

Soins et surveillance lors d'un traitement endovasculaire (thrombectomie)

PSI-PROTOCOLE-0031

Concepteurs

Line Beaudet	Conseillère senior en soins spécialisés et en recherche clinique
Chantal Lévesque	Conseillère en soins infirmiers
Isabelle Sévigny	Conseillère en soins spécialisés
Marie-Christine Bertrand	Conseillère en soins infirmiers
Nathalie Bourdages	Conseillère en soins infirmiers

Personnes consultées

Dre Nicole Daneault	Neurologue, chef du département de neurovasculaire
Dr Yan Deschaintre	Neurologue
Dr Céline Odier	Neurologue
Dr Daniel Roy	Radiologue d'intervention
Dr Christian Stapf	Neurologue
Dr Alain Weill	Radiologue, directeur du programme neuroradiologie interventionnelle
Roxanne Cournoyer	Infirmière de suivi systématique de clientèle neurovasculaire

Date de rédaction : 2016-03-14

Date de révision : 2016-06-10

Date de mise en vigueur : 2017-02-08

PERSONNEL VISÉ

Les infirmières du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

UNITÉS DE SOINS

Unités de neurosciences, de l'urgence, des soins intensifs et de la radiologie

CLIENTÈLE VISÉE

Personne se présentant dans les 6h suivant l'apparition des symptômes d'AVC ischémique aigu avec des déficits neurologiques mesurables. Celle-ci peut avoir été traitée préalablement ou non par une thrombolyse cérébrale avec altéplase IV (Activase^{MD}; rt-PA).

CONDITIONS D'EXERCICE

Ordonnance post thrombectomie cérébrale (Annexe A).

DÉFINITION

Le traitement endovasculaire est une thrombectomie mécanique réalisée en radiologie, plus spécifiquement en salle d'angiographie. Il consiste à introduire un cathéter et un tuteur rétractile à partir de la région inguinale, de l'artère fémorale jusqu'à l'artère cérébrale occluse. Les têtes du tuteur, qui sont de taille et de format variables, servent à macérer le thrombus et à l'aspirer.

PRÉCAUTIONS ET RESTRICTIONS

Le traitement endovasculaire est indiqué pour les patients sélectionnés par imagerie (TDM cérébrale et angiographie CT, qu'ils aient reçu ou non le rt-PA IV.

Pour être éligibles à recevoir un traitement endovasculaire, les patients doivent présenter les critères d'inclusion suivants :

- être âgés de plus de 18 ans;
- être atteints d'un AVC entraînant un déficit fonctionnel (note NIHSS ≥ 6);
- montrer à l'imagerie :
 - un noyau ischémique de taille petite à modérée (note ASPECTS ≥ 6);
 - une occlusion d'une artère intracrânienne de la circulation antérieure incluant les vaisseaux proximaux de l'artère carotide interne distale, de l'artère cérébrale moyenne, de l'artère cérébrale antérieure ou des branches immédiates;
 - une circulation collatérale de modérée à bonne de la pie-mère démontrée par l'angiographie CT OU une disparité de perfusion par TDM;
- avoir un début de symptômes d'AVC ≤ 6 h;
 - Si de 6 à 12 heures se sont écoulées entre le début des symptômes et le début du traitement endovasculaire, certains patients qui respectent les critères cliniques et les critères d'imagerie peuvent être traités, selon les protocoles locaux et le savoir-faire dont on dispose pour cette radio-intervention. Ce critère est basé sur les résultats probants de l'essai randomisé ESCAPE (Goyal et al., 2015).

Il est possible d'envisager le traitement endovasculaire pour les occlusions d'artères importantes de la circulation postérieure (ex. occlusion de l'artère basilaire) en se fondant sur le jugement clinique d'un médecin spécialiste possédant des connaissances en AVC ou en neuroradiologie d'intervention. Cependant, il est à noter que ces patients ont été exclus des essais récents sur le traitement endovasculaire.

Les patients présentant un AVC aigu, qui ne reçoivent pas de rt-PA IV et qui ne prennent pas déjà des antiplaquettaires, devraient recevoir immédiatement une dose de charge d'au moins 160 mg d'acide acétylsalicylique (AAS) et ce, dès que l'imagerie cérébrale a exclu une hémorragie intracrânienne et que le dépistage de la dysphagie a été effectué et réussi. Il est aussi important de respecter les recommandations suivantes :

- chez les patients traités au rt-PA IV, l'administration d'AAS devrait être remise jusqu'à ce qu'une TDM effectuée 24 heures après la thrombolyse ait exclu la présence d'hémorragie intracrânienne;
- l'AAS peut être administré par tube nasogastrique (80 mg par jour) ou par suppositoire (325 mg par jour) chez les patients dysphagiques;
- le traitement à l'AAS (81 à 325 mg/j) devrait être poursuivi indéfiniment ou jusqu'à ce qu'un autre traitement antithrombotique soit débuté.

RÔLE INFIRMIER

Les infirmières sont responsables de respecter leur champ de pratique et leurs limites en lien avec ce protocole spécifique.

Lors du traitement endovasculaire, avec ou sans l'administration rt-PA IV, elles doivent avoir les connaissances nécessaires et démontrer les compétences suivantes:

- Appliquer les principes d'asepsie lors d'une intervention invasive exécutée en radiologie;
- Assurer la surveillance des paramètres cliniques et hémodynamiques suivants:
 - condition physique et neurologique;
 - état de conscience;
 - pression artérielle (PA);
 - fréquence/rythme cardiaque (FC);
 - fréquence/amplitude respiratoire (FR);
 - saturation pulsatile en oxygène (SpO₂);
 - glycémie;
 - site d'insertion du cathéter à la région inguinale;
 - pouls pédieux et tibial, pâleur et paresthésie du membre inférieur ipsilatéral;
 - sites d'injection IV;
 - ingesta et excréta.
- Détecter rapidement les principales complications potentielles en vue d'aviser le médecin traitant et d'intervenir précocement:
 - Angioedème/réaction anaphylactique;
 - hypertension intracrânienne (HTIC);
 - hémorragie intracrânienne (HIC);
 - détresse respiratoire et hypoxémie;
 - nausées et vomissements;
 - nouvel AVC
 - saignement et hématome au site d'insertion du cathéter;
 - ischémie d'un membre;
 - syndrome du compartiment;
 - dysphagie;
 - pneumopathies liées à la dysphagie;
 - activité épileptique;
 - arythmies et fibrillation auriculaire;
 - anomalies de la glycémie;
 - hyperthermie.
- Assurer la qualité et la sécurité des soins;
- Prodiger les soins optimaux dans les délais requis à la condition clinique du patient.

PROCÉDURE

ALERTE

- Les fréquences de surveillance clinique et d'évaluation présentées dans les pages suivantes sont celles minimalement requises et peuvent être plus rapprochées selon la situation clinique.
- Ces instructions ne remplacent aucunement le jugement infirmier. L'ordonnance médicale individuelle prévaut sur les fréquences de surveillance clinique et d'évaluation mentionnées dans ce protocole.

AVANT LE TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE

1. Identification du patient

- Procéder à l'identification du patient par double-identifiant.

2. Évaluation clinique

- Date et heure du début des symptômes d'AVC, de l'arrivée à l'urgence, des examens diagnostiques, de l'administration d'altéplase IV (rt-PA), s'il y a lieu;
- Antécédents médicaux (vasculaires, cardiaques, neurologiques et autres) et chirurgicaux;
- Histoire de saignement récent;
- Médication actuelle (liste complète incluant la prise d'aspirine, de coumadin ou d'autres anti-coagulants);
- Résultats de laboratoire : FSC, électrolytes, coagulation (RIN, temps de céphaline activée), fonction rénale (créatinine, débit de filtration glomérulaire estimée), troponine, glycémie capillaire;
- Résultats d'ECG et de radiographie thoracique si symptômes de maladie pulmonaire ou cardiaque aiguë;
- Allergies connues (produits de contraste, anesthésiants, antiseptiques et antibiotiques qui pourraient être administrés);
- Poids exact (kg);
- Résultats d'imagerie cérébrale et vasculaire (scan cérébral, angiographie CT, angiographie par résonance magnétique, échographie carotidienne);
- Signes neurologiques (SN) q 15 min;
- Monitoring des signes vitaux (SV) et neurovasculaires (SNV) q 15 min.: pression artérielle (PA), fréquence et rythme cardiaque (FC), fréquence et amplitude respiratoire (FR), saturation pulsatile en oxygène (SpO₂), pouls pédieux et tibial;
- Signes d'angioedème (lèvres, langue, oropharynx, difficulté à avaler et à respirer) et de réaction allergique à 30, 45 et 60 minutes après le début de la perfusion de rt-PA (s'il y a lieu) puis 15 et 30 minutes suivant la fin de l'administration;
- Nausées et vomissements;
- Activité épileptique;
- Signes d'hypertension intracrânienne (Annexe B);
- Niveau d'anxiété et d'agitation du patient à l'aide de l'échelle RASS (Annexe C);
- Nécessité ou non d'utiliser des contentions aux poignets;
- Réponse à la médication administrée, s'il y a lieu.

3. Enseignement au patient et à ses proches

- Procédure, but, risques et bénéfices expliqués au patient ou à sa famille si requis en vue d'obtenir un consentement;
- Note à consigner au dossier sur le consentement du patient ou de son représentant relatif au traitement endovasculaire ainsi qu'à la sédation et à l'analgésie (si requis) à l'effet que le médecin lui a donné les informations qu'il jugeait nécessaires relativement à l'intervention.

4. Préparation de l'infirmière

- Porter uniforme, tablier et protège-thyroïde plombés (protection Rayon-x), masque et bonnet;
- S'assurer d'avoir à portée de main le coffret de médicaments d'urgence cardiaque ainsi qu'une tubulure d'aspiration et un haricot;
- Veiller au lavage des mains et au respect des principes d'asepsie.

5. Préparation du patient par l'infirmière

- Mettre le patient en décubitus dorsal avec la tête de lit à 30°;
- Installer rapidement les électrodes du moniteur cardiaque et s'assurer du bon fonctionnement et du réglage du système de télémétrie pour la prise des SV;
- Avoir deux accès veineux perméables # 18;
- Garder le patient NPO;
- Selon la condition du patient et l'avis médical:
 - faire uriner avant l'intervention ou installer avec précaution une sonde urinaire;
 - installer un tube nasogastrique;
- Préparer tout médicament requis selon l'ordonnance médicale;
- Assurer la surveillance clinique et hémodynamique q15 min.

6. Préparation du patient par le/la technicien(ne) en radiologie

- Veiller à l'installation et à l'immobilisation du patient sur le lit de radiologie;
- S'assurer des mesures de désinfection et d'asepsie durant tout le traitement;
- Préparer le matériel requis pour le traitement (plateaux et champs stériles, cathéters, tuteurs rétractiles, pansement, tiges et sacs à solutés, etc.);
- Assister le neuroradiologue durant le traitement.

7. Matériel

- | | | |
|---|---|---|
| • Système de télémétrie; | • Éponges (lavage mains); | • Tube nasogastrique; |
| • Coffret de médicaments d'urgence cardiaque; | • Plateaux stériles; | • Contraste IV; |
| • Tubulure d'aspiration et haricot; | • Tiges à soluté; | • Cathéters, tuteurs rétractiles et pompe à aspiration (si requis); |
| • Gants non stériles; | • Chlorhexidine 2% et 70% d'alcool; | • Endoprothèse (si requis pour angioplastie intra-procédurale); |
| • Masques et bonnets; | • Champ stérile avec fenêtre; | • Pansement <i>Angio-Seal</i> ou compressif. |
| • Gants et blouses stériles, | • Piqués, sonde urinaire et sac collecteur (si requis); | |

PENDANT LE TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE

ALERTE

- En tout temps, **si le patient devient instable**, l'infirmière **doit être proactive et informer le neuroradiologue et le neurologue tout au long de la procédure.**
- En tout temps, **si le patient se détériore**, l'infirmière peut demander l'EIR ou l'équipe du code selon la situation.

8. Soins et surveillance

- Monitoring de la terminaison de l'administration d'altéplase (rt-PA IV), s'il y a lieu;
- Monitoring cardiaque, de la SpO₂ et du CO₂ en continu;
- SV, SpO₂, CO₂, vigilance et agitation, forts ronflements, ouverture des yeux, dimension et réaction des pupilles, état et coloration de la peau q15 min ou \leq q 5 min si médication requise;
- Intégrité des sites d'insertion des cathéters IV;
- Signes d'angioedème et réactions allergiques;
- Nausées, vomissements;
- Activité épileptique;
- Nécessité ou non d'utiliser des contentions aux poignets;
- Réponse à la médication administrée (ex. antihypertenseur, anxiolytique, anticonvulsivant, etc.) s'il y a lieu.

APRÈS LE TRAITEMENT ENDOVASCULAIRE

ALERTE

- L'infirmière, présente lors du traitement endovasculaire, poursuit la surveillance de la condition clinique du patient ainsi que des SV, SN, SNV et SpO₂.
- Selon l'avis du médecin, l'infirmière accompagne le patient de la salle d'angiographie vers le lieu prévu du transfert (e.g. unité d'AVC, urgence pour rapatriement au centre référent via ambulance ou soins intensifs).
- L'infirmière transmet un rapport verbal complet et ses notes d'observation à l'infirmière qui assurera la responsabilité du patient. Si le patient présente des préoccupations dans sa condition clinique en salle d'angiographie et lors du transport, les infirmières devront évaluer la nécessité d'aviser le médecin et l'EIR si requis.

9. Soins et surveillance (incluant l'infirmière escorte (s'il y a lieu) et les infirmières du centre référent)

- Monitoring cardiaque x 24 à 48h (selon la condition du patient);
- Gestion de la SpO₂ ≥ 92% (90% pour clientèle avec MPOC);
- SV, SN, SNV, sites d'insertion des cathéters IV et pansements aux sites inguinal et de ponction veineuse : q 15 min X 2h; q 30 min X 6h; q 1h X 16h; q 4h X 16h; puis selon la prescription médicale;
- Monitoring de la température q 4h X 24h, q 8h X 48h;
- Monitoring de la glycémie q6h X 48h puis cesser si ≤ 8 mmol/L;
- Monitoring de la nausée et des vomissements;
- Garder la jambe ponctionnée en extension x 6h et le repos strict au lit x 24h;
- Tête de lit élevée 30-45°;
- Faire les exercices de spirométrie (réduire le risque de pneumopathie) q 4h;
- Réponse du patient à la médication administrée (ex. analgésique, antiémétique, anticoagulant, antihypertenseur, anxiolytique, antiplaquettaire, etc.);
- Allergies reconfirmées;
- Risque de développement d'une plaie de pression évalué (échelle de Braden) et interventions documentées au dossier;
- Évaluation initiale – Soins infirmiers (FUM-1169) complétée < 24h;
- Dépistage de la dysphagie (avec l'outil STAND au CHUM), avant toute première prise per os; Si échec au dépistage de la dysphagie, références en orthophonie, nutrition et ergothérapie; Dépistage de la dysphagie à refaire si détérioration de la condition du patient;
- Douleur, positionnement/mobilisation, besoins d'hydratation et d'élimination, objets personnels à sa portée, autres besoins ou préoccupations q 1h (tournée intentionnelle) X durée du séjour et interventions mises en place;
- Ingesta (quantité IV, nutrition, hydratation) et excréta (quantité, coloration, apparence) q 8h;
- Niveau de compréhension, d'attention, d'anxiété et de collaboration du patient;
- Objectifs du patient et de ses proches aidants, PTI, PIII et enseignement en vue d'une réadaptation précoce et d'un congé planifié;
- Nécessité ou non d'accroître la surveillance ou d'utiliser une mesure de contention et le consentement obtenu.

CONDUITE À TENIR EN CAS DE DÉTÉRIORATION CLINIQUE

<p>Angioedème/réaction allergique induit par le rt-PA précédant le traitement endovasculaire (œdème des lèvres, malaise ou picotement à la gorge, difficulté à avaler ou à respirer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales. • Arrêter la perfusion de rt-PA en cours, s'il y a lieu. • Obtenir l'aide de l'EIR pour la prise en charge des voies aériennes. • Administrer STAT par voie IV : 100 mg de méthylprednisolone (Solu-médrol), 50 mg de diphenhydramine (Benadryl) et 20 mg de famotidine (Pepcid).
<p>Hémorragie liée au rt-PA précédant le traitement endovasculaire (altération de l'état de conscience, agitation verbale et motrice, céphalée subite, nausée et vomissements)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
<p>Si SpO₂ < 92%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer O₂ d'appoint pour maintenir un niveau de saturation ≥ 92% (viser 90% pour clientèle MPOC).
<p>Si T° ≥ 37,5°C IR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer acétaminophène 650mg PO ou IR q 4h prn. • Aviser médecin si T° ≥ 38,5°C IR et faire bilan septique (hémocultures X 2; FSC; Rx poumons, analyse et culture d'urine).
<p>Hyper et hypoglycémie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si glycémie capillaire < 4 mmol/L ou > 10 mmol/L, aviser le médecin STAT. • Glycémie visée : 7.8-10 mmol/L. • Selon le résultat, si hyperglycémie, suivre échelle avec Humulin R S/C : <ul style="list-style-type: none"> ≤ 10 mmol/L : 0 unités; 10,1 à 12 mmol/L : 2 unités; 12,1 à 14 mmol/L : 4 unités; 14,1 à 16 mmol/L : 6 unités; ≥ 16,1 mmol/L : 8 unités et aviser le médecin; Donner une dose complète HS.
<p>Hypertension PA systolique > 180mm HG OU PA diastolique > 105 mm HG ET PLS > 50 batt/min</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT. • Répéter la prise de PA q 5 min X 2. • La conduite sera ajustée à la condition du patient et selon s'il a reçu ou non le rt-PA IV • Après accord du médecin, si PA systolique > 180 mm Hg OU PA diastolique > 105 mm Hg ET Pls > 50 batt/min q 5min X 2, administrer labétalol 10mg IV par tubulure en 1 min et reprendre PA 5 min X 2 après l'administration. • Dose répétable à 10 min d'intervalle X 2 si valeurs cibles non atteintes. • Si valeurs cibles non atteintes après 3 doses consécutives, envisager rapidement l'utilisation d'un autre agent ou d'une perfusion afin d'éviter une transformation hémorragique de l'AVC. • Autre agent : Hydralazine 10mg IV dans 25 mL de NaCl 0,9% en 15 min (max : 300mg/24h). • Viser une réduction de la PA d'environ 15% et au plus de 25% au cours des 24 premières heures, d'autres réductions graduelles doivent être prévues ensuite pour atteindre les cibles de prévention secondaire de l'AVC. • Éviter une chute rapide de la pression artérielle, car elle pourrait aggraver l'ischémie présente ou en déclencher une, particulièrement en présence d'une occlusion artérielle intracrânienne, ou une occlusion de la carotide extracrânienne ou de l'artère vertébrale.

Saignement à la région inguinale	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT, renforcer le pansement et faire une compression.
Hématome à la région inguinale	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
Dysphagie dépistée avec l'outil STAND	<ul style="list-style-type: none"> • Transmettre les demandes de consultation aux intervenants concernés; Collaborer aux évaluations et aux recommandations.
Pneumopathies	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
Activité épileptique	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
Nausée, vomissements	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
Nouvel AVC	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
Agitation physique ou verbale	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
Syndrome du compartiment (douleur, pâleur, paresthésie, pression, paralysie, pouls)	<ul style="list-style-type: none"> • Aviser le médecin STAT et suivre ordonnances médicales.
Niveaux d'hydratation altérés et rétention urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Évalués q 1h puis interventions mises en place selon les résultats obtenus et la prescription du médecin.
Besoin d'une sonde urinaire	<ul style="list-style-type: none"> • Évalué q8h et prévoir le retrait dès que possible.

INSCRIPTION AU DOSSIER

La surveillance et les soins entourant un traitement endovasculaire doivent être consignés au dossier en spécifiant les éléments suivants:

- provenance du patient et accompagnement (s'il y a lieu);
- date et heure → arrivée du patient au CHUM;
- date et heure → début et fin du traitement rt-PA IV (s'il y a lieu) et la dose reçue;
- date et heure → début et fin du traitement endovasculaire;
- évaluation clinique du patient avant, pendant et après le traitement endovasculaire;
- SV, SN, SNV, SpO₂, CO₂, vigilance, agitation, forts ronflements;
- évaluation sites d'insertion des cathéters IV et pansements aux sites inguinal et de ponction veineuse;
- besoin d'oxygène;
- température;
- glycémie capillaire;
- complications (s'il y a lieu) et actions posées;
- médicaments, doses administrées, heure, mode d'administration, précautions prises lors de l'administration et réponses du patient;
- condition du patient durant/post déplacement vers lieu de transfert déterminé par le médecin;
- lieu de transfert;
- accompagnement infirmier requis;
- rapport et communication avec l'infirmière prenant le relais;
- signature.

RÉFÉRENCES

- American Heart Association and American Stroke Association (2015). 2015 focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, *46*, 3020-3035.
- Casaubon, L.K., Boulanger, J.M., Blacquière, D., Boucher, S., Brown, K., Goddard, T., & al. (2015). *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC : Lignes directrices sur les soins de l'AVC en phase hyperaiguë, mise à jour 2015*. Dossier consulté le 1^{er} février 2016 au <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijvs.12551/epdf>
- Collège des médecins (2015). *La sédation-analgésie : lignes directrices*. Dossier consulté le 21 février 2016 au <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-sedation-analgesie.pdf>
- Chanques, G., et al. (2006). Validation de l'échelle de vigilance-agitation de Richmond traduite en langue française. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, *25*, 696-701.
- Considine, J., & McGillivray, B. (2010). An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an australian emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 138-144.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2015). *Accident vasculaire cérébral : mise à jour 2015*. Dossier consulté le 1^{er} février 2016 au http://www.fmcoeur.gc.ca/atf/cf/%7Bb1ff57a4-9320-4a7d-8afe-3e9568ea0cc4%7D/CAHIER_AVG_AUTOMNE2015.PDF
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A.W. (2015). Triage, treatment, and transfer evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing: care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*, *46*, e18-e25.
- Rohde, M.M., Pazuchanics, S.J., Watson, G., Vesek, J.M., Bogason, E., & Cockroft, K.M. (2013). Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke : a case study using the Penumbra Stroke System. *Journal of Radiology Nursing*, *32*, 58-65.

MOTS CLÉS

Traitement endovasculaire, thrombectomie, AVC, soins, surveillance, phase hyperaiguë, phase aiguë, lignes directrices

APPROBATION



Patrick Cossette

Chef du Service de neurologie

2017-01-09

Date

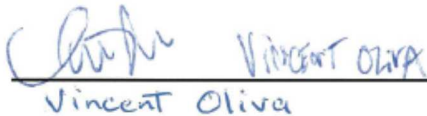


Nicole Dancourt

Chef du Département de neurovasculaire

2017.01.09

Date

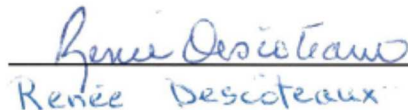


Vincent Oliva

Chef du Département de radiologie

27 déc 2016

Date



Renée Descoteaux

Directrice des soins infirmiers et des regroupements clientèles
et présidente du comité des activités interprofessionnelles

8.2.2017

Date



MARTIN DEMERS

(Signature et nom en lettres moulées)

Directeur des services multidisciplinaires

2017-01-18

Date



(Signature et nom en lettres moulées) Jean Morin

Chef du département de pharmacie, intérim

2017/01/13

Date



(Signature et nom en lettres moulées) Dre Pascale Audet

Président du comité exécutif du Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens

21/12/2016

Date