



**Santé
Ontario**

TROUSSE DE RESSOURCES :

Soins primaires de suivi

COVID@Home

Mise sur pied d'un suivi en soins primaires à domicile pour les patients atteints de la COVID-19

17 mars 2021

Table des matières

Introduction	3
Objectif de ce document.....	3
Nécessité de la surveillance à domicile en soins primaires	3
Population cible	4
Modèles de suivi en soins primaires COVID@Home	5
Chemins cliniques et voies d'intensification	6
Cheminement clinique des patients COVID-19 des groupes 1 et 2.....	6
Facteurs clés de sécurité et voies d'intensification	7
Stratification des risques.....	7
Voies d'intensification des alertes rouges	8
Considérations cliniques	9
Fourniture d'oxygène.....	9
Surveillance de la saturation en oxygène	9
Intégration des DME	9
Attribution des rôles au personnel	10
Mise en œuvre axée sur l'amélioration de la qualité	12
Exemple de cartographie d'un cheminement clinique	12
Activités préalables à la mise en œuvre	13
Questions pour l'évaluation de l'état de préparation.....	13
Activités de mise en œuvre.....	14
Liste de contrôle n° 1 de la mise en œuvre (perspective de l'AQ et de la gestion du changement) :....	14
Liste de contrôle de la mise en œuvre n° 2 (perspective opérationnelle).....	14
Modèle d'amélioration	15
Discussion	18
Facteurs favorables et obstacles auxquels les équipes peuvent s'attendre.....	18
Facteurs favorables	18
Obstacles.....	18
Ressources supplémentaires	18
Annexe A : Liste des programmes actuels de télésurveillance et contacts	19
Annexe B : Manuel d'utilisation de l'oxymètre de pouls ChoiceMMed, modèle MD300C29	22
Annexe C : Apprentissage, éducation et formation pour les fournisseurs de soins primaires	24
Annexe D : Apprentissage, éducation et formation pour les patients des soins primaires	25

Introduction

Pendant la pandémie de la COVID-19, les responsables de la prestation des soins primaires à Hamilton (notamment le département de médecine familiale de l'Université McMaster) ont créé le programme [HFAM.ca](https://www.hfam.ca) afin de partager les ressources en soins primaires des équipes de médecine familiale de Hamilton (HFAM). Leur modèle d'optimisation des soins en assurant un suivi en soins primaires à domicile pour les patients atteints de la COVID-19 s'est avéré inspirateur et a entraîné la création de cette trousse.

Objectif de ce document

Cette trousse à outils a été créée pour aider les équipes de soins primaires de l'Ontario à traiter les patients atteints de la COVID-19 directement dans la collectivité. Utilisant les meilleures pistes de preuves affichées au site Web HFAM ([HFAM.ca](https://www.hfam.ca)), cette trousse fournira les renseignements suivants pour aider votre équipe à mettre en place un système de télésurveillance à domicile pour vos patients atteints de la COVID-19 :

1. Contenu clinique et suggestions de pratiques exemplaires en soins primaires qui permettront de soutenir en toute sécurité à leur domicile les patients atteints de la COVID-19;
2. Éléments fondamentaux de l'amélioration de la qualité à utiliser pour concevoir et maintenir un programme de surveillance dans votre milieu de soins.

Nécessité de la surveillance à domicile en soins primaires

Les soins primaires sont essentiels dans le contexte de la crise de la COVID-19. Ils contribuent à gérer les hausses inattendues de la demande sur le système de santé et à maintenir la continuité des soins aux patients affectés¹. La mise en œuvre de programmes de surveillance systématique de la COVID-19 en soins primaires permet d'optimiser les soins aux patients qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés immédiatement, mais qui présentent un risque élevé de développer des symptômes graves. Par exemple, la surveillance en soins primaires permet de détecter très tôt le développement d'une pneumonie ou d'une hypoxie asymptomatique. Les patients reçoivent alors les soins plus intensifs qu'il leur faut avant que l'on doive appliquer des mesures invasives.

Pour les patients hospitalisés, le suivi en soins primaires améliore la transition entre l'hôpital et le domicile en assurant la continuité des soins des patients médicalement stables qui ont besoin d'un soutien en oxygène à court terme. Il assure la surveillance de l'oxygène, l'apport continu d'oxygène (s'il le faut) et le sevrage de l'oxygène.

Cette trousse contient des conseils sur les pratiques de pointe ainsi que des outils et des ressources pour les fournisseurs de soins primaires ou d'autres équipes qui souhaitent soutenir ce travail. La surveillance à distance dans la collectivité des patients atteints de la COVID-19 peut être considérée comme un modèle de prolongation des soins primaires. Ce modèle décharge les services hospitaliers, qui sont souvent débordés. Il offre aux cliniciens des ressources qui les aident à concevoir ce type de programme et à le mettre en œuvre.

¹ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Renforcer la ligne de front : Comment les soins de santé primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19. Paris : OCDE; 2021 Feb 10 [cité le 2021 Mar 2]. Disponible auprès de : https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/renforcer-la-premiere-ligne-comment-les-soins-primaires-aident-les-systemes-de-sante-a-s-adapter-a-la-pandemie-de-covid-19_ae139cf5-fr

Remarque : Il existe actuellement 29 programmes de télésurveillance technologique des patients atteints de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Ils sont financés dans toute la province de l'Ontario et sont conçus selon divers modèles locaux (p. ex., modèle de centres d'évaluation de la maladie de Creutzfeldt-Jakob en milieu hospitalier) et régionaux (tirant parti des soins à domicile et en milieu communautaire et des services paramédicaux communautaires). Pour plus d'information sur les programmes de télésurveillance dans votre région et sur la façon dont vous pouvez collaborer pour aider vos patients, veuillez communiquer avec votre responsable régional du numérique (voir la liste des programmes et leurs coordonnées à l'annexe A).

Population cible

Aux fins de cette trousse, nous avons classé les patients atteints de la COVID-19 qui vivent dans la collectivité en trois groupes :

1. Patients qui vivent dans la collectivité et dont le résultat du test de COVID-19 est positif et a été signalé à leur clinique de soins primaires. Ils peuvent présenter des facteurs de risque qui les rendent plus vulnérables aux maladies graves et nécessitent une surveillance accrue, qui va au-delà des directives de la santé publique.
2. Patients qui vivent dans la collectivité, qui préfèrent être soignés à domicile, dont les objectifs de soins ne sont pas compatibles avec un transfert à l'hôpital et qui reçoivent des soins palliatifs. Ces patients doivent faire l'objet d'une surveillance accrue, mais ils peuvent aussi avoir besoin d'oxygène pour gérer leurs symptômes et nécessiter des soutiens supplémentaires pour rester chez eux.
3. Patients qui vivent dans la collectivité, dont le résultat du test de la COVID-19 est positif, qui ont été hospitalisés, mais qui sont maintenant stables et peuvent sortir de l'hôpital ou directement du service des urgences s'ils reçoivent un suivi en soins primaires. Il peut s'agir de patients qui ont besoin d'un apport continu en oxygène et qui prévoient un sevrage éventuel à domicile, d'une surveillance continue de la saturation en oxygène, d'une gestion des médicaments (par exemple, des stéroïdes) ou de fluides intraveineux.

Cette trousse se concentre sur les patients du groupe 1 et du groupe 2. Les modèles de soins primaires peuvent servir les patients du groupe 3 une fois qu'ils soignent efficacement les patients des groupes 1 et 2 et s'ils comprennent une bonne collaboration avec les autres partenaires de l'écosystème de soins de santé.

Modèles de suivi en soins primaires COVID@Home

Le Tableau 1 présente les modèles de suivi des soins primaires suggérés pour les patients du groupe 1 et du groupe 2.

Tableau 1 : Modèles de suivi en soins primaires suggérés pour les patients atteints de la COVID-19 du groupe 1 et du groupe 2

Modèles de suivi des soins primaires		
	Patients du groupe 1	Patients du groupe 2
Intention	<ul style="list-style-type: none"> Établir un filet de sécurité qui réduit les visites inutiles au service des urgences; Assurer une prise de décisions objective si une intensification nécessite des soins supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité des soins prodigués aux patients atteints d'une maladie grave limitant leur espérance de vie; Prendre en charge les patients COVID-19 en soins palliatifs qui ont besoin d'oxygène pour gérer leurs symptômes.
Activités de l'équipe de soins	<ul style="list-style-type: none"> Trier et surveiller la saturation en oxygène; Autosurveiller les symptômes des patients, éduquer les patients sur la gestion des symptômes et établir un plan d'action pour gérer les alertes rouges; Déterminer la fréquence des visites et des examens virtuels en soins primaires en fonction du niveau de risque du patient (voir la Section Surveillance et suivi du site Web HFAM sur l'évaluation des risques et sur la fréquence des contrôles). 	<ul style="list-style-type: none"> Trier et surveiller la saturation en oxygène; Autosurveiller les symptômes des patients et éduquer les patients; Gérer l'oxygène et les médicaments; Effectuer des visites et des examens selon les besoins.
Plan clinique	<ul style="list-style-type: none"> Les patients de ce groupe ne reçoivent pas encore de liquides par intraveineuse; Envoyer au service des urgences les patients dont l'état s'aggrave. 	<ul style="list-style-type: none"> On peut commencer à administrer de l'oxygène, des médicaments par voie intraveineuse ou des liquides par voie intraveineuse ou hypodermoclyse si nécessaire; Si l'état du patient s'aggrave, les objectifs des soins sont réexaminés et l'on engage des aides de l'extérieur si la personne souhaite rester dans son domicile.
Équipement et Ressources humaines requis	<ul style="list-style-type: none"> Moniteurs d'oxymétrie de pouls; Médecin de soins primaires ou personnel de surveillance (peut inclure des infirmières ou du personnel paramédical, selon l'endroit). 	<ul style="list-style-type: none"> Moniteurs de saturation en oxygène, apport d'oxygène si nécessaire en cas d'hypoxie (consulter HFAM.ca pour les cibles); Le médecin de soins primaires ou le médecin le plus responsable et d'autres membres du personnel selon les indications cliniques pour la surveillance (par exemple l'inhalothérapie, si elle est indiquée et si elle est disponible, les soins infirmiers à domicile ou le personnel paramédical).

Abréviation : HFAM, équipe de médecine familiale de Hamilton

Remarque : Il est important que les équipes de soins primaires fournissent des soins basés sur des protocoles et sur des voies d'intensification infaillibles. Si l'on suit des processus technologiques de surveillance à distance, il est bon de prévoir des processus non technologiques en cas de défaillance technologique.

Chemins cliniques et voies d'intensification

Le site HFAM.ca présente des liens vers tous les outils et renseignements nécessaires sur les chemins cliniques et les voies d'intensification (renseignements sur les patients et modèles de dossiers médicaux électroniques). Ce site est mis à jour au fur et à mesure de l'évolution des données sur la COVID-19.

Cheminement clinique des patients COVID-19 des groupes 1 et 2

Les recommandations cliniques pour les patients atteints de la COVID en phase aiguë (groupe 1) et pour les patients dont l'objectif de soins est compatible avec une approche palliative à domicile (groupe 2) sont affichées aux pages Web ci-dessous :

- **Groupe 1 (patients atteints de la COVID-19) :** [Cheminement des services de médecine familiale de Hamilton sur l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge de la COVID](#)
- **Groupe 2 (patients dont les objectifs de soins sont conformes à une approche palliative des soins et qui ont indiqué qu'ils souhaitaient ne pas être transférés à l'hôpital) :** [Cheminement des services de médecine familiale de Hamilton sur les patients COVID-19 du groupe 2](#)

Pour voir un exemple de haut niveau d'un plan d'action pour les patients COVID-19 des groupes 1 et 2, consultez la section sur l'amélioration de la qualité dans un [cheminement clinique](#).

La figure 1 montre une évolution possible de la COVID-19 en trois phases du virus. Il est important de tenir compte de l'évolution de la maladie lorsqu'on réfléchit au moment optimal pour commencer et arrêter la surveillance active des patients. Prévoyez que les symptômes atteignent leur maximum entre 8 et 12 jours après leur apparition et pensez à surveiller les patients de 0 à 14 jours ou plus suivant le parcours de la maladie. (Ces détails sont inclus dans le parcours opérationnalisé; consultez la page *Monitoring and Follow-up/Risk Stratify Patient* dans [HFAM Pathway](#)).

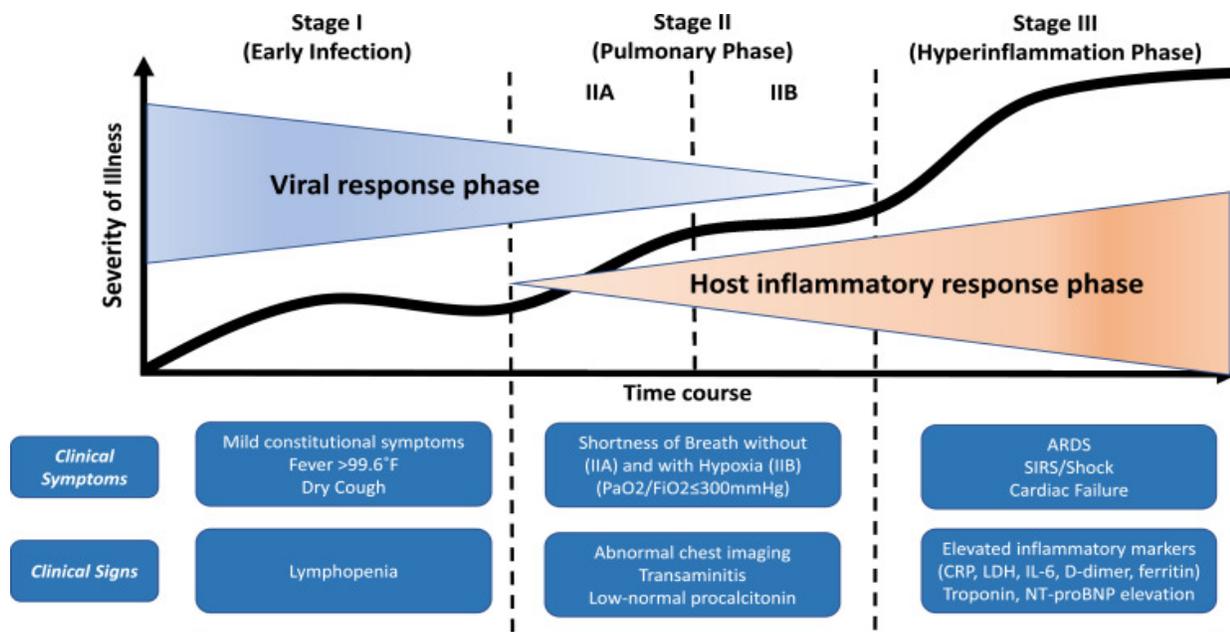


Figure 1 : Évolution possible de la COVID-19^{2*}

*Veuillez nous contacter à info@ontariohealth.ca si une version française de l'image est requise.

Facteurs clés de sécurité et voies d'intensification

Pendant la mise en place des systèmes de surveillance *COVID@Home*, il est **essentiel** de tenir compte des facteurs suivants pour garantir la sécurité des patients :

1. Évaluation adéquate de la gravité de la COVID, avec évaluation et stratification du risque;
2. Voies d'intensification claires si le patient présente des alertes rouges ou si son niveau de risque change;
3. Accès rapide à un fournisseur de soins cliniques 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (ou conseils sur ce qu'il faut faire si l'on ne réussit pas à joindre un fournisseur de soins).

Stratification des risques

Vous trouverez un [tableau de stratification des risques](#) au site Web de HFAM. Il se trouve à l'onglet *Monitoring and Follow-up-Risk Stratify Patient* du cheminement clinique de HFAM.

Remarque : Nous vous conseillons de visiter souvent le [site Web de HFAM](#), car les données y sont constamment mises à jour pour refléter les preuves et les pratiques exemplaires les plus récentes.

² Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *J Heart Lung Transplant*. 2020; 39(5) : 405–7.

Voies d'intensification des alertes rouges

Il est essentiel d'établir une procédure en cas d'intensification de la maladie des patients présentant des alertes rouges (en y incluant un transfert à l'hôpital) approuvées par tous les partenaires avant que la procédure de surveillance n'entre en vigueur dans votre clinique ou votre groupe. Les systèmes de surveillance *COVID@Home* devraient comprendre une [cartographie des processus](#) pour que les points de décision et les parcours soient bien compris par tous les membres de l'équipe et par les patients.

Les alertes rouges qui devraient déclencher un transfert au service des urgences peuvent évoluer avec la mise à jour des preuves. Les alertes rouges actuelles peuvent être consultées aux pages Web suivantes :

- [Évaluation, diagnostic et prise en charge de la COVID](#) au site Web de l'HFAM
 - Aux onglets *History* et *When to Refer to the ED*
- [Outil d'évaluation clinique COVIDCare@Home](#) du Women's College Hospital

Ces alertes rouges doivent être bien comprises par tous les fournisseurs de soins de votre clinique et incluses comme déclencheurs dans les procédures d'intensification.

Conseil : À Hamilton, nous avons créé une ligne téléphonique pour donner des conseils précis et rapides aux médecins de soins secondaires dont les patients n'ont pas besoin d'être hospitalisés, mais pour lesquels des conseils de soins secondaires seraient utiles. Il serait peut-être bon d'en créer une dans votre région.

Considérations cliniques

Fourniture d'oxygène

Les restrictions à la qualification et au financement de l'oxygénothérapie [sont levées pendant la pandémie](#).

Note pour les utilisateurs situés en dehors de la région de Hamilton : Les parcours de HFAM comprennent les formulaires de commande d'oxygène VitalAire et ProResp. Vous pouvez peut-être travailler avec un autre fournisseur d'oxygène dans votre région. **Vous trouverez une liste complète des fournisseurs d'oxygène [ICI](#).** Si vous travaillez avec un autre fournisseur d'oxygène, veuillez confirmer que ce fournisseur peut rapidement enclencher l'oxygénation à domicile au besoin, notamment le week-end, pour répondre à vos besoins locaux.

Surveillance de la saturation en oxygène

Les trois moniteurs d'oxymétrie de pouls suivants sont disponibles auprès du ministère de la Santé :

- [Thermor BIOS 11PO Oxymètre - Manuel de l'opérateur](#)
- [ChoiceMMed MD300C20 - Manuel de l'opérateur](#)
- ChoiceMMed MD300C29 - Le manuel de l'opérateur se trouve à l'annexe B (il n'est pas offert en ligne).

[Vous pouvez demander les moniteurs ci-dessus au Ministère en cliquant sur ce lien](#). Veuillez tenir compte de la taille de la population que vous servez et de l'incidence de la COVID-19 dans votre collectivité lorsque vous déterminez les quantités à commander.

Guide de la santé publique : Les oxymètres de pouls doivent être nettoyés avec des lingettes alcoolisées approuvées, puis classés par date de retour en magasin. Les conseils de la santé publique suggèrent ce nettoyage, plus une « période de repos » de 24 heures avant leur réutilisation afin de protéger les personnes qui manipulent ces appareils pour leurs patients.

Intégration des DME

Un modèle de ce cheminement clinique a été créé pour plusieurs plateformes de dossiers médicaux électroniques (DME), notamment OSCAR, TELUS et Accuro. L'élaboration du modèle OSCAR a été dirigée par la D^{re} Dee Mangin, professeure et directrice associée de la recherche au département de médecine familiale de l'Université McMaster, et par ses collègues. Les modèles de DME TELUS et Accuro ont été adaptés par l'équipe de santé familiale de North York. Les liens vers ces trois modèles se trouvent [ici](#).

L'objectif du modèle est de mieux soutenir la surveillance complète en soins primaires des patients dont le résultat du test de la COVID-19 était positif. Il favorise une intervention précoce et efficace et, dans la mesure du possible, il réduit la demande dans nos hôpitaux. Ce modèle peut également servir au suivi des patients qui sortent de l'hôpital après y avoir subi le traitement initial de la COVID. Le formulaire électronique renvoie à des renseignements sur les pratiques exemplaires d'évaluation et de prise en charge des maladies liées à la COVID. Notre service les a réunis, et vous pouvez les télécharger au site Web de la médecine familiale de Hamilton (HFAM), à [Site Web de Hamilton Family Medicine \(HFAM\)](#).

POUR OSCAR

Les outils pour le DME OSCAR sont les suivants :

- [OSCAR COVID Community Ward Monitoring Record](#) eForm;
- [Rapport par modèle](#) (pour un rendement optimal, il est recommandé d'indexer la base de données; vous trouverez les instructions avec le lien).

Si vous êtes un client du groupe Well EMR : Vous pouvez envoyer un courriel à help@oscarprodesk.ca pour que les outils soient ajoutés à votre système.

POUR TELUS

Les formulaires personnalisés du DME de TELUS se trouvent à ce lien : [Telus PS Custom Forms on COVID-19 Positive Patient Tracking Tool for Telus PS Suite](#)

POUR ACCURO

Suivez les mêmes étapes que pour le téléchargement d'autres modèles (par exemple [Quality Standards placemats](#)) ou formulaires pour les patients. Suivez ces quatre étapes faciles :

1. Allez à Tools ⇒ Forms editor;
2. Cliquez sur Tools ⇒ Publish/Download;
3. Faites une recherche avec le mot-clé « Ontario Health » ou « COVID@Home »;
4. Téléchargez le formulaire.

Si vous avez besoin d'aide, envoyez un courriel à support@QHRtech.com.

Attribution des rôles au personnel

Il peut être utile d'attribuer des rôles précis au personnel pour que tous les patients soient bien suivis. Le Tableau 2 présente un exemple de répartition des responsabilités.

Tableau 2 : Exemple de répartition des rôles et des responsabilités

Rôle	Options pour la source	Responsabilités
Surveillance des patients à distance	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins ou infirmières de la clinique; • Des groupes plus nombreux peuvent aussi s'organiser pour assurer la télésurveillance d'une zone locale (par exemple les centres de santé communautaires, les équipes de santé familiale). 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation initiale et stratification du risque; • Communication avec les membres de l'équipe de suivi; • Examen régulier des patients pour les informer et les éduquer.
Cliniciens sur le terrain <i>(la plupart des suivis de patients en soins primaires ne nécessitent pas de personnel à domicile)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie respiratoire effectuée par les vendeurs d'oxygène; • Infirmières de soins à domicile; • Personnel infirmier de l'équipe de santé familiale; • Services paramédicaux communautaires; • Fournisseurs de soins primaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile si nécessaire; • Soutien des patients et des familles; • Communication des résultats au médecin responsable (par exemple médecin, infirmière praticienne).
Patients et mandataires spéciaux	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet 	<ul style="list-style-type: none"> • Consentement pour participer à l'évaluation et au traitement si le programme est dispensé en dehors de son cadre habituel de soins primaires (par exemple aux programmes technologiques de surveillance à distance); • Autorisation de l'accès des fournisseurs au domicile si nécessaire; • Utilisation d'outils virtuels si nécessaire; • Accès à Internet à domicile ou à un cellulaire avec données si des applications sont utilisées pour des visites ou une surveillance vidéo, ou tout autre téléphone pour une surveillance non technologique par téléphone; • Participation aux activités d'autocontrôle et à la saisie des données.
Expertise en matière de prévention et de contrôle des infections	<ul style="list-style-type: none"> • Santé publique • Pôles régionaux • Partenaires hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à l'équipe sur les pratiques de prévention et contrôle des infections pour visiter le patient à domicile, instructions aux aidants naturels à domicile et procédures de nettoyage de l'équipement.
Médecine interne générale, médecins du service des urgences,	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaire hospitalier (hôpital local ou centre de soins tertiaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseils sur le traitement de la COVID et sur l'intensification des soins, le cas échéant;

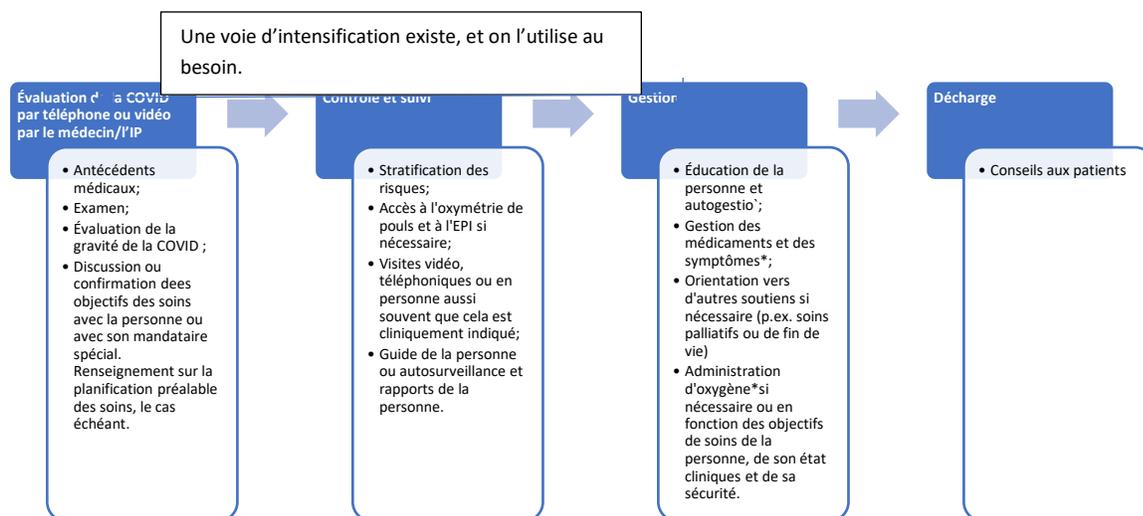
spécialistes des soins palliatifs		<ul style="list-style-type: none"> Conseils et élaboration d'un parcours de soins directs entre la collectivité et l'hôpital.
Bénévoles	<ul style="list-style-type: none"> Groupes communautaires locaux 	<ul style="list-style-type: none"> Livraison et collecte des moniteurs de saturation en oxygène lorsque les patients n'en ont plus besoin; Vérification de la conformité aux conseils sur la prévention et le contrôle des infections (par exemple distanciation sociale, hygiène et utilisation de l'EPI).

Abréviation : EPI, équipement de protection individuelle

Mise en œuvre axée sur l'amélioration de la qualité

Exemple de cartographie d'un cheminement clinique

Les intervenants peuvent utiliser l'exemple de cheminement clinique suivant (Figure 2) ou élaborer leur propre cheminement (à condition de respecter les meilleures preuves et les pratiques exemplaires). Pensez à indiquer quels membres de l'équipe participent chaque activité et les outils ou ressources qui seront utilisés à chaque étape.



*prise de décision clinique fondée sur des données probantes – comme la science de la COVID évolue rapidement, les praticiens doivent se tenir à jour.

Figure 2 : Exemple de cheminement clinique pour [le Groupe 1](#) et [le Groupe 2](#) de patients qui ont la COVID-19 (d'après les cheminements cliniques de HFAM)

Activités préalables à la mise en œuvre

Questions pour l'évaluation de l'état de préparation

Avant d'entamer une activité d'amélioration de la qualité (AQ), il est important de procéder à une évaluation de l'état de préparation. Les questions suivantes vous aideront à comprendre les facteurs qui pourraient empêcher de fournir différents niveaux de soins complets de la COVID à domicile :

1. Ai-je la capacité et des ressources humaines assez souples pour fournir les différents niveaux de ce service (y compris le suivi pendant les week-ends)?
2. Mon équipe a-t-elle de l'expérience d'initiatives ou de projets d'amélioration de la qualité? Ces projets ont-ils réussi?
3. Mon équipe a-t-elle des relations avec d'autres secteurs du système qui peuvent être mises à profit pour que ce programme fonctionne à différents niveaux d'intensité (par exemple, la capacité de fournir des consultations de surveillance et l'accès à un oxymètre de pouls pour les patients du Groupe 1, ou la capacité d'orienter les patients vers des fournisseurs d'oxygène, des services paramédicaux communautaires, des soins à domicile et communautaires, le service des urgences de l'hôpital, le service des urgences virtuel ou les programmes de médecine interne générale de l'hôpital, les ressources en soins palliatifs, etc. pour les patients en phase palliative ou du Groupe 2)?
4. Ai-je accès ou puis-je obtenir l'accès à la technologie requise pour exécuter ce type de programme (par exemple, la technologie des soins virtuels, notamment des visites téléphoniques, un endroit pour documenter l'état des patients, un moyen convenu de communiquer avec les autres membres de l'équipe)?
5. Pour les patients du Groupe 2, tous les intervenants clés sont-ils au courant du changement? Sinon, comment allez-vous les sensibiliser à ce changement?
6. Les membres de l'équipe et les intervenants comprennent-ils l'objectif et manifestent-ils la volonté de soutenir cette initiative?
7. Les membres de notre équipe possèdent-ils la formation et les compétences nécessaires pour soutenir cette initiative? Sinon, quand, où et comment les obtiendront-ils?

Activités de mise en œuvre

Les listes de contrôle suivantes permettent de guider la mise en œuvre de votre système de télésurveillance *COVID@Home*.

Liste de contrôle n° 1 de la mise en œuvre (perspective de l'AQ et de la gestion du changement) :

- Désigner un leader ou un champion.
- Engager tous les membres de l'équipe qui soutiendront cette initiative
- Passer en revue les questions de l'évaluation de l'état de préparation avant la mise en œuvre avec l'équipe et effectuer un remue-méninges sur les stratégies d'atténuation pour les domaines déficitaires ou pour suggérer l'amélioration de certains éléments, au besoin.
- Déterminer le champ d'application, ou quels patients recruter en premier pour les cycles de l'approche plan-faire-étudier-agir » (PDSA).
- Créer un processus d'échange de connaissances, d'outils et de ressources pour préparer la nouvelle surveillance.
- Prévoir un moyen d'intégrer le contenu de la trousse, en particulier les cheminements cliniques, dans le roulement de travail (mise à l'essai du groupe PDSA).
- Réfléchir à des moyens d'utiliser d'autres ressources, des aides, des idées novatrices ou des partenariats pour promouvoir des compétences, des connaissances et une confiance efficaces chez tous les membres de l'équipe (ce qui améliorera la satisfaction et la sécurité des patients).
- Évaluer l'utilisation et les avantages de ce modèle de soins.

Liste de contrôle de la mise en œuvre n° 2 (perspective opérationnelle)

Ai-je mis en place les éléments suivants?

- Accès à un outil d'évaluation des risques fondé sur des données probantes, qui comprend les « alertes rouges » de l'intensification.
- Pour les patients du Groupe 2 : un processus d'évaluation rapide des besoins en oxygène avec un fournisseur et une livraison rapide de l'équipement et un accès continu, nuit et jour, à la thérapie respiratoire.
- Processus en place pour une évaluation initiale rapide (en personne ou virtuelle) par une infirmière praticienne ou par un médecin.
- Processus ou partenariats en place pour déployer des ressources humaines afin de surveiller la saturation de l'oxygène et d'autres indicateurs cliniques virtuellement ou en personne (week-end aussi).
- Matériel éducatif pour les patients est prêt à être distribué.
- Endroit sûr pour documenter le patient.
- Voie ou outil de communication pour les membres de l'équipe interprofessionnelle.
- Processus en place pour la livraison, la collecte et le nettoyage des moniteurs d'oxymétrie de pouls (si le fournisseur d'oxygène ne le fait pas).
- Voie d'intensification ou voie d'accès rapide vers l'hôpital partenaire.
- Processus de communication après les heures de travail pour les patients en détresse.
- Critères clairs pour le congé.

La liste de contrôle n° 2 n'est en aucun cas une liste exhaustive des étapes qu'une équipe peut suivre pour mettre en place un système de télésurveillance, mais elle fournit quelques éléments importants qui doivent être pris en compte et mis sur pied pour assurer le succès de la télésurveillance.

Modèle d'amélioration

Plusieurs outils et ressources d'AQ se trouvent à la page Quorum de Santé Ontario, sous l'onglet [Outils et ressources sur l'amélioration de la qualité](#). Le modèle d'amélioration présenté à la Figure 3 vous aidera à déterminer les améliorations nécessaires et à les mettre à l'essai avant de les mettre en œuvre à plus grande échelle. Puisque nous disposons déjà de preuves ou de pratiques exemplaires, il est beaucoup plus facile de développer des idées de changement! Vous devrez peut-être réfléchir aux écarts entre vos pratiques actuelles et votre capacité de maintenir les pratiques exemplaires. Vos idées de changement seront développées autour de la recherche de moyens d'intégrer cette nouvelle norme de pratique dans votre charge de travail actuelle.

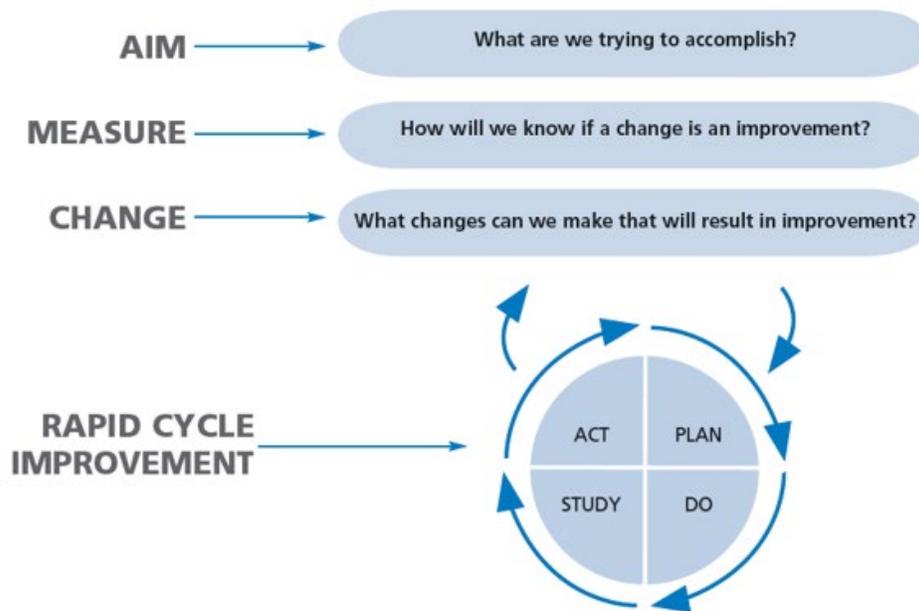


Figure 3 : Modèle d'amélioration*

*Veuillez nous contacter à info@ontariohealth.ca si une version française de l'image est requise.

&&&Le site [de l'outil Plan-faire-étudier-agir \(PDSA\)](#) vous aidera à mettre en place un petit test sur l'amélioration de la qualité en utilisant les principes présentés dans cette trousse. Cela permet de minimiser les risques et d'accroître la confiance des fournisseurs face aux nouvelles pratiques. Si vous n'y parvenez pas, vous pouvez l'ajuster ou le modifier, puis réessayer. En cas de succès, vous pouvez continuer à élargir l'échelle. Vous trouverez à la Figure 4 un exemple de feuille de travail PDSA remplie après un cycle de test.

PDSA : Plan-faire-étudier-agir

OUTIL

Sujet du test :

Cycle n° :

Date :

PLAN

Le but de ce cycle est de :

Développer

Tester

Mettre en œuvre

À quelles questions voulez-vous répondre?	Quelles sont vos prédictions?

Prévoyez de recueillir des données pour répondre à vos questions :

Quelles données seront recueillies?	Comment? (liste de contrôle, vérification des dossiers)	Qui? (nom ou rôle)	Quand? (heures, dates - soyez précis)	Où? (unité, zone, graphiques)

Dressez la liste des tâches nécessaires à la mise en place du test :

Quoi? (tâche précise)	Comment? (liste de contrôle, vérification des dossiers)	Qui? (nom ou rôle)	Quand? (heures, dates - soyez précis)	Où? (unité, zone, - soyez précis)

PDSA : Plan-faire-étudier-agir

OUTIL

RE
Qu'avez-vous observé pendant le test? Avez-vous observé des faits inattendus?

ÉTUDIER
Analysez vos données et décrivez les résultats. Comment les résultats se comparent-ils à vos prédictions? Qu'avez-vous appris de ce cycle?

AGIF
Êtes-vous prêt à la mise en œuvre?
<input type="checkbox"/> Oui (je constate une amélioration mesurée, les changements ont été mis à l'épreuve dans différentes conditions et ont répondu aux questions)
<input type="checkbox"/> Non (j'ai d'autres questions, je dois faire des ajustements et tester à nouveau, OU les risques dépassent les avantages – il me faut une nouvelle idée)
Quel est votre plan pour le prochain
L'équipe : _____

Figure 4 : Exemple de feuille de travail PDSA remplie

Discussion

Facteurs favorables et obstacles auxquels les équipes peuvent s'attendre

Vous trouverez ci-dessous des listes de considérations et de sujets sur lesquels vous pourrez discuter avec votre équipe ou avec les intervenants en développant votre système de surveillance *COVID@Home*.

Facteurs favorables

Quels facteurs pourront faciliter la mise en œuvre, et comment pouvons-nous les intégrer?

- Des instructions claires pour les patients;
- Facilité d'intégration du cheminement clinique dans le roulement du travail;
- Temps nécessaire pour la mise en œuvre du modèle;
- Approche interdisciplinaire de la mise en œuvre.

Obstacles

Quels sont les obstacles possibles à la mise en œuvre, et comment les atténuer?

- Pas assez de temps ou de personnel pour la mise en œuvre;
- Incertitude du propriétaire du processus;
- Ressources nécessaires non disponibles;
- Mauvaise intégration du modèle dans le roulement de travail actuel;
- Guides et éducation des patients non accessibles aux personnes qui ne lisent ou ne parlent pas l'anglais;
- Incertitude quant aux codes de facturation à utiliser et à la rémunération financière.

Ressources supplémentaires

Une liste des contacts de télésurveillance à domicile se trouve à l'Annexe A. Le manuel d'utilisation du moniteur d'oxymétrie de pouls MD300C29 se trouve à l'Annexe B. Les Annexes C et D présentent des ressources supplémentaires pour vous aider à mettre en œuvre votre système de surveillance *COVID@Home* dans le cadre des soins primaires.

Annexe A : Liste des programmes et contacts de surveillance à distance actuels

Cliquez sur le lien suivant pour les [Critères d'éligibilité et renseignements de référence pour les programmes de surveillance à distance de la COVID-19 \(en anglais seulement\)](#) pour tous les programmes ci-dessous.

Table A1 : Ressources pour les centres d'évaluation clinique de la COVID-19 pour se référer aux programmes de surveillance des soins à distance de la COVID-19

Région	Équipe de surveillance	Principales coordonnées	Courriel ou téléphone
Centre	Barrie Area Native Advisory Circle	Ali Riddell , infirmière praticienne Lianne Dumais , responsable du programme	nursecoordinator@banac.on.ca mwhpn@banac.on.ca
Centre	Central Connected Care Halton OHT, CCHOHT	Karin Swift , directrice de CCHOHT	kswift@haltonhealthcare.com
Centre	Couchiching (Orillia, Oro-Medonte, Severn, Ramara—incluant Rama First Nations)	Stephanie Saumure	ssaumure@proresp.com
Centre	Équipe de Georgian Bay Family Health	Sarah Grace Bebenek	
Centre	Muskoka Algonquin Health Care	Darcy Medland	Darcy.Medland@muskoka.on.ca
Centre	North York General	Amanda Mohamed , gestionnaire de projet D' Ben Bell , médecin champion Duska Kennedy , chef de la stratégie numérique	amohamed@nygh.on.ca bbell@nygh.on.ca dkennedy@nygh.on.ca

Trousse de ressources sur la surveillance *COVID@Home* pour les soins primaires de Santé Ontario

Centre	Southlake Regional Health Centre	Rebecca French , gestionnaire	bfrench@southlakeregional.org 905 895-4521, poste 2457 otntelehomecare19@southlakeregional.org 1-855 640-7129
Centre	Trillium Health Partners—Mississauga-Halton ÉSO	James Pencharz	James.Pencharz@thp.ca
Est	Carefirst Seniors & Community Services Association	Kennie Sinn	Kennie.Sinn@carefirstontario.ca 437-688-4576
Nord	Health Sciences North—Greater Sudbury Paramedic Services	Melissa Roney , chef adjoint Julie Ward , commandante	Melissa.Roney@greatersudbury.ca Julie.Ward@greatersudbury.ca
Nord	District de Nipissing	Bryce Gartner	Bryce.gartner@nbrhc.on.ca
Nord	SAMU du district Parry Sound	Clayton McGee , superviseur des SAMU	cmcgee@wpshc.com
Toronto	Michael Garron Hospital	Andrea Scrivener Jessica Scott	andrea.scrivener@tehn.ca Jessica.scott@tehn.ca
Toronto	Toronto Grace Health Centre	Danielle Kilby-Lechman coordinateur du RCM (sud-ouest)	dkilby-Lechman@torontograce.org 437-233-2661
Ouest	ESO de Burlington	Joanne Pearson , directrice générale	jpearson@burlingtonfht.com Télécopieur : 855-928-5284 Numéro des admissions : 289-861-5611, poste 5512
Ouest	Guelph Paramedics	Emily Cooper , chef adjoint paramédical Brad Jackson , chef paramédical Renseignements généraux (heures d'ouverture uniquement)	emily.cooper@guelph.ca 226-962-4715 brad.jackson@guelph.ca 226-962-4713 communityparamedic@guelph.ca 519-822-1260, poste 3379
Ouest	Guelph Wellington Paramedic Service	Emily Cooper , chef adjoint paramédical Brad Jackson , chef paramédical	emily.cooper@guelph.ca 226-962-4715 brad.jackson@guelph.ca 226-962-4713

		Contact général	communityparamedic@guelph.ca 519-822-1260, poste 3379
Ouest	London Health Sciences Centre - Centre d'évaluation clinique Carling	Kim Planques, personne-ressource de l'administration	kim.planques@lhsc.on.ca 619-685-8500, poste 72236
Ouest	London Health Sciences Centre - Clinique de soins urgents COVID-19 (LUC3)	Kaylee Moore D^r Erin Spicer , responsable clinique	LUC3@lhsc.on.ca
Ouest	Services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire du Sud-Ouest	Hilary Lupton	hilary.lupton@lhins.on.ca

**Remarque : Cette liste n'est pas exhaustive; il peut y avoir d'autres programmes locaux disponibles dans votre région.*

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre responsable régional de services numériques :

Ouest OH-West_DigitalVirtual@ontariohealth.ca
Est OH-East_DigitalVirtual@ontariohealth.ca
Nord OH-North_DigitalVirtual@ontariohealth.ca
Toronto OH-Toronto_DigitalVirtual@ontariohealth.ca
Centre OH-Central_DigitalVirtual@ontariohealth.ca

Annexe B: Manuel de l'opérateur de l'oxymètre de pouls ChoiceMMed modèle MD300C29

Fingertip Pulse Oximeter

ChoiceMMed

USER MANUAL

General Description

Oxygen binds to hemoglobin in red blood cells when moving through the lungs. It is transported throughout the body as arterial blood. A pulse oximeter uses two frequencies of light (red and infrared) to determine the percentage (%) of hemoglobin in the blood that is saturated with oxygen. The percentage is called blood oxygen saturation, or SpO₂. A pulse oximeter also measures and displays the pulse rate at the same time it measures the SpO₂ level.

Measurement Principle

Principle of the oximeter is as follows: The pulse oximeter works by applying a sensor to a pulsating arteriolar vascular bed. The sensor contains a dual light source and photo detector. The one wavelength of light source is 660nm, which is red light; the other is 905nm, which is infrared-red light. Skin, bone, tissue and venous vessels normally absorb a constant amount of light over time. The photo detector in finger sensor collects and converts the light into electronic signal which is proportional to the light intensity. The arteriolar bed normally pulsates and absorbs variable amounts of light during systole and diastole, as blood volume increases and decreases. The ratio of light absorbed at systole and diastole is translated into an oxygen saturation measurement. This measurement is referred to as SpO₂.

Diagram of Operation Principle

1. Red and Infrared-ray Emission Tube
2. Red and Infrared-ray Receipt Tube



Precautions For Use

1. Before use, carefully read the manual.
 2. Operation of the fingertip pulse oximeter may be affected by the use of an electrosurgical unit (ESU).
 3. The fingertip pulse oximeter must be able to measure the pulse properly to obtain an accurate SpO₂ measurement. Verify that nothing is hindering the pulse measurement before relying on the SpO₂ measurement.
 4. Do not use the fingertip pulse oximeter in an MRI or CT environment.
 5. Do not use the fingertip pulse oximeter in situations where alarms are required. The device has no alarms. It is not for continuous monitoring.
 6. Do not use the fingertip pulse oximeter in an explosive atmosphere.
 7. The fingertip pulse oximeter is intended only as an adjunct in patient assessment. It must be used in conjunction with other methods of assessing clinical signs and symptoms.
 8. In order to ensure correct sensor alignment and skin integrity, the maximum application time at a single site for our device should be less than half an hour.
 9. Do not sterilize the device using autoclaving, ethylene oxide sterilizing, or immersing the device in liquid. The device is not intended for sterilization.
 10. Follow local ordinances and recycling instructions regarding disposal or recycling of the device and device components, including batteries.
 11. This equipment complies with IEC 60601-1-2:2014 for electromagnetic compatibility for medical electrical equipment and/or systems. However, because of the proliferation of radio-frequency transmitting equipment and other sources of electrical noise in healthcare and other environments, it is possible that high levels of such interference due to close proximity or strength of a source might disrupt the performance of this device.
 12. Portable and mobile RF communications equipment can affect medical electrical equipment
 13. This equipment is not intended for use during patient transport outside the healthcare facility.
 14. This equipment should not be used adjacent to or stacked with other equipment.
 15. It may be unsafe to:
 - use accessories, detachable parts and materials not described in the instructions for use
 - interconnect this equipment with other equipment not described in the instructions for use
 - disassemble, repair or modify the equipment
 16. These materials that contact with the patient's skin contain medical silicone and ABS plastic enclosure are all pass the ISO10993-5 Tests for invitro cytotoxicity and ISO10993-10 Tests for irritation and delayed-type hypersensitivity.
 17. When the signal is not stable, the reading may inaccurate. Please do not reference.
- Rx only: *Caution: Federal law (USA) restricts this device to sale by or on the order of a licensed practitioner.***

Contraindication

It is not for continuous monitoring.

Inaccurate measurements may be caused by

1. Significant levels of dysfunctional hemoglobin (such as carbonyl - hemoglobin or methemoglobin).
2. Intravascular dyes such as indocyanine green or methylene blue.
3. High ambient light. Shield the sensor area if necessary.
4. Excessive patient movement.
5. High-frequency electrosurgical interference and defibrillators.
6. Venous pulsations.
7. Placement of a sensor on an extremity with a blood pressure cuff, arterial catheter, or intravascular line.
8. The patient has hypotension, severe vasoconstriction, severe anemia, or hypothermia.
9. The patient is in cardiac arrest or is in shock.
10. Fingernail polish or false fingernails.
11. Weak pulse quality (low perfusion).
12. Low hemoglobin.

Product Features

1. Simple to operate and convenient to carry.
2. Small volume, light weight and low power consumption.
3. Dual color OLED displays SpO₂, PR, Pulse bar, and waveform.
4. Level 1-10 adjustable brightness.
5. 6 display modes.
6. 2pcs AAA-size alkaline batteries; battery-low indicator.
7. When it shows "Finger out", the pulse oximeter will power off automatically in 8 seconds.

Intended Use

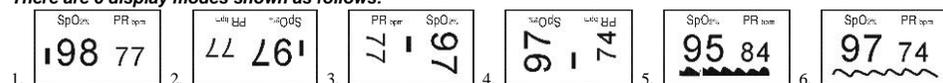
The Fingertip Pulse Oximeter is a handheld non-invasive device intended for spot-checking of oxygen saturation of arterial hemoglobin (SpO₂) and Pulse Rate of adult, adolescent and child patients in hospitals, hospital-type facilities and homecare.

Operation Instructions

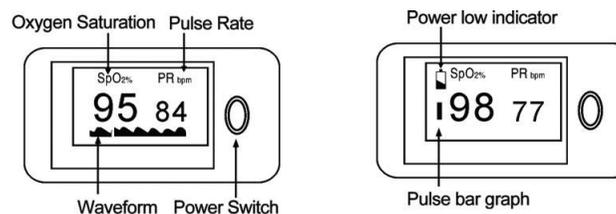
1. Install two AAA batteries according to the Battery Installation instructions.
2. Place one of your fingers into the rubber opening of the pulse oximeter.
3. Press the switch button one time on front panel to turn the pulse oximeter on.
4. Keep your hands still for the reading. Do not shake your finger during the test. It is recommended that you do not move your body while taking a reading.
5. Read the data from the display screen
6. Press the power switch for longer than one second, will adjust the brightness of the oximeter. There are 10 levels of brightness. The default is level four.



After turning on the Oximeter, each time you press the power switch, the Oximeter will switch to another display mode. There are 6 display modes shown as follows:



Front Panel



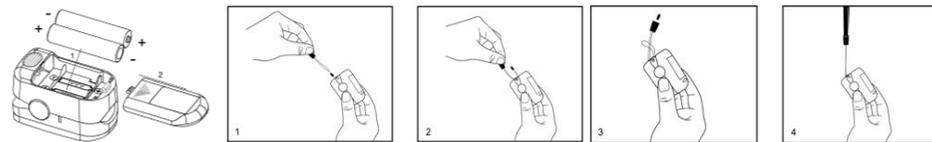
The pulse bar less than 30% indicates signal inadequacy and the displayed SpO₂ and pulse rate value is potentially incorrect.

Battery Installation

1. Install two AAA batteries into the battery compartment. Match the plus (+) and minus (-) signs in the compartment. If the polarities are not matched, damage may be caused to the oximeter.
2. Slide the battery door cover horizontally along the arrow shown as the picture.

Notes:

- ✦ Please remove the batteries if the pulse oximeter will not be used for long periods of time.
- ✦ Please replace the battery when the power indicator starting flickering.



Using the Lanyard

1. Thread thinner end of the lanyard through the hanging hole.
2. Thread thicker end of the lanyard through the threaded end before pulling it tightly.



Warnings!

- ✦ Keep the oximeter away from young children. Small items such as the battery door, battery, and lanyard are choking hazards.
- ✦ Do not hang the lanyard from the device's electrical wire.
- ✦ Please notice that the lanyard which is tied to the oximeter may cause strangulation due to excessive length.

Maintenance and Storage

1. Replace the batteries in a timely manner when low voltage lamp is lighted.
2. Clean surface of the fingertip oximeter before it is used in diagnosis for patients.
3. Remove the batteries if the oximeter is not operated for a long time.
4. It is best to store the product in -25°C~+70°C and ≤93% humidity.
5. Keep in a dry place. Extreme moisture may affect oximeter lifetime and may cause damage.
6. Dispose of battery properly; follow any applicable local battery disposal laws.

Cleaning the fingertip pulse oximeter

Please use medical alcohol to clean the silicone touching the finger inside of oximeter with a soft cloth dampened with 70% isopropyl alcohol. Also clean the being tested finger using alcohol before and after each test.

Do not pour or spray liquids onto the oximeter, and do not allow any liquid to enter any openings in the device. Allow the oximeter to dry thoroughly before reuse.

The fingertip pulse oximeter requires no routine calibration or maintenance other than replacement of batteries.

The use life of the device is five years when it is used for 15 measurements every day and 10 minutes per one measurement. Stop using and contact local service center if one of the following cases occurs:

- An error in the *Possible Problems and solutions* is displayed on screen.
- The oximeter cannot be powered on in any case and not the reasons of battery.
- There is a crack on the oximeter or damage on the display resulting readings cannot be identified; the spring is invalid; or the key is unresponsive or unavailable.

Disinfecting

The applied parts touching the patients' body are required to be disinfected once after each use. The recommended disinfectants include: ethanol 70%, isopropanol 70%, glutaraldehyde-type 2% liquid disinfectants.

Disinfection may cause damage to the equipment and is therefore not recommended for this pulse oximeter unless otherwise indicated in your hospital's servicing schedule. Clean the pulse oximeter before disinfecting it.

CAUTION: Never use EtO or formaldehyde for disinfection.

Specifications

1. Display Type

OLED display

2. SpO₂

Display range: 0%~100%
Measurement range: 70%~100%
Accuracy: 70%~100%±2%; 0%~69% no definition
Resolution: 1%

Note: A functional tester cannot be used to assess the accuracy of a pulse oximeter monitor or sensor. Clinical testing is used to establish the SpO₂ accuracy. The measured arterial hemoglobin saturation value (SpO₂) of the sensors is compared to arterial hemoglobin oxygen (SaO₂) value, determined from blood samples with a laboratory CO-oximeter. The accuracy of the sensors in comparison to the CO-oximeter samples measured over the SpO₂ range of 70%~100%. Accuracy data is calculated using the root-mean-squared (Arms value) for all subjects, per ISO 9919:2005, Medical Electrical Equipment - Particular requirements for the basic safety and essential performance of pulse oximeter equipment for medical use.

A functional tester is used to measure how accurately Fingertip Pulse Oximeter is reproducing the specified calibration curve and the PR accuracy.

The model of functional tester is Index2 FLUKE simulator and the version is 2.1.3.

3. Pulse Rate

Display range: 0bpm~250bpm
Measure range: 30bpm~250bpm
Accuracy: 30bpm~99bpm, ±2bpm; 100bpm~250bpm, ±2%
Resolution: 1bpm

4. Probe LED Specifications

	Wavelength	Radiant Power
RED	660±3nm	3.2mw
IR	905±10nm	2.4mw

NOTE: The information about wavelength range can be especially useful to clinicians.

5. Power Requirements

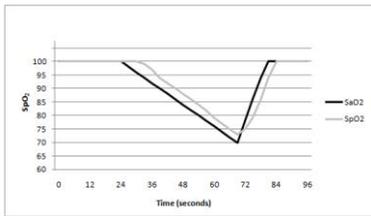
Two AAA alkaline Batteries
Power consumption: Less than 40mA

6. Environment Requirements

Operation Temperature: 5°C~40°C
Storage Temperature: -25°C~+70°C
Ambient Humidity: 15%~93% no condensation in operation; ≤93% no condensation in storage/transport
Atmosphere pressure: 70kPa~106kPa

7. Equipment data update period

As shown in the following figure. Data update period of slower average is 8s.



8. Classification

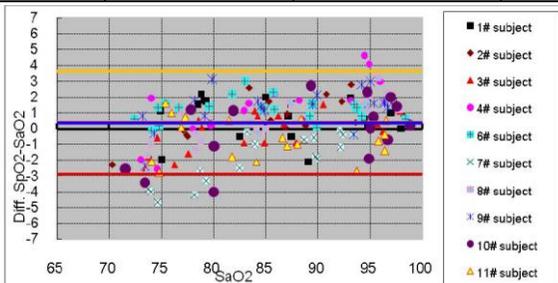
According to the type of protection against electric shock: INTERNALLY POWERED EQUIPMENT;
 According to the degree of protection against electric shock: TYPE BF APPLIED PART, (applied part: the rubber hole of the device);
 According to the degree of protection against ingress of water: IP22
 According to the mode of operation: CONTINUOUS OPERATION

Clinical Study Summary

The following details are provided to disclose actual performance observed in the clinical validation study of healthy adult volunteers. The ARMS value analysis statement and Bland-Altman plot of data is shown as following:

ARMS Value Analysis Statement

Item	90--100	80--<90	70--<80
#pts	78	66	63
Bias	1.02	0.40	-0.48
ARMS	1.66	1.46	1.93



Bland-Altman Plot Graphic

Declaration

Requirement – Test	Result/Comments	Verdict
Clause 7 - Emissions		
Classification	--	—
Class A or B.....	Class B	—
Group 1 or 2	Group 1	—
CISPR 11, 14-1, 32 or ISO 7137	CISPR 11	—
Conducted RF Emissions	N/A	N/A
Radiated RF Emissions	--	P
Disturbance Power (if applicable).....	N/A	N/A
Harmonic Distortion per IEC61000-3-2 (Class A, B, C, D):	N/A	N/A
Voltage Fluctuations and Flicker per IEC61000-3-3	N/A	N/A
Clause 8 - Immunity		
Electrostatic Discharges	IEC 61000-4-2	P
Radiated RF EM Fields and Proximity Wireless fields	IEC 61000-4-3	P
Electrical Fast Transients and bursts	IEC 61000-4-4	N/A
Surges	IEC 61000-4-5	N/A
Conducted Disturbances, induced by RF fields	IEC 61000-4-6	N/A
Voltage Dips and Interruptions	IEC 61000-4-11	N/A
Rated Power-frequency Magnetic Field	IEC 61000-4-8	P

Possible Problems and Solutions

Problems	Possible reason	Solution
SpO ₂ or PR can not be shown normally	1. Finger is not inserted correctly 2. Patient's SpO ₂ value is too low to be measured	1. Retry by inserting the finger 2. There is excessive illumination 3. Try some more times. If you can make sure no problem exist in the product, please go to a hospital timely for exact diagnosis.
SpO ₂ or PR is shown unstably	1. Finger might not be inserted deep enough. 2. Excessive patient movement	1. Retry by inserting the finger 2. Be calmness
The oximeter cannot be powered on	1. No battery or low power of battery 2. Batteries might be installed incorrectly 3. The oximeter might be damaged	1. Please replace batteries 2. Please reinstall the batteries 3. Please contact with local customer service centre
Indication lamps are suddenly off	1. The product is automatically powered off when no signal is detected longer than 8 seconds 2. The battery power is too low to work	1. Normal 2. Replace the batteries
"Err7" is displayed on screen	Err 7 means all the emission LED or reception diode is damaged.	Please contact with local customer service centre

Symbol Definitions

Symbol	Definition	Symbol	Definition
	Type BF applied part.		Attention
IP22	Protected against dripping water.		Oxygen saturation
PR bpm	Pulse rate (BPM)		Low power indication
	No SpO ₂ Alarm		Serial No.
	Storage temperature and relative humidity		Follow instruction for use
	Date of Manufacture		Authorized representative in the European community
	European union approval		Manufacturer's information
	Conformity to WEEE Directive		

Box Contents

1. Fingertip pulse oximeter
2. One lanyard
3. Two AAA batteries
4. One instruction manual

Applicable Models

MD300C2 MD300C21 MD300C21C MD300C22 MD300C23 MD300C25 MD300C26 MD300C29 MD300C2A
 MD300C2B MD300C2D MD300C2E MD300C2F MD300C2G MD300C2H MD300C2I MD300C203 MD300C21-P
 MD300C20

Pay attention:

- Only the device of MD300C203 is single-color OLED screen.
- Only the device of MD300C21-P has the feature of automatically power on.

Notes:

1. The illustrations used in this manual may differ slightly from the appearance of the actual product.
2. The specifications are subject to change without prior notice.

Beijing Choice Electronic Technology Co.,Ltd.
 Room 4104, No. A12 Yuquan Road, Haidian District,
 Beijing 100143, P.R.China.

EC REP Shanghai International Holding
 Corp.GmbH(Europe)
 Eiffestraße 80, 20537
 Hamburg GERMANY

ALL RIGHTS RESERVED

Revised Date: September 6, 2019

Version: Ver2.0

Annexe C : Apprentissage, éducation et formation pour les fournisseurs de soins primaires

Soutien aux fournisseurs de soins pour la COVID-19

- [Collège ontarien des médecins de famille - Enregistrements de la communauté de pratique COVID-19](#) – Ce groupe se réunit une fois par mois pour discuter et échanger des points de vue sur des sujets liés à la COVID-19. Les séances sont enregistrées et accessibles au lien ci-dessus. En outre, l’enregistrement de notre webinaire du 4 mars sera ajouté à cette ressource dès qu’il sera disponible.
- [COVID-19 : Conseils cliniques pour les prestataires de soins primaires](#)— Disponible auprès du Centre for Effective Practice.
- [Gestion des symptômes de la COVID-19 \(y compris en fin de vie\) dans la collectivité : Résumé des lignes directrices du NICE](#)—Article de BMJ
- **Ressources du programme COVIDCare@Home du Women’s College Hospital (WCH) :**
 - [Fiche de conseils sur l’évaluation clinique de COVID-19](#)—Fiche de conseils pour les fournisseurs de soins primaires du programme COVIDCare@Home du Women’s College Hospital (adaptée à l’origine de l’article du BMJ) [COVID-19 : L’évaluation à distance dans les soins primaires](#))
 - [Ressources supplémentaires](#)
- [Soins virtuels : Guide COVID-19](#) Une affiche de l’Ontario Medical Association et de OntarioMD fournit des informations sur les plateformes de soins virtuels et la facturation

Supports de surveillance à distance

- [Modèle clinique et cas d’utilisation de la télésurveillance COVID-19](#)-du Réseau Télésanté de l’Ontario (Santé Ontario)
- [Gestion des soins à distance pendant la pandémie de COVID-19](#) -référence [rapide](#) du Réseau Télésanté de l’Ontario (Santé Ontario)

Gestion des soins post-accueil COVID-19

- [Long COVID : Un abécédaire pour les médecins de famille - éditorial](#) de l’American Family Physician
- [Gestion du COVID-19 post-aigu dans les soins primaires-article](#) du BMJ

Approche palliative des soins COVID-19

- [Ressource de soins palliatifs pour soutenir les fournisseurs de première ligne pendant la pandémie de COVID-19 - du Réseau de soins palliatifs de l’Ontario \(Santé Ontario\)](#)
- [Managing Expected Death in the Home During COVID-19 - du Réseau ontarien de soins palliatifs \(Santé Ontario\)](#)
- [Guides de conversation sur le but des soins \(pour les patients atteints de COVID-19\)](#) de Parlons-en Ontario

Annexe D : Apprentissage, éducation et formation pour les patients des soins primaires

COVID-19 Supports pour les patients

- [COVIDCare@Home - Ressource pour les patients sur la gestion du COVID-19](#) de l'hôpital Women's College
- [Document sur le programme de soins complets intégrés COVID Care @ Home](#) Fruit d'une collaboration entre le système de santé de St. Joseph, Niagara Health et St. Joseph's Home Care
- [Guide COVID-19 pour les patients](#) de la médecine familiale de l'Université McMaster et de la médecine familiale de Hamilton
- [Fiche d'information COVID-19 pour les patients](#) de l'équipe de surveillance à distance des patients COVID-19 de l'Ontario Health West
- [COVID-19 Programme de surveillance à domicile : Instructions pour les changements de position chronométrés](#) de l'équipe de santé familiale de la baie Georgienne
- [Chronologie des symptômes du COVID-19 : Pourquoi les jours 5 à 10 sont si importants](#) de l'équipe de santé familiale de la baie Georgienne

Surveillance de l'oxygène

- [Pulse-Oximetry - Mode d'emploi pour le patient](#) de la médecine familiale de l'Université McMaster et de la médecine familiale de Hamilton
- [Instructions sur la surveillance de l'oxygène à domicile pour les patients](#) de l'équipe de santé familiale de Georgian Bay