

Document pour guider la prise en charge

PRISE EN CHARGE PÉRIPARTUM DES PATIENTES SUSPECTES D'UNE INFECTION (PSI) OU COVID-19 POSITIF AU CIUSSSE-CHUS

Destinataires :

Chef des unités de maternité et de néonatalogie du CIUSSSE-CHUS
Médecins de famille obstétriciens
Néonatalogistes
Obstétriciens-gynécologues

Créé par :

Dre Cybèle Bergeron
Dre Sophie Desindes (**détentricice**)
Dre Édith Massé
Dre Annie Ouellet
Dre Geneviève Rivard
Dre Marie-Ève Roy-Lacroix
Dr Jean-Sébastien Tremblay-Roy
M. David Daniel

Expéditeurs :

DPJe
Département d'obstétrique-gynécologie

Créé le 25 mars 2020
Mise à jour en date du 26 février 2021 (nouveautés surlignées en jaune)

TABLE DES MATIÈRES

MESURES GÉNÉRALES POUR TOUTES LES PATIENTES À LA MATERNITÉ POUR ÉVITER LA TRANSMISSION PENDANT LA PANDÉMIE.....	3
DIRECTIVES POUR LES ACCOMPAGNANTS (second parent ou personne significative) – zone froide	3
INDICATION DU DÉPISTAGE	5
TRIAGE DE LA FEMME ENCEINTE À LA MATERNITÉ (cf. ALGORITHME DE TRIAGE À LA MATERNITÉ) :	5
TRANSFERT INTERHOSPITALIER : Cas suspecté, confirmé et patientes hors région.....	6
TRANSFERT ANTÉ-PARTUM LORSQUE POSSIBLE.....	7
TRANSFERT POST-PARTUM	7
TRANSFERT PER-PARTUM OU POUR CONDITIONS GARE	7
ARRIVÉE DE LA PATIENTE AU CHUS : QUI AVISER	8
HOSPITALISATION : CHOIX DE LA CHAMBRE ET DÉTERMINER STATUT ÉPI*	8
Patiente en travail sans contre-indication d'ACCOUCHEMENT VAGINAL.....	8
CHOIX DE LA CHAMBRE : Cas suspecté et confirmé.....	9
ADMISSION DE LA MÈRE : Cas suspecté et confirmé	9
PROFESSIONNEL DÉDIÉ : Cas suspecté et confirmé	10
ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL DANS LA CHAMBRE.....	10
SURVEILLANCE MATERNELLE ET FŒTALE ET GESTION DU TRAVAIL	10
ACCOUCHEMENT.....	11
CÉSARIENNE : Cas suspecté ou confirmé ou contact étroit sans résultat de test (plan D de l'approche SETUP) si contact étroit et test négatif (plan C)	11
LES INDICATIONS LES PLUS COURANTES POUR UNE P1.....	12
SI INDICATION DE CÉSARIENNE pour les cas suspectés sans Dx alternatif probable et COVID +.....	12
POST-OP IMMÉDIAT cas suspecté sans Dx alternatif probable et confirmé	14
Les pédiatres-infectiologues et pédiatres microbiologistes-infectiologues avec une expertise en prévention et contrôle des infections en pédiatrie des quatre CHU du Québec ont collaboré pour répondre aux questions suivantes de leurs collègues.	15
1. Quel est le risque d'infection congénitale (in utero) du SARS-Co-V2?	15
2. Quel est le risque de contagiosité d'un bébé avec une infection congénitale?	15
3. Quel est le risque de transmission intrapartum et postnatale au nouveau-né?.....	15
PRISE EN CHARGE NÉONATALE.....	16
FIGURE 1 : SOINS DU NOUVEAU-NÉ EN CAS DE MÈRE SUSPECTÉE OU CONFIRMÉE AVEC CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ.....	16
FIGURE 2 : SOINS DU NOUVEAU-NÉ EN CAS DE MÈRE SUSPECTÉE OU CONFIRMÉE SANS CRITÈRE DE SÉVÉRITÉ.....	17
SOINS POST-PARTUM PSI et COVID +	18
PROCÉDURES de CONGÉ mère/BB/famille CONFIRMÉS	18
RÉFÉRENCES.....	19

MESURES GÉNÉRALES POUR TOUTES LES PATIENTES À LA MATERNITÉ POUR ÉVITER LA TRANSMISSION
PENDANT LA PANDÉMIE

- Les mesures de triage développées pour le virus de la COVID-19 doivent s'appliquer en tout temps à la femme enceinte et à la personne qui l'accompagne.
- Prévoir des mesures pour limiter les déplacements. Une procédure de remplacement à la nicotine est disponible pour les patientes et les accompagnants au besoin.
- Garder toutes les portes de chambre fermées sur l'unité.
- Lors du transfert de patiente de la maison des naissances, la sage-femme est admise à la chambre pendant le travail, lors de la césarienne et pour la période post-partum immédiate si la patiente ne présente pas de symptôme compatible avec la COVID. Si la patiente est suspectée avant son transfert la sage-femme ne pourra pas l'accompagner. Si la patiente développe des symptômes compatibles avec la COVID durant l'hospitalisation, la sage-femme pourra demeurer sur place avec la patiente.
- Test COVID19 24-48 heures pré-opératoire pour toute la clientèle CIUSSS incluant les patientes ayant une césarienne élective ou un cerclage du col utérin.
- Test COVID pour toutes les patientes dont le NN sera admis aux SI néonataux (à prélever avant ou après la naissance selon la situation clinique)
- Éléments en évolution :
 - Test COVID pour toutes les patientes à l'admission ou avant l'admission à la maternité : **début du dépistage systématique des patientes à la maternité le 10 mars 2021**
 - Autorisation d'une deuxième personne accompagnante (variation selon la zone d'alerte et l'installation)

Précisions sur les zones d'alerte:

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/systeme-alertes-regionales-et-intervention-graduelle>

Équipements de PROTECTION individuelle (ÉPI) : SE RÉFÉRER aux documents officiels des mesures de prévention et contrôle des infections COVID-19 du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

<https://onedrive.live.com/?authkey=%21ACZKwNQsoKgwk7Y&id=303DB368A2CD46B1%21208&cid=303DB368A2CD46B>

DIRECTIVES POUR LES ACCOMPAGNANTS (second parent ou personne significative) – zone froide

- L'accompagnant est admis à l'accouchement et lors du séjour postnatal s'il ne présente pas de risque d'infection à la COVID-19 (donc si asymptomatique et sans exposition à risque élevé)
- L'hygiène des mains, le port du masque de procédure et le respect des règles de distanciation physique doivent être respectés en tout temps.

Pour les patientes hospitalisées en GARE

L'accompagnant (1 seule personne pour le séjour) est admis entre 8 h et 20 h.

Advenant une situation particulière (changement dans l'état de la mère et/ou du bébé), l'accompagnant pourra être présent en dehors des heures indiquées, SEULEMENT sous l'avis de l'AIC en poste.

Patiente seule dans sa chambre :

L'accompagnant devra porter un masque de procédure lorsque des professionnels de la santé ou des membres de l'équipe de soins sont dans la chambre

2 patientes dans la même chambre :

L'accompagnant devra porter un masque de procédure en tout temps, car la distanciation physique de deux mètres ne peut être respectée à tout moment.

Pour les patientes à l'accueil et les inductions (Cervidil)

Aucun accompagnateur, car la distanciation sécuritaire de deux mètres ne peut être respectée à tout moment

Pour les patientes en séjour post-partum

- L'accompagnant n'est plus en confinement strict à la chambre, il ne peut toutefois pas se promener à sa guise dans le département. Il peut néanmoins sortir de l'hôpital.
- Il doit respecter les consignes du port du masque mentionnées ci-dessus en fonction de l'occupation de la chambre

Pour les familles de retour de néonate ou en hébergement

- Les deux parents peuvent être présents entre 8 h et 20 h
- Un seul parent est autorisé à coucher à l'hôpital avec le bébé
- Les consignes du port du masque mentionnées ci-dessus doivent être appliquées en fonction de l'occupation de la chambre.

DIRECTIVES POUR LES ACCOMPAGNANTS (second parent ou personne significative) – zone tiède et chaude

Accompagnant non suspecté ou non confirmé

- Accompagnant en confinement à la chambre en zone tiède ou chaude
- Port du masque en permanence
- Hygiène des mains fréquente
- Repas servis à l'accompagnant
- Pour accompagnant fumeur, possibilité de timbre à la nicotine (faire prescrire PRN)

Accompagnant suspecté ou confirmé

- En attente des réponses de la PCI pour plus de détails
- Si personne accompagnante suspectée, la référer au CDD pour dépistage. En attente du résultat, la personne n'est pas admise. Si résultat négatif, la personne peut se présenter après validation avec PCI (contact VS symptômes, etc.).

DÉFINITION DES TERMES

Cas suspecté	<ul style="list-style-type: none"> • Usager ou TS répondant à la définition de cas : Il est important de mentionner que dans le cas où ces symptômes sont clairement expliqués par un diagnostic alternatif, le jugement des médecins est sollicité avant de lancer l'investigation et la mise en place de précautions additionnelles.
Cas confirmé	<ul style="list-style-type: none"> • Usager ou TS ayant eu un test positif à la COVID-19.
Cas rétabli	<ul style="list-style-type: none"> • Usager ou TS ayant eu la COVID-19 depuis 3 mois ou moins et répondant aux critères de durée des mesures.
Contact étroit usager	<ul style="list-style-type: none"> • Au près d'un usager confirmé : <ul style="list-style-type: none"> → Tout usager ayant séjourné dans la même chambre OU ayant partagé plus d'une fois la même salle de toilette qu'un cas confirmé ou suspecté COVID-19; → Tous les usagers faisant de l'errance sont considérés comme étant des contacts étroits en présence d'un cas confirmé sur l'unité de soins; → Usager ayant été en contact plus de 15 minutes et à moins de 2 mètres d'un cas confirmé. • Au près d'un TS confirmé : <ul style="list-style-type: none"> → Tout usager ayant été en contact plus de 15 minutes et à moins de 2 mètres, même si le TS portait le masque de procédure et la protection oculaire. • Au près d'un visiteur/proche aidant : <ul style="list-style-type: none"> → Tout usager ayant été en contact plus de 15 minutes et à moins de 2 mètres, même s'il portait le masque de procédure. • Toute situation signalée par la santé publique. <p>Les mesures peuvent être adaptées selon l'évaluation du risque.</p>
Contact élargi usager	<ul style="list-style-type: none"> • Usager séjournant sur une unité en éclosion. • TS ayant travaillé sur l'unité de soins pendant la période retenue par l'enquête et la mise en place des mesures.

INDICATION DU DÉPISTAGE

Prescrire le test COVID-19 pour :

- Les femmes enceintes au troisième trimestre présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19, conformément aux directives de priorisation des tests.
- Les femmes enceintes sans symptôme compatible avec la COVID-19 admises sur l'unité de maternité et présentant une exposition à risque ou provenant d'une région où le palier d'alerte est supérieur au nôtre (communément appelé Hors-Région).
- Les femmes qui auront une césarienne élective ou autre chirurgie élective (24-48 heures avant la césarienne)
- Les femmes dont le NN sera ou est admis en néonatalogie :
 - Mère et bébé sans exposition à risque : dépistage des mères des NN qui nécessitent des IMGA avant l'admission du NN en néonatalogie.
 - Mère avec exposition à risque : dépistage de la mère avant l'admission du bébé. Dépistage du NN à 24 h de vie si le résultat de la mère n'est pas disponible dans les premières 24 h.
 - Bébé avec exposition à risque : dépistage de la mère avant l'admission du bébé.
- **À partir du 10 mars 2021, toutes les patientes admises à la maternité**

TRIAGE DE LA FEMME ENCEINTE À LA MATERNITÉ (cf. ALGORITHME DE TRIAGE À LA MATERNITÉ) :

Accouchement en centre hospitalier recommandé pour toutes les PSI et les patientes COVID-19 + Infection confirmée à la COVID-19 / Patiente suspecte d'infection (PSI)

Se référer à la note de service du 16 juin 2020 « Modification des critères de dépistage COVID-19 pour la clientèle interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS »

Veillez noter que ces critères changent régulièrement selon l'épidémiologie :

- Au moins 1 symptôme parmi les suivants
 - Fièvre (plus de 38 buccale);
 - Apparition ou aggravation de toux ;
 - Essoufflement, difficultés respiratoires ;
 - Anosmie soudaine sans obstruction nasale avec ou sans agueusie ;
- Ou DEUX des symptômes suivants :
 - douleurs musculaires généralisées (non liées à un effort physique) ;
 - céphalée inhabituelle ;
 - fatigue intense ;
 - perte d'appétit importante;
 - mal de gorge;
 - nausée, vomissement ou diarrhée
- La notion de voyage ou de contact avec un cas COVID-19 positif ou en investigation n'est plus nécessaire ;
- Il est important de mentionner que dans le cas où ces symptômes sont clairement expliqués par un diagnostic alternatif, le jugement des médecins est sollicité avant de lancer l'investigation et la mise en place de précautions additionnelles ;
- Si la patiente est considérée comme **contact étroit** (par exemple conjoint ou enfant COVID +), mais qu'elle n'a pas développé de symptôme, évaluer la patiente en zone tiède et faire un test de dépistage aux J0, J7 et J14 suivant le dernier contact étroit. Si résultat J0 négatif, patiente peut être transférée en zone froide avec maintien de l'isolement G-C-O pour 14 jours suivant le dernier contact.

Pour les cas suspectés : Prescrire le test PCR COVID-19 dès que possible - priorité M1 si la patiente est en travail ou qu'il y a un risque de césarienne urgente:

- Le délai de traitement est en fonction des critères de prescription dans Ariane. Contacter l'infectiologue de garde uniquement pour les situations particulières requérant une expertise en maladie infectieuse. Les délais de réception du résultat variant de 2 h à 24 h dépendent entre autres du nombre de tests à analyser et de la priorité.
- Se référer à l'outil d'aide de décision pour la levée de l'isolement paru « *PROTOCOLE POUR LA LEVÉE DE L'ISOLEMENT POUR LES CAS DE COVID NÉGATIFS EN MATERNITÉ ET EN NÉONATOLOGIE* »

Port du masque de procédure dès l'entrée dans l'hôpital pour toute patiente et accompagnateur. Par la suite, et ce pour toute la durée de l'hospitalisation, ils se verront offrir un masque de procédure (2X / 24 h).

L'accompagnant d'une patiente suspectée ou confirmée doit respecter les mêmes mesures de protection que le personnel (jaquette, masque), à l'exception du port des gants.

TRANSFERT INTERHOSPITALIER : Cas suspecté, confirmé et patientes hors région

Toutes les patientes confirmées doivent être transférées aux CHUS, seul centre désigné du CIUSSS de l'Estrie, sauf les patientes asymptomatiques qui sont en travail actif ou en post-partum si la situation au niveau ressources humaines et organisation des soins sur l'unité de maternité le permet.

Pour tout transfert interhospitalier en ambulance, la patiente devra porter un masque de procédure.

Refus des transferts de patiente confirmée dont l'AG se situe entre 20 et 32 semaines, car la capacité de chambre individuelle fermée permettant un environnement de soins intensifs est limitée en néonatalogie aux CHUS. Ces patientes doivent être référées au CCPQ pour déterminer le centre adéquat pour les recevoir.

Pour les transferts de patiente avec **AG entre 32 et 36 semaines, l'OB-GYN de garde** doit contacter le **néonatalogiste** de garde afin d'évaluer la capacité d'accueil de l'unité de néonatalogie dans le contexte d'un nombre limité de salles individuelles et de l'impact de la délocalisation de soins sur la sécurité des patients et des intervenants.

Patientes provenant d'une région avec palier d'alerte supérieure au nôtre

Les régions ciblées seront celles ayant un plus grand risque épidémiologique que celle de l'Estrie, soit toutes les régions se situant au palier supérieur à celui de l'Estrie.

- Les usagers des RLS de La Pommeraie et de la Haute-Yamaska font partie de notre CIUSSS, donc ne pas mettre en précautions supplémentaires.
- Si l'usager vient de la Montérégie limitrophe et que son milieu de soins est toujours dans nos installations, ne pas mettre en précautions supplémentaires.
- Si patiente n'est pas suspectée ou confirmée, l'admettre en zone froide, sinon dans la zone appropriée
- Faire test de dépistage aux J0, J7 et J14 de l'admission
- L'accompagnant n'est pas confiné à la chambre, il doit porter son masque de procédure lorsqu'il quitte la chambre et lorsque les intervenants sont dans la chambre.
- Il est important de noter que lors de la mise à jour des régions ciblées, aucune mesure particulière ne doit être appliquée pour les usagers déjà présents dans l'installation, elles doivent être appliquées aux nouveaux usagers seulement. Il en est de même pour les usagers pour qui ces mesures sont déjà en place donc les dépistages 0-7-14 doivent être complétés.

TRANSFERT ANTÉ-PARTUM LORSQUE POSSIBLE

- En fin de grossesse, devant un résultat positif de test COVID-19 et afin d'éviter un transfert ultérieurement (en urgence ou postpartum), il est recommandé d'organiser un transfert de soins vers un centre désigné et d'informer la femme enceinte pour qu'elle se dirige vers le bon centre hospitalier pour l'accouchement si le temps le permet
- Pour les cas confirmés, les inductions et les césariennes électives doivent donc être planifiées dans un centre désigné.
- Les communications entre médecins sont encouragées pour organiser les soins et transmettre le dossier de la patiente.
- L'accouchement dans un centre hospitalier non désigné est possible, incluant le séjour sur place jusqu'au congé postnatal, dans les cas où :
 - Un cas confirmé se présente en travail actif (naissance imminente)
 - Un cas suspect qui est devenu confirmé au cours de l'hospitalisation

TRANSFERT POST-PARTUM

- La décision de transférer dans un centre désigné doit être prise notamment en fonction de la condition de la mère et du nouveau-né, de la capacité à les isoler dans une chambre unique fermée et de la capacité à appliquer les mesures de PCI requise.
- MD référent communique avec Néonatalogiste et l'équipe d'OB-GYN afin d'organiser le transfert et de transmettre l'information pertinente.
- Transport ambulancier de la dyade mère confirmée /nouveau-née lorsque la mère et le nouveau-né sont dans un état stable, une seule ambulance est requise.
- Il est proposé que la mère soit transportée sur une civière et que le nouveau-né soit installé dans un siège d'auto, dans la même ambulance.
- L'alternative serait de transférer le nouveau-né dans un incubateur et la maman sur le siège.
- Le recours à une équipe spécialisée en néonatalogie doit être limité aux situations qui nécessitent son expertise.

TRANSFERT PER-PARTUM OU POUR CONDITIONS GARE

- Toutes les patientes confirmées doivent être transférées au CHUS si la condition obstétricale le permet
- Pour les sites HY et BMP, les cas suspectés sont pris en charge sur place sauf si les symptômes respiratoires sont importants et/ou que le transfert aux soins intensifs est envisagé
 - Critères de surveillance/transfert aux soins intensifs (*selon jugement clinique*) :
 - Détresse respiratoire ;
 - RR \geq 22 ;
 - Saturation O₂ < 95 % ;
 - Patiente nécessitant de l'O₂ ;
 - Altération de l'état de conscience ;
 - Instabilité hémodynamique ;
 - Toute autre condition nécessitant une admission aux soins intensifs.
 - Les cas suspectés sans critère d'admission aux soins intensifs doivent rester à BMP et HY, en attente du résultat des tests COVID-19, puis pris en charge selon le résultat, la condition de la mère et de l'enfant ainsi que de l'imminence du congé postnatal.
- Les cas rétablis peuvent être hospitalisés, incluant pour l'accouchement, dans l'installation de leur choix, sans mesure de précaution additionnelle.

- Pour transfert au CHUS : Appeler l'OB-GYN de garde du CHUS afin de transférer la patiente si la condition obstétricale le permet.
 - Si le transfert ne peut être accepté au CHUS (âge gestationnel de moins de 32 semaines ou capacités d'accueil dépassées au CHUS si entre 32 et 36 semaines), appliquer les mesures normalisées de référence selon les spécialités (obst VS néo) avec le Centre de coordination en périnatalogie du Québec (CCPQ) au 1 877 675-4992.
 - Si le transfert est accepté, l'équipe d'OB-GYN avise **l'AIC de la maternité** et celle-ci appelle, dès que possible, le **coordonnateur des activités** avec les informations cliniques de la patiente.

ARRIVÉE DE LA PATIENTE AU CHUS : QUI AVISER

- L'OB-GYN de garde avise l'**anesthésiste** de garde et le **néonatalogiste** lorsque la patiente est admise sur le département. L'**infectiologue** de garde est avisé uniquement si l'équipe médicale nécessite du support.
- Au CHUS : **AIC de la maternité** avise **AIC de la néonatalogie** et l'informe de l'âge gestationnel et du numéro de chambre. Dans les cas où une réanimation est anticipée, l'**équipe de néonatalogie** devra préparer et installer le matériel (idéalement avant l'entrée de la patiente dans la salle d'accouchement).
- À l'admission de la patiente, l'**AIC de la maternité** avise l'**AIC du bloc** (14415) de l'admission d'une patiente suspectée ou confirmée et des particularités et/ou facteurs de risques de celles-ci (ex. : allergie au latex)

HOSPITALISATION : CHOIX DE LA CHAMBRE ET DÉTERMINER STATUT ÉPI*

- Se référer aux documents du CIUSSSSE suivant afin d'orienter le choix de la chambre et le type de protection à revêtir :
 - Pour la mère : protection ACO seulement si IMGA
 - Pour le NN : protection ACO si IMGA post-réanimation/stabilisation
 - *MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS À APPLIQUER POUR LES USAGERS SUSPECTÉS OU CONFIRMÉS COVID-19 À L'URGENCE, HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE, CLINIQUES EXTERNES ET SOINS INFIRMIERS COURANTS* et
 - *INTERVENTION MÉDICALE GÉNÉRANT DES AÉROSOLS (IMGA)*
 - *MODIFICATIONS SUR LES INDICATIONS DE DÉPISTAGES AINSI QUE SUR LES MODALITÉS LORS D'IMGA CHEZ LES USAGERS ASYMPTOMATIQUES*
- La surveillance rapprochée et éventuellement le transfert aux soins intensifs doivent être envisagés si la patiente présente des critères mentionnés à la page précédente
- La porte de la chambre doit être fermée en tout temps.

Patiente en travail sans contre-indication d'ACCOUCHEMENT VAGINAL

Pour patiente en zone tiède ou chaude

La présence d'une sage-femme est autorisée selon les procédures habituelles, afin que celle-ci soit en mesure de poursuivre ses responsabilités professionnelles auprès de la femme et de l'enfant

Pour patiente en zone froide

Les règles mentionnées dans le carré bleu en début de document s'appliquent.

Pour toute information complémentaire, veuillez vous référer au document « *MESURE GÉNÉRALE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS SUR L'UNITÉ DE MATERNITÉ LORS DE PANDÉMIE DE SARS-CoV-2 (COVID-19)* » disponible sur l'intranet.

Pour les patientes suspectées, sans contact étroit dont les symptômes sont expliqués *entièrement* par un diagnostic alternatif

Évaluation et admission en zone tiède sauf les patientes déjà hospitalisées en chambre TARP, celles-ci peuvent demeurer en chambre TARP avec porte fermée en tout temps, équipe traitante habituelle, test COVID (prioritaire – M1 pour les patientes en travail), précautions GCO et aviser le gynécologue de garde si le md traitant est médecin de famille, le gynécologue avise l'anesthésiste et le néonatalogiste. Lorsque le test revient négatif, toutes les mesures peuvent cesser étant donné le faible risque et le Dx alternatif. **Ces mesures s'appliquent le plus souvent pour les patientes en travail pour qui le seul symptôme/signe de la COVID-19 est la fièvre, mais que le diagnostic très probable est la chorioamnionite étant donné la présence d'autres signes et de facteurs de risque. Si une césarienne urgente est requise et que le résultat du test n'est pas encore disponible, le plan C de l'approche SETUP du bloc opératoire doit s'appliquer : garder précautions GCO pour tous les intervenants incluant lors du transport, transport usuel par l'équipe de maternité (MRSI non requis), salle d'op COVID non requise, précautions ACO pour tous les intervenants à moins de 2 mètres si anesthésie générale et intubation endotrachéale.**

CHOIX DE LA CHAMBRE : Cas suspecté et confirmé

- Évaluations de travail ou des GARES devront être faites dans une salle dédiée (zone tiède si suspectée et chaude si confirmée) **JAMAIS à l'accueil.**
- **Le choix de la chambre sera en fonction de l'âge gestationnel de la patiente et des soins anticipés du bébé**
- Favoriser les accouchements en chambre TARP, lorsque disponible ou dans une chambre fermée pour limiter les déplacements et offrir le maximum de soins à la dyade mère-enfant.
- Si l'accouchement est plus à **risque de conversion en césarienne**, il sera fait au **BLOC opératoire** dans la salle dédiée aux césariennes de patientes COVID :
 - Gémellaires/siège peu importe AG (transfert pour le 2^e stade)
- Les accouchements vaginaux de patientes avec prise en charge néonatale potentielle anticipée (exemples : prématurés, malformations, etc.) seront effectués dans les chambres dédiées et la néonatalogie assurera les soins au NN dans la chambre de la maternité ou dans une salle dédiée pour des soins néonataux selon la condition clinique du NN.

ADMISSION DE LA MÈRE : Cas suspecté et confirmé

- Au CHUS :
 - Si cas suspecté ou confirmé (sans Dx alternatif) : La mère est admise au nom du OB-GYN de garde et le nouveau-né au nom du néonatalogiste de garde si nécessite soins néonataux ou au nom du pédiatre ou du médecin de famille si NN asymptomatique
 - Si cas suspecté à faible risque (avec dx alternatif) : La patiente peut être admise au nom du médecin de famille et le nouveau-né également ou au nom de l'OB-GYN et le pédiatre pour le NN selon l'équipe médicale qui a assuré le suivi de grossesse
- Feuille diète: inscrire COVID-19 et demander un repas pour l'accompagnant si présent
- Consentement verbal aux soins: inscrire COVID 19 sur la ligne de signature.
- L'obtention du consentement aux soins obstétricaux doit inclure une discussion sur les précautions supplémentaires à prendre pour le nouveau-né ainsi que le délai accru pour la naissance du bébé si une césarienne urgente est nécessaire.
- Requête de code 50 et prélèvement (tube rose) dans 2 sacs différents.

PROFESSIONNEL DÉDIÉ : Cas suspecté et confirmé

- Au CHUS : résidente de gynécologie et OB-GYN de garde (2^e de garde selon occupation de l'unité) ou encore le médecin de famille (si PSI faible risque)
- 2 infirmières :
 - a. une interne (à l'intérieur de la chambre, port de l'ÉPI indiqué, période de 4 h consécutives)
 - b. une externe (hors de la chambre, en communication constante (système de communication mains libres) avec infirmière interne, donne le matériel (port de gants obligatoire), elle est présente à l'extérieur de la salle au besoin et lors de l'accouchement.
- Pour les soins à une patiente en travail (sauf l'évaluation initiale), tous les professionnels doivent porter la jaquette bleue (niveau 3 pour infirmière et niveau 4 pour le MD lors de l'accouchement). La jaquette jaune est adéquate pour l'évaluation initiale et les soins post-partum s'il n'y a pas de risque d'éclaboussure avec liquide biologique.
- Les professionnels n'apportent rien dans la chambre (pas de pagette, ni téléphone ni document) et ne portent pas de bijou.
- Retrait de l'ÉPI avant la sortie de la chambre selon la procédure PCI que l'on retrouve à la sortie de la chambre (incluant la désinfection de la visière ou des lunettes de protection).

ÉQUIPEMENT ET MATÉRIEL DANS LA CHAMBRE

- Lit d'accouchement
- Monitoring fœtal
- Bac COVID-19 2.0
- Table chauffante ou isolette Girafe (si possible) pour AG <36 sem. ou selon la condition clinique du NN à naître
- Ambu jetable et bombonnes (mélangeur MRSI)
- Stéthoscope néonatal
- 2 tubes lavandes et 2 monovettes
- 2 tables mayo
 - 1^{re} à l'entrée de la chambre pour transfert du matériel, par l'inf. externe à l'inf. interne. Sinon, le matériel peut être donné directement à l'inf. interne avec la porte entre-ouverte.
 - 2^e pour déposer matériel de réanimation néonatale si nécessaire

Pas de dossier médical dans la chambre :

- **Seulement les feuilles obstétricales qui doivent être complétées dans la chambre**
- **Voir la procédure particulière pour rédaction de notes cliniques pour la sortie des notes de la chambre**

Le chariot d'accouchement et matériel de réanimation néonatale dédié (coffret noir intubation + coffret noir CVO et médicaments) demeure à la porte/hors de la chambre. À entrer avant la naissance seulement sur avis du néonatalogiste.

SURVEILLANCE MATERNELLE ET FŒTALE ET GESTION DU TRAVAIL

- Monitoring fœtal continu pendant le travail si patiente suspectée sans dx alternatif ou confirmée.
- Favoriser l'utilisation de l'application ZOOM (IPAD) pour faciliter la communication entre l'équipe médicale et l'équipe infirmière.
- Favoriser l'épidurale en travail si risque potentiel de césarienne jugé plus élevé.

- Favoriser gestion active du travail.
- Favoriser gestion active du 3^e stade.
- Prise de signes vitaux selon prise en charge usuelle en travail, à ajuster + ajout saturation O2 et prise de la température selon état clinique de la patiente.

La prise en charge initiale du NN sera effectuée selon les pratiques courantes avec l'infirmière dédiée dans la chambre et au CHUS l'équipe de néonatalogie entrera au besoin, sauf si facteurs de risques identifiés avant la naissance.

ACCOUCHEMENT

- Juste avant accouchement, infirmière interne avise AIC (aide O3 au CHUS), celle-ci fait venir un 2^e professionnel (infirmière ou OB-GYN) en externe et l'équipe de Néo seulement si facteurs de risque (inhalo +/- reste de l'équipe). **COVID-19+ ≠ facteur de risque**
- 2 prélèvements de sang de cordon (tubes mauves) devront être faits 1x pour l'hémato et 1x pour banque de sang.
- Prélèvements sang de cordon: pas de technique de double sac nécessaire, simple désinfection du sac à la sortie de la chambre (**CHUS : pagette STAU MRSI 0921**)

Le tracé de monitoring doit être mis dans un sac propre avant d'être sorti de la chambre. (voir procédure pour notes cliniques)

Équipe NéoCovid = inhalothérapeute, néonatalogiste (ou résident sénior sur les heures de garde si présence du néonatalogiste n'est habituellement pas requise), et l'infirmière de néo selon les facteurs de risque.

CÉSARIENNE : Cas suspecté ou confirmé ou contact étroit sans résultat de test (plan D de l'approche SETUP) si contact étroit et test négatif (plan C)

- **Au CHUS : Réaliser dans une salle dédiée soit au bloc du 5^e ou du 3^e (si délestage) de jour (8 h-16 h) en semaine et au bloc du 3^e étage soir/nuit et fin de semaine.**
- **Dès l'admission, les équipes d'anesthésie et de néonatalogie ainsi que l'AIC du bloc opératoire seront avisés qu'une patiente suspectée sans dx alternatif ou confirmée est en travail, du numéro de sa chambre et du type d'ÉPI indiqué. L'OB-GYN avise les équipes médicales et l'AIC de la maternité avise l'AIC du bloc.**
- **Les césariennes codées P1 ne seront pas effectuées dans les délais habituels étant donné les étapes supplémentaires ÉPI des équipes.**
- **Si césarienne P1 : lancer le CODE P1 PROTÉGÉ, cela permettra aux équipes de savoir qu'il s'agit d'une patiente confirmée et de se préparer en conséquence. Il faut appeler la sécurité dans un deuxième temps, car ils ne sont pas inclus lors du code si plan D (pas nécessaire si plan C).**
- Depuis le 20 juillet, le Bloc Opératoire adopte l'évaluation SET-UP afin de mieux déterminer la trajectoire à suivre lors des césariennes électives. Vous référez à l'outil d'aide à la décision – Trajectoire COVID au Bloc Opératoire pour déterminer le plan à suivre.
 - Pour les patientes suspectées à faible risque de COVID car diagnostic alternatif qui explique entièrement les symptômes (le plus souvent fièvre en travail avec chorioamnionite très probable) dont le résultat du test n'est pas encore disponible, le plan C est indiqué (si le test est négatif, le plan B s'applique)
 - Pour les patientes suspectées (sans Dx alternatif probable) ou confirmées le plan D est indiqué
 - Pour les patientes avec exposition et test COVID négatif, le plan C est indiqué
 - Pour les patientes en communauté asymptomatiques, sans exposition avec test COVID négatif (fait depuis moins de 48 h), le plan A s'applique. Si le test n'est pas disponible, le plan B s'applique.

- Pour les patientes hospitalisées en GARE, sans symptôme ni exposition, avec un test négatif à l'admission, il n'y a pas d'indication de répéter le test à intervalle régulier. Si une césarienne est planifiée pour cette patiente et que le test a été fait plus de 72 heures avant la césarienne, le test doit être refait. Si une césarienne urgente est indiquée et que le test a été fait depuis plus de 72 heures, le plan B est requis.
- Pour les césariennes urgentes, svp spécifier le plan requis lors de la communication avec l'AIC du bloc et l'anesthésiste

LES INDICATIONS LES PLUS COURANTES POUR UNE P1

- Procidence cordon (position Tredelenburg civière et pas de main vaginale)
- Brady sévère < 60 battements par min prolongée > 5mins
- Saignement vaginal significatif : DPPNI

Tenter d'éviter de se retrouver en situation obstétricale P1 (éviter de tolérer un tracé fœtal non rassurant dans des contextes où une césarienne semble à plus haute probabilité : cofacteurs de morbidités ex dystocie, méconium, RCIU, etc.) Le délai sera allongé, mais **il est PRIMORDIAL de planifier la SOP et l'équipement adéquat en plus d'assurer la protection du personnel.**

Situation particulière ; Hémorragie post-partum immédiate nécessitant une gestion en SOP rapide pour éviter hémorragie massive (ex accréta) ; éviter extraction manuelle dans la chambre ; idem à processus pour césariennes ; appel anesthésiste et SOP pour discussion sur niveau d'urgence.

Favoriser l'épidurale et éviter le plus possible l'anesthésie générale. Si une épidurale est débutée pour la patiente, le formulaire *ÉVALUATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE OBSTÉTRICALE* complété au préalable par l'équipe d'anesthésiste sera faxé au bloc majeur afin que l'équipe du bloc puisse avoir des informations sommaires sur la patiente en attendant l'arrivée du dossier complet.

SI INDICATION DE CÉSARIENNE pour les cas suspectés sans Dx alternatif probable et COVID +

Aviser rapidement le bloc, l'anesthésiste et le néonatalogiste du niveau de priorité P1, P2 ou P3.

Au CHUS : si P1, lancer le code P1 PROTÉGÉ après avoir avisé le bloc poste 14415 + appeler la sécurité (14121)

Si P2, mécanismes de communication normaux, car code de pagette inexistant

Au CHUS : depuis le 5 octobre 2020, la salle de césarienne du 5^e est adaptée à cette clientèle pour les césariennes lors des heures ouvrables et une salle **spécifique** est dédiée à cette clientèle au bloc du 3^e pour les heures non ouvrables. En fonction de l'évolution de la situation, il est possible que toutes les césariennes soient effectuées au 3^e étage.

- Limiter les intervenants au maximum dans la salle :
 - Infirmière de la maternité (infirmière externe accompagne la patiente en SOP, prend le CF, demeure en SOP pour les soins au NN soit accueil du NN avec l'inhalo ou assistance à la réanimation puis surveillance NN en salle d'op ou accompagne NN pour le retour à la maternité zone rouge)
 - OB-GYN + 1 résident
 - Anesthésiste + 1 résident
 - 1 inhalo mère et 1 inhalo BB
 - Si P1 ou P2 : le patron de néonatalogie ou le résident sénior de néonatalogie
 - Si élective ou P3 : PRN le pédiatre ou résident sénior de néonatalogie ou médecin de famille
 - Équipe nursing (2)

- AIC de la Néonatalogie
 - P1 : se dirigera vers le bloc, mais restera à l'extérieur de la salle. Entrera PRN
 - P2 : ne descendra pas d'emblée, seulement sur demande
- **Le père ou l'accompagnant sera admis uniquement pour les césariennes électives et les P3. Il ne sera pas admis à la salle d'opération pour les P1 et P2.**
- **Étant donné le risque important d'anesthésie générale lors des P1 et P2, la protection AÉRIENNE/Gouttelette/Contact (N95) est recommandée pour tous les professionnels dans la salle.**
- Si élective ou P3, le choix de l'ÉPI est en fonction en l'ÉPI déjà déterminé pour la patiente selon son statut de sévérité.
(Dépend du risque d'anesthésie générale, si celui-ci est faible: gouttelette/contact/oculaire.)

Matériel particulier SOP ajusté pour COVID:

- 2 tubes lavandes et 2 monovettes (2 sacs différents)
- Ajout d'un Fil Vicryl 3.0 pour fermeture peau en sous-cuticulaire (pas d'agrafe)
- Pince à cordon ombilical en plastique

CHUS : Pour les césariennes faites au bloc du 3^e, voir algorithme de transfert 5^e maternité vers SOP et se référer au document des mesures de prévention*

- Code P1/P2/P3 décidé par le résident ou le médecin dans la chambre
- Le résident ou le médecin dans la chambre appelle :
 - le bloc opératoire (14415) et l'AIC du bloc avisent l'ANESTHÉSISTE QUI DOIT rappeler dans la chambre de la patiente pour discuter avec l'obstétricien ou le résident
 - AIC au poste qui appelle :
 - le 511 et lance le code P1- Protégé ou autres CODES normaux et précisant que patiente est COVID
 - Appel à faire AIC bloc et équipe néonate si code P2 ou P3
 - Si salle de césarienne 5^e: préposé de l'étage pour le transfert.
 - Si bloc du 3^e:
 - Préposé de l'étage pour le transfert
 - L'agent de sécurité (14121)
- L'infirmière et le médecin à l'intérieur de la chambre préparent la patiente (mettre sur civière en premier, masque et couverture à la patiente et mise en place de la sonde urinaire, etc.).
- Procéder au transfert après le signal que le bloc est prêt (AIC dira le OK).
- Respecter les mesures de prévention des infections lors du transfert :
 - 5^{ème}: protection GCO pour le préposé et désigner un guide (infirmière externe ou AIC) sans protection GCO nécessaire pour ouverture des portes et assurer que la voie est libre et que le préposé ne touche à rien d'autre que la civière.
 - 3^e: protection GCO pour le préposé et la sécurité fera office de guide pour ouvrir les portes et ascenseurs, selon protocole de transports de cas MRSI
- Prendre les précautions recommandées ÉPI* (à retirer avant sortie de la chambre et à remettre en SOP (voir algorithme de transfert césarienne 5^e maternité vers SOP)).
- L'infirmière externe mettra le dossier dans une pochette de vinyle pour le transport et la remettra au PAB
- Une infirmière de la maternité accompagnera la patiente pour prendre le CF en SOP (pas de moniteur) ; un doptone est présent dans la salle de césarienne, **elle descendra le chariot vert pour le transport du NN.**
 - Elle demeure en salle d'op pour la réanimation de base du NN avec le néonatalogiste ou résident de néonatalogie et l'inhalothérapeute (en cas de P1 et P2) et avec l'inhalothérapeute +/- médecin de famille/pédiatre (en cas de P3). Par la suite, elle assure la surveillance néonatale jusqu'au retour retour mère/bébé à la maternité dans une chambre à pression neutre selon stabilité du BB (cf. figure 2).
- Le reste de l'équipe NéoCovid sera à l'extérieur de la salle, ils entreront au besoin si nécessité de réanimation néonatale ou d'emblée selon AG et facteurs de risque.

- L'anesthésiste en salle pourra soutenir l'infirmière maternité et l'inhalo au besoin en attendant que l'équipe de Néo entre dans la salle avec ÉPI adéquat.
- Si césarienne élective ou P3 et que l'accompagnant (non suspecté ou confirmé) désire être présent à la césarienne :
 - Faire changer l'accompagnant en uniforme vert du bloc dans la chambre TARP
 - Faire changer le masque et revêtir blouse jaune et gants à l'extérieur de la chambre.
 - L'accompagnant est par la suite accompagné par l'agent de sécurité qui est dédié au transport (pour ouverture de porte et bouton d'ascenseur) jusqu'au bloc si bloc du 3^e ou par l'infirmière externe ou l'AIC si bloc du 5^e.
 - À l'arrivée au bloc, l'accompagnant change de blouse et de gants et est dirigé dans la salle d'opération dès l'entrée de la patiente dans la salle.
 - Il demeure en salle d'opération aussi longtemps que le BB et quitte la salle d'opération avec l'infirmière de maternité.
 - En sortant du bloc, il retire son ÉPI sous supervision et en met un autre soit : jaquette jaune, masque et gants. Il est escorté par l'infirmière jusque dans la chambre TARP zone tiède/chaude.

Si une césarienne plan D est en cours dans la salle du 5^e, celle-ci ne sera pas disponible pour environ 3 à 4 heures (temps de la césarienne, temps de la salle de réveil et temps requis avant la désinfection (selon les changements d'air) et temps du ménage).

Lorsqu'une césarienne plan D est en cours dans la salle de césarienne du 5^e :

- L'AIC de maternité avise l'AIC du bloc qu'une césarienne plan D est en cours afin qu'une salle soit libérée dès que possible au bloc du 3^e.
- L'AIC s'assure que la salle d'accouchement est disponible.
- Si une P1 ou P2 de patiente plan A, B ou C est annoncé, celle-ci sera effectuée dans la salle d'accouchement difficile.
- Les césariennes électives seront retardées jusqu'à ce que la salle de césarienne soit disponible.
- La communication entre les AIC de maternité, du bloc, ainsi qu'entre les équipes médicales d'OB-GYN, d'anesthésie et de maternité est ESSENTIELLE.

POST-OP IMMÉDIAT cas suspecté sans Dx alternatif probable et confirmé

- Mère et NN doivent rester, si possible, dans la salle de césarienne pour la période de réveil. Une infirmière de la salle de réveil se rendra dans la salle d'opération pour la surveillance maternelle jusqu'au retour de la patiente à la maternité et l'infirmière de la maternité assurera la surveillance néonatale si l'état de la dyade le permet.
- Si la mère est intubée, le nouveau-né devra être transporté sur l'étage de maternité pour éviter qu'il soit exposé aux aérosols (transfert en incubateur ou en chariot vert selon présence ou non d'IMGA chez NN)
- L'équipe de NéoCovid continuera les soins au NN dans la salle selon la situation clinique
- Se référer à la *PROCÉDURE DE TRANSFERT INTRAHOSPITALIER POUR LA CLIENTÈLE NÉONATALE* pour la sortie sécuritaire du bébé et de la mère de la salle d'opération
- Si la mère est en isolement A-C-O, se référer à la figure 1 de la prise en charge néonatale ci-dessous si la mère est en isolement G-C-O, se référer à la figure 2 de la prise en charge néonatale ci-dessous

Dépistage et isolement du nouveau-né et de la mère infectée par la COVID-19 : rapport du Comité mère-enfant

Les pédiatres-infectiologues et pédiatres microbiologistes-infectiologues avec une expertise en prévention et contrôle des infections en pédiatrie des quatre CHU du Québec ont collaboré pour répondre aux questions suivantes de leurs collègues.

1. Quel est le risque d'infection congénitale (in utero) du SARS-Co-V2?
2. Quel est le risque de contagiosité d'un bébé avec une infection congénitale?
3. Quel est le risque de transmission intrapartum et postnatale au nouveau-né?

Ils ont donc rédigé **des recommandations** quant au dépistage de la COVID-19 chez le nouveau-né et ont précisé les mesures de prévention et de contrôle des infections à implanter. Bien que les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) aient été considérées, les recommandations suivantes tiennent compte de l'épidémiologie actuelle du SARS-CoV-2 au Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-381W.pdf>

PRISE EN CHARGE NÉONATALE

FIGURE 1 : SOINS DU NOUVEAU-NÉ EN CAS DE MÈRE SUSPECTÉE OU CONFIRMÉE AVEC CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ

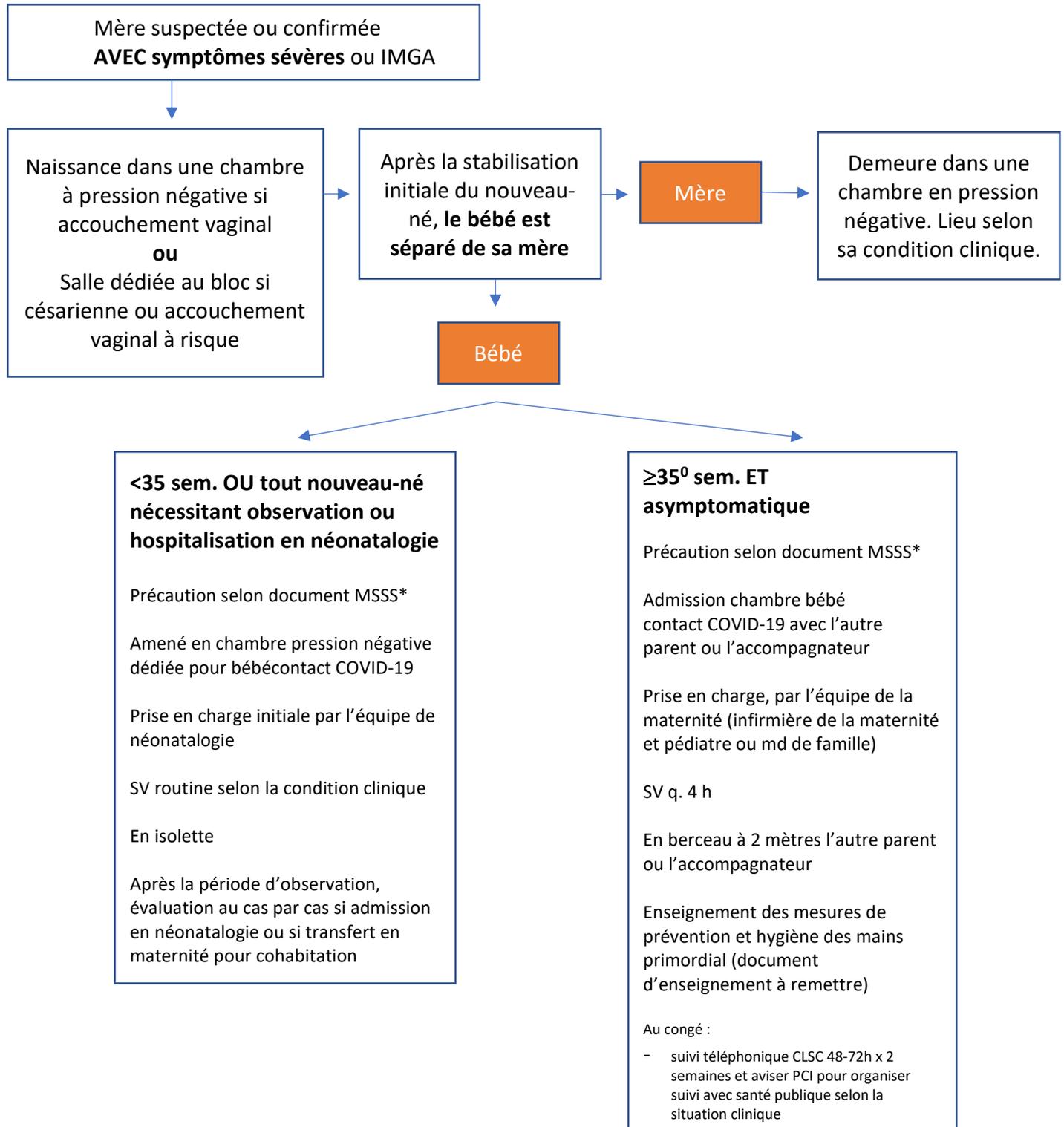
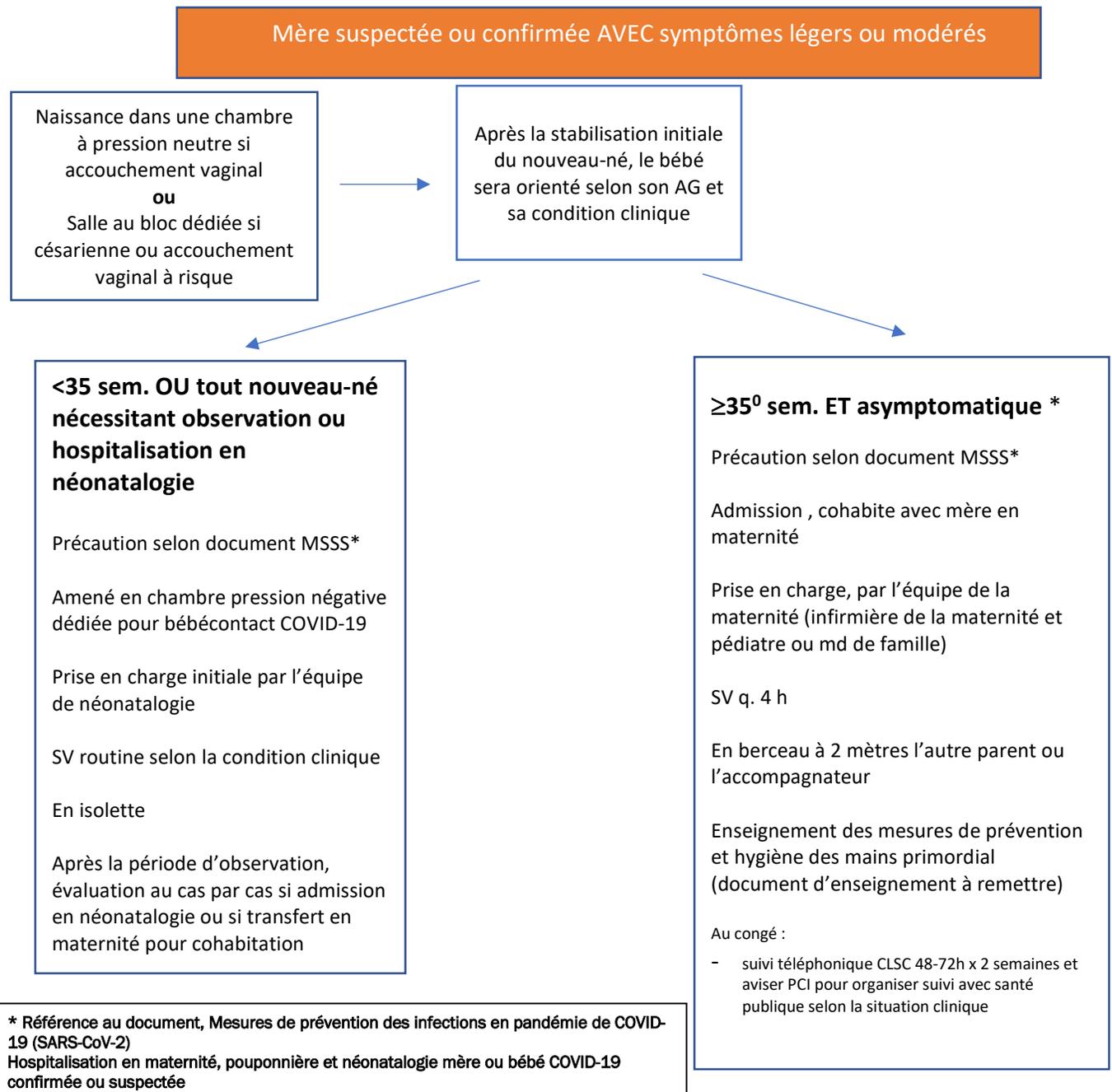


FIGURE 2 : SOINS DU NOUVEAU-NÉ EN CAS DE MÈRE SUSPECTÉE OU CONFIRMÉE SANS CRITÈRE DE SÉVÉRITÉ

- Considérant le risque faible de transmission verticale mère-bébé, des mesures de « PCI G-C-O » sont recommandées pour les soins du nouveau-né, et ce, même lorsque celui-ci nécessite des IMGA à la naissance dans la chambre de la mère (ex. : manœuvres de réanimation initiale).
- Il n'y a pas d'évidence qui suggère de couper le cordon ombilical plus rapidement ou de nettoyer le bébé plus rapidement.
- Les pratiques habituelles sont recommandées (ex. : contact peau à peau après nettoyage du ventre et des seins de la mère)



SOINS POST-PARTUM PSI et COVID +

Une cohabitation mère/bébé en post-partum est recommandée si l'état de la mère et du bébé le permet. Congé dès que critères maternels et néonataux atteints, selon le jugement clinique de l'équipe traitante. Pas de durée minimale d'hospitalisation en lien avec le statut COVID-19.

L'infirmière interne demeure avec la patiente pour les 2 à 4 heures du post-partum immédiat.

- Faire enseignement des mesures de prévention des infections et des mesures d'hygiène rapidement après la naissance.
- Dépistage COVID à faire au bébé dans les 2 premières heures de vie après un nettoyage adéquat du visage. Répéter ce dépistage à 24 heures de vie.
- Le berceau du bébé devrait être à 2 m. du lit de la mère, particulièrement lorsqu'elle dort ou que les mesures de protection ne peuvent pas être mises en place.
- Donner le bain au bébé le plus tôt possible (selon état clinique du patient) ; entrer seulement le bain puis l'installer sur la table à langer à la chambre ou utiliser la base roulante du lit de bébé pour installer le bain afin de la remplir de façon ergonomique.
- Laisser une poire au chevet et enseigner l'utilisation aux parents.
- Soins mère et BB selon les règles usuelles en appliquant les mesures de prévention.
- La mère et l'accompagnant portent le masque de procédure (bleu) en permanence (1 masque par 8 h) (OBLIGATOIREMENT lors de l'allaitement et des soins au NN). Il est important de lui enseigner comment le mettre, le porter et puis l'enlever. Aussi, elle doit se laver les mains avant toutes interventions auprès du bébé. (outils d'enseignements à venir)

Limitier le nombre d'interventions à l'essentiel, donc regroupement de soins. (Ex : SV à faire lors de la visite pour l'aide à l'allaitement maternel.)

- Horaire des visites nursing: Voir FEUILLE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS, du cartable Covid et niveau de support fourni par l'accompagnant de la patiente.
- **L'infirmière doit privilégier les soins au nouveau-né avant de ceux à la mère. Si ce n'est pas possible, celle-ci doit changer de gant et faire une hygiène des mains entre les différents soins.**
- Des tournées dans la chambre et par téléphone pourront être faites en alternance, si la situation le permet. Favoriser l'utilisation des IPAD et de l'application ZOOM pour communiquer avec la mère
- Évaluations médicales (visites/congé post-partum) par téléphone si possible pour la mère.
- Le nouveau-né doit avoir, au minimum, un examen post naissance et un autre avant le congé.
- Pour la technique PKU, voir cartable.
- Le dépistage des cardiopathies par saturométrie ainsi que le dépistage de la surdité néonatale (PQDSN) doivent être fait comme usuel.
- Les enseignements usuels soient, le dégagement des voies respiratoires, la prévention du bébé secoué l'allaitement, etc. doivent être faits avant le congé.

PROCÉDURES de CONGÉ mère/BB/famille CONFIRMÉS

- Prescriptions de départ envoyées à la pharmacie de la patiente par l'agente administrative de la maternité. Remettre la feuille sommaire à la patiente dans l'enveloppe de départ sans la faire signer par la patiente (ok avec archiviste).
- Compléter la fiche CLSC en indiquant que la patiente est COVID + ou suspectée ainsi que le dernier résultat de bilirubine (si disponible)
- Inscrire « Contexte COVID-19 » sur la fiche avis de naissance
- Se référer à la note de service du 6 avril *Accouchement de cliente suspecte ou confirmée COVID-19* afin de fournir les informations nécessaires au chef de service
- Équipe médicale : contraception et conseils de départ médicaux

- S'assurer que la patiente se présente au bon endroit et qu'elle mentionne qu'elle est COVID + si complications post-partum surviennent soit
 - < 7 jours en maternité
 - ≥ 7 jours à l'urgence et lui donner les numéros de téléphone pour appeler avant de se présenter
- Une relance téléphonique de suivi médical pour le bébé sera faite dans les 7 premiers jours suivant la naissance. Si le patient nécessite une visite médicale, le médecin traitant devra organiser le suivi avec le service de l'accueil de la maternité. Le rendez-vous sera le dernier de la journée, la durée de la consultation d'une durée maximale de 30 minutes et devra être réalisé en zone tiède.
- Vérification du siège d'auto comme à l'habitude DANS la chambre + remise de l'enveloppe de départ. (Amener par l'équipe de STAU de la voiture à la chambre, si le parent ou accompagnateur testé covid + ou à risque ne peut pas être présent dans l'hôpital.
- Signature de la déclaration de naissance à la chambre et la mettre dans un sac avant la sortie de la chambre. Désinfection du sac à l'extérieur de la chambre avec gant. Hygiène des mains ensuite. Laisser le sac dans la pochette plastique dédiée au poste.
- Au congé, la patiente, l'accompagnateur et le nouveau-né quittent sans être escortés par le brancardier. Il faut s'assurer que la famille porte le couvre-visage ou le masque de procédure jusqu'à la sortie de l'hôpital.

RÉFÉRENCES

https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/dgppfc-010-rev1_plan.pdf

<https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-au-biberon/nettoyer-les-biberons-les-tetines-et-les-tire-lait>

<https://www.inspq.qc.ca/covid-19>

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/informations-pour-les-femmes-enceintes-coronavirus-covid-19/>

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/directives-pratique-sage-femme-COVID-19.pdf>

<https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/conseils-sante/infections-et-maladies-transmissibles/coronavirus-covid-19/covid-19-membres-de-la-communaute-interne/>

https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Conseils-sante/Infections-maladies/COVID-19/PCI/Blocs_operatoires-Evaluation.pdf

https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Conseils-sante/Infections-maladies/COVID-19/PCI/Blocs_operatoires-Aide_a_la_decision-Trajectoire_Bloc_operatoire.pdf

https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Conseils-sante/Infections-maladies/COVID-19/PCI/Blocs_operatoires-Communication_Critique.pdf

https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Conseils-sante/Infections-maladies/COVID-19/PCI/Blocs_operatoires-Evaluation.pdf

https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Conseils-sante/Infections-maladies/COVID-19/PCI/Blocs_operatoires_Trajectoire_Depistage_Preop_ambul_bloc_majeur.pdf

https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Conseils-sante/Infections-maladies/COVID-19/PCI/Blocs_operatoires-Questionnaire_preop.pdf