



CHOIX DES MATELAS ANTI-ESCARRES

1) OBJECTIF

Permettre de choisir et d'installer un matelas ou sur-matelas adapté au patient.

2) CADRE DE REFERENCE

- Recommandation n°43 - « 100 Recommandations » du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France - 1999
- Circulaire DGS/DHOS/E2-n°645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

3) PERSONNES CONCERNEES

AS, IDE, Médecin

4) MATERIELS

Matelas TEMPUR	:	mousse à mémoire de forme
Surmatelas ALPHATRANCEL	:	réglage manuel.
Surmatelas ALPHAXCELL	:	réglage manuel.
Surmatelas AUTOXCELL	:	réglage automatique par capteurs de pression.
Matelas NIMBUS II	:	réglage automatique par capteurs de pression.

	MCO (court séjour)	SSR-USLD (Moyen-Long séjour)
TEMPUR		2
ALPHATRANCEL		18
ALPHAXCELL	8	
AUTOXCELL	2	3
NIMBUS II	2	2

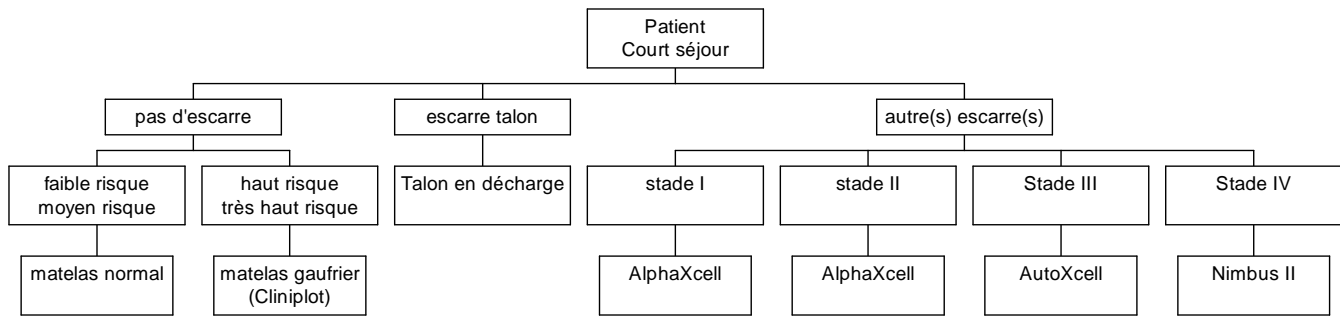
Les matelas ne sont pas attribués par services mais aux patients, au cas par cas et en fonction des besoins.

5) DETAIL DU PROTOCOLE

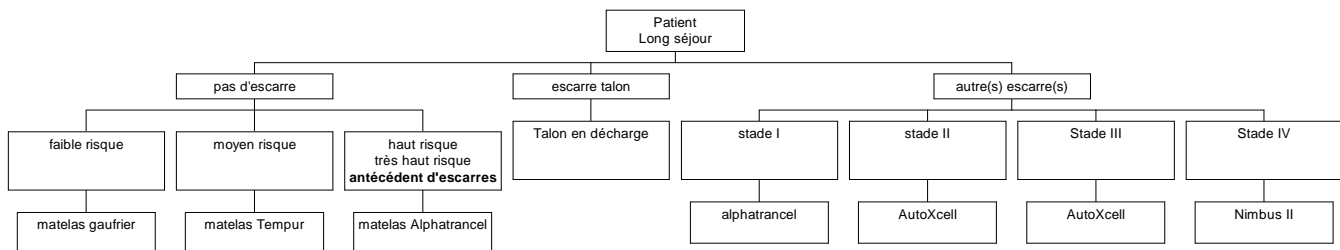
➤ Mise en place :

La demande d'un matelas dynamique doit être faite en fonction de l'état cutané du patient selon l'échelle de stade d'escarre diffusée sur l'hôpital (cf annexe 2 du protocole ESC 01). Le point d'appel est la **rougeur persistante** (stade 1 de l'escarre).

Prévenir la pharmacie et faire une fiche d'évaluation du patient (cf annexe 1). Les matelas disponibles sont stockés dans les services (réserve Réa, bureau surveillante Médecine A). Les housses propres sont stockées en Médecine A.

➤ Choix du matelas :Remarque :

Si le matelas adéquat n'est pas disponible et qu'un matelas de moindre efficacité est utilisé, faire les changements de position toutes les 3 heures.



CREATION	Rédaction	Vérification	Validation
Date	09/08/01		09/08/01
Nom	F.BENARD		CLIN
Fonction	Pharmacien Présidente du comité des escarres		
Visa			
Date de mise en application :		09/08/01	

MISE À JOUR	Rédaction	Vérification	Validation
Date	08/08/03	08/08/03	
Nom	F.BENARD	H.HUREAU	P.L'HULLIER
Fonction	Pharmacien Présidente des escarres	Cadre hygiéniste	Médecin
Visa			
Nature de la modification	Augmentation du matériel EN STOCK		

ANNEXE 1

**FICHE PATIENT : - EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE
- DEMANDE DE MATELAS**

Date : ____/____/____

Nom : _____

Service : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Poids = _____ Taille : _____

Evaluation du risque (échelle de Norton modifiée) : _____

faible

moyen

haut

très haut

Escarre(s) : OUI NON

Localisation(s)

stade escarre

Type de matelas :

 Tempur Alphatrancel AlphaXcell AutoXcell Nimbus II

Date de mise en place : ____/____/____ Date de retrait : ____/____/____

Commentaires :

