB	May 6-7, 2016
Atlantic OR Nurses Conference	Halifax, NS	Sept 22 - 24, 2016

OTHER CONFERENCES / AUTRES CONFÉRENCES

AORN ( <a href="http://www.aorn.org">www.aorn.org</a> )	Anaheim, CA	Apr 2 - 7, 2016
ASIORNA ( <a href="http://www.asiorna.org">www.asiorna.org</a> )	Hong Kong	Oct 8 - 10, 2016
ACORN ( <a href="http://www.acorn.org.au">www.acorn.org.au</a> )	Hobart, Australia	May 25 - 28, 2016
CORL ( <a href="http://www.operatingroomleaders.com">www.operatingroomleaders.com</a> )	Toronto, ON	Nov 13 - 15, 2016
CNA ( <a href="http://www.cna-aiic.ca">www.cna-aiic.ca</a> )	Saint John, NB	June 20 - 22, 2016

Additional conferences can be found at [www.ornac.ca](http://www.ornac.ca).  
Jetez un coup d'œil aux conférences additionnelles à [www.aiisoc.ca](http://www.aiisoc.ca).



Photo courtesy K.Petrov

Kapka with her husband and daughter, in 2011 – after the surgery in Bulgaria but still dealing with the weight loss, lack of sensitivity to hunger, and compromised immune system.

February and part of March 2010. Our daughter was enrolled in Bulgarian school and had to learn to read and write in Bulgarian. This was a lesson, for us all, in resilience, courage and tenacity and we understood that, as her parents, we were setting an example for her to never give up... no matter how difficult life may be.

On March 19, 2010, Professor Dr. Gaydarski, the former Minister of Health for Bulgaria, operated on me and videotaped portions of the surgery. It was an open exploratory laparotomy of the upper abdomen. It revealed that the cystic duct (contrary to the surgical reports which indicate it had been removed) was left (3.5 cm). Metal clips were also found deep in the abdomen. They were holding the duct and cystic artery. The clips were removed along with the remainder of the duct, some parasympathetic fibers, and a semilunar ganglion.

Following the surgery the pain and vomiting stopped. I was happy to be alive... but now had no sensitivity to hunger and compromised immune system. I have to remember to eat because my body does not experience hunger. I fight, every day, to rebuild my failing immune system – nearly a year with a clenched artery and cystic

ductus has kept me in survival mode and had long term impacts on my health. But we thought the worst was over and that we needed to just forgive, forget, collect the broken pieces of our shattered lives, and move on.

In October 2012 I learned that I required a hysterectomy. I (reluctantly) trusted another surgeon who presented as superior in his skills. Following the surgery I was told that a colostomy bag would be attached in near future whenever I was “ethically ready.” We did not understand the question and our response was “if you want to attach a colostomy bag on me then apparently there is a need for it. How, as a patient, would I know when I would be ready for such a radical life altering measurement? The answer was that he did not know why bad things kept happening to me. We never received any clarification and had never been told about any incidents, during the surgery, that would have resulted in such a radical measure. There was a mention in the surgical report that another surgeon was called in, due to ablation of the sigmoid colon, and that he would record in my file what had taken place. My family doctor later requested information from the hospital and their letter stated there was no record of a surgical note or incident report.

Little did I know that, in the months to come, I would experience a slow paralysis of the lower left side of my body, excruciating and ongoing pelvic pain in the coccyx and sacrum, loss of mobility, and general daily suffering. When mentioned to the surgeon my concerns were dismissed and I was told that he did not know why bad things happened to me all the time and that he just forgot what exactly happened.

Continued crippling pelvic pain, for which I refused the band aid of pain management including a recommendation of a morphine catheter in my spine, progressive immobility, and deterioration of my elimination abilities, urged us to seek help once again in Bulgaria. In June 2013 I was operated on by doctors who were puzzled as to why I would be left suffering in this way. They discovered that my sigmoid colon had been burned, during the hysterectomy, to the point where there was no tissue left. The laser resection, during the hysterectomy, had resulted in the sigmoid colon, peritoneum, and left ovary growing together (and forming adhesions). The Bulgarian team of surgeons was able to separate them. But the numbness, tingling and excruciating pelvic and rectal pain persist to this day (3 years later).

As a result I live with severely impaired mobility and elimination abilities. My overall physical abilities mean that the simplest tasks require a paramount effort.

As a patient, I am advocating for an open dialogue with physicians when things go wrong. I am hopeful that the global pillars of safe health care become the credo of health care providers and allow us to create effective two way communication. My experience in Bulgaria was not different because of the medical

expertise of the team – it was different because they listened to my concerns, took my suffering seriously, and did not have to be concerned with hiding past errors. They also were very much concerned with figuring out the reason for my pain and finding a treatment, right away, rather than continuing to medicate me with painkillers while ignoring the main cause.

I also believe, based on my experiences, that patient satisfaction is a much needed measure in every doctor's annual objectives and that growth and improvement happen through taking ownership when things go wrong. We have to acknowledge that mistakes happen and address them - this is essential to save lives and improve the quality of the lives of all patients on a national and global level.

Closing ranks, or trying to make 'problem patients' go away does a disservice to everyone involved – the patient and the entire healthcare team – and does not instill confidence in our healthcare. My experience made me feel like the individuals involved were more concerned with a lawsuit, or their reputation, than they were with providing care to me when things had gone wrong. A different approach could have reduced my suffering and created a much more positive result for the healthcare providers. No patient should suffer needlessly – and no one's suffering should be dismissed or treated as inconvenient.

When a patient is adversely impacted by a surgical intervention the entire healthcare team is impacted and its ability to provide quality care can suffer. Timely disclosure, objective report writing and taking measurements to improve the adverse event are necessary to revolutionize the standards in health care. At the end of the day, we are all patients at some point in our lives and we need to be able to put our faith in the hands of the experts. To do this we need to know that they will do their best for us – both when things go right and when they go wrong.

Photo courtesy D. van Nieuwkerk



Kapka presenting "Perioperative Nurses: The Need for Strong Advocates in Patient Safety" at the 2015 ORNAC National Conference in Edmonton, AB.

# QUAND LA CHIRURGIE TOURNE MAL : L'IMPORTANCE D'UNE VOIX POUR LE PATIENT

## Auteure :

Kapka Petrov habite à Toronto, en Ontario, avec son mari et sa fille. Lors de la Conférence nationale 2015 de l'AIISOC à Edmonton, en Alberta, elle a parlé de ses expériences chirurgicales et post-chirurgicales en lien avec le thème « Les infirmières périopératoires : la nécessité pour des défenseuses efficaces pour la sécurité des patients ». Elle est devenue une ardente défenseuse pour la sécurité des patients par le biais de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et a fait la manchette d'un article dans le National Post intitulé « Toxic gas, accidental burns and surgeries gone wrong: A look at medical mistakes in Canada » (20 septembre 2015). Son histoire fait également l'objet d'une vidéo de l'ICSP qui peut être visionnée à <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/member-videos-and-stories/pages/kapka-petrov.aspx>. Pour toute question, vous pouvez communiquer avec Kapka à [kapkapetrov@gmail.com](mailto:kapkapetrov@gmail.com).

Une nuit d'avril 2009, à l'âge de 33 ans et auparavant en excellente santé, je me suis réveillée avec de vives douleurs abdominales dans la partie supérieure droite. Je me suis retrouvée à l'hôpital et après avoir attendu à l'urgence durant plus de 9 heures, un médecin m'a examinée, a écarté mes symptômes et m'a renvoyée à la maison. Quelques jours plus tard, je me sentais vraiment

malade, je vomissais et, encore une fois, je ressentais d'insoutenables douleurs abdominales du côté droit. Je suis retournée au même hôpital. Lors de cette visite, on m'a hospitalisée pour une pancréatite et durant cinq jours, on m'a administré une solution intraveineuse et des analgésiques narcotiques avant de retirer par laparoscopie ma vésicule biliaire. On m'a renvoyée à la maison environ six heures après la chirurgie. Je ne pouvais ni bouger, ni manger, ni être debout, m'asseoir ou prendre soin de moi-même et de ma famille.

Au cours des quatre jours après mon intervention, le chirurgien m'a téléphoné régulièrement et m'a dit qu'il était très inquiet de ma situation. Il m'a dit que durant la chirurgie, j'avais subi une petite hémorragie du foie, mais que je devrais bien aller et que je n'avais pas à retourner à l'hôpital, car tout ça devrait se résorber tout seul. Après deux semaines, n'ayant observé aucune amélioration, je suis retournée à l'hôpital. Une collègue du chirurgien, qui m'a informée qu'elle faisait partie de la même équipe chirurgicale, m'a assurée qu'ils feraient tout leur possible pour empêcher qu'il y ait une poursuite en justice.

Cette chirurgienne a alors effectué une cholangiopancréatographie rétrograde



Photo courtesy K.Petrov

Kapka et sa famille au début de 2009, seulement quelques mois avant sa première chirurgie et le début de ses pénibles épreuves en tant qu'opérée.

endoscopique et une sphinctérotomie du tractus biliaire. J'ai obtenu mon congé de l'hôpital le lendemain, avec un contenant de morphine et aucun autre suivi.

Au cours des neuf mois suivants, j'ai été hospitalisée huit fois sans que les médecins ne trouvent de causes ni de solutions à ma situation. Finalement, j'ai obtenu mon congé de l'hôpital en janvier 2010 et on m'a dit qu'il n'y avait aucun espoir que mon état s'améliore. J'étais incapable de garder des aliments ou des liquides et, par conséquent, je suis devenue très faible et je devais utiliser une marchette. J'étais aussi très déshydratée, ma peau est devenue grisâtre et ridée par moment. J'avais de vives douleurs abdominales dans la partie supérieure droite, comme si quelque chose me tirait à l'intérieur.

L'équipe de gastroentérologie d'un hôpital universitaire a refusé de me donner rendez-vous pour consulter un de leur chirurgien afin d'obtenir une deuxième opinion et on nous a assurés qu'il était trop tard pour une chirurgie, qu'ils ne trouvaient aucune raison médicale pour mes symptômes et que je devais m'habituer à prendre mes ordonnances. Je prenais 8 mg de Zofran 8 mg, 10 mg de Stemetil toutes les quatre heures, 600 mg de Gabapentin (plus tard réduit à 300 mg), 5 à 10 mg de morphine par voie orale toutes les deux heures et 3 mg d'hydromorphone toutes les quatre heures. Malgré tous ces médicaments, mes symptômes restaient les mêmes, je continuais de vomir malgré la forte dose de Zofran et de Stemetil (comme indiqué dans les remarques cliniques des

infirmières) et la douleur demeurait intense et vive.

Durant l'un de mes séjours à l'urgence, un médecin nous a informés que « peu importe ce qui était arrivé, était arrivé » et « qu'une poursuite en justice n'aiderait pas ». Il nous a conseillés d'arrêter de « déranger » l'hôpital avec nos visites, de simplement rester à la maison et de prendre mes médicaments. Il m'a même offert de me prescrire une dose plus forte d'analgésiques et de médicament contre les vomissements. Nous nous demandions pourquoi autant de professionnels de la santé consultés étaient si préoccupés par une présumée poursuite en justice plutôt que par le fait que ma santé se détériorait rapidement pour aucune raison évidente (selon leurs rapports). Une travailleuse sociale envoyée par l'école a rencontré notre fille et elle lui a donné des feuilles de travail à remplir expliquant comment gérer le décès d'un parent. Ma fille me serrait souvent dans ses bras en me disant : « S'il te plaît maman, bats-toi pour ta vie. Ne me laisse pas seule ».

Nous avons envoyé mes rapports médicaux à travers le monde et nous avons cherché de l'aide de partout. Mon fournisseur d'assurance médicale m'a informée que, selon l'information qu'il avait reçue de mon spécialiste (et



Kapka avec sa fille dans un hôpital de Toronto, en avril 2009, pour la première chirurgie.

Photo courtesy K.Petrov

contrairement à ce que mon omnipraticien faisait état), il croyait que mon état s'améliorait (c'était en septembre, lorsque ma couverture d'invalidité de courte durée était sur le point de se terminer et que je me battais pour obtenir un congé d'invalidité de longue durée (ILD). Le spécialiste avait faussement documenté que mon état s'améliorait et qu'il n'avait plus besoin de me voir) et donc mon fournisseur a estimé que je n'étais pas admissible à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée. J'ai été obligée de retourner travailler à temps partiel (en tant que conseillère en réadaptation professionnelle), je devais m'arrêter pour aller vomir, je m'appuyais contre les murs du bureau pour marcher et toute la journée je me tenais le ventre en douleur. Plus tard, lorsque ma responsable au travail m'a conseillée de chercher un meilleur hôpital et de communiquer avec un avocat, et qu'elle eût appelé le fournisseur d'ILD pour l'informer qu'il ferait mieux de réviser à nouveau mon dossier étant donné que je constituais un risque au travail, on m'a autorisée à recevoir de l'ILD. Peu après cette autorisation, mon mari a reçu une lettre, sans raison apparente, de la compagnie d'assurances, lui rappelant qu'il était le bénéficiaire de ma police d'assurance-vie. Je pense qu'il a été complètement abasourdi. De façon très mécanique, il a pris le téléphone et a réservé des billets pour la Bulgarie (d'où je viens et où j'ai vécu jusqu'à ce que j'immigre au Canada en 2001).

roulant, a retiré ma fille de l'école en plein milieu de sa 7e année et nous avons pris l'avion en direction de mon pays d'origine. Mes amis ont recueilli des dons pour payer les arriérés de mes cotisations d'assurance maladie (une exigence pour réactiver l'assurance maladie de mon pays) pour les nombreuses années où je n'avais pas habité en Bulgarie. Les médecins en Bulgarie se sont montrés très préoccupés par mon état de santé. J'avais maigri de 30 lb et j'étais passée d'une taille 12 à une taille 6. Je souffrais de fatigue extrême et d'anémie, ma numération globulaire était faible, mes plaquettes, mes globules rouges et blancs étaient en baisse. Je m'évanouissais sans avertissement. Et bien sûr, j'étais émotivement traumatisée. Les douleurs abdominales persistantes du côté supérieur droit et la sensation de tiraillement dans cette région ainsi que les vomissements faisaient partie intégrante de ma vie quotidienne.

Les médecins ont commencé à chercher une solution. J'ai été hospitalisée durant presque tout le mois de février et une partie du mois de mars 2010. Nous avons inscrit notre fille dans une école bulgare et elle a dû apprendre à lire et à écrire en bulgare. Ce fût pour nous tous une leçon de résilience, de courage et de ténacité et nous avons compris, qu'en tant que parents, nous lui montrions un bel exemple qu'il ne faut jamais abandonner, peu importe les difficultés que la vie met devant nous.



Kapka dans un hôpital bulgare peu de temps avant sa chirurgie en mars 2010.

Photo courtesy K.Petrov

La veille de notre départ, nous avons discuté de la garde de notre fille et de nos finances et j'ai écrit mon éloge funèbre. Je n'avais plus aucune larme à pleurer et j'étais trop exténuée pour ressentir quoi que ce soit côté émotions. Mon mari m'a acheté un fauteuil

Le 19 mars 2010, le professeur Dr Gaydarski, l'ancien ministre de la Santé de la Bulgarie, m'a opérée et a filmé des parties de la chirurgie. Il a effectué une laparotomie exploratrice ouverte de l'abdomen supérieur. L'intervention a révélé que le canal biliaire (contrairement aux rapports d'intervention qui indiquaient qu'il avait été retiré) était toujours là (3,5 cm). Des agrafes métalliques ont aussi été retrouvées profondément enfouies dans l'abdomen. Elles retenaient le canal cystique et l'artère cystique. Les agrafes ont été enlevées ainsi que le reste du canal, quelques fibres parasymphatiques et un ganglion semi-lunaire.



Photo courtesy K.Petrov

Kapka avec son mari et leur fille en 2011 – après la chirurgie en Bulgarie, mais souffrant toujours de sa perte de poids, d'un manque de sensation de faim et d'un système immunitaire affaibli.

Après la chirurgie, la douleur et les vomissements s'arrêtèrent. J'étais contente d'être en vie... mais maintenant, je ne ressentais plus la faim et mon système immunitaire était affaibli. Je devais me souvenir de manger parce que mon corps ne m'envoyait pas les signaux de faim. Je luttai tous les jours pour renforcer mon système immunitaire affaibli — à cause de cette année passée avec une artère et le canal biliaire comprimés, j'avais vécu en mode de survie et cela avait eu des répercussions à long terme sur ma santé. Nous pensions toutefois que le pire était passé et qu'il ne nous restait plus qu'à pardonner, oublier, ramasser les morceaux cassés de notre vie brisée et passer à autre chose.

En octobre 2012, on m'a informée que je devais subir une hystérectomie. J'ai (à contrecœur) fait confiance à un autre chirurgien qui semblait posséder des compétences supérieures. Après la chirurgie, on m'a informée qu'une poche pour colostomie serait bientôt fixée quand je serais « moralement prête ». Nous ne comprenions pas la question et notre réponse a été : « Si vous voulez me fixer une poche pour colostomie, alors ça veut dire que j'en ai besoin ». Comment, en tant que patiente, saurais-je quand être prête à accepter une mesure si radicale qui changerait ma

vie? La réponse du chirurgien a été qu'il ne savait pas pourquoi la malchance me poursuivait. Nous n'avons jamais reçu d'explications et on ne nous a jamais parlé d'incidents survenus lors de l'intervention qui auraient pu entraîner une mesure si radicale. Le rapport d'intervention mentionnait qu'un autre chirurgien avait été appelé à intervenir en raison de l'ablation du côlon sigmoïde, et qu'il indiquerait dans mon dossier ce qui s'était passé. Mon médecin de famille a par la suite demandé de l'information de l'hôpital et leur lettre indiquait qu'il n'y avait aucune remarque durant la chirurgie ni de rapport d'incident.

J'étais loin de me douter que dans les mois à venir, le bas de mon corps du côté gauche paralyserait peu à peu, que je souffrirais constamment de douleurs pelviennes atroces au niveau du coccyx et du sacrum, que je perdrais ma mobilité et que je souffrirais de manière générale au quotidien. Lorsque je mentionnais mes préoccupations à mon chirurgien, il les écartait et me disait qu'il ne savait pas pourquoi des choses comme ça m'arrivaient tout le temps et qu'il avait tout simplement oublié ce qui s'était passé exactement.

Les constantes douleurs pelviennes invalidantes, que j'ai refusé d'atténuer à

l'aide d'analgésiques, y compris d'une recommandation pour installer un cathéter de morphine dans ma colonne, l'immobilité progressive et la détérioration de mes capacités d'élimination nous ont poussés à chercher à nouveau de l'aide en Bulgarie. En juin 2013, les médecins, qui se demandaient pourquoi on me laissait souffrir de cette façon, m'ont opérée. Ils ont découvert que mon côlon sigmoïde avait été brûlé lors de l'hystérectomie à un point tel qu'il ne restait plus de tissu. Lors de l'hystérectomie, la résection au laser avait fait en sorte que le côlon sigmoïde, le péritoine et l'ovaire gauche se développaient ensemble (et formaient des adhérences). L'équipe de chirurgiens bulgares a été capable de les séparer, mais l'insensibilité, le picotement et les atroces douleurs pelviennes et rectales persistent à ce jour (trois ans plus tard).

Par conséquent, ma mobilité et mes capacités d'élimination sont gravement atteintes. En raison de mes capacités physiques en général, les tâches les plus simples nécessitent d'énormes efforts de ma part.

En tant que patiente, je préconise un dialogue ouvert avec les médecins lorsque les choses tournent mal. J'espère que les piliers mondiaux pour des soins de santé sécuritaires deviendront le credo des fournisseurs de soins de santé afin d'établir une communication efficace dans les deux sens. Mon expérience en Bulgarie n'a pas été différente en raison de l'expertise médicale de l'équipe. Elle a été différente parce qu'ils ont entendu mes préoccupations, ils ont pris au sérieux mes souffrances et qu'ils n'avaient pas à s'inquiéter de dissimuler des erreurs passées. Ils se souciaient également beaucoup de comprendre la raison de mes douleurs et de trouver un traitement, tout de suite, plutôt que de continuer

à me faire prendre des analgésiques tout en ignorant la cause principale.

Je crois également, en fonction de mes expériences, que la satisfaction du patient est une mesure essentielle qui devrait faire partie des objectifs annuels de tout médecin et que le fait d'assumer ses responsabilités lorsque quelque chose tourne mal fait partie du développement et du perfectionnement des fournisseurs de soins. Nous devons pouvoir reconnaître que des erreurs se produisent et les aborder, ce qui est primordial pour sauver des vies et améliorer la qualité de vie de tous les patients à l'échelle nationale et internationale.

Resserrer les rangs ou essayer de faire disparaître les patients à problèmes ne rend service à personne, ni aux patients, ni à toute l'équipe de soins et, en plus, cela n'inspire guère confiance dans notre système de soins de santé. Avec mon expérience, j'ai eu l'impression que les personnes impliquées étaient plus préoccupées par une poursuite en justice ou par leur réputation, que par le fait d'offrir des soins lorsque les choses avaient mal tournées. Une approche différente aurait pu réduire mes souffrances et engendrer des résultats beaucoup plus positifs pour les fournisseurs de soins de santé. Aucun patient ne devrait souffrir inutilement et les souffrances de personne ne devraient être écartées ou traitées comme si elles étaient des désagréments.

Lorsqu'un patient subit les effets indésirables d'une intervention chirurgicale, toute l'équipe de soins en subit aussi les frais et sa capacité à offrir des soins de qualité peut en souffrir. La divulgation rapide de l'information, la rédaction objective de rapports et la prise de mesures afin d'améliorer les effets indésirables sont nécessaires pour révolutionner les normes en soins de la santé. À la fin de la journée, nous sommes tous des patients à un moment de notre vie et nous devons pouvoir faire confiance aux spécialistes. Pour ce faire, nous devons savoir qu'ils feront tout leur possible pour nous, quand les choses vont bien et quand les choses tournent mal.

Par : D. van Nieuwkerk



Kapka présentant la séance « Perioperative Nurses: The Need for Strong Advocates in Patient Safety (Les infirmières périopératoires : la nécessité pour des défenseurs efficaces pour la sécurité des patients) » lors de la Conférence nationale 2015 de l'AISSOC à Edmonton, AB.

## ORNAC/JOHNSON & JOHNSON MEDICAL PRODUCTS BURSARY FOR OR NURSES

Available annual funding is \$5,000 with the amount awarded to applicant(s) who is/are furthering their education in an area that will enhance perioperative nursing – post-basic ORNAC approved perioperative nursing program, Baccalaureate, Masters, Ph.D. or RNFA.

**Submission deadline is January 15th**

For more details visit [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) and click on Bursaries, Grants & Awards



## BOURSE DE L'AIISOC/JOHNSON & JOHNSON MEDICAL PRODUCTS POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE SALLE D'OPÉRATION

Un financement annuel de 5 000 \$ est offert aux candidats désirant poursuivre leur formation dans des domaines pouvant enrichir la pratique des soins périopératoires : programmes périopératoires post-diplômes du baccalauréat, de la maîtrise et du doctorat ou RNFA approuvés par l'AIISOC.

**La date limite pour soumettre les mises en candidature est le 15 janvier.**

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca)

et cliquer sur le lien [Bursaries, Grants & Awards](#) (disponible en anglais seulement)

## CARDINAL HEALTH RESEARCH GRANT

Funding of up to **\$5,000** is available to assist with perioperative nursing research activities.

Letters of Intent are required by November 15th, 2016, and the grant application deadline is March 15th, 2017.

Guidelines and application forms are available at [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca).

Administered by the ORNAC Awards Committee, [awards@ORNAC.ca](mailto:awards@ORNAC.ca).



## BOURSE DE RECHERCHE DE CARDINAL HEALTH

Une bourse de recherche pouvant aller jusqu'à **5 000 \$** est disponible pour les activités de recherche dans le domaine des soins périopératoires.

Les lettres d'intention doivent avoir été reçues avant le 15 novembre 2016. La date limite des demandes de bourses est le 15 mars 2017.

Les instructions et les formulaires de demande sont disponibles à [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca).

Cette bourse est gérée par le comité des prix de l'AIISOC, [prix@AIISOC.ca](mailto:prix@AIISOC.ca).

## Editorial Review Panel

If you're interested in joining the ORNAC Editorial Review Panel review panel e-mail [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) for more information.

**Betty Barrett**, RN, BN, CPN(C), Manager Surgical Suite Chinook Regional Hospital, and Content Expert for Curriculum Development of Perioperative Program Lethbridge College, Lethbridge, AB.

**Audrey Cook**, RN, CPN(C), BN, B.Sc., BA, Staff Nurse, South Shore Regional Hospital, Bridgewater, NS.

**Chris Downey** RN, BScN, CPN(C), MSc, RNFA, Registered Nurse First Assistant (PT), Hotel Dieu Hospital, Kingston, ON

**Margaret Farley**, RN, CPN(C), Part-time Faculty Member with Saskatchewan Polytechnic Perioperative Nursing Program, Regina, SK.

**Kimberly Ferguson**, RN, BSN, CNOR, Surgical Services Program Manager, BC Children's Hospital, Vancouver, BC.

**Donna Gramigna**, RN, BSN, CPN(C), VIHA Regional Clinical Nurse Educator, Royal Jubilee & Victoria General Hospitals, Victoria, BC.

**Trudy Hebb**, RN, BScN, MHI, CPN(C), Perioperative Nursing Program Instructor, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, NS.

**Antoniette Labricciosa**, RN, BScN, MEd, CPN(C), Staff Nurse, Mount Sinai Hospital and Trillium Health Centre, and Faculty, at Centennial College, Toronto, ON.

**Diana Mabbett**, RN, BScN, CPN(C), MDRT, Manager of Inpatient Surgery, Day Surgery, and Pre-Admission Clinic, Queen Elizabeth II Hospital, Grande Prairie, AB.

**Alicia Oucharek**, RN, BScN, MN, CPN(C), Staff Nurse - OR, St. Paul's Hospital, Saskatoon, SK.

**Karin Page-Cutrara**, RN, MN, Faculty, School of Nursing, York University, Toronto, ON.

**Sarah Pelletier**, RN, BScN, CPN(C), RNFA, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

**Joan Porteous**, RN, BN, CPN(C), (Retired) Former Nursing Educator, Adult OR, Health Sciences Centre, Winnipeg, MB.

**Sue Styles**, RN, MSN, CPN(C), Perioperative Nursing Instructor, Grande Prairie Regional College, Grande Prairie, AB.

**Lesia Yasinski**, RN, BN, MSA, Manager of Nursing Initiatives, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.



## Comité de révisions

Si vous souhaitez vous joindre au comité de révisions de l'AIISOC, veuillez faire parvenir un courriel à [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) pour obtenir plus d'information.

**Betty Barrett**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), gestionnaire du bloc opératoire à l'Hôpital régional Chinook et spécialiste du contenu pour l'élaboration du curriculum du programme de soins périopératoires au Collège Lethbridge, Lethbridge, AB.

**Audrey Cook**, inf., CSP(C), B.Sc.Inf., B.Sc., B.A., infirmière en service général, Hôpital régional South Shore, Bridgewater, N.-É.

**Chris Downey** inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, infirmière première assistante (TP), Hôpital Hotel Dieu, Kingston, ON

**Margaret Farley**, inf., CSP(C), membre du corps enseignant à temps partiel pour le programme de soins périopératoires de l'école polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

**Kimberly Ferguson**, inf., B.Sc.inf., IASO, gestionnaire du programme de services chirurgicaux, BC Children's Hospital, Vancouver, C.-B.

**Donna Gramigna**, inf., B.Sc.inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante au VIHA Regional, Hôpitaux Royal Jubilee et Victoria General, Victoria, C.-B.

**Trudy Hebb**, inf., B.Sc.inf., ICM, CSP(C), chargée de cours pour le programme de soins périopératoires, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, N.-É.

**Antoniette Labricciosa**, inf., B.Sc.Inf., M.Ed., CSP(C), infirmière en service général, Mount Sinai Hospital et Trillium Health Centre, membre du corps enseignant au Collège Centennial, Toronto, ON.

**Diana Mabbett**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), TRDM, gestionnaire en chirurgie avec hospitalisation, chirurgie ambulatoire et consultation préadmission, Hôpital Queen Elizabeth II, Grande Prairie, AB.

**Alicia Oucharek**, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C), infirmière en service général –

salle d'opération, Hôpital St. Paul, Saskatoon, SK.

**Karin Page-Cutrara**, inf., M.S.Inf., membre du corps enseignant, École des sciences infirmières, Université York, Toronto, ON.

**Sarah Pelletier**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), IPAC, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

**Joan Porteous**, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), (retraîtée) ancienne infirmière enseignante, salle d'opération pour adultes, Health Sciences Centre, Winnipeg, MB.

**Sue Styles**, inf., M.S.Inf., CSP(C), chargée de cours en soins périopératoires, Collège régional Grande Prairie, Grande Prairie, AB.

**Lesia Yasinski**, inf., B.S.Inf., M.Sc.A., gestionnaire des initiatives en soins infirmiers, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.



The **RMAC Patient Safety Award** recognizes nursing leaders who are innovative in the area of patient safety – leaders who have developed and/or described relevant and practical patient safety strategies.

This award will be presented to a perioperative registered nurse who makes an outstanding presentation, dedicated to safety concerns, in one of several formats. Issues addressed can include system innovations, education, communication, advocacy, or research focusing on safety-related outcomes.

The award of \$1,000 will be presented at each ORNAC National Conference. For more information visit [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca) and click on Bursaries, Grants & Awards.



Le **Prix de sécurité des patients RMAC** reconnaît les leaders en soins infirmiers faisant preuve d'innovation dans le domaine de la sécurité des patients, c'est-à-dire des personnes ayant développé ou décrit des stratégies de sécurité des patients pertinentes et pratiques.

Ce prix sera décerné à un(e) infirmier(ère) autorisé(e) périopératoire ayant présenté un discours exceptionnel au sujet de la problématique de la sécurité des patients dans un des formats suivants. Les sujets traités peuvent inclure les innovations touchant aux systèmes, à la formation, à la communication, à la revendication ou à la recherche dans le domaine de la sécurité des patients.

Le prix de 1 000 \$ sera présenté lors de chaque conférence nationale de l'AIISOC. Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca), cliquez sur Bursaries, Grants & Awards.

### **3M Canadian Infection Prevention Champion Award**

The **3M Canadian Infection Prevention Champion Award** was established in collaboration with ORNAC to acknowledge perioperative nurses dedicated to improving the lives of surgical patients through infection prevention and control. The award is presented at each ORNAC National Conference to a nurse who is recognized by peers as having made significant contributions that improve the lives of surgical patients through awareness of and reduction/prevention of infection. The recipient of the award shall receive a certificate, an Award pin and a cheque from 3M for **\$2,000**.

For more information visit [www.ORNAC.ca](http://www.ORNAC.ca). Nomination deadline is January 15, 2017.



### **Prix-étoile 3M pour la prévention de l'infection au Canada**

Le **Prix-étoile 3M pour la prévention de l'infection au Canada** a été créé en collaboration avec l'AIISOC afin de reconnaître les infirmiers et les infirmières en soins périopératoires se vouant à améliorer la vie des patients opérés par le biais de la prévention et du contrôle des infections. Ce prix est remis lors de la conférence nationale de l'AIISOC à un infirmier ou une infirmière qui a été reconnu(e) par ses pairs comme ayant contribué de façon significative à améliorer la vie des patients opérés en faisant de la sensibilisation et en s'efforçant de réduire/prévenir les infections. Le ou la récipiendaire du prix recevra un certificat, une épinglette de récompense ainsi qu'un chèque de **2 000 \$** de la part de 3M.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter [www.AIISOC.ca](http://www.AIISOC.ca) (disponible en anglais seulement). La date limite pour soumettre les mises en candidature est le 15 janvier 2017.

# NEW CHAIR OF THE *ORNAC JOURNAL* EDITORIAL COMMITTEE

---

The ORNAC Journal welcomes Debra Clendinneng RN, BScN, CPN(C), Med, PhD, as its incoming Co-Chair (English) of the Editorial Committee. Ms. Clendinneng was chosen from among several highly-qualified applicants who responded to the call for volunteers sent out via the Journal, website, social media, and e-blast. The ORNAC Board of Directors voted on each candidate via a blind survey monkey tool.

Ms. Clendinneng will work with the outgoing Chair, Barb Mushyandebvu, to transition in to the role and will take over the position, in full, as of May 1, 2016. She will be in the role for a 2-year term with a further 2-year renewal option. The Co-Chair's responsibilities include managing the peer-review process for all English articles and working, in conjunction with the Journal Editor and ORNAC Executive Director, on the planning of content for the Journal.

The ORNAC Board and Executive would like to thank all candidates for their applications and for their interest in supporting the ORNAC Journal. All applicants were highly-qualified and have much to offer their association and so we encourage them to consider applying for other volunteer positions in the future.

## NOUVELLE PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA *REVUE DE L'AIISOC*



La Revue de l'AIISOC souhaite la bienvenue à Debra Clendinneng, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), Méd., Ph. D., qui assumera dorénavant le rôle de coprésidente (anglophone) du Comité de rédaction. Mme Clendinneng a été sélectionnée parmi les nombreux candidats hautement qualifiés qui ont répondu à l'appel pour des bénévoles lancé via la Revue, le site Web, les médias sociaux et un envoi en masse. Le Conseil d'administration de l'AIISOC a voté pour chaque candidat à l'aide d'un outil de sondage à l'aveugle, appelé Survey Monkey.

Mme Clendinneng travaillera avec la présidente sortante, Barb Mushyandebvu, afin de remplir le rôle de présidente pour l'assumer entièrement à compter du 1er mai 2016. Elle occupera ce poste pour un mandat de deux ans, avec une option de renouvellement additionnel de deux ans. Les responsabilités de la coprésidente incluent de gérer le processus de révision par les pairs de tous les articles en anglais et de travailler, en collaboration avec la rédactrice de la Revue et la directrice générale de l'AIISOC, à la planification du contenu de la Revue.

Le Conseil d'administration et le Conseil de direction souhaitent remercier tous les candidats ayant posé leur candidature pour leur intérêt envers le soutien de la Revue de l'AIISOC. Tous les candidats étaient hautement qualifiés et ont beaucoup à offrir à leur association. Nous les encourageons donc à envisager à l'avenir de faire du bénévolat pour les autres postes de bénévoles.



# Cardinal Health™ Orthopedic Surgical Products and Accessories

The high performance you  
expect, at lower prices

- **Surgical Saw Blades**
- **Bone Cement Mixing Systems**
- **Micro Burs**
- **Rasps**
- **Navigation Pins**
- **Drill Bits**
- **Guide Wires**

For more information, please contact  
us at [1.888.291.5033](tel:18882915033).





PRESENTS



**DRY ERASE HOSPITAL COMMUNICATION BOARDS**  
Safety is **NO** Accident

**A Great Visual Tool For Promoting Patient Safety & Safety Protocols. Surgical Site Fire Risk Assessment, INTRA-Operative Counts, Time Out, & Many Other Safety Checklist Protocols!**



**BASIC VINYL GRAPHIC WITH DRY ERASE COATING**

**SURGICAL SITE FIRE RISK ASSESSMENT**

Alcohol-based prep solution has had a sufficient drying time (minimum 3 minutes)

Yes  No  N/A

**ASSESS THE RISK**

* Surgical Site or incision is above the Xiphoid	YES	NO
* Open Oxygen Source (patient receiving supplemental oxygen via any variety of face mask or nasal cannula)	1	0
* Available Ignition source (i.e., electrocautery unit, laser, defibrillator, burn, fiber-optic source etc.)	1	0
<b>TOTAL SCORE</b>		

**SCORING**

3 → High Risk  
2 → Low Risk with potential to convert to High Risk  
1 → Low Risk

**FIRE RISK PROTOCOLS**

**SCORE 3 → HIGH RISK**  
The Circulating Nurse and Anesthesia Provider take these precautions:

**Circulating Nurse**

- Verify the target, including verbal confirmation of the oxygen percentage
- Ensure appropriate drying techniques to minimize oxygen concentration under the drapes
- Minimize ESO setting
- Assesses that enough time has been allowed for fumes of alcohol based prep solutions to dissipate (minimum of 3 minutes)
- Encourage use of wet sponges
- Ensures a burst of steam valve and bulb syringe are available for fire suppression

**Anesthesia Provider**

Ensures that a syringe full of saline is on reach for procedures conducted within the oral cavity

Documents oxygen concentration and time

Uses the MAC result for oxygen administration ability of 100% at 3 using fresh gas flow of at least 10 L/min



**STANDARD FLIP FRAMES**

**COUNTS**

DATE: \_\_\_\_\_ PATIENT: PRE 1 2 Final

<b>LAWS</b>	5 10 14 20 28 30	<b>SUTURE BOOTS</b>	10 20 30 40
35 40 48 60 65 80	<b>VESSEL LOOPS</b>	2 4 6 8 10	
85 90 95 98	<b>UMBILICAL TAPES</b>	1 2 3 4 5	
<b>RAYTECS</b>	10 20 30 40 60	<b>BULLDOGS</b>	1 2 3 4 5
60 70 80 90 100			
<b>COTTONBOBS</b>	10 20 30 40 60		
60 70 80 90 100			

**PEANUTS**

5 10 16 20 25 30 36 40 46 50
56 60 66 70 76 80 86 90 96 100

**NEEDLES**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
31 32 33 34 35 36 37 38 39 40
41 42 43 44 45 46 47 48 49 50
51 52 53 54 55 56 57 58 59 60
61 62 63 64 65 66 67 68 69 70
71 72 73 74 75 76 77 78 79 80
81 82 83 84 85 86 87 88 89 90
91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

**PRELIMINARY SURGICAL INSTRUMENTS**

1 2 3 4 5
6 7 8 9 10

**PRELIMINARY ANESTHESIA**

1 2 3 4 5
6 7 8 9 10



**DELUX 1/4" ACRYLIC WITH OR WITHOUT SWITCHES**

**O.R. Safety Check Board**

All items must be confirmed by 2 team members.

Patient's Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Procedure: \_\_\_\_\_

Family Update:

- Patient Identified Using Two Identifiers
- Procedure Confirmed
- Site Marked
- Completed Consent Signed

ATB Redosing

- H&P Updated
- Patient Positioned
- Diagnostics/Images Reviewed

Equipment QC (Completed & Documented)

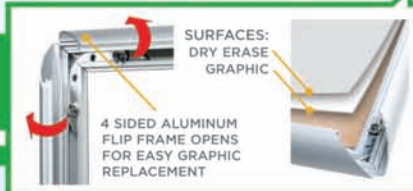
- Allergies Noted
- Antibiotics Given\*
- Medication/Irrigation Available
- Implants/Equipment Available
- Safety Precautions in Place

\*If Applicable



**FEATURES:**

- TRULY Removable™ wall graphic
- Hard coated with *GHOST GUARD*™ dry erase surface
- Disinfectant safe
- Fully customizable
- Variable size boards



**FEATURES:**

- 4 Sided FLIP Frame
- Hard coated with *GHOST GUARD*™ dry erase surface
- Disinfectant safe
- Replaceable graphic
- Fully customizable
- Variable size boards



**FEATURES:**

- FLIP Switches (Optional)
- 1/4" Clear acrylic
- Hard dry erase surface
- Disinfectant safe
- Fully customizable
- Variable size boards

**5 Year Guarantee On *GHOST GUARD*™ Dry Erase Surface.**  
Single one off prints are accepted. Discounts at 10, 50 & 100++

Since 1996, RMAC Surgical Inc. has been dedicated to manufacturing and distributing patient safety products, such as PharmaTags Sterile Medication Labels & Surgical Skin Markers to operating rooms, cardiac cath labs, interventional radiology suites, and A.S.C.s throughout the United States, Canada & NOW Globally.

**RMAC Surgical** Toll Free: **1.888.299.2661** [www.pharmatags.com](http://www.pharmatags.com)  
Sponsor of the ORNAC / RMAC Surgical Patient Safety Award!