



## Exemples de positionnement des patients

Maquet Meera

# Table des matières

Informations générales relatives au positionnement des patients

## Généralités 07

Décubitus dorsal .....	08
Décubitus ventral .....	13
Décubitus latéral .....	16
Position dorso-sacrée (Trendelenburg) .....	19
Position assise .....	20

## 1 Positionnement des patients par spécialité

### Chirurgie générale 22

1.1	Décubitus dorsal avec plaque jambière en 1 partie .....	24
1.2	Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières en 2 parties .....	26
1.3	Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières en 4 parties .....	28
1.4	Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières écartées en 2 parties, par ex. pour chirurgie laparoscopique .....	30
1.5	Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières écartées en 4 parties, par ex. pour chirurgie laparoscopique .....	32
1.6	Position goitre avec têtère .....	34
1.7	Décubitus latéral pour interventions thoraciques .....	36
1.8	Décubitus latéral pour interventions dans la région des reins .....	38
1.9	Position genu-pectorale avec paire de plaques jambières en 4 parties ..	40
1.10	Position debout .....	42
1.11	Position assise pour chirurgie de l'obésité avec plaque de siège et porte-jambes .....	44
1.12	Position assise pour chirurgie de l'obésité avec paire de plaques jambières en 4 parties .....	46

## 2 Positionnement des patients par spécialité Gynécologie et urologie 48

- 2.1 Position lithotomique avec porte-jambe ..... 50
- 2.2 Position lithotomique avec rallonge de plaque de siège  
et porte-jambe ..... 52
- 2.3 Position lithotomique avec porte-jambe et jeu RTU ..... 54
- 2.4 Position lithotomique avec porte-jambe manœuvrable à une main ..... 56
- 2.5 Position lithotomique avec porte-jambe et matelas immobilisateur  
à dépression ..... 58
- 2.6 Position lithotomique avec Maquetmatic ..... 60

## 3 Positionnement des patients par spécialité Chirurgie ophtalmologique, ORL, orale et faciale 62

- 3.1 Décubitus dorsal avec appuie-tête avec calotte de tête ..... 64
- 3.2 Décubitus dorsal avec appuie-tête avec têtère et anneau appuie-tête ... 66

## 4 Positionnement des patients par spécialité Neurochirurgie 68

- 4.1 Décubitus dorsal avec fixation de tête par clameau crânien  
en fibre de carbone ..... 70
- 4.2 Décubitus dorsal avec fixation de tête par clameau crânien en acier ..... 72
- 4.3 Position assise avec fixation de tête par clameau crânien en acier ..... 74
- 4.4 Position Park Bench ..... 76

## 5 Positionnement des patients par spécialité 78

### Orthopédie et traumatologie

5.1	Décubitus ventral, par ex. pour la chirurgie rachidienne .....	80
5.2	Décubitus ventral avec longue plaque dorsale en fibre de carbone, par ex. pour interventions sur la colonne vertébrale .....	82
5.3	Traitement de l'avant-bras avec table de chirurgie de la main en décubitus dorsal, sens inverse .....	84
5.4	Traitement de l'avant-bras, chirurgie vasculaire en décubitus dorsal avec table de chirurgie de la main et longue plaque dorsale en fibre de carbone, sens inverse .....	86
5.5	Chirurgie de la colonne cervicale en décubitus dorsal avec plaque dorsale en fibre de carbone .....	88
5.6	Chirurgie du coude en décubitus ventral .....	90
5.7	Position genu-pectorale avec support à genoux et support fessier .....	92
5.8	Position semi-assise avec plaque dorsale courte pour interventions de l'épaule .....	94
5.9	Position semi-assise avec longue plaque dorsale pour interventions de l'épaule, sens inverse .....	96
5.10	Position semi-assise avec plaque dorsale en fibre de carbone pour interventions de l'épaule et Trimano, sens inverse .....	98
5.11	Arthroscopie du genou en décubitus dorsal .....	100
5.12	Fracture de la partie inférieure de la jambe avec paire de plaques jambières en fibre de carbone .....	102
5.13	Traitement du fémur en décubitus dorsal, traction sur la jambe tendue ...	104
5.14	Traitement du fémur en décubitus dorsal, traction sur la jambe tendue, jambe saine sur porte-jambe .....	106
5.15	Traitement du fémur en décubitus dorsal, traction transcondylienne, jambe saine sur porte-jambe .....	108
5.16	Traitement du fémur en décubitus latéral avec barre de contre-extension du fémur .....	110
5.17	Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné et bras de support articulé .....	114
5.18	Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur porte-jambe .....	118
5.19	Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur support universel .....	122





# Tend à assurer la sécurité des patients

## Vise à réduire les risques dus aux complications

Le positionnement vise à assurer non seulement un accès à la zone à opérer, mais prévient également les risques à long terme de lésions nerveuses ou d'escarres.

Les complications secondaires peuvent retarder la rééducation et le rétablissement. Lorsque les hôpitaux peuvent éviter ces risques secondaires, les patients opérés obtiennent de meilleurs résultats.

Les équipes chirurgicales devraient toujours choisir une position visant à optimiser l'accès à la zone à opérer dans le but de réduire les risques de complications. Les chapitres ci-après ont pour but de fournir des exemples illustrant les positions reconnues appropriées et utiles. Les procédures de positionnement peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Dans certains cas, les illustrations de positionnement représentant un patient-mannequin ne reproduisent pas une prophylaxie du décubitus détaillée.

Il est important de toujours disposer d'un coussin matelassé suffisant pour garantir la répartition de pression et la décharge de pression. Pour les illustrations représentant un amplificateur d'image, aucune protection supplémentaire contre le rayonnement n'est représentée.

Pour la chirurgie haute fréquence (HF), veuillez respecter les conditions de positionnement particulières. Le patient doit être isolé lorsqu'il est positionné et ne doit pas entrer en contact avec un matériau conducteur. Veuillez respecter les consignes du fabricant pour les produits concernés.

# Généralités

## sur le positionnement du patient

### Décubitus dorsal

#### Positionnement de la tête

La tête doit être positionnée de sorte que la colonne cervicale soit en position médiane/neutre.  
Le cou doit être détendu et soutenu.



Positionnement de la tête à l'aide d'un coussin de gel.

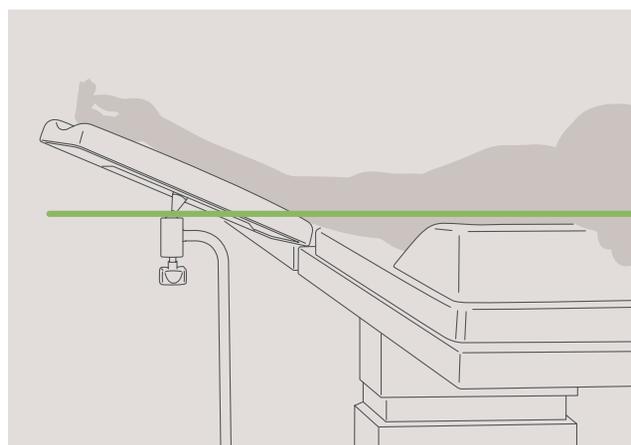


Positionnement de la tête à l'aide d'un double traversin pour une stabilisation supplémentaire des épaules.

#### Positionnement des bras et des épaules

Lors du positionnement du bras en décubitus dorsal, l'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale, c'est-à-dire que le poignet est plus haut que le coude et que le coude est plus haut que l'épaule.

Si le patient est détendu et que l'épaule retombe, ceci peut entraîner une extension excessive du plexus brachial. Cette extension excessive peut à son tour entraîner des lésions nerveuses permanentes. Un double traversin peut être utilisé pour soutenir l'épaule et l'empêcher de retomber.



En fonction de l'état du patient et du type de chirurgie, les bras peuvent être rapprochés ou écartés. Si les bras sont écartés, il convient de respecter l'angle approprié. Pour un écartement du bras allant jusqu'à 45°, le bras est en pronation (la paume de la main est dirigée vers le bas). Pour un écartement du bras entre 45° et 90° maximum, le bras est en supination (la paume de la main est dirigée vers le haut).

Il n'est pas recommandé d'écartier le bras de plus de 90° étant donné que ceci peut provoquer une surextension du plexus brachial. Le coude doit être légèrement plié et l'avant-bras, fixé à l'appuie-bras. Veuillez faire en sorte qu'aucune pression ne soit exercée sur le coude (nerf ulnaire ou nerf cubital). Les bras ne doivent pas reposer sur la table d'opération afin d'éviter de léser le nerf radial.



Positionnement du bras avec un écartement allant jusqu'à 45° : le bras est en pronation.



Positionnement du bras avec un écartement allant jusqu'à 90° : le bras est en supination.



## Décubitus dorsal

Lorsque les bras sont positionnés le long du corps du patient, les paumes des mains doivent être placées à plat contre le fémur ou sur des coussins supplémentaires.



Positionnement du bras le long du corps avec un fixe-bras.



Positionnement du bras le long du corps avec une gouttière de protection.

### **Positionnement surélevé du bras pour positionnement en extension**

Du côté où se tient le chirurgien (côté opéré), le bras du patient est en position surélevée. Ceci permet au chirurgien d'avoir un accès complet au champ opératoire.



Positionnement du bras à l'aide d'un appuie-bras flexible.



Positionnement du bras le long du corps avec un fixe-bras.

## Positionnement du dos et du bassin

Des coussinets doivent être placés sous les genoux, les poignets et la colonne lombaire exposée. Une sangle de fixation peut être utilisée pour attacher le patient.



Une sangle de fixation peut être utilisée pour attacher le patient. Placez-la deux doigts au-dessus de la rotule, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat sous la sangle de fixation.



La hanche est positionnée au niveau du moteur des plaques jambières. Ceci permet le mouvement anatomique lors du levage et de l'abaissement des plaques jambières. Abaissez manuellement la plaque de mollet pour soulager les articulations du genou.



Les coussins et les supports de positionnement pour le décubitus dorsal comprennent un support pour le sacrum, un coussin semi-circulaire en gel pour les genoux du patient et des coussins en gel pour les talons.



Positionnement et fixation des jambes du patient en position debout à l'aide d'une plaque jambière en 4 parties : plaque de pied, sangle de fixation de la jambe et fixe-jambes.

## Décubitus dorsal

### Positionnement des jambes

Les talons ne doivent pas être entravés et rester libres de toute contrainte. La pression sur les talons doit être entièrement répartie sur les mollets. Les genoux doivent être légèrement pliés pour empêcher un étirement excessif permanent des ligaments, des articulations et des tendons. Les jambes peuvent être légèrement pliées dans une position anatomique appropriée en ajustant la table d'opération et les plaques jambières ou à l'aide des auxiliaires de positionnement.

Lorsque les jambes sont écartées, elles doivent aussi être fixées à l'aide d'une sangle pour jambes et d'un fixe-jambes.



Une autre possibilité pour le positionnement libre des talons.



Le positionnement des jambes en utilisant un coussin semi-circulaire en gel au-dessus du creux poplité et un coussin de talon.



En positionnant les jambes à l'aide d'un coussin porte-mollet, les genoux sont légèrement pliés.



Positionnement et fixation des jambes du patient à l'aide d'une plaque jambière écartée composée de fixe-jambes et de coussins de talon. La cuisse peut aussi être soutenue.



Positionnement et fixation des jambes du patient à l'aide d'une plaque jambière écartée en 4 parties et composée de fixe-jambes et de coussins de talon. La partie inférieure des plaques jambières est repliée, ce qui entraîne une légère flexion des genoux.

# Décubitus ventral

Dans l'idéal, le patient entre dans le bloc opératoire et est anesthésié en décubitus dorsal sur un plateau ou une civière distinct(e). Le plateau est préconfiguré en conséquence et les auxiliaires de positionnement sont prépositionnés. L'étape suivante consiste à tourner le patient pour le placer sur le plateau.

Puis, les emplacements anatomiquement corrects des auxiliaires de positionnement doivent être contrôlés et réglés, si nécessaire. Il est important que le thorax soit soutenu par des coussins, avant que le positionnement final de la tête et des bras n'ait lieu.



Plateau préconfiguré avec auxiliaires de positionnement et accessoires prépositionnés.

## Positionnement de la tête

La tête doit être positionnée de manière à ce que la colonne cervicale soit en position neutre.

Les appuie-têtes pour le décubitus ventral doivent être placés de manière à libérer les yeux, le nez et la bouche et à donner un accès suffisant à la sonde d'intubation endotrachéale. La tête doit être positionnée de sorte que les points de support soient répartis de manière optimale (front, joues, menton).



Coussin de tête pour décubitus ventral avec points de support optimaux.

## Décubitus ventral

### Positionnement des bras

Lors du positionnement des bras en décubitus ventral, l'articulation distale est plus basse que l'articulation proximale, c'est-à-dire que le poignet est plus bas que le coude et que le coude est plus bas que l'épaule.



Les bras sont abaissés par rapport à l'épaule et ne doivent pas être écartés de plus de 90°. Le bord extérieur du coussin thoracique ne doit pas exercer de pression sur le plexus brachial et sur le grand pectoral. Les bras ne doivent pas être placés sur la table d'opération, de manière à éviter de provoquer des lésions du nerf radial.

Les avant-bras doivent être écartés au maximum et aucune pression ne doit être exercée sur le nerf cubital.

Vérifiez que la position du levier de blocage de l'appui-bras ne gêne pas l'équipe chirurgicale.



Positionnement des bras en décubitus ventral: les bras sont positionnés selon un angle de 90° par rapport à la tête.



Exemple de positionnement libre du bras du dessus avec le Maquet Trimano pour un clou huméral rétrograde ou la consolidation d'une fracture de l'olécrane.

### Positionnement du thorax et du bassin

Le thorax et le bassin doivent être surélevés en utilisant des coussins de positionnement appropriés de manière à libérer l'abdomen, réduisant ainsi la pression intra-abdominale. Il est important de s'assurer que les vaisseaux sanguins de l'aîne ne sont pas comprimés.



Décubitus ventral avec coussin de positionnement ventral en 2 parties.



Décubitus ventral avec coussin en 1 partie.

### Positionnement des jambes

Minimisez la pression de contact sur la rotule.  
Assurez-vous que les extrémités des orteils sont libres.



Positionnement des jambes avec double traversin et coussin de talon : Le tibia est placé sur le double traversin et libère la rotule de toute pression.

# Décubitus latéral

Le patient est anesthésié en décubitus dorsal. Les accessoires pertinents, comme l'appuie-bras et les supports latéraux, sont fixés et prépositionnés. Puis, le patient est tourné sur le côté. Une fois que le patient est positionné en décubitus latéral, il est positionné de sorte ce que le site opératoire

puisse être « exposé » à l'aide de la commande de flexion du moteur du plateau supérieur. Après cela, les auxiliaires de positionnement et les accessoires peuvent être placés dans leurs positions finales. Le patient doit être attaché le temps que les supports latéraux soient mis dans leur position finale, afin d'éviter qu'il ne se déplace.

## Positionnement de la tête

La tête doit être positionnée de façon à ce que la colonne vertébrale soit en position neutre au niveau de la colonne cervicale inférieure. Ceci est possible en ajustant le plateau supérieur ou à l'aide d'auxiliaires de positionnement supplémentaires. Un anneau support-tête permet le positionnement libre de l'oreille.



Positionnement de la tête en décubitus latéral.



Positionnement de la tête en décubitus latéral avec têtère à double articulation.

## Support de bras

Pour éviter la compression de l'ischémie du plexus brachial, le bras du dessous est positionné vers l'avant selon un angle de 90° par rapport à la table d'opération et l'épaule est tirée légèrement vers l'avant.



Support de bras pour le bras du dessus avec coquille porte-jambe Goepel.

L'écartement du bras du dessus par rapport à l'épaule ne doit pas dépasser 90°. Le coude doit être légèrement plié et le bras du dessous doit être fixé de manière appropriée à un support de bras.



Support de bras pour le bras du dessus avec appuie-bras flexible.

## Positionnement des jambes

Utilisez des coussins supplémentaires pour éviter toute pression de contact sur la jambe du dessous (extérieur de la cheville et tête du péroné/muscle court fibulaire).

La jambe du dessus est positionnée délicatement sur le coussin tunnel. Ceci libère la jambe du dessous de toute pression et diminue la pression exercée sur le grand trochanter compromis en décubitus latéral. La jambe du dessus est, en outre, fixée à l'aide d'une sangle de fixation.



Positionnement des jambes avec des coussins tunnels.

## Utilisation d'un matelas immobilisateur à dépression

Un matelas immobilisateur à dépression est idéal pour le positionnement latéral du patient. Le matelas peut être moulé pour s'adapter à la morphologie du patient. Ceci permet une répartition optimale de la pression et un maintien sûr.



Utilisation du matelas immobilisateur à dépression pour positionnement Park Bench pour neurochirurgie. Les nerfs de la région de l'aisselle du bras du dessous sont particulièrement bien protégés contre la pression.

## Décubitus latéral

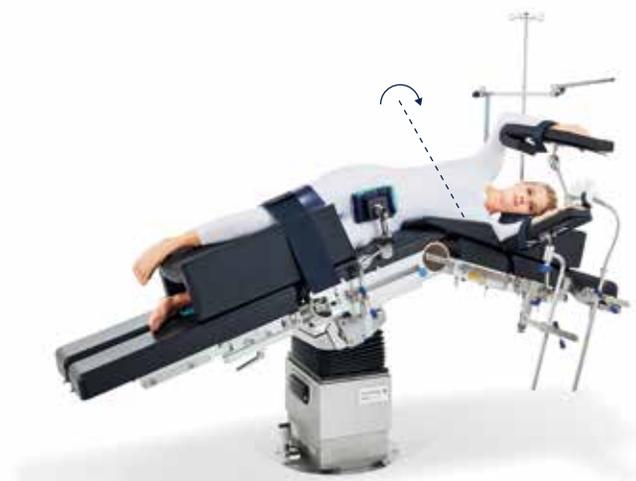
### Positionnement du dos et du bassin

Le dispositif de positionnement latéral est un auxiliaire de positionnement optimal étant donné qu'il offre un support généreux au thorax. L'ouverture permet le positionnement idéal du bras du dessous et diminue la compression exercée sur le plexus brachial.

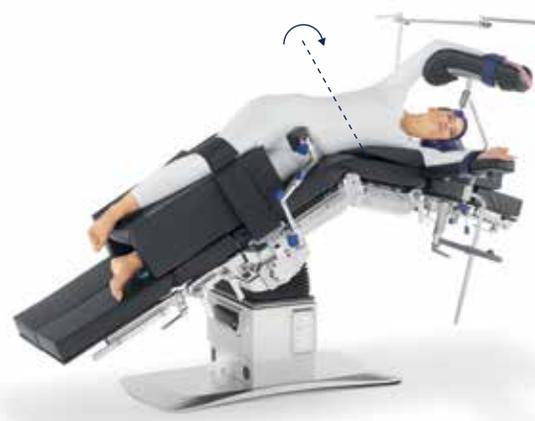
Le bassin est supporté par deux supports latéraux à l'avant (symphyse pubienne) et à l'arrière (sacrum). Un support supplémentaire pour le dos (omoplate) est recommandé. Des coussins en gel supplémentaires entre les supports latéraux et le patient permettent de réduire les forces de cisaillement et de frottement.



Dispositif de positionnement latéral



Décubitus latéral pour interventions thoraciques : le patient est positionné sur le plateau de manière à pouvoir régler les options de réglage motorisé du plateau de manière optimale.



Décubitus latéral pour interventions dans la région des reins : le torse du patient est positionné sur la partie supérieure de la plaque dorsale, ce qui permet un ajustement anatomiquement correct du plateau motorisé.



Montage du support latéral.



Coussin pour supports latéraux.

# Position dorso-sacrée (Trendelenburg)

## Positionnement des jambes et du bassin

Dans cette position, le bassin est positionné de manière à éviter une cambrure (lordose) ainsi que l'augmentation correspondante de la pression de contact dans la région du sacrum. Le positionnement idéal nécessite la plus grande surface d'appui possible du mollet dans la coquille porte-jambe; positionnement libre de la fosse poplitée et des talons; le pied et le genou sont alignés avec l'épaule opposée.



Positionnement des jambes avec coquille porte-jambe Goepel :  
Le creux poplité doit être libre de toute compression.

## Utilisation d'un matelas immobilisateur à dépression

Utilisez un matelas immobilisateur à dépression pour les inclinaisons extrêmes de la tête vers le bas ou pour des interventions chirurgicales plus longues. La pression de contact est répartie de manière plus homogène et plus étendue, permettant d'éviter les mouvements involontaires du patient sur la table d'opération.



Position dorso-sacrée avec matelas immobilisateur à dépression et coquille porte-jambe manœuvrable à une main.



Position dorso-sacrée avec matelas immobilisateur à dépression et coquilles porte-jambe Goepel.

# Position assise

## Positionnement général du patient

Le patient est placé en position assise à l'aide du bouton reflex de la télécommande, la tête est guidée et attachée par l'anesthésiste. Il faut bien s'assurer que les jambes ne soient pas excessivement tendues.



Position assise pour interventions neurochirurgicales.

Utilisez les auxiliaires de positionnement ou ajustez les plaques jambières pour un positionnement approprié. Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées.

## Position assise pour interventions neurochirurgicales:

Pour le positionnement neurochirurgical assis (par ex. pour une intervention dans la région de la fosse crânienne postérieure), les jambes doivent être positionnées au niveau du cœur. Ceci contribue à réduire le risque d'embolie gazeuse potentielle.

Les jambes sont légèrement pliées à l'aide d'un coussin semi-circulaire matelassé et les talons sont librement positionnés. Les plaques jambières sont légèrement abaissées de manière à ce que les jambes du patient soient positionnées au niveau du cœur.



Positionnement semi-assis pour interventions de l'épaule.

## Positionnement semi-assis pour interventions de l'épaule:

Le patient est attaché à la table d'opération à l'aide d'une sangle de fixation, les jambes légèrement pliées. La pression sur le creux poplité est minimisée et les talons sont librement positionnés. La tête du patient est positionnée dans un appuie-tête et est attachée.



Position assise, par ex. pour chirurgie de l'obésité.

## Position assise, par ex. pour chirurgie de l'obésité:

Positionnez la hanche au niveau des moteurs de la plaque jambière afin de ne pas entraver les mouvements anatomiques lors du réglage du plateau.



A photograph of two surgeons in an operating room. They are wearing blue scrubs, blue bouffant caps, and white surgical masks. The surgeon on the left is looking towards the camera, while the surgeon on the right is looking down. A pair of surgical forceps is visible in the foreground. The background shows the overhead surgical lights and the sterile environment of the operating room.

# 1 Positionnement des patients par spécialité

## **Chirurgie générale**

- 1.1 Décubitus dorsal avec plaque jambière en 1 partie
- 1.2 Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières en 2 parties
- 1.3 Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières en 4 parties
- 1.4 Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières écartées en 2 parties, par ex. pour chirurgie laparoscopique
- 1.5 Décubitus dorsal avec paire de plaques jambières écartées en 4 parties, par ex. pour chirurgie laparoscopique
- 1.6 Position goitre avec têtère
- 1.7 Décubitus latéral pour interventions thoraciques
- 1.8 Décubitus latéral pour interventions dans la région des reins
- 1.9 Position génu-pectorale avec paire de plaques jambières en 4 parties
- 1.10 Position génu-pectorale avec dispositif de positionnement rectal
- 1.11 Positionnement debout
- 1.12 Position assise pour chirurgie de l'obésité avec plaque de siège et porte-jambes
- 1.13 Position assise pour chirurgie de l'obésité avec paire de plaques jambières en 4 parties

# 1.1 Décubitus dorsal

## avec plaque jambière en 1 partie



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Têteière	1130.64G0
4	Plaque jambière, en 1 partie	1133.58XX

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5	Support de bras (x 2)	1001.6000
6	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
7	Arc d'anesthésie	1002.57A0
8	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
9	Porte-sérum	1009.01C0
10	Support de tube	1002.55A0
11	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

12	Double traversin	1000.6900
13	Coussin de protection sacrale	4006.24A0**
14	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
15	Coussin de talon (autre solution : 4006.29A0)	4006.16A0**

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (12).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les supports de bras (5) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ① L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (11).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, en veillant à pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.2 Décubitus dorsal

avec paire de plaques  
jambières en 2 parties



## Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaques jambières, en 2 parties	1133.53XX

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

4	Support de bras (x 2)	1001.6000
5	Sangle de fixation	1001.59X0
6	Clameau de serrage radial	1003.23C0
7	Arc d'anesthésie	1002.57A0
8	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
9	Porte-sérum	1009.01C0

## Auxiliaires de positionnement

10	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
11	Coussin de protection sacrale	4006.24A0**
12	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
13	Coussin de talon (autre solution : 4006.29A0)	4006.16A0**

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération.

La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (10).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les supports de bras (4) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ① L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (5).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, en veillant à pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.3 Décubitus dorsal

## avec paire de plaques jambières en 4 parties



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaques jambières, en 4 parties	1133.73XX

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

4	Support de bras (x 2)	1001.6000
5	Sangle de fixation	1001.59X0
6	Clameau de serrage radial*	1003.23C0
7	Arc d'anesthésie	1002.57A0
8	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
9	Porte-sérum	1009.01C0

### Auxiliaires de positionnement

10	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
11	Coussin de protection sacrale	4006.24A0**
12	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
13	Coussin de talon (autre solu- tion : 4006.29A0)	4006.16A0**

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de tables d'opération, le positionnement final du patient ne peut commencer qu'une fois que le plateau a été solidement fixé au pilier.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après le début de l'anesthésie, le patient est allongé sur le plateau en décubitus dorsal. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (10).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les supports de bras (4) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ① L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Si nécessaire, la partie porte-mollet de la plaque jambière en 4 parties (3) peut être légèrement dépliée afin de mieux s'adapter à l'anatomie du patient.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (5).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, en veillant à pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.4 Décubitus dorsal

avec paire de plaques  
jambières écartées  
en 2 parties



## Configuration de base

**1** Colonne de table  
Maquet Meera 7200.01XX

**2** Plaque d'extension 1131.31XX

**3** Plaques jambières,  
en 2 parties 1133.53XX

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**4** Support de bras (x 2) 1001.44X0

**5** Clameau de serrage radial (x 2) 1003.23C0

**6** Arc d'anesthésie 1002.57A0

**7** Extension d'arc d'anesthésie 1002.59A0

**8** Porte-sérum 1009.01C0

**9** Support de tube 1002.55A0

## Auxiliaires de positionnement

**10** Coussin de tête  
pour décubitus dorsal 4006.21A0\*\*

**11** Coussin de protection sacrale 4006.24A0\*\*

**12** Dispositif de positionnement  
universel 4006.10A0\*\*

**13** Coussin de talon 4006.16A0\*\*

**14** Sangle de fixation de la jambe 1001.57A0

**15** Fixe-jambe 1001.4700

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Vérifiez que le patient est correctement positionné : Après l'induction anesthésique, le patient est allongé sur le plateau en décubitus dorsal avec le cotyle à hauteur du point de montage de la plaque jambière, ce qui permet un mouvement anatomique lors du réglage du plateau ou des plaques jambières.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (10).

## Puis, procédez comme suit :

- Si nécessaire, utilisez le déplacement longitudinal du plateau (2) aussi loin que possible en direction de la tête.
- Placez les supports de bras (4) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ① L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Écartement des jambes avec les plaques jambières (3), fixation des jambes avec une sangle pour jambes (14) et un fixe-jambes (15).
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (11). **Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, en veillant à pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- Placez le plateau en position chirurgicale.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.5 Décubitus dorsal

avec paire de plaques  
jambières écartées  
en 4 parties



## Configuration de base

**1** Colonne de table  
Maquet Meera 7200.01XX

**2** Plaque d'extension 1131.31XX

**3** Plaques jambières,  
en 4 parties 1133.73XX

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**4** Dispositif de positionnement  
des bras (x 2) 1001.44X0

**5** Clameau de serrage radial\*  
(pour arc d'anesthésie) 1003.23C0

**6** Arc d'anesthésie 1002.57A0

**7** Extension d'arc d'anesthésie 1002.59A0

**8** Porte-sérum 1009.01C0

## Auxiliaires de positionnement

**9** Coussin de tête  
pour décubitus dorsal 4006.21A0\*\*

**10** Coussin de protection sacrale 4006.24A0\*\*

**11** Coussin de talon 4006.16A0\*\*

**12** Sangle de fixation de la jambe 1001.57A0

**13** Fixe-jambe 1001.4700

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

La plaque de rallonge (2) peut être retirée pour les patients de petite taille.

Vérifiez que le patient est correctement positionné : Après l'induction anesthésique, le patient est allongé sur le plateau en décubitus dorsal avec le cotyle à hauteur du point de montage de la plaque jambière, ce qui permet un mouvement anatomique lors du réglage du plateau ou des plaques jambières.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (9).

## Puis, procédez comme suit :

- Si nécessaire, utilisez le déplacement longitudinal du plateau (2) aussi loin que possible en direction de la tête.
- Placez les dispositifs de positionnement des bras (4) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ① L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Écartement des jambes avec les plaques jambières (3), fixation des jambes avec une sangle pour jambes (12) et un fixe-jambes (13).
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Si nécessaire, la partie porte-mollet de la plaque jambière en 4 parties (3) peut être légèrement dépliée afin de mieux s'adapter à l'anatomie du patient.
- Placez le plateau en position chirurgicale.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.6 Position goitre avec têtère



## Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Têtère	1130.67XX
4	Plaque jambière	1133.58XX

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5	Support de bras	1001.6000
6	Dispositif de protection du bras	1002.25A0
7	Sangle de fixation	1001.59X0

## Auxiliaires de positionnement

8	Anneau appuie-tête	4006.02A0**
9	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
10	Coussin de talon	4006.16A0**

Autre solution :

11	Arceau intermédiaire	1130.54B0
12	Fixation	1002.65A0
13	Calotte de tête	1002.72A0

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de tables d'opération mobiles, le positionnement du patient en fonction de l'intervention ne peut commencer qu'une fois que la table a été bloquée au sol (état BLOQUÉ).

Vérifiez que le patient est correctement positionné : cotyle à hauteur de l'articulation du dossier à réglage électrique (A), ce qui permet un mouvement anatomique correct lors du réglage du plateau.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur le plateau en décubitus dorsal. La tête est positionnée sur une têtière à ressort pneumatique (3).

## Puis, procédez comme suit :

- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
  - Déplacez le patient en direction de l'extrémité des pieds jusqu'à ce que les épaules soient placées légèrement au bord de la plaque de rallonge (2).
  - Exemple pour le positionnement des bras : Du côté où se trouve le chirurgien, le bras est positionné près du corps en utilisant une gouttière de protection (6). L'autre bras est écarté sur un support de bras (5) pour l'anesthésie.
  - Déplacez le plateau de la table en position chirurgicale: légèrement en position de Trendelenburg, relevez ensuite le buste, puis abaissez les plaques jambières à l'aide du moteur.
- ❗ Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, par ex. en relevant brièvement le patient.
  - Abaissez la têtière (3) à ressort pneumatique et placez la tête dans la position chirurgicale souhaitée.
  - Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
  - ❗ Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
  - Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (7).  
**Conseil :** placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
  - ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.



Autre positionnement avec calotte de tête

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.7 Décubitus latéral

## pour interventions thoraciques



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Tête	1130.64XX
4	Plaque jambière	1133.53XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

5	Dispositif de positionnement des bras	1001.44X0
6	Appuie-bras avec bras articulé	1002.49A0
7	Bras articulé pour supports du corps	1002.40A0
8	Fixation pour supports du corps (x 2)*	1002.19C0
9	Support dorsal/pelvien*	1002.11A0
10	Support latéral*	1002.11C0
11	Support du corps	1002.97A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

12	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
13	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

14	Anneau appuie-tête	4006.02A0**
15	Dispositif de positionnement latéral	4006.18A0**
16	Coussin tunnel	1000.77A0
17	Coussin de talon*	4006.29A0**

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour cette position, la table d'opération est construite dans le sens inverse. La télécommande doit être configurée de manière correspondante.

L'anesthésie du patient est réalisée sur un plateau séparé en décubitus dorsal.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (14).

## Puis, procédez comme suit :

- Positionnez le patient : Thorax ( $\frac{3}{4}$  de la région intercostale) à hauteur du réglage motorisé de la plaque jambière.
- Montez et prépositionnez les supports latéraux (7–11), alignez le dispositif de positionnement des bras (5) à hauteur des épaules à 90° par rapport au plateau, fixez le clameau de serrage radial (12) pour l'appuie-bras (6) sur le rail porte-accessoires au-dessus du dispositif de positionnement des bras (5), positionnez l'appuie-bras (6) et réglez la hauteur.
- Tournez le patient sur le côté, en plaçant le bras du dessus sur l'appuie-bras (6). Le bras du dessous est dans l'ouverture du dispositif de positionnement latéral (15). Positionnez le bras du dessous sur le dispositif de positionnement des bras (5).
- ❗ En décubitus latéral, vérifiez que l'épaule du dessous du patient est tirée vers l'avant.
- Placez le plateau en position chirurgicale (en sélectionnant la position « FLEX » dans le menu de la télécommande).
- Positionnement final des bras et des supports latéraux.
- ❗ Le patient doit être attaché jusqu'à ce que les supports latéraux aient été placés dans leur position finale, afin d'éviter qu'il se déplace vers l'arrière.
- ❗ Utilisez des coussins en gel (par ex. 4006.13A0) entre le patient et les supports latéraux pour réduire les forces de cisaillement et de frottement.
- Positionnement du coussin tunnel (16) et fixation des jambes à l'aide d'une sangle de fixation (13).
- ❗ Positionnez librement les chevilles à l'aide de coussins de talon (17) et relâchez la pression.
- Placez la colonne cervicale et la colonne thoracique en position neutre. Positionnement de la tête à l'aide d'un anneau appuie-tête en gel (14) pour garantir le positionnement libre de l'oreille.
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.8 Décubitus latéral

## pour interventions dans la région des reins



### Configuration de base

**1** Colonne de table Maquet Meera 7200.01XX

**2** Plaque d'extension (x 2) 1131.31XX

**3** Extension de la plaque de siège 1131.55XX

**4** Tête à double articulation 1130.53B0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

**5** Dispositif de positionnement des bras 1001.44X0

**6** Appuie-bras avec bras articulé 1002.49A0

**7** Bras articulé pour supports du corps 1002.40A0

**8** Fixation pour supports du corps (x 2)\* 1002.19C0

**9** Support dorsal/pelvien\* 1002.11A0

**10** Support latéral\* 1002.11C0

**11** Support du corps 1002.97A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**12** Clameau de serrage radial (x 2) 1003.23C0

**13** Sangle de fixation 1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

**14** Anneau appuie-tête 4006.02A0\*\*

**15** Coussin tunnel 1000.77A0

**16** Coussin de talon 4006.29A0\*\*

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour cette position, la table d'opération est construite dans le sens inverse. La télécommande doit être configurée de manière correspondante.

L'anesthésie du patient est réalisée sur un plateau séparé en décubitus dorsal.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (14).

## Puis, procédez comme suit :

- Positionnez le patient : Le flanc est à hauteur du réglage motorisé de la plaque jambière, la crête iliaque est légèrement devant l'articulation réglable, pour permettre le dépliage dans la région du flanc.
- Montez et prépositionnez les supports latéraux (7-11), alignez le dispositif de positionnement des bras (5) à hauteur des épaules à 90° par rapport au plateau, fixez le clameau de serrage radial (12) pour l'appuie-bras (6) sur le rail porte-accessoires au-dessus du dispositif de positionnement des bras (5), positionnez l'appuie-bras (6) et réglez la hauteur.
- Tournez le patient sur le côté, en plaçant le bras du dessus sur l'appuie-bras (6). Positionnez le bras du dessous sur le dispositif de positionnement des bras (5).
- ❗ En décubitus latéral, vérifiez que l'épaule du dessous du patient est tirée vers l'avant.
- Placez le plateau en position chirurgicale (en sélectionnant la position « FLEX » dans le menu de la télécommande).
- Positionnement final des bras et des supports latéraux.
- ❗ Le patient doit être attaché jusqu'à ce que les supports latéraux aient été placés dans leur position finale, afin d'éviter qu'il se déplace vers l'arrière.
- ❗ Utilisez des coussins en gel (par ex. 4006.13A0) entre le patient et les supports latéraux pour réduire les forces de cisaillement et de frottement.
- Positionnement du coussin tunnel (15) et fixation des jambes à l'aide d'une sangle de fixation (13). Positionnez librement les chevilles à l'aide de coussins de talon (16) et relâchez la pression.
- Placez la colonne cervicale et la colonne thoracique en position neutre à l'aide d'une têtère articulée double. Positionnez l'oreille librement à l'aide d'un anneau appuie-tête en gel (14).
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.9 Position génu-pectorale

## avec paire de plaques jambières en 4 parties



### Configuration de base

**1** Colonne de table  
Maquet Meera 7200.01XX

**2** Plaque d'extension 1131.31XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

**3** Paire de plaques jambières,  
en 4 parties 1133.73XX

**4** Support de bras (x 2) 1001.6000

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**5** Clameau de serrage radial\* 1003.23C0

**6** Arc d'anesthésie 1002.57A0

**7** Extension d'arc d'anesthésie 1002.59A0

**8** Porte-sérum 1009.01C0

### Auxiliaires de positionnement

**9** Coussin de tête  
pour décubitus ventral 4006.19A0\*\*

**10** Dispositif de positionnement  
universel 4006.11A0\*\*

**11** Coussin semi-circulaire  
pour le corps 4006.25A0\*\*

**12** Coussin de talon 4006.16A0\*\*

**13** Fixe-jambes (x 2) 1001.4700

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur un brancard distinct.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur le brancard en décubitus dorsal. La table d'opération est préconfigurée avec les éléments 2 et 3.

La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (9).

## Puis, procédez comme suit :

- Si nécessaire, utilisez le déplacement longitudinal du plateau (2) en direction de l'extrémité des pieds.
- Relevez les parties porte-mollet des plaques jambières (3) de 90° jusqu'à ce qu'elles s'emboîtent avec un déclic et fermez le levier excentrique (A).
- Déplacez les plaques jambières (3) vers le bas à l'aide du point de montage motorisé de plaque jambière (90°) jusqu'à atteindre la position souhaitée.
- Réglez les auxiliaires de positionnement en fonction de l'anatomie du patient.
- Tournez le patient dans le sens axial depuis la civière vers le plateau préconfiguré et réglez les auxiliaires de positionnement si nécessaire.
- Positionnement de la tête et des bras : adaptez les supports de bras (4) au niveau des rails porte-accessoires à hauteur des épaules et positionnez les bras (voir l'introduction sous Informations générales).
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires.
- Si nécessaire, fixez le mollet à l'aide de la sangle pour jambes et du fixe-jambes. Si nécessaire, montez les supports latéraux pour le bassin.
- Déplacez le plateau jusqu'à ce qu'il soit légèrement dirigé vers le bas (Trendelenburg).
- ⓘ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.10 Position debout



## Configuration de base

**1** Colonne de table Maquet Meera 7200.01XX

**2** Plaque d'extension 1131.31XX

**3** Plaques jambières, en 2 parties 1133.53XX

## Accessoires spécifiques pour le positionnement

**4** Plaque de pied 1001.86C0

**5** Sangle pour jambes (sangles Nissen) 1101.6485\*\*\*

**6** Fixe-jambes (x 2) 1001.4700

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**7** Dispositif de positionnement des bras (x 2) 1001.44X0

## Auxiliaires de positionnement

**8** Coussin de tête pour décubitus dorsal 4006.21A0\*\*

\*\* Fabriqué par Trulife  
\*\*\* Fabriqué par Allen Medical

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur la table d'opération en décubitus dorsal, les fesses sur le bord inférieur du plateau. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (8).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les dispositifs de positionnement des bras (7) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Montez les plaques de pied (4), écartez les jambes à l'aide des plaques jambières (3) et posez et positionnez les sangles pour jambes (5-6) dans la position souhaitée.
- Alignez la plaque de pied (4) en position anatomique du pied.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ! Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau avant de relever le patient en position debout.
- Placez le plateau en position chirurgicale et relevez le patient.
- Contrôlez et, si nécessaire, réglez le support de bras et les sangles pour jambes.
- ! Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, par ex. en relevant brièvement le patient.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.11 Position assise

pour chirurgie de l'obésité avec plaque de siège et porte-jambes



## Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Extension de la plaque de siège	1131.55XX
4	Plaque jambière, en 1 partie (pour l'induction)*	1133.58XX

## Accessoires spécifiques pour le positionnement

5	Élargisseur de table	1001.75A0
6	Élargisseur de table	1001.76A0
7	Porte-jambe (x 2)	1001.73A0

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

8	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
9	Clameau de serrage radial (x 4)	1003.23C0
10	Arc d'anesthésie	1002.57A0
11	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
12	Porte-sérum	1009.01C0
13	Support de tube	1002.55A0

## Auxiliaires de positionnement

14	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
15	Coussin de protection sacrale	4006.24A0**

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur la table d'opération en décubitus dorsal, les fesses étant sur le bord inférieur de la rallonge de plaque de siège. Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière (4). La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (14).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les dispositifs de positionnement des bras (8) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Montez les porte-jambes (7) à l'aide des clameaux de serrage radial (9) sur les rails porte-accessoires de la rallonge de plaque de siège (3).
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires et auxiliaires de positionnement.
- Écartez les jambes sur les porte-jambes (7).
- ① Veillez à prévoir la surface de contact la plus grande possible pour le mollet dans les porte-jambes.
- Puis retirez les plaques jambières (4).
- Placez le plateau en position chirurgicale et relevez le patient jusqu'en position assise.
- ① Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, par ex. en relevant brièvement le patient.
- Contrôlez et, si nécessaire, réglez le positionnement du bras et le porte-jambe.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 1.12 Position assise

pour chirurgie de l'obésité avec paire de plaques jambières en 4 parties



## Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque jambière, en 4 parties	1133.73XC

## Accessoires spécifiques pour le positionnement

4	Élargisseur de table	1001.75A0
5	Élargisseur de table	1001.76A0

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

6	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
7	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
8	Arc d'anesthésie*	1002.57A0
9	Extension d'arc d'anesthésie*	1002.59A0
10	Porte-sérum*	1009.01C0
11	Support de tube*	1002.55A0

## Auxiliaires de positionnement

12	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
13	Coussin de talon	4006.29A0**
14	Sangle pour jambes (x 2)	1001.57A0
15	Fixe-jambes (x 2)	1001.4700

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

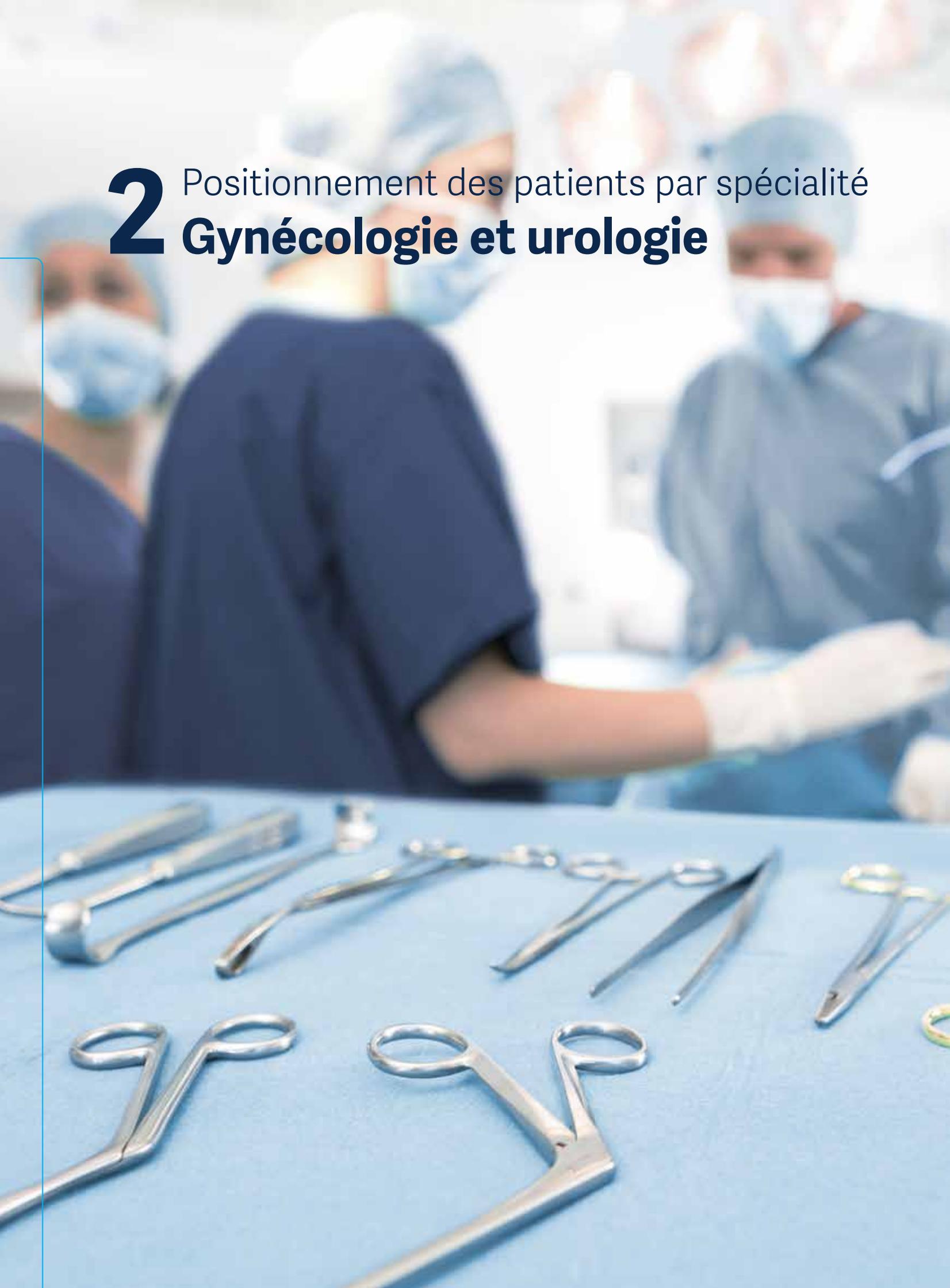
L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur la table d'opération en décubitus dorsal, les fesses sur le bord inférieur du plateau. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (12).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les dispositifs de positionnement des bras (6) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Écartement des jambes avec les plaques jambières (3), fixation des jambes avec une sangle pour jambes (14) et un fixe-jambes (15).
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires et auxiliaires de positionnement.
- ⓘ Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
- Si nécessaire, la partie porte-mollet de la plaque jambière en 4 parties (3) peut être légèrement dépliée afin de mieux s'adapter à l'anatomie du patient.
- Placez le plateau en position chirurgicale et relevez le patient jusqu'en position assise.
- ⓘ Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, par ex. en relevant brièvement le patient.
- Contrôlez et, si nécessaire, réglez le positionnement du bras et le porte-jambe.
- ⓘ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.



# 2 Positionnement des patients par spécialité **Gynécologie et urologie**

- 2.1 Position lithotomique avec porte-jambe
- 2.2 Position lithotomique avec rallonge de plaque de siège et porte-jambe
- 2.3 Position lithotomique avec porte-jambe et jeu RTU
- 2.4 Position lithotomique avec porte-jambe manœuvrable à une main
- 2.5 Position lithotomique avec porte-jambe et matelas immobilisateur à dépression
- 2.6 Position lithotomique avec Maquetmatic

# 2.1 Position lithotomique avec porte-jambe



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque de transfert (pour l'induction) Autre solution : plaque de transfert	1130.65A0 1132.65A0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

4	Porte-jambe (x 2)	1001.65A0
---	-------------------	-----------

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5	Support de bras (x 2)	1001.6000
6	Clameau de serrage radial (x 4)	1003.23C0
7	Arc d'anesthésie	1002.57A0
8	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
9	Porte-sérum	1009.01C0
10	Support de tube	1002.55A0

### Auxiliaires de positionnement

11	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
12	Coussin de protection sacrale	4006.24A0**

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour les jambes positionnées à plat ou les « jambes en suspension », un matelas immobilisateur à dépression ou un support de sacrum (12) peut être utilisé pour éviter une position cambrée.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est en décubitus dorsal, les fesses étant sur le bord inférieur du plateau (découpe pour gynécologie). Les jambes sont positionnées sur la plaque de transfert (3). La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (11).



## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité des pieds.
- Montez les porte-jambes (4) à l'aide des clameaux de serrage radial (6) sur les rails porte-accessoires du point de montage motorisé de plaque jambière (A).
- Écartez les jambes sur les porte-jambes (4), puis retirez la plaque de transfert (3). Puis placez les jambes du patient le long des porte-jambes dans la position souhaitée.
- ❗ Les mollets doivent être positionnés à plat sur les porte-jambes (4). Le creux poplité doit être libre de toute compression.
- Placez les dispositifs de positionnement des bras (5) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ❗ L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 2.2 Position lithotomique

avec rallonge de plaque de siège et porte-jambe



### Configuration de base

**1** Colonne de table  
Maquet Meera 7200.01XX

**2** Extension de la plaque  
de siège 1131.55XX

**3** Plaque de transfert  
(pour l'induction) 1130.65A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**5** Support de bras (x 2) 1001.6000

**6** Clameau de serrage radial (x 4) 1003.23C0

**7** Arc d'anesthésie 1002.57A0

**8** Extension d'arc d'anesthésie 1002.59A0

**9** Porte-sérum 1009.01C0

**10** Support de tube 1002.55A0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

**4** Porte-jambe (x 2) 1001.65A0

### Auxiliaires de positionnement

**11** Double traversin 1000.6900

**12** Coussin de protection sacrale 4006.24A0\*\*

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour les jambes positionnées à plat ou les « jambes en suspension », un matelas immobilisateur à dépression ou un support de sacrum (12) peut être utilisé pour éviter une position cambrée.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est en décubitus dorsal, les fesses étant sur le bord inférieur du plateau (découpe pour gynécologie). Les jambes sont positionnées sur la plaque de transfert (3).



## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité des pieds.
- Montez les porte-jambes (4) à l'aide des clameaux de serrage radial (6) sur les rails porte-accessoires de la rallonge de plaque de siège (2).
- Écartez les jambes sur les porte-jambes (4), puis retirez la plaque de transfert (3). Puis placez les jambes du patient le long des porte-jambes dans la position souhaitée.
- ⓘ Les mollets doivent être positionnés à plat sur les porte-jambes (4). Le creux poplité doit être libre de toute compression.
- Placez les dispositifs de positionnement des bras (5) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ⓘ L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ⓘ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.



# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour les jambes positionnées à plat ou les «jambes en suspension», un matelas immobilisateur à dépression ou un support de sacrum (13) peut être utilisé pour éviter une position cambrée.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est en décubitus dorsal, les fesses étant sur le bord inférieur de la rallonge de plaque de siège (découpe pour gynécologie). Les jambes sont positionnées sur la plaque de transfert (3). La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (12).



## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Montez les porte-jambes (4) à l'aide des clameaux de serrage radial (7) sur les rails porte-accessoires de la rallonge de plaque de siège (2).
- Écartez les jambes sur les porte-jambes (4), puis retirez la plaque de transfert (3). Puis placez les jambes du patient le long des porte-jambes dans la position souhaitée.
- ① Les mollets doivent être positionnés à plat sur les porte-jambes (4). Le creux poplité doit être libre de toute compression.
- Montez le jeu de rinçage RTU (5) sur la rallonge de plaque de siège (2).
- Placez les supports de bras (6) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ① L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 2.4 Position lithotomique avec porte-jambe, manœuvrable à une main



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque de transfert (pour l'induction)	1130.65A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5	Support de bras (x 2)	1001.6000
6	Clameau de serrage radial (x 4)	1003.23C0
7	Arc d'anesthésie	1002.57A0
8	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
9	Porte-sérum	1009.01C0
10	Support de tube	1002.55A0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

4	Porte-jambe avec commande manœuvrable à une main fixé sur le clameau radial (6)	1005.06A0***
---	---	--------------

### Auxiliaires de positionnement

11	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
12	Coussin de protection sacrale	4006.24A0**

\*\* Fabriqué par Trulife  
\*\*\* Fabriqué par Allen Medical

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour les jambes positionnées à plat ou les « jambes en suspension », un matelas immobilisateur à dépression ou un support de sacrum (12) peut être utilisé pour éviter une position cambrée.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est en décubitus dorsal, les fesses étant sur le bord inférieur du plateau (découpe pour gynécologie). Les jambes sont positionnées sur la plaque de transfert (3). La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (11).



## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Montez les porte-jambes (4) à l'aide des clameaux de serrage radial (6) sur les rails porte-accessoires du point de montage motorisé de plaque jambière (A).
- Placez les talons dans le point le plus profond de la coquille porte-jambes. L'arrière du porte-jambe est aligné avec l'épaule opposée. L'orteil, le genou et l'épaule opposée sont alignés. Vérifiez que le genou est légèrement plié. En cas de réglage pendant les interventions, vérifiez que les coquilles porte-jambes sont correctement fixées.
- Placez les supports de bras (5) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ❗ L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Autre positionnement en sens inverse avec meilleure radiotransparence.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 2.5 Position lithotomique avec porte-jambes et matelas immobilisateur à dépression



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque de transfert (pour l'induction)	1130.65A0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

4	Matelas immobilisateur à dépression	1000.78A0***
5	Porte-jambe (x 2)	1001.65A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

6	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
7	Arc d'anesthésie*	1002.57A0
8	Extension d'arc d'anesthésie*	1002.59A0
9	Porte-sérum*	1009.01C0
10	Support de tube*	1002.55A0

### Auxiliaires de positionnement

11	Coussin de tête pour décubitus dorsal (si nécessaire)*	4006.21A0**
----	--	-------------

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

\*\*\* Fabriqué par B. u. W. Schmidt

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour les jambes positionnées à plat ou les «jambes en suspension», un matelas immobilisateur à dépression ou un support de sacrum peut être utilisé pour éviter une position cambrée.

Si vous utilisez un matelas immobilisateur à dépression (4), prenez toutes les précautions nécessaires pour garantir la fixation sûre du matelas sur la table d'opération.

Aspirez le matelas immobilisateur à dépression pour lui donner une forme stable (voir consignes d'utilisation du matelas immobilisateur à dépression).

L'anesthésie commence sur la table d'opération. Après l'induction anesthésique, le patient est en décubitus dorsal, les fesses étant sur le bord inférieur du plateau (découpe pour gynécologie). Les jambes sont positionnées sur la plaque de transfert (3).

## Puis, procédez comme suit :

- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité des pieds.
- Montez les porte-jambes (5) à l'aide des clameaux de serrage radial (6) sur les rails porte-accessoires du point de montage motorisé de plaque jambière (A).
- Écartez les jambes sur les porte-jambes (5), puis retirez la plaque de transfert (3). Puis, placez les jambes du patient le long des porte-jambes
- ① dans la position souhaitée. Les mollets doivent être positionnés à plat sur les porte-jambes (5). Le creux poplité du patient doit être librement positionné.
- Adaptez le matelas immobilisateur à dépression en fonction de l'anatomie du patient, façonnez-le et aspirez-le à l'aide d'une pompe à air.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 2.6 Position lithotomique avec Maquetmatic



### Configuration de base

**1** Colonne de table  
Maquet Meera 7200.01XX

**2** Plaque d'extension 1131.31XX

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**5** Support de bras (x 2) 1001.6000

**6** Clameau de serrage radial (x 2) 1003.23C0

**7** Arc d'anesthésie 1002.57A0

**8** Extension d'arc d'anesthésie 1002.59A0

**9** Porte-sérum 1009.01C0

**10** Support de tube 1002.55A0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

**3** Maquetmatic 1130.70AC

**4** Coquilles porte-jambe  
Autre solution: coquilles  
porte-mollets 1005.01B0  
1005.04A0\*\*\*

### Auxiliaires de positionnement

**11** Double traversin 1000.6900

**12** Coussin de protection sacrale 4006.24A0\*\*

\*\* Fabriqué par Trulife

\*\*\* Fabriqué par Allen Medical

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour les jambes positionnées à plat ou les «jambes en suspension», un matelas immobilisateur à dépression ou un support de sacrum (12) peut être utilisé pour éviter une position cambrée.

L'anesthésie commence sur la table d'opération. Après l'induction anesthésique, le patient est en décubitus dorsal, les fesses étant sur le bord inférieur du plateau (découpe pour gynécologie). Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière Maquetmatic (3).

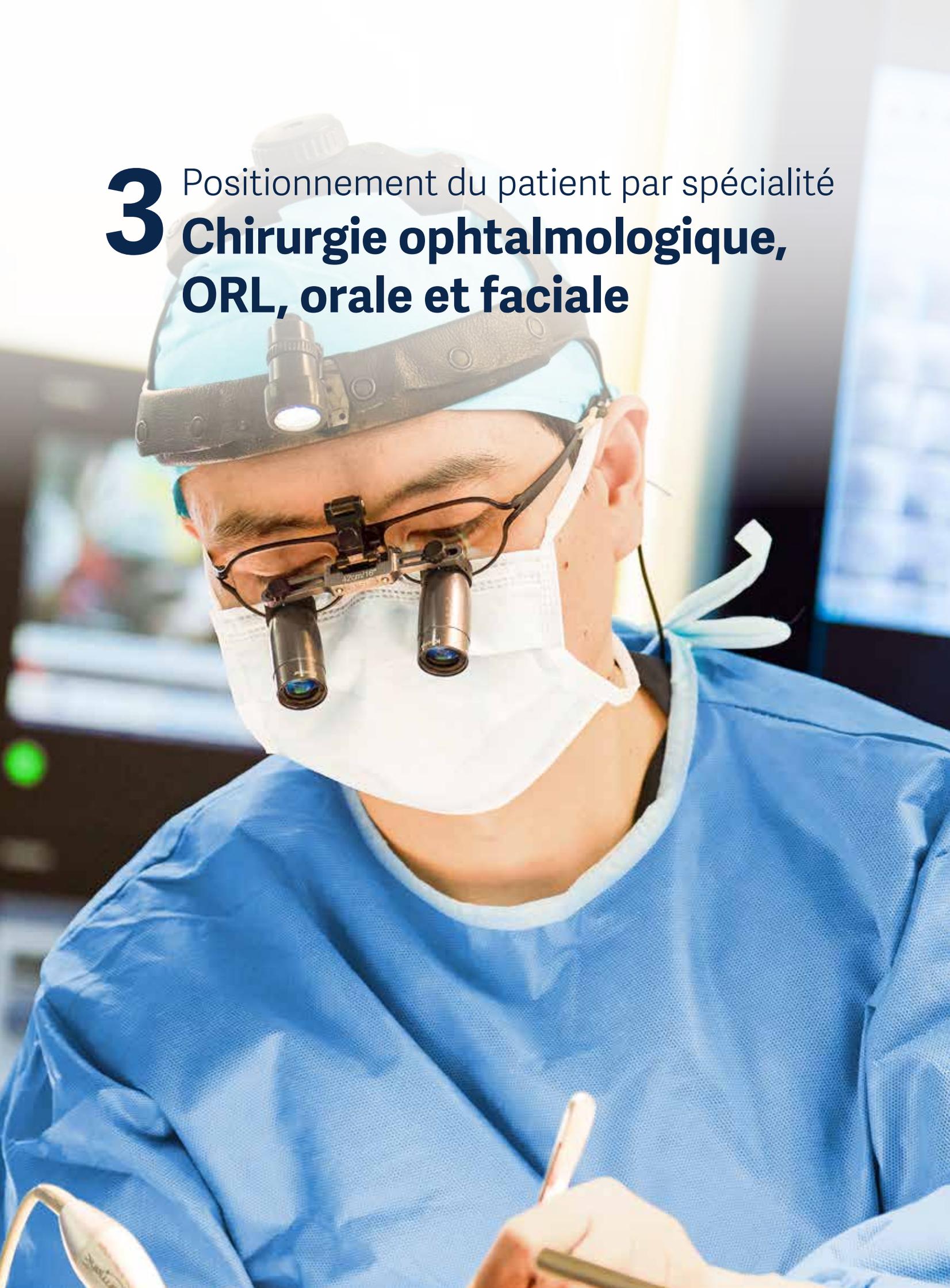
## Puis, procédez comme suit :

- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité des pieds.
- Retirez les plaques de mollets de la plaque jambière MAQUETMATIC (3) et montez les coquilles porte-jambes (4).
- Écartez les jambes sur les porte-jambes (4), puis placez-les dans la position souhaitée.
- ❗ Les mollets doivent être positionnés à plat sur les coquilles porte-jambes (4). Le creux poplité du patient doit être librement positionné.
- Retirez les plaques de cuisses de la plaque jambière Maquetmatic (3).
- Placez les supports de bras (5) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- ❗ L'articulation distale est plus haute que l'articulation proximale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 3 Positionnement du patient par spécialité

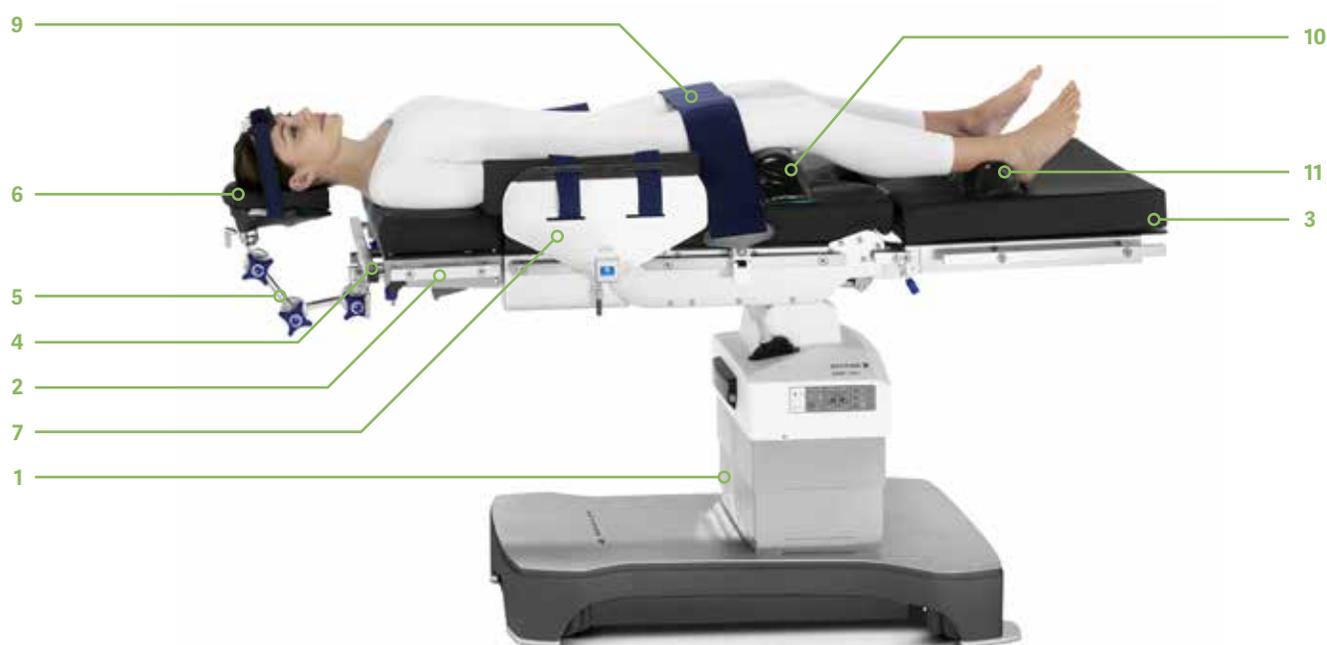
## **Chirurgie ophtalmologique, ORL, orale et faciale**



- 3.1 Décubitus dorsal avec appuie-tête avec calotte de tête
- 3.2 Décubitus dorsal avec appuie-tête avec têtère et anneau appuie-tête

# 3.1 Décubitus dorsal

## avec appuie-tête avec calotte de tête



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque jambière	1133.58XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

4	Arceau intermédiaire	1130.54B0
5	Fixation	1002.65A0
6	calotte de tête, en 2 parties	1002.72A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

7	Dispositif de protection du bras	1002.25A0
8	Fixe-bras	1002.24C0*
9	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

10	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
11	Coussin de talon	4006.16A0**

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'une calotte de tête (6) avec une fixation (5) fixée à la plaque de rallonge (2) par un segment transversal (4).

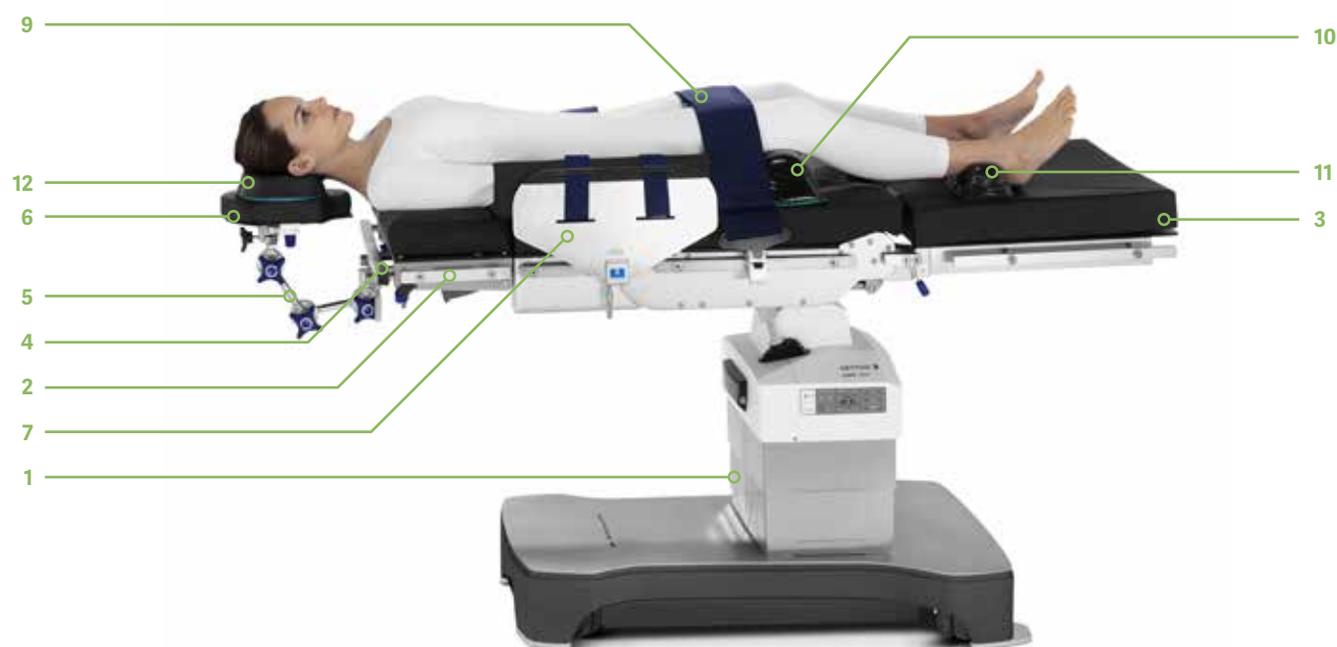
## Puis, procédez comme suit :

- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
  - ① Réglez finement la fixation (5) avec la calotte de tête (6) et placez la tête dans la position souhaitée. Contrôlez tous les raccords à vis sur la fixation et la calotte de tête. Fixez la tête du patient à l'aide d'une sangle (fournie avec la calotte de tête).
  - Exemple pour le positionnement des bras : du côté où se trouve le chirurgien, le bras est positionné près du corps en utilisant une gouttière de protection (7). L'autre bras est positionné près du corps à l'aide d'un fixe-bras (8). Une autre possibilité consiste à écarter l'autre bras sur un support de bras pour l'anesthésie.
  - Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires
- ① supplémentaires. Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
  - Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (9). **Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, en veillant à pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
  - ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
  - Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 3.2 Décubitus dorsal

avec appuie-tête avec têtère  
et anneau appuie-tête



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque jambière	1133.58XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

4	Arceau intermédiaire	1130.54B0
5	Fixation	1002.65A0
6	Têtère	1002.73A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

7	Dispositif de protection du bras	1002.25A0
8	Fixe-bras	1002.24C0**
9	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

10	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
11	Coussin de talon	4006.16A0**
12	Anneau appuie-tête	4006.02A0**

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (12) sur une têtère (6) avec une fixation (5) fixée à la plaque de rallonge (2) par un segment transversal (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- ① Réglez finement la fixation (5) avec la têtère (6) et placez la tête dans la position souhaitée. Contrôlez tous les raccords à vis sur la fixation et la têtère.
- Exemple pour le positionnement des bras : Du côté où se trouve le chirurgien, le bras est positionné près du corps en utilisant une gouttière de protection (7). L'autre bras est positionné près du corps à l'aide d'un fixe-bras (8). Une autre possibilité consiste à écarter l'autre bras sur un support de bras pour l'anesthésie.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (9).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 4 Positionnement des patients par spécialité

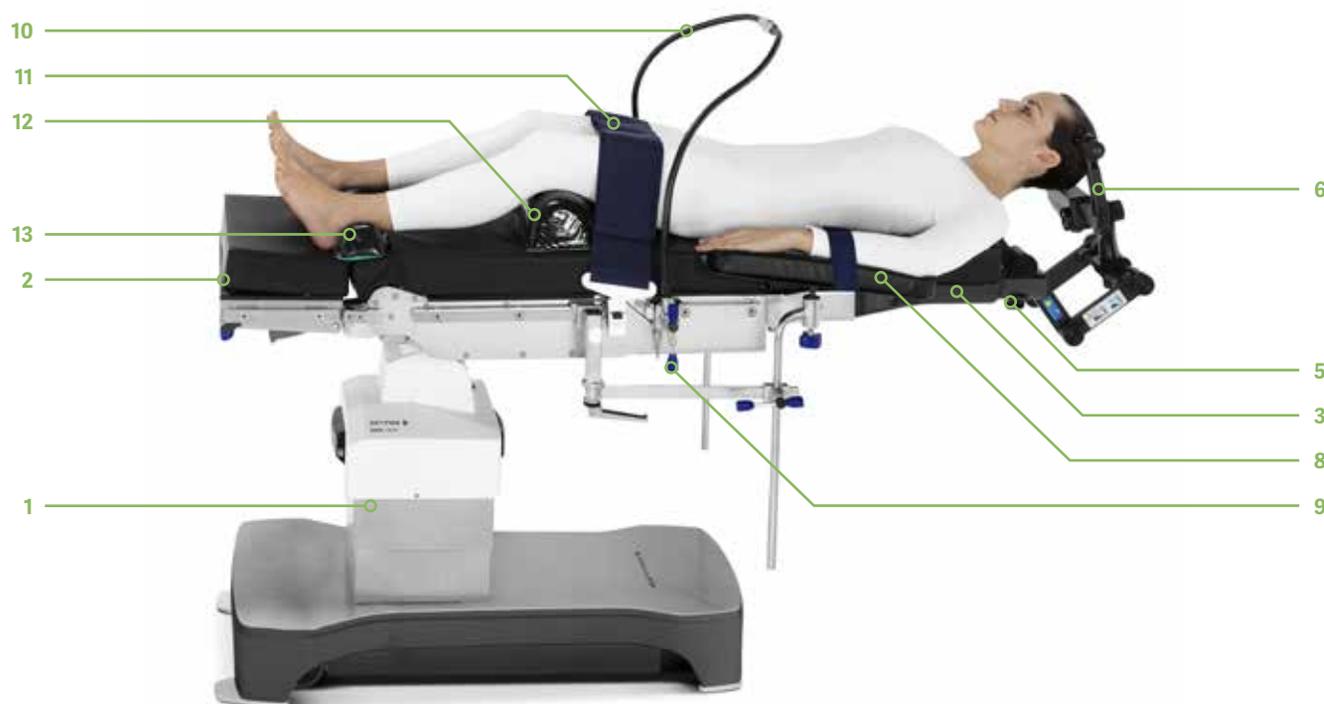
## **Neurochirurgie**



- 4.1 Décubitus dorsal avec fixation de tête par clameau crânien en fibre de carbone
- 4.2 Décubitus dorsal avec fixation de tête par clameau crânien en acier
- 4.3 Position assise avec fixation de tête par clameau crânien en acier
- 4.4 Position Park Bench

# 4.1 Décubitus dorsal

avec fixation de tête par clameau crânien en fibre de carbone



## Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque dorsale en fibre de carbone	1433.33AC
4	Tête (pour l'induction)*	1002.83A0

## Accessoires spécifiques pour le positionnement

5	Support de clameau crânien	1005.48B0
6	Clameau crânien en fibre de carbone	1005.49B0***
7	Broches*	1005.67A0***

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

8	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
9	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
10	Cadre d'anesthésie	1002.54A0
11	Sangle de fixation	1001.59X0

## Auxiliaires de positionnement

12	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
13	Coussin de talon	4006.16A0**

\* non illustré  
 \*\* Fabriqué par Trulife  
 \*\*\* Fabriqué par Black Forrest Medical

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

La table d'opération mobile Meera de Maquet possède une fonction de blocage pour bloquer les gammes de réglage motorisé du plateau ou de l'ensemble de la table.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'une têtère (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Déplacez le patient en direction de la tête jusqu'à ce que les épaules soient situées sur le bord de la plaque dorsale en fibre de carbone (3).
- Le chirurgien place le clameau crânien radiotransparent (6) sur la tête du patient.
- Retirez la têtère (4) et montez le support de clameau crânien (5). La tête du patient doit être maintenue.
- Raccordez le clameau crânien (6) au support de clameau crânien (5). Placez la tête dans la position souhaitée. Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau du clameau crânien et du support.
- Placez les dispositifs de positionnement des bras (8) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (11). **Conseil :** placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

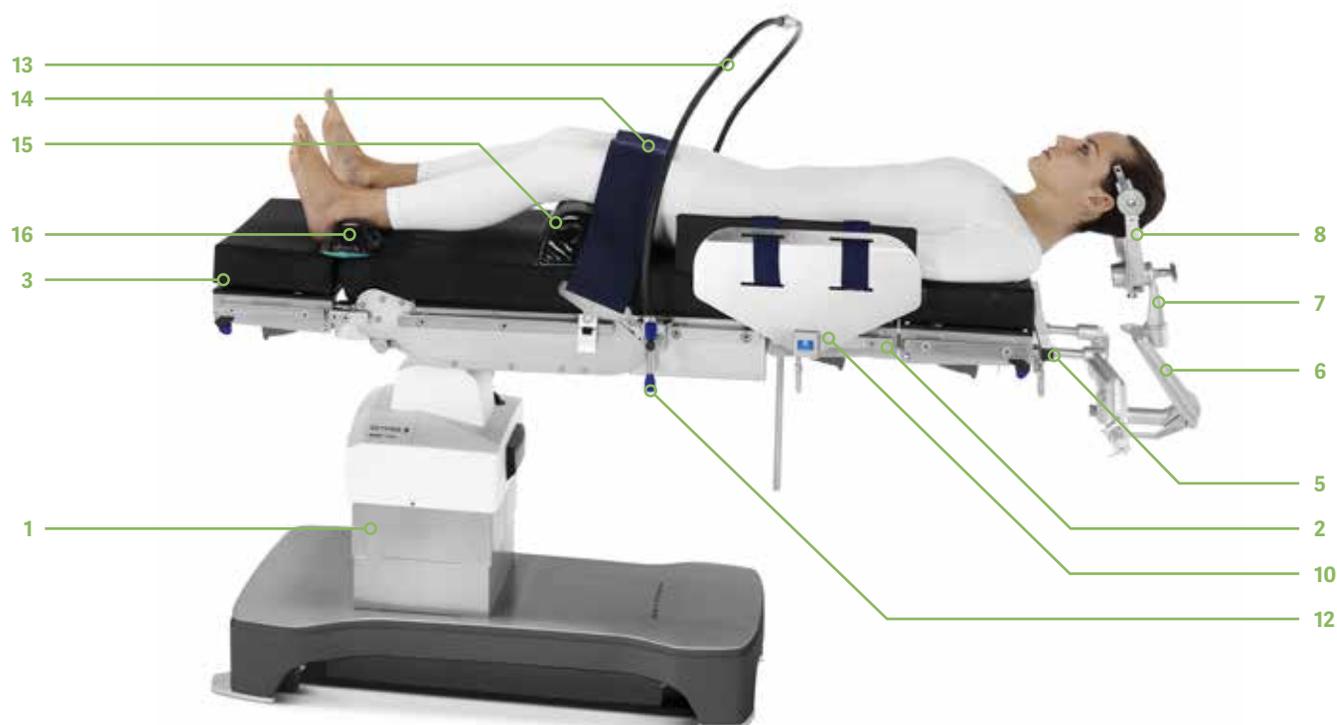


Possibilités de rayons X à 360°

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 4.2 Décubitus dorsal

avec fixation de tête par clameau crânien en acier



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Extension de la plaque de siège	1131.55XX
3	Plaque d'extension (x 2)	1131.31XX
4	Tête (pour l'induction)*	1130.64XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

5	Arceau intermédiaire	1130.54B0
6	Support standard	1005.50A0***
7	Clameau de raccordement	1005.51A0***
8	Clameau crânien	1005.52C0***
9	Broches*	1005.67A0***

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

10	Dispositif de protection du bras	1002.25A0
11	Dispositif de positionnement des bras*	1001.44X0
12	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
13	Cadre d'anesthésie	1002.54A0
14	Sangle de fixation	1001.56X0

### Auxiliaires de positionnement

15	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
16	Coussin de talon	4006.16A0**

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

\*\*\* Fabriqué par Black Forrest Medical

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

La table d'opération mobile Meera de Maquet possède une fonction de blocage pour bloquer les gammes de réglage motorisé du plateau ou de l'ensemble de la table.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'une têtère (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Déplacez le patient vers l'extrémité de la tête jusqu'à ce que les épaules soient placées sur le bord supérieur de la plaque de rallonge (3).
- Le chirurgien place le clameau crânien (8) sur la tête du patient.
- Retirez la têtère (4) et montez le segment transversal (5), le support standard (6) et le clameau de raccordement (7). La tête du patient doit être maintenue.
- Raccordez le clameau crânien (8) au clameau de raccordement (7). Placez la tête dans la position souhaitée. Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau du clameau crânien et du support.
- Exemple pour le positionnement des bras : un bras est positionné près du corps à l'aide d'une gouttière de protection (10). L'autre bras est écarté à l'aide d'un dispositif de positionnement des bras (11) pour l'anesthésie. Une autre possibilité consiste à écarter les deux bras.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (14).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 4.3 Position assise avec fixation de tête par clameau crânien en acier



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Extension de la plaque de siège	1131.55XX
3	Plaque d'extension (x 2)	1131.31XX
4	Tête	1130.64XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

5	Arceau de fixation bilatérale	1005.2300
6	Support standard	1005.50A0***
7	Clameau de raccordement	1005.51A0***
8	Clameau crânien	1005.52C0***
9	Broches*	1005.67A0***

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

10	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
11	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
12	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

13	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
14	Coussin de talon	4006.16A0**

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife  
\*\*\* Fabriqué par Black Forrest Medical

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

La table d'opération mobile Meera de Maquet possède une fonction de blocage pour bloquer les gammes de réglage motorisé du plateau ou de l'ensemble de la table.

Pour cette position, la table d'opération est construite dans le sens inverse. La télécommande doit être configurée de manière correspondante.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

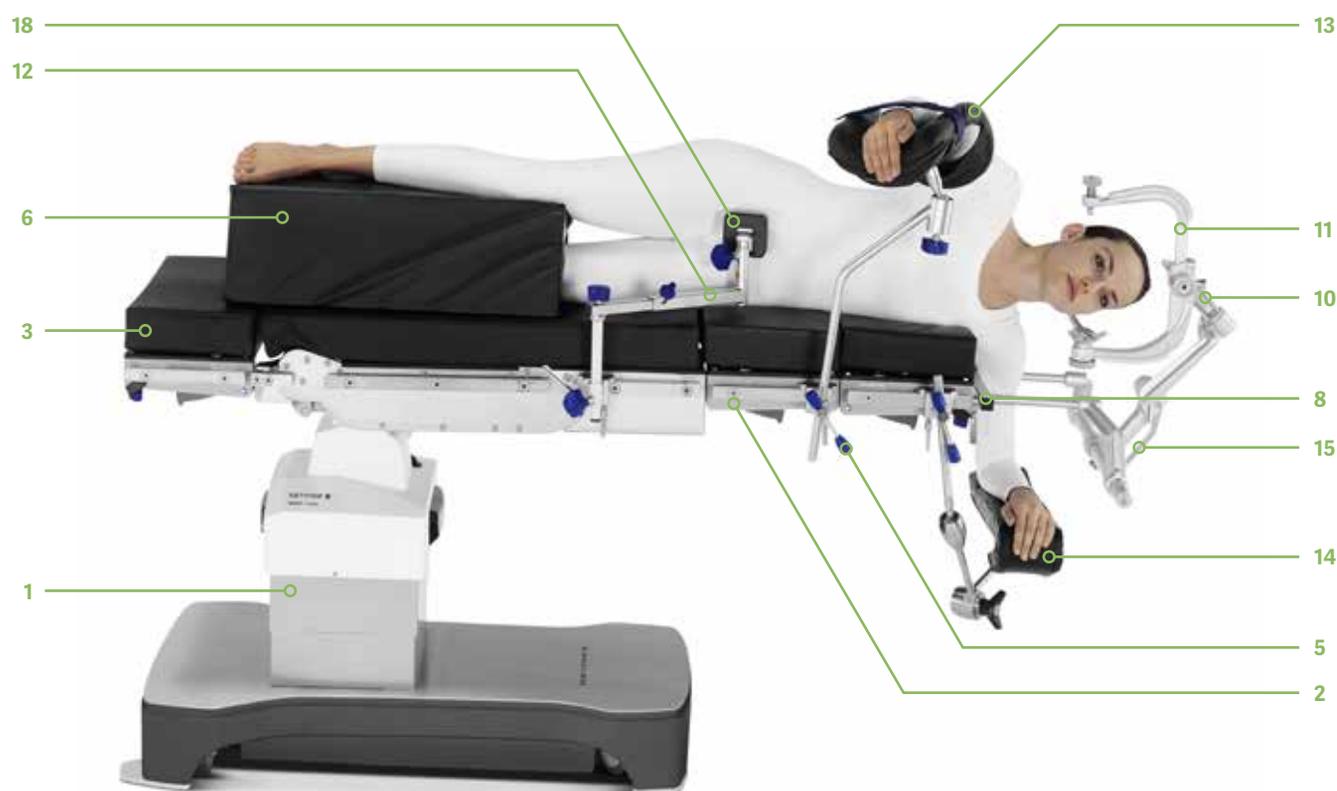
Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'une têtère (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Positionnement du patient avec le cotyle à hauteur de la plaque dorsale motorisée (A).
- Relevez le patient en position assise pas à pas à l'aide de la fonction Beach Chair de la télécommande. Faites attention au positionnement des jambes: les mollets du patient doivent être au-dessus du niveau du cœur.
- ! Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, p. ex. en relevant brièvement le patient.
- Préparation du positionnement dans le clameau crânien : Montez les clameaux de serrage radial (11) sur les rails porte-accessoires de la rallonge de plaque de siège (2), les deux côtés étant à la même hauteur, et serrez l'arceau de fixation bilatérale (5). Attachez le support standard (6) et le clameau de raccordement (7) et répositionnez.
- Fixez et positionnez la tête dans le clameau crânien (8) et raccordez avec le clameau de raccordement (7). Placez la tête dans la position souhaitée et fixez tout
- ! l'assemblage. Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau du clameau crânien et du support.
- Abaissez ou retirez la têtère (4).
- Placez les dispositifs de positionnement des bras (10) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ! Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (12).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ! Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.  
**Conseil :** Vous pouvez éviter tout mouvement des articulations de la table si la fonction de verrouillage de la table est utilisée !

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 4.4 Position Park Bench



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Extension de la plaque de siège	1131.55XX
3	Plaque d'extension (x 2)	1131.31XX
4	Tête (pour l'induction)*	1130.64XX

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5	Clameau de serrage radial (x 3)	1003.23C0
---	---------------------------------	-----------

### Auxiliaires de positionnement

6	Coussin tunnel	1000.77A0
7	Coussin de talon*	4006.16A0**

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

\*\*\* Fabriqué par Black Forrest Medical

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

8	Arceau intermédiaire	1130.54B0
9	Support standard	1005.50A0***
10	Clameau de raccordement	1005.51A0***
11	Clameau crânien	1005.52C0***
12	Broches*	1005.67A0***
13	Porte-jambe*	1001.65A0
14	Appuie-bras avec bras articulé	1002.49A0
15	Fixation pour supports du corps (x 2)	1002.19C0
16	Bras articulé pour supports du corps*	1002.40A0
17	Support de dos*	1002.11A0
18	Support pubis/sacrum/sternum	1002.11B0
19	Support latéral*	1002.11C0

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

La table d'opération mobile Meera de Maquet possède une fonction de blocage pour bloquer les gammes de réglage motorisé du plateau ou de l'ensemble de la table.

L'anesthésie commence sur la table d'opération.

Après l'induction anesthésique, le patient est allongé en décubitus dorsal sur la table d'opération. La tête est positionnée à l'aide d'une têtère (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau aussi loin que possible en direction de la tête.
- Montez et prépositionnez les supports latéraux (15–19), l'appuie-bras (14) et le porte-jambe Goepel (13).
- Retirez la têtère (4) et montez le segment transversal (8).
- Tournez le patient sur le côté, continuez à positionner le patient vers la tête, les épaules et le bras abaissé doivent pouvoir être déplacés librement et situés au-dessus du bord supérieur de la plaque de rallonge (3) (vérifiez que l'aisselle est librement positionnée), fixez le bras du dessus sur le porte-jambe Goepel prémonté et le bras du dessous sur l'appuie-bras et fixez le tout.
- ① Maintenez la tête du patient jusqu'à ce qu'il soit positionné en toute sécurité et que la tête soit placée dans le clameau crânien.
- Préparation du positionnement dans le clameau crânien : Attachez le support standard (9) et le clameau de raccordement (10) et prépositionnez.
- Fixez et positionnez la tête dans le clameau crânien (11) et raccordez avec le clameau de raccordement (10). Placez la tête dans la position souhaitée et fixez tout
- ① l'assemblage. Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau du clameau crânien et du support.
- Positionnement final des supports latéraux.
- ① Le patient doit être attaché jusqu'à ce que les supports latéraux aient été placés dans leur position finale, afin d'éviter qu'il se déplace vers l'arrière.
- Positionnement final des bras.
- ① Positionnement du coussin tunnel (6) et fixation des jambes avec une sangle de fixation. Positionnez librement les chevilles à l'aide de coussins de talon (7) et relâchez la pression.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

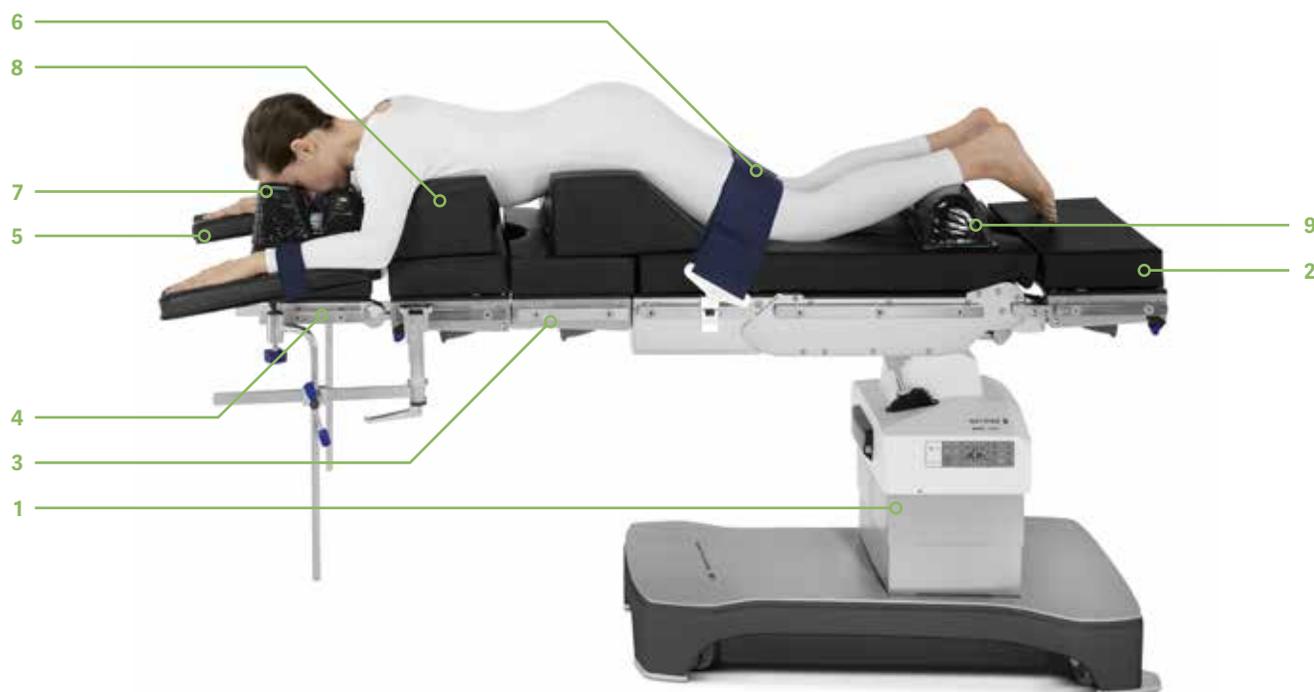
Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5 Positionnement des patients par spécialité **Orthopédie et traumatologie**



- 5.1 Décubitus ventral, par ex. pour la chirurgie rachidienne
- 5.2 Décubitus ventral avec longue plaque dorsale en fibre de carbone, par ex. pour interventions sur la colonne vertébrale
- 5.3 Traitement de l'avant-bras avec table de chirurgie de la main en décubitus dorsal, sens inverse
- 5.4 Traitement de l'avant-bras, chirurgie vasculaire en décubitus dorsal avec table de chirurgie de la main et longue plaque dorsale en fibre de carbone, sens inverse
- 5.5 Chirurgie de la colonne cervicale en décubitus dorsal avec plaque dorsale en fibre de carbone
- 5.6 Chirurgie du coude en décubitus ventral
- 5.7 Position génu-pectorale avec support à genoux et support fessier
- 5.8 Position semi-assise avec plaque dorsale courte pour interventions de l'épaule
- 5.9 Position semi-assise avec longue plaque dorsale pour interventions de l'épaule, sens inverse
- 5.10 Position semi-assise avec plaque dorsale en fibre de carbone pour interventions de l'épaule et Trimano, sens inverse
- 5.11 Arthroscopie du genou en décubitus dorsal
- 5.12 Fracture de la partie inférieure de la jambe avec paire de plaques jambières en fibre de carbone
- 5.13 Traitement du fémur en décubitus dorsal, traction sur la jambe tendue
- 5.14 Traitement du fémur en décubitus dorsal, traction sur la jambe tendue, jambe saine sur porte-jambe
- 5.15 Traitement du fémur en décubitus dorsal, traction transcondylienne, jambe saine sur porte-jambe
- 5.16 Traitement du fémur en décubitus latéral avec barre de contre-extension du fémur
- 5.17 Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné et bras de support articulé
- 5.18 Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur porte-jambe
- 5.19 Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur support universel

# 5.1 Décubitus ventral, par ex. pour interventions sur la colonne vertébrale



Configuration de base		
1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension (x 2)	1131.31XX
3	Extension de la plaque de siège	1131.55XX
4	Tête	1130.64XX

Accessoires généraux du rail porte-accessoires		
5	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
6	Sangle de fixation	1001.59X0

Auxiliaires de positionnement		
7	Coussin de tête pour décubitus ventral	4006.19A0**
8	Coussin pour décubitus ventral, en 2 parties	1000.68C0
9	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur un brancard distinct.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur le brancard en décubitus dorsal. La table d'opération est préconfigurée avec les éléments 2 à 4 et 7 à 9. La tête est positionnée sur l'aide au positionnement (7).

## Puis, procédez comme suit :

- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Réglez les auxiliaires de positionnement en fonction de l'anatomie du patient.
- Tournez le patient dans le sens axial depuis la civière vers le plateau préconfiguré et réglez les auxiliaires de positionnement si nécessaire.
- Positionnement de la tête et des bras : Adaptez les supports de bras (5) au niveau des rails porte-accessoires à hauteur des épaules et positionnez les bras (voir l'introduction sous Informations générales).
- Assurez-vous que les orteils sont librement positionnés et que la pression sur la rotule est minimisée.
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (6).  
**Conseil :** Vous devez pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

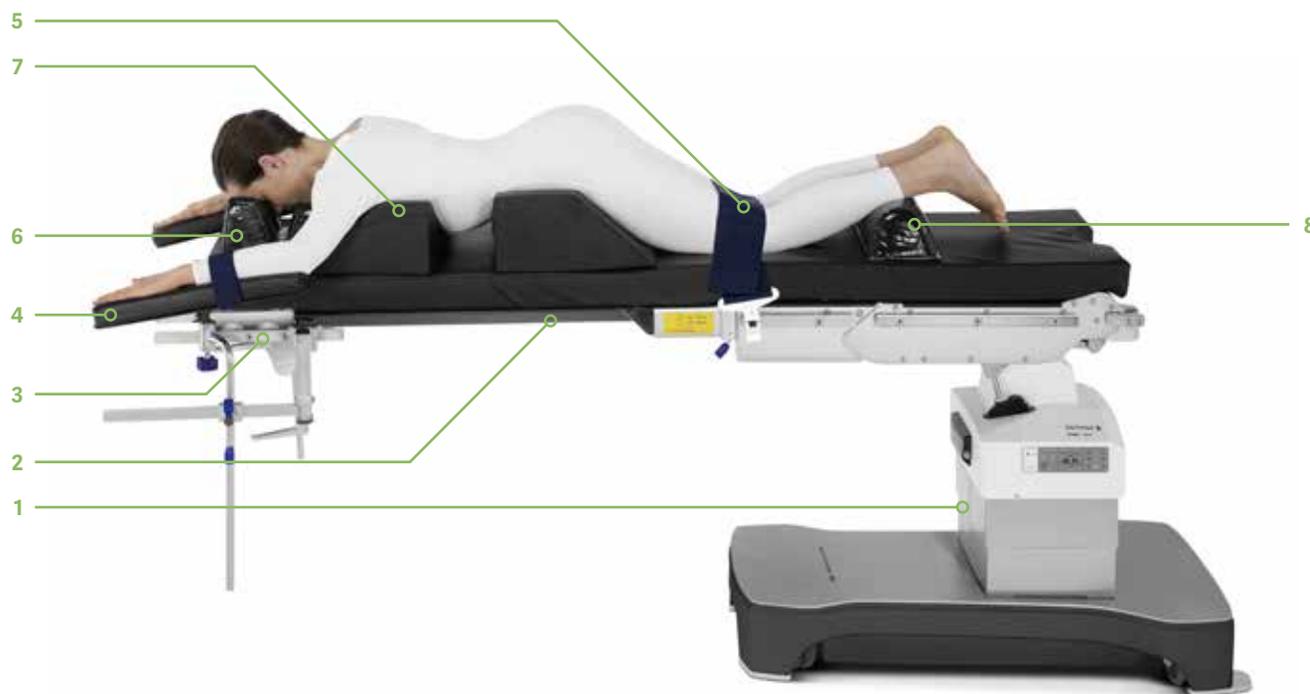


Autre positionnement en sens inverse pour un meilleur accès.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.2 Décubitus ventral

avec longue plaque dorsale en fibre de carbone, par ex. pour interventions sur la colonne vertébrale



Configuration de base		
1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque dorsale en fibre de carbone	1132.45AC
3	Adaptateur d'accessoires	1150.72A0

Accessoires généraux du rail porte-accessoires		
4	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
5	Sangle de fixation	1001.59X0

Auxiliaires de positionnement		
6	Coussin de tête pour décubitus ventral	4006.19A0**
7	Coussin pour décubitus ventral, en 2 parties	1000.68C0
8	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur un brancard distinct.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur le brancard en décubitus dorsal. La table d'opération est préconfigurée avec les éléments 2 à 3 et 6 à 8. La tête est positionnée sur l'aide au positionnement (6).

## Puis, procédez comme suit :

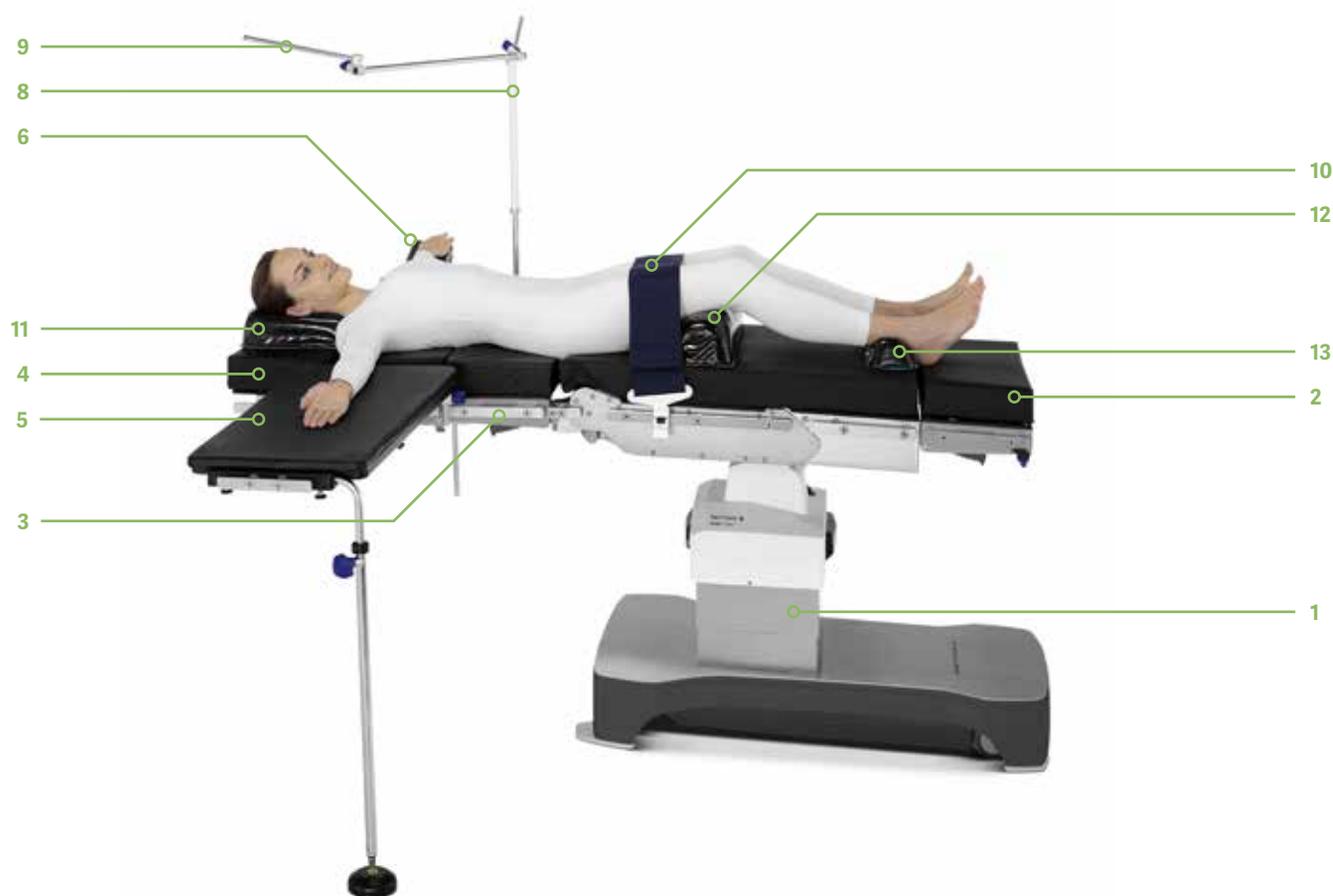
- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Réglez les auxiliaires de positionnement en fonction de l'anatomie du patient.
- Tournez le patient dans le sens axial depuis la civière vers le plateau préconfiguré et réglez les auxiliaires de positionnement si nécessaire.
- Positionnement de la tête et des bras : Adaptez le dispositif de positionnement des bras (4) au niveau des rails porte-accessoires de l'adaptateur pour accessoires (3) et positionnez les bras (voir l'introduction sous Informations générales).
- ! Assurez-vous que les orteils sont librement positionnés et que la pression sur la rotule est minimisée.
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (5). **Conseil** : vous devez pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ! Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Autre positionnement en sens inverse

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.3 Traitement de l'avant-bras avec table de chirurgie de la main en décubitus dorsal, sens inverse



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension (x 2)	1131.31XX
3	Extension de la plaque de siège	1131.55XX
4	Tête	1130.64XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

5	Plaque polyvalente pour chirurgie du bras	1001.63X0
---	--	-----------

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

6	Dispositif de positionnement des bras	1001.44X0
7	Clameau de serrage radial (x 2)*	1003.23C0
8	Arc d'anesthésie	1002.57A0
9	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
10	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

11	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
12	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
13	Coussin de talon	4006.16A0**

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour cette position, la table d'opération est construite dans le sens inverse. La télécommande doit être configurée de manière correspondante.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (2-4, 11). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est positionnée sur l'aide au positionnement (11).

## Puis, procédez comme suit :

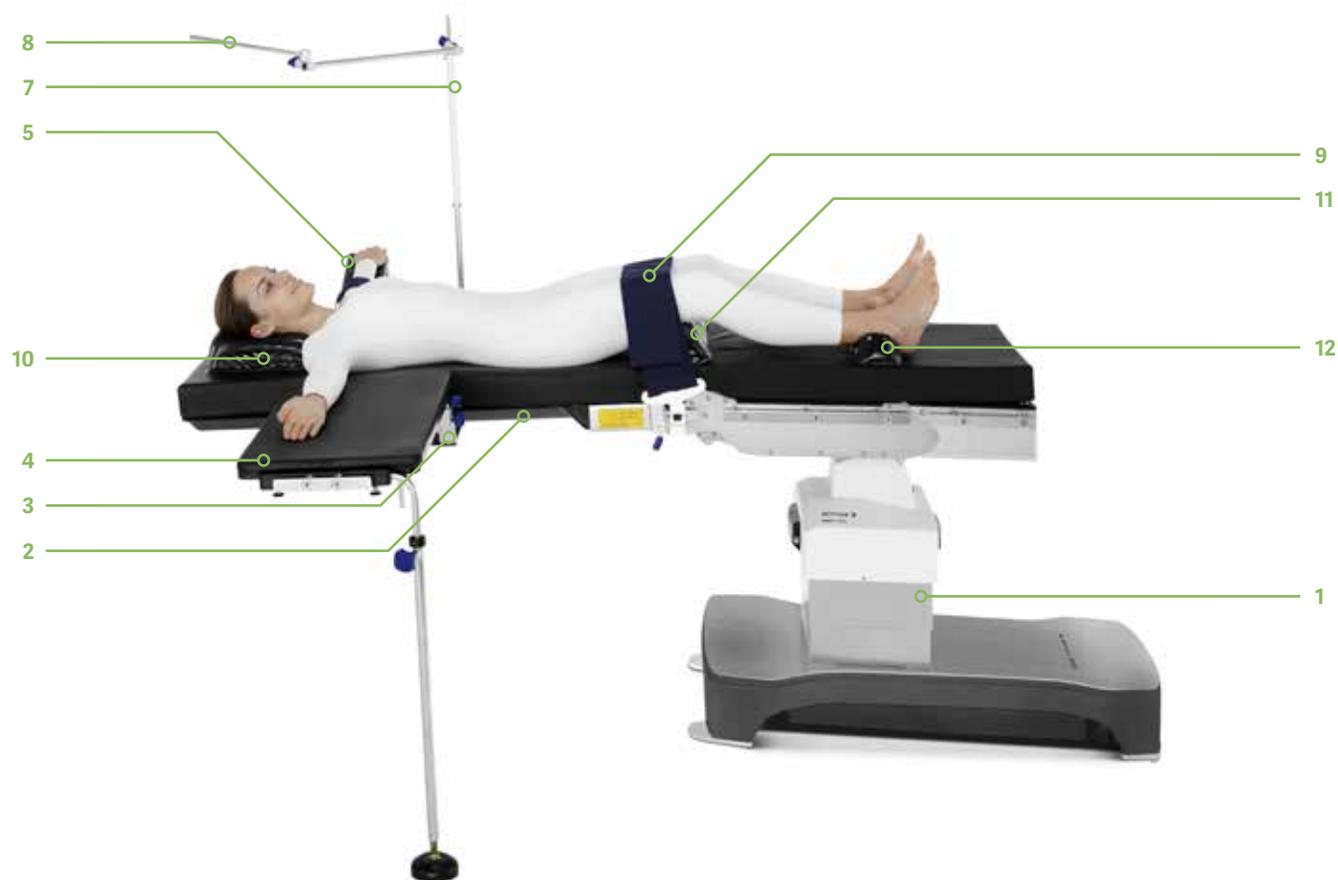
- Montez la table de chirurgie de la main (5) à l'aide d'un clameau de serrage radial sur le plateau, réglez la hauteur sur le niveau du coussin et montez la barre de support.
- Positionnement des bras: positionnez le bras à opérer sur la table de chirurgie de la main (5). L'autre bras est écarté sur un support de bras (6) pour l'anesthésie.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (10).  
**Conseil :** vous devez pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Possibilités de rayons X à 360°

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.4 Traitement de l'avant-bras, chirurgie vasculaire en décubitus dorsal avec table de chirurgie de la main et longue plaque dorsale en fibre de carbone, sens inverse



### Configuration de base

1 Colonne de table Maquet Meera 7200.01XX

2 Plaque dorsale en fibre de carbone 1132.45AC

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

3 Adaptateur pour plateau en fibre de carbone 1001.64CX

4 Plaque polyvalente pour chirurgie du bras 1001.63X0

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5 Dispositif de positionnement des bras 1001.44X0

6 Clameau de serrage radial (pour arc d'anesthésie)\* 1003.23C0

7 Arc d'anesthésie 1002.57A0

8 Extension d'arc d'anesthésie 1002.59A0

9 Sangle de fixation 1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

10 Coussin de tête pour décubitus dorsal 4006.21A0\*\*

11 Coussin semi-circulaire pour le corps 4006.25A0\*\*

12 Coussin de talon 4006.16A0\*\*

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour cette position, la table d'opération est construite dans le sens inverse. La télécommande doit être configurée de manière correspondante.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (2-3, 10). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est positionnée sur l'aide au positionnement (10).

## Puis, procédez comme suit :

- Montez la table de chirurgie de la main (4) sur l'adaptateur (3), réglez la hauteur sur le niveau du coussin et montez la barre de support.
- Positionnement des bras: positionnez le bras à opérer sur la table de chirurgie de la main (4). L'autre bras est écarté sur un support de bras (5) pour l'anesthésie.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (9).  
**Conseil :** Vous devez pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

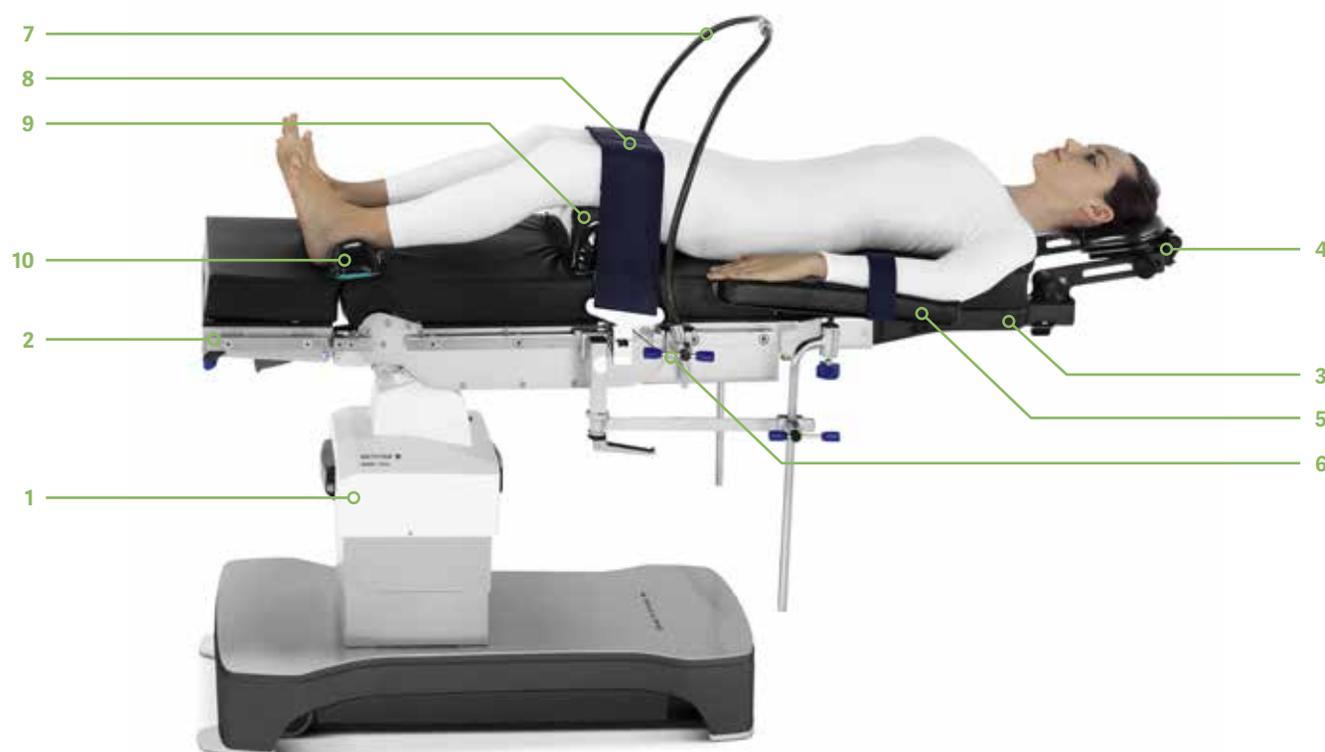


Possibilités de rayons X à 360°

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.5 Chirurgie de la colonne cervicale

## en décubitus dorsal avec plaque dorsale en fibre de carbone



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaque d'extension	1131.31XX
3	Plaque dorsale en fibre de carbone	1433.33AC
4	Calotte de tête	1002.03A0

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
6	Clameau de serrage radial (x 2)	1003.23C0
7	Cadre d'anesthésie	1002.54A0
8	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

9	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
10	Coussin de talon	4006.16A0**

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée sur la calotte de tête (4).

## Puis, procédez comme suit :

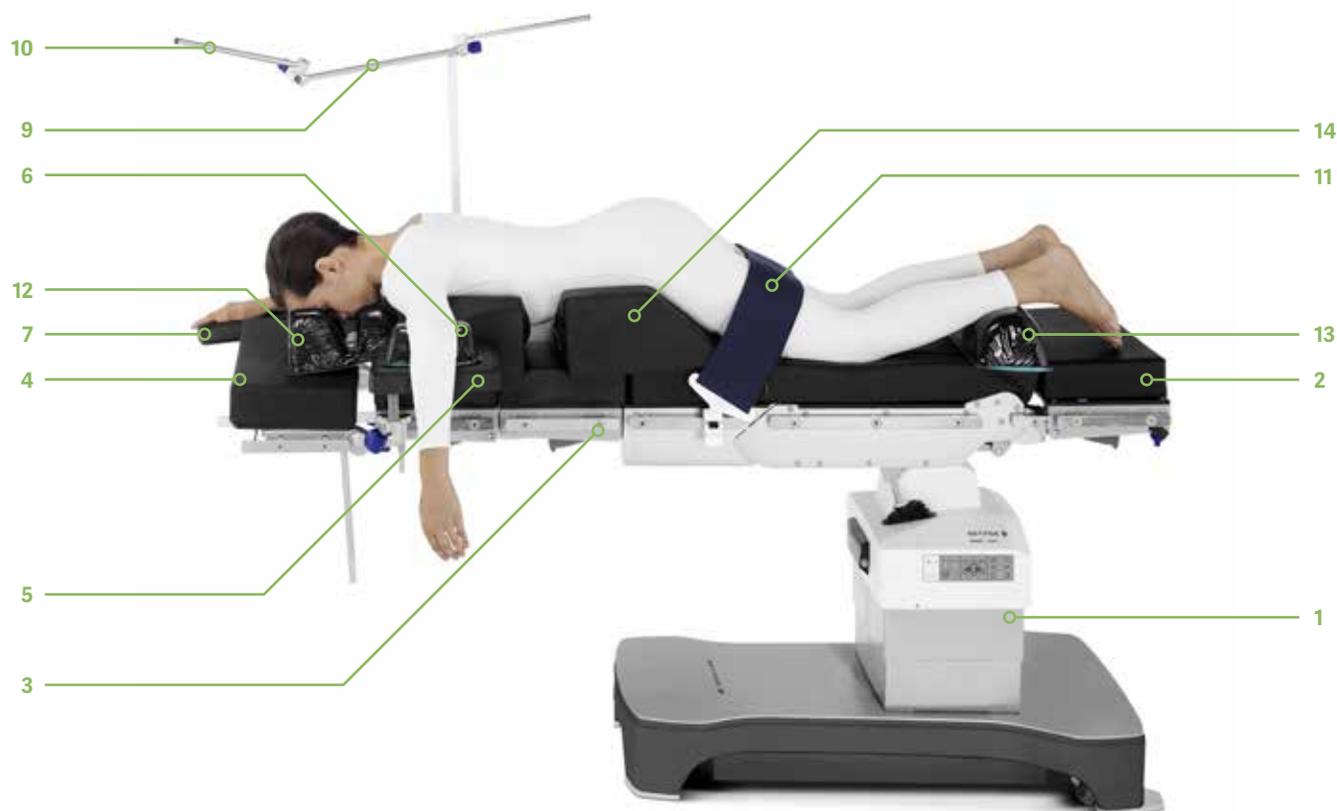
- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Réglez finement la calotte de tête (4) et placez la tête dans la position chirurgicale souhaitée.  
**Conseil :** La tête doit être fixe pendant toute la procédure. Contrôlez tous les raccords à vis de la calotte de tête directement après le positionnement.
- Positionnez les bras sur le dispositif de positionnement des bras monté à l'extrémité des pieds (5).
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive des genoux.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (8).  
**Conseil :** Vous devez pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Possibilités de rayons X à 360°

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.6 Chirurgie du coude en décubitus ventral



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Extension de la plaque de siège	1131.55XX
3	Plaque d'extension (x 2)	1131.31XX
4	Têteière	1130.64XX

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

5	Plaque de positionnement du bras	1001.45C0
6	Coussin de talon (x 1)	4006.16A0**

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

7	Dispositif de positionnement des bras	1001.44X0
8	Clameau de serrage radial (pour arc d'anesthésie)*	1003.23C0
9	Arc d'anesthésie	1002.57A0
10	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
11	Sangle de fixation	1001.59X0

### Auxiliaires de positionnement

12	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
13	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**
14	Coussin	1000.68C0

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur un brancard distinct.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur le brancard en décubitus dorsal. La table d'opération est préconfigurée avec les éléments 2 et 4. La tête est positionnée sur l'aide au positionnement (12)

## Puis, procédez comme suit :

- Éventuellement, déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité de la tête.
- Réglez les auxiliaires de positionnement en fonction de l'anatomie du patient.
- Tournez le patient dans le sens axial depuis la civière vers le plateau préconfiguré et réglez les auxiliaires de positionnement si nécessaire.
- ! Assurez-vous que les orteils sont librement positionnés et que la pression sur la rotule est minimisée.
- Positionnez les bras : Montez la plaque de positionnement du bras (5) et positionnez le bras à opérer à l'aide du coussin de talon (6). Adaptez le support de bras (7) pour l'autre bras au niveau des rails porte-accessoires à hauteur des épaules et positionnez le bras (voir l'introduction sous Informations générales).
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (11).  
**Conseil :** Vous devez pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ! Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Autre positionnement avec Trimano et barre de contre-extension

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.7 Position génu-pectorale

## avec support à genoux et support fessier



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
---	----------------------------------	-----------

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

4	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
5	Clameau de serrage radial (pour arc d'anesthésie)*	1003.23C0
6	Arc d'anesthésie	1002.57A0
7	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

2	Support à genoux (position sur chariot 1007.07A0)	1007.04BC
3	Arceau de siège avec support du bassin	1007.05A0

### Auxiliaires de positionnement

8	Coussin de tête pour décubitus ventral	4006.19A0**
9	Coussin semi-circulaire pour le corps	4006.25A0**

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur un brancard distinct.

Après l'induction anesthésique, le patient est sur le brancard en décubitus dorsal. La table d'opération est préconfigurée avec l'élément 2.

## Puis, procédez comme suit :

- Déplacement longitudinal du plateau en direction de l'extrémité des pieds.
- Relevez les parties porte-mollet du support à genoux (2) de 90° jusqu'à ce qu'elles s'emboîtent avec un déclic et fermez le levier excentrique (A).
- Déplacez le support à genoux (2) vers le bas à l'aide du point de montage motorisé de plaque jambière (environ 90°) jusqu'à atteindre la position souhaitée.
- Réglez les auxiliaires de positionnement en fonction de l'anatomie du patient.
- Tournez le patient dans le sens axial depuis la civière vers le plateau préconfiguré et réglez les auxiliaires de positionnement si nécessaire.
- Positionnement de la tête et des bras : Adaptez le dispositif de positionnement des bras (4) au niveau des rails porte-accessoires à hauteur des épaules et positionnez les bras (voir l'introduction sous Informations générales).
- Réglez le support à genoux en fonction de la taille du patient.
- Montez le support fessier (3), positionnez le patient et ajustez les supports latéraux, positionnement final des bras.
- Déplacez le plateau jusqu'à ce qu'il soit légèrement dirigé vers le bas (Trendelenburg).
- Montez d'autres accessoires de rail porte-accessoires.
- ! Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.8 Position semi-assise

avec plaque dorsale courte  
pour interventions  
de l'épaule



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaques jambières, en 2 parties	1133.53XX

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
6	Clameau de serrage radial (pour arc d'anesthésie)*	1003.23C0
7	Arc d'anesthésie	1002.57A0
8	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
9	Support latéral	1002.36A0
10	Sangle de fixation	1001.59X0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

3	Plaque dorsale pour opérations de l'épaule	1132.34A0
	Adaptateur de tête	1007.16A0
4	Support de tête pour opérations de l'épaule	1002.15A0

### Auxiliaires de positionnement

11	Coussin de talon	4006.16A0**
----	------------------	-------------

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Un coussin de calage (par ex. un double traversin) peut être utilisé pour les patients de plus petite taille comme coussin pour s'asseoir.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1–4). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est repositionnée sur le support de tête ouvert (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Positionnez les patients avec le cotyle à hauteur du module articulé motorisé (A), si nécessaire tirez le patient vers le bord du plateau.
- Relevez le patient en position assise pas à pas à l'aide de la fonction Beach Chair de la télécommande.
- ❗ Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, p. ex. en relevant brièvement le patient.
- Réglez et fixez la tête sur le support de tête (4) contrôlez les raccords à vis et à clameau juste après le positionnement.
- Retirez le segment d'épaule du côté à opérer.
- Si nécessaire, inclinez controlatéralement le plateau sur le côté.
- Montez le support latéral (9) si nécessaire.
- Placez les dispositifs de positionnement des bras (5) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (10).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.9 Position semi-assise

avec longue plaque dorsale pour interventions de l'épaule, sens inverse



### Configuration de base

1 Colonne de table Maquet Meera 7200.01XX

2 Plaque d'extension 1131.31XX

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

5 Dispositif de positionnement des bras (x 2) 1001.44X0

6 Sangle de fixation 1001.59X0

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

3 Plaque dorsale pour interventions de l'épaule (positionnée sur le chariot 1007.20A0) 1007.21XX

Adaptateur de tête 1007.16A0

4 Support de tête pour opérations de l'épaule 1002.15A0

### Auxiliaires de positionnement

7 Coussin de talon 4006.16A0\*\*

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour cette position, la table d'opération est construite dans le sens inverse. La télécommande doit être configurée de manière correspondante.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1–4). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée sur le support de tête ouvert (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Positionnez les patients avec le cotyle à hauteur du point de montage motorisé de la plaque jambière (A), si nécessaire tirez le patient vers le bord du plateau.
- Relevez le patient en position assise pas à pas à l'aide de la fonction Beach Chair de la télécommande.
- ❗ Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, p. ex. en relevant brièvement le patient.
- Réglez et fixez la tête sur le support de tête (4) contrôlez les raccords à vis et à clameau juste après le positionnement.
- Retirez le segment d'épaule du côté à opérer.
- Si nécessaire, inclinez controlatéralement le plateau sur le côté.
- Placez les dispositifs de positionnement des bras (5) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (6). **Conseil** placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.10 Position semi-assise

avec plaque dorsale en fibre de carbone pour interventions de l'épaule et Trimano, sens inverse



## Configuration de base

1 Colonne de table Maquet Meera 7200.01XX

2 Plaque d'extension 1131.31XX

## Accessoires spécifiques pour le positionnement

3 Plaque dorsale en fibre de carbone pour interventions de l'épaule 1433.34XX

4 Support de tête pour opérations de l'épaule 1002.15A0

5 Trimano Fortis 1002.30A0

6 Adaptateur Trimano Fortis 1002.31A0

7 Appuie-bras Trimano Autre solution appuie-bras jetable 1002.43B0 1002.52A0

8 Adaptateur de têtiera 1002.10A0

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

9 Dispositif de positionnement des bras 1001.44X0

10 Sangle de fixation 1001.59X0

## Auxiliaires de positionnement

11 Coussin de talon 4006.16A0\*\*

Autre support de bras avec appuie-bras jetable

\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Pour cette position, la table d'opération est construite dans le sens inverse. La télécommande doit être configurée de manière correspondante.

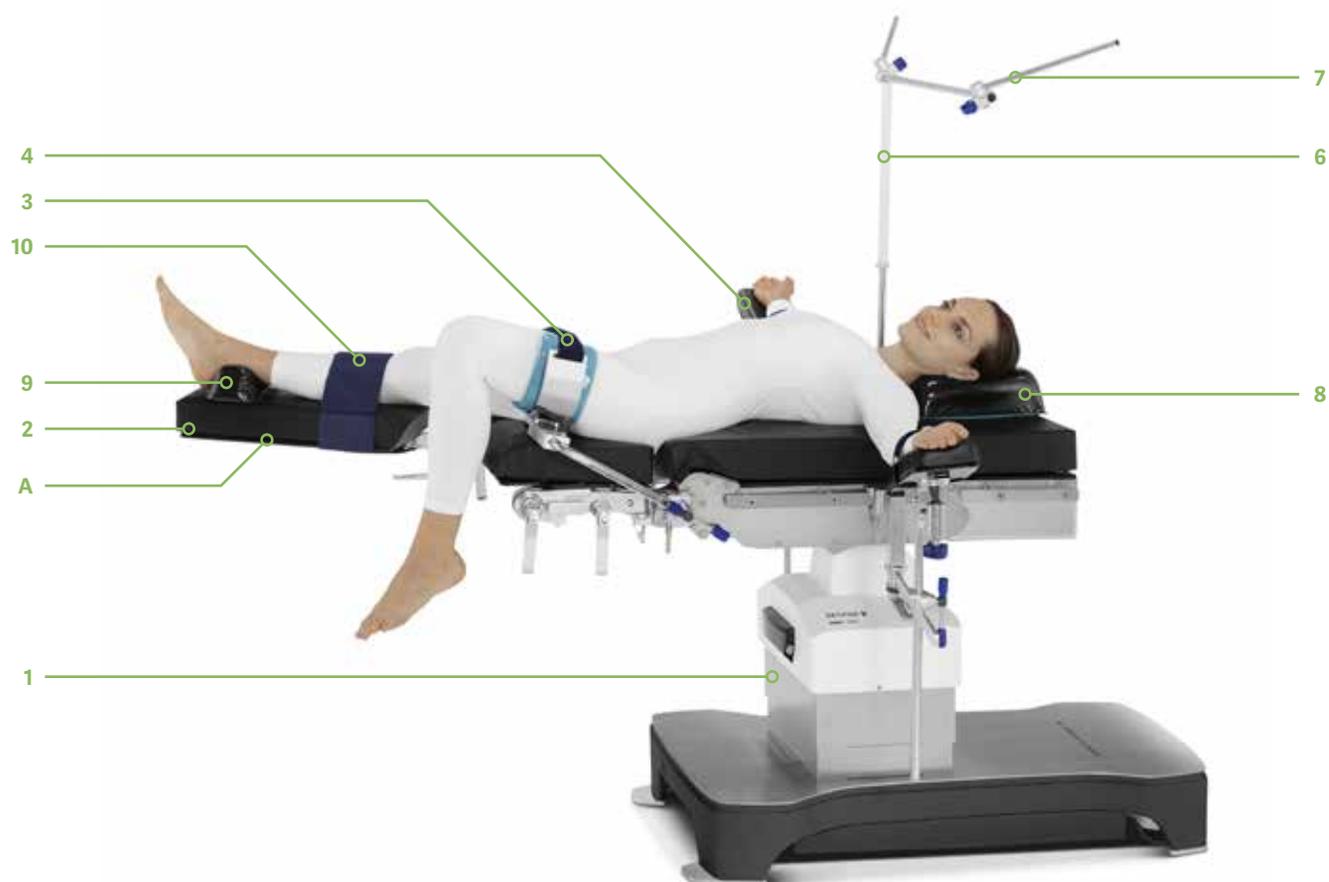
L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1-4). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée sur le support de tête ouvert (4).

## Puis, procédez comme suit :

- Positionnez les patients avec le cotyle à hauteur du point de montage motorisé de la plaque jambière (A), si nécessaire tirez le patient vers le bord du plateau.
- Relevez le patient en position assise pas à pas à l'aide de la fonction Beach Chair de la télécommande.
- ❗ Une fois que le patient a été positionné, toutes les forces de cisaillement et de frottement qui sont apparues pendant le processus doivent être éliminées, p. ex. en relevant brièvement le patient.
- Réglez et fixez la tête sur le support de tête (4) contrôlez les raccords à vis et à clameau juste après le positionnement.
- Retirez le segment d'épaule du côté à opérer.
- Si nécessaire, inclinez controlatéralement le plateau sur le côté.
- Placez le bras qui ne doit pas être opéré sur le dispositif de positionnement des bras (8) en position finale.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ❗ Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (9).  
**Conseil :** Placez la sangle deux doigts au-dessus de l'articulation du genou, vous devez toujours pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- Montez le Trimano (5) sur le rail porte-accessoires.
- Mesures préparatoires pour la mise en œuvre du Trimano : Fixez le revêtement stérile (1002.44A0) à l'adaptateur stérile (6) et fixez le coussin jetable stérile blanc sur l'appuie-bras restérilisable (autre solution : installez un appuie-bras jetable stérile sur le Trimano).
- ❗ Revêtement stérile du Trimano :
  - a. Si le chirurgien est stérile, le Trimano doit être recouvert du revêtement stérile avant la désinfection du champ opératoire.
  - b. Si le chirurgien n'est pas stérile, le Trimano doit être recouvert du revêtement stérile après la désinfection du champ opératoire, mais avant de revêtir le patient.
- Une fois que le bras du patient a été désinfecté et recouvert de champs stériles, attachez le bras à opérer sur l'appuie-bras préparé (7) (alternative: dans l'appuie-bras jetable).
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.11 Arthroscopie du genou en décubitus dorsal



## Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
2	Plaques jambières, en 4 parties	1133.73XX

## Accessoires spécifiques pour le positionnement

3	Dispositif de positionnement des genoux Autre solution : Dispositif de positionnement motorisé des genoux	1004.84B0 1004.84A0
---	---	------------------------

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

4	Dispositif de positionnement des bras (x 2)	1001.44X0
5	Clameau de serrage radial (pour arc d'anesthésie)*	1003.23C0
6	Arc d'anesthésie	1002.57A0
7	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0

## Auxiliaires de positionnement

8	Coussin de tête pour décubitus dorsal	4006.21A0**
9	Coussin de talon	4006.16A0**
10	Fixe-jambe	1001.4700

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Vérifiez le bon positionnement du patient lorsque vous utilisez le dispositif de positionnement motorisé des genoux: cotyle à hauteur du point de montage motorisé de plaque jambière.

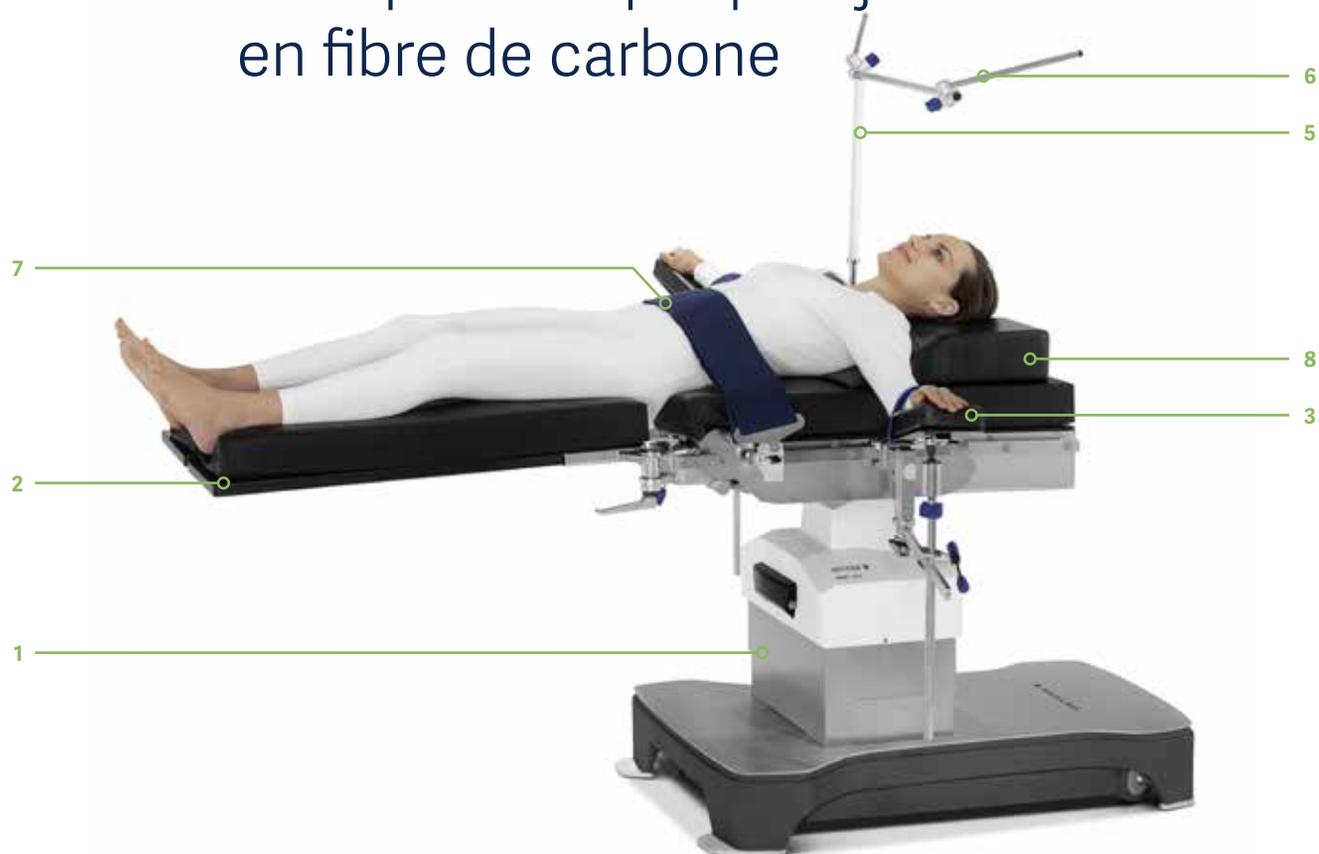
L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1–5). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est positionnée sur l'aide au positionnement (8).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les dispositifs de positionnement des bras (4) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Positionnement de la jambe qui ne doit pas être opérée : écartez la jambe à l'aide de la plaque jambière en 4 parties (2) et fixez-la avec un fixe-jambes (10). Vérifiez que les talons sont librement positionnés. La jambe du patient doit être légèrement pliée pour éviter l'extension excessive du genou. Si nécessaire, la partie porte-mollet (A) de la plaque jambière en 4 parties peut être légèrement dépliée.
- Fixez le dispositif de positionnement manuel des genoux (3) au rail porte-accessoires supérieur de la plaque jambière. (Lors de l'utilisation du dispositif motorisé de positionnement des genoux, fixez-le au rail latéral du moteur de la plaque jambière.)
- Placez le brassard/garrot d'exasanguination sur la jambe à opérer, puis retirez la plaque de mollet de la plaque jambière. (Retirez la plaque jambière entière si vous utilisez le dispositif de positionnement motorisé des genoux)
- Fixez la jambe à opérer sur le dispositif de positionnement des genoux.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ⓘ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.12 Fracture de la partie inférieure de la jambe avec paire de plaques jambières en fibre de carbone



## Configuration de base

**1** Colonne de table  
Maquet Meera 7200.01XX

**2** Paire de plaques jambières  
en fibre de carbone 1133.67BC

## Accessoires généraux du rail porte-accessoires

**3** Dispositif de positionnement  
des bras (x 2) 1001.44X0

**4** Clameau de serrage radial  
(pour arc d'anesthésie)\* 1003.23C0

**5** Arc d'anesthésie 1002.57A0

**6** Extension d'arc d'anesthésie 1002.59A0

**7** Sangle de fixation 1001.59X0

## Auxiliaires de positionnement

**8** Double traversin 1000.6900

**9** Coussin de talon\* 4006.16A0\*\*

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

Vérifiez que le patient est correctement positionné : cotyle à hauteur du point de montage de la plaque jambière, ce qui permet un mouvement anatomique lors du réglage du plateau ou des plaques jambières.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1–2, 8).  
Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal.

## Puis, procédez comme suit :

- Placez les dispositifs de positionnement des bras (3) dans la position souhaitée et positionnez les bras.
- Positionnement anatomiquement correct des auxiliaires de positionnement restants et montage d'accessoires de rail porte-accessoires supplémentaires.
- ① Assurez-vous que les talons et le creux poplité sont librement positionnés. Les jambes du patient doivent être légèrement pliées pour éviter l'extension excessive du genou.
- Attachez les jambes à l'aide d'une sangle de fixation (7).  
**Conseil :** Vous devez pouvoir passer une main à plat entre la sangle et le patient.
- ① Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Possibilités de rayons X à 360°

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.13 Traitement du fémur en décubitus dorsal, traction sur la jambe tendue



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
---	----------------------------------	-----------

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

2	Dispositif d'extension	1419.01B0 <sup>2</sup>
3	Paire de plaques jambières (pour l'induction)*	1150.64B0
4	Barre de contre-traction <sup>1</sup>	
5	Dispositif de traction	1007.43A0
	Réglage vertical	1007.51B0
6	Clameau à rotation et pivotement	1003.34A0
7	Chaussure d'extension	1003.75A0***
8	Support pour plaque de pied <sup>1</sup>	1003.49B0
9	Plaque de pied	1001.97A0
10	Barre de support (x 2) <sup>1</sup>	1002.18A0

- 1 Fournie avec le dispositif de rallonge  
2 Autre solution : 1419.01JC pour point de montage « normal »

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

11	Support de bras	1001.6000
12	Appuie-bras avec bras articulé	1002.49A0
13	Segment de raccordement pour supports du corps	1002.19C0
14	Support de dos	1002.11A0
15	Clameau de serrage radial (x 2)*	1003.23C0
16	Arc d'anesthésie	1002.57A0
17	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0

### Auxiliaires de positionnement

18	Coussin de tête*	4006.21A0**
----	------------------	-------------

- \* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife  
\*\*\* Fabriqué par Condor

# Positionnement du patient et repositionnement de la fracture

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1-3). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (18). Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière (3).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez la table d'opération en position neutre.
  - Montez la barre de traction (A) et la barre télescopique (B) sur le point de montage central du dispositif de rallonge (2).  
**Conseil :** La mortaise carrée pour le dispositif de traction est dirigée vers l'extérieur. Vérifiez que la barre ne bloque pas les faisceaux de rayons X.
  - Montez le dispositif de traction (5) sur la barre télescopique (B) du côté à opérer.
  - Montez le clameau à rotation et pivotement (6) sur le dispositif de traction (5).
  - Attachez la chaussure d'extension (7) au clameau à rotation et pivotement (6).
  - Montez le support de la plaque de pied (8) sur la barre télescopique (B) du côté qui ne doit pas être opéré.
  - Montez la plaque de pied (9) sur le support pour plaque de pied (8).
  - Montez les barres de support (10) sur les barres télescopiques (B).
  - Retirez le segment de plaque de siège du côté qui doit être opéré et montez la barre de contre-extension matelassée (4).
  - Positionnez le patient vers l'extrémité des pieds jusqu'à ce que le bassin soit positionné au niveau de la barre de contre-extension.
  - Fixez les jambes dans la chaussure d'extension préparée (7) ou la plaque de pied (9), réglez les barres en fonction de l'anatomie du patient si nécessaire.
- Conseil :** une autre possibilité consiste à fixer la chaussure d'extension ou la plaque de pied au pied du patient dans un premier temps, puis à la monter sur le clameau à rotation et pivotement et sur le support pour plaque de pied.
- Retirez les plaques jambières (3).
  - Positionnez les bras : écartez le bras qui ne va pas être opéré sur un support de bras (11). Placez le bras du côté opéré sur l'appuie-bras (12) (voir l'introduction sous Informations générales).
  - Attachez et matelassez le support latéral (13-14) au côté qui doit être opéré.
  - Montez l'arc d'anesthésie (16-17) et tout autre accessoire du rail porte-accessoires.
  - Exercez une légère traction sur les deux jambes. La jambe du côté qui ne doit pas être opéré peut être écartée si nécessaire.
  - Réglez le sens de traction de la jambe à opérer en fonction de la fracture spécifique et étirez-la.
  - Écartez la jambe saine jusqu'à ce que l'amplificateur d'image puisse être inséré à partir de l'extrémité des pieds.
- ❗ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Repositionnement final de la fracture.  
**Conseil :** utilisez la barre télescopique pour exercer une traction de base et le dispositif de traction pour finaliser la traction fine.
  - Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.14 Traitement du fémur

en décubitus dorsal, traction sur la jambe tendue, jambe saine sur porte-jambe



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
---	----------------------------------	-----------

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

2	Dispositif d'extension	1419.01B0 <sup>2</sup>
3	Paire de plaques jambières (pour l'induction)*	1150.64B0
4	Barre de contre-traction <sup>1</sup>	
5	Dispositif de traction	1007.43A0
	Réglage vertical	1007.51B0
6	Clameau à rotation et pivotement	1003.34A0
7	Chaussure d'extension	1003.75A0***
8	Rallonge de rail porte- accessoires 1*	1004.91A0
9	Porte-jambe	1001.65A0
10	Barre de support (x 2) <sup>1</sup>	1002.18A0

1 Fournie avec le dispositif de rallonge

2 Autre solution : 1419.01JC pour point de montage « normal »

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

11	Support de bras	1001.6000
12	Clameau de serrage radial (x 3)	1003.23C0
13	Bras articulé pour supports du corps	1002.40A0
14	Support latéral	1002.11C0
15	Arc d'anesthésie	1002.57A0
16	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
17	Fixe-bras	1001,4600

### Auxiliaires de positionnement

18	Coussin de tête	4006.21A0**
----	-----------------	-------------

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

\*\*\* Fabriqué par Condor

# Positionnement du patient et repositionnement de la fracture

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1-3). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (18). Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière (3).

## Puis, procédez comme suit :

- Placez la table d'opération en position neutre.
- Montez la barre de traction (A) et la barre télescopique (B) du côté à opérer sur le point de montage central du dispositif de rallonge (2).  
**Conseil :** La mortaise carrée pour le dispositif de traction est dirigée vers l'extérieur. Vérifiez que la barre ne bloque pas les faisceaux de rayons X.
- Faites pivoter la barre de traction depuis le côté qui ne doit pas être opéré vers l'extrémité de la tête ou retirez-la.
- Montez le dispositif de traction (5) sur la barre télescopique (B) du côté à opérer.
- Montez le clameau à rotation et pivotement (6) sur le dispositif de traction (5).
- Attachez la chaussure d'extension (7) au clameau à rotation et pivotement (6).
- Montez la barre de support (10) sur la barre télescopique (B).
- Retirez le segment de plaque de siège du côté qui doit être opéré et montez la barre de contre-extension matelassée (4).
- Positionnez le patient vers l'extrémité des pieds jusqu'à ce que le bassin soit positionné au niveau de la barre de contre-extension.
- Retirez la plaque jambière du côté à opérer et fixez la jambe dans la chaussure d'extension préparée (7), réglez les barres en fonction de l'anatomie du patient si nécessaire.  
**Conseil :** une autre possibilité consiste à fixer la chaussure d'extension au pied du patient dans un premier temps, puis à la monter sur le clameau à rotation et pivotement.
- Fixez le porte-jambe (9) à la rallonge de rail porte-accessoires (8) du côté qui ne doit pas être opéré. Positionnez la jambe qui ne doit pas être opérée sur le porte-jambe (9) et retirez la plaque jambière.
- Positionnez les bras : Écartez le bras sur un dispositif de positionnement des bras (11) par rapport au côté qui ne doit pas être opéré.
- Attachez et matelassez le support latéral (13-14) au côté qui doit être opéré.
- Montez l'arc d'anesthésie (15-16) et tout autre accessoire du rail porte-accessoires.
- Relevez le bras du côté opéré à l'aide d'un fixe-bras (17) (voir l'introduction sous Informations générales).
- Exercez une légère traction sur la jambe à opérer.
- Vérifiez si la fracture est restituée de manière irréprochable sur les deux niveaux par l'amplificateur d'image.
- **!** Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Repositionnement final de la fracture.  
**Conseil :** utilisez la barre télescopique pour exercer une traction de base et le dispositif de traction pour finaliser la traction fine.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.15 Traitement du fémur

en décubitus dorsal,  
traction transcondylienne,  
jambe saine sur porte-jambe



### Configuration de base

1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
---	-------------------------------	-----------

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

2	Dispositif d'extension	1419.01B0 <sup>2</sup>
3	Paire de plaques jambières (pour l'induction)*	1150.64B0
4	Barre de contre-traction <sup>1</sup>	
5	Dispositif de tension à vis <sup>1</sup>	1003.3700
6	Clameau pour étrier de traction avec rotation	1003.35A0
7	Étrier de traction (non fourni par Maquet)	
8	Rallonge de rail porte-accessoires 1*	1004.91A0
9	Porte-jambe	1001.65A0
10	Barre de support (x 2) <sup>1</sup>	1002.18A0

1 Fournie avec le dispositif de rallonge  
2 Autre solution : 1419.01JC pour point de montage « normal »

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

11	Support de bras	1001.6000
12	Clameau de serrage radial (x 3)*	1003.23C0
13	Bras articulé pour supports du corps	1002.40A0
14	Support latéral	1002.11C0
15	Arc d'anesthésie	1002.57A0
16	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
17	Fixe-bras	1001,4600

### Auxiliaires de positionnement

18	Coussin de tête	4006.21A0**
----	-----------------	-------------

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

# Positionnement du patient et repositionnement de la fracture

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1-3). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (18). Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière (3).

## Puis, procédez comme suit :

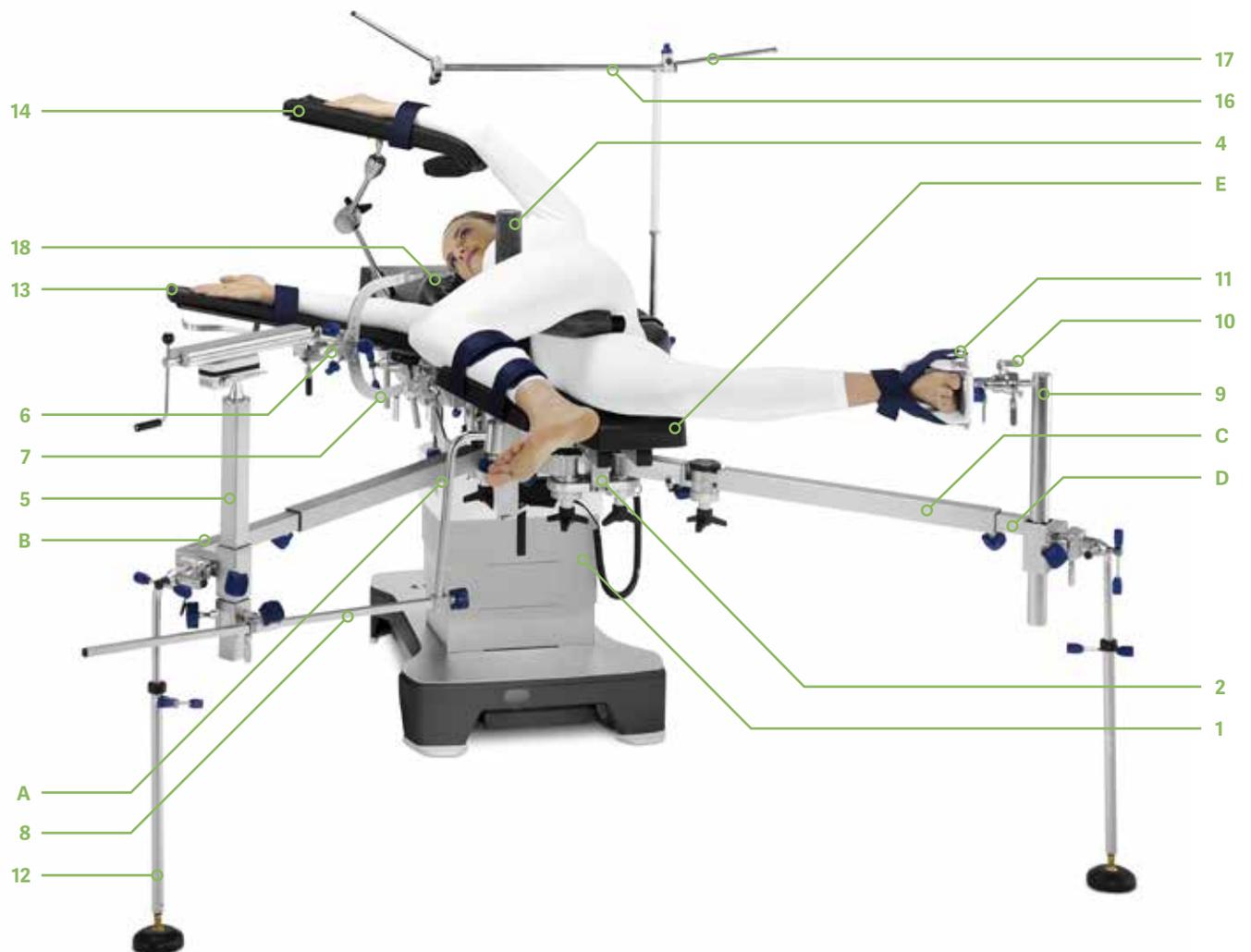
- Placez la table d'opération en position neutre.
- Montez la barre de traction (A) et la barre télescopique (B) du côté à opérer sur le point de montage central du dispositif de rallonge (2).  
**Conseil :** La mortaise carrée pour le dispositif de traction est dirigée vers l'extérieur. Vérifiez que la barre ne bloque pas les faisceaux de rayons X.
- Faites pivoter la barre de traction depuis le côté qui ne doit pas être opéré vers l'extrémité de la tête ou retirez-la.
- Montez le dispositif de traction (5) sur la barre télescopique (B) du côté à opérer.
- Montez le clameau pour étrier de traction avec rotation (6) sur le dispositif de traction (5).
- Montez la barre de support (10) sur la barre télescopique (B).
- Retirez le segment de plaque de siège du côté qui doit être opéré et montez la barre de contre-extension matelassée (4).
- Positionnez le patient vers l'extrémité des pieds jusqu'à ce que le bassin soit positionné au niveau de la barre de contre-extension.
- Si cela n'a pas encore été fait, placez la broche de Kirschner dans le condyle fémoral et montez l'étrier de traction (7).
- Retirez la plaque jambière de la jambe à opérer et fixez la jambe sur le clameau pour étrier de traction avec rotation (6) à l'aide d'étriers de traction (7), réglez les barres en fonction de l'anatomie du patient si nécessaire.
- Fixez le porte-jambe (9) à la rallonge de rail porte-accessoires (8) du côté qui ne doit pas être opéré. Positionnez la jambe qui ne doit pas être opérée sur le porte-jambe (9) et retirez la plaque jambière.
- Positionnez les bras : écartez le bras sur un support de bras (11) par rapport au côté qui ne doit pas être opéré.
- Attachez et matelassez le support latéral (13-14) au côté qui doit être opéré.
- Montez l'arc d'anesthésie (15-16) et tout autre accessoire du rail porte-accessoires.
- Relevez le bras du côté opéré à l'aide d'un fixe-bras (17) (voir l'introduction sous Informations générales).
- Vérifiez si la fracture est restituée de manière irréprochable sur les deux niveaux par l'amplificateur d'image.
- ! Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Repositionnement final de la fracture.  
**Conseil :** utilisez la barre télescopique pour exercer une traction de base et le dispositif de traction pour finaliser la traction fine.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.



Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

# 5.16 Traitement du fémur

en décubitus latéral avec barre de contre-extension du fémur



### Configuration de base

<b>1</b>	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
----------	----------------------------------	-----------

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

<b>2</b>	Dispositif d'extension	1419.01B0 <sup>2</sup>
----------	------------------------	------------------------

<b>3</b>	Paire de plaques jambières (pour l'induction)*	1150.64B0
----------	---	-----------

<b>4</b>	Barre de contre-extension du fémur, plaque de rallonge comprise (E)	1004.85B0
----------	---	-----------

<b>5</b>	Dispositif de tension à vis <sup>1</sup>	1003.3700
----------	--	-----------

<b>6</b>	Clameau pour étrier de traction avec rotation	1003.35A0
----------	--	-----------

<b>7</b>	Étrier de traction (non fourni par Maquet)	
----------	---	--

<b>8</b>	Support universel	1004.86B0
----------	-------------------	-----------

<b>9</b>	Support pour plaque de pied <sup>1</sup>	1003.49B0
----------	--	-----------

<b>10</b>	Clameau à rotation et pivotement	1003.34A0
-----------	-------------------------------------	-----------

<b>11</b>	Plaque de pied	1001.97A0
-----------	----------------	-----------

<b>12</b>	Barre de support (x 2) <sup>1</sup>	1002.18A0
-----------	-------------------------------------	-----------

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

<b>13</b>	Support de bras	1001.6000
-----------	-----------------	-----------

<b>14</b>	Appuie-bras avec bras articulé	1002.49A0
-----------	--------------------------------	-----------

<b>15</b>	Clameau de serrage radial (x 2)*	1003.23C0
-----------	-------------------------------------	-----------

<b>16</b>	Arc d'anesthésie	1002.57A0
-----------	------------------	-----------

<b>17</b>	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
-----------	------------------------------	-----------

### Auxiliaires de positionnement

<b>18</b>	Anneau appuie-tête	4006.02A0**
-----------	--------------------	-------------

1 Fournie avec le dispositif de rallonge

2 Autre solution : 1419.01JC pour point de montage « normal »

\* non illustré

\*\* Fabriqué par Trulife

## 5,16 Traitement du fémur en décubitus latéral avec barre de contre-extension du fémur

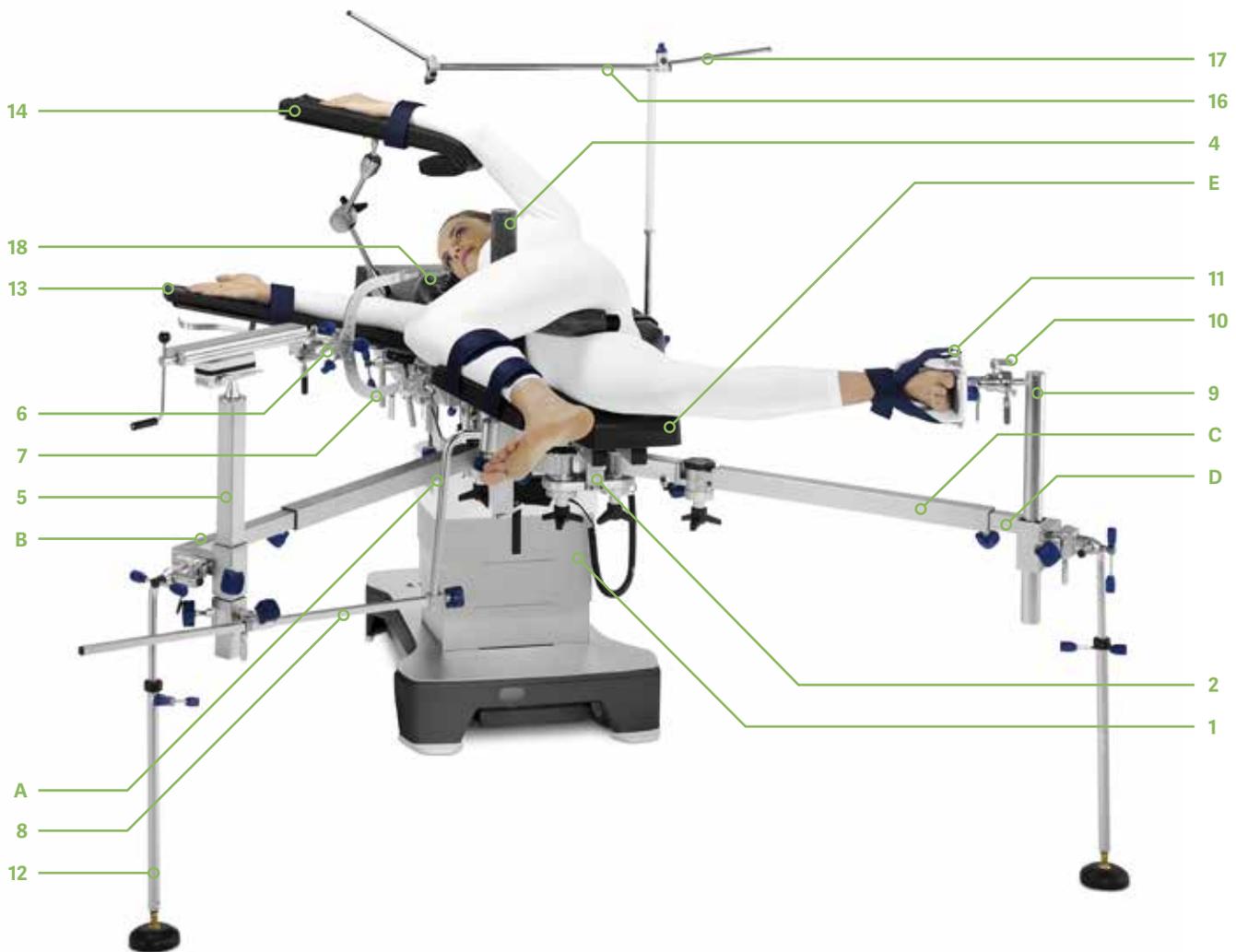
# Positionnement du patient et repositionnement de la fracture

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1-3). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (18). Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière (3).

### Puis, procédez comme suit :

- Placez la table d'opération en position neutre.
- Montez les barres de traction (A, C) et la barre télescopique (B, D) sur le point de montage central du dispositif de rallonge (2). **Conseil :** La mortaise carrée pour le dispositif de traction est dirigée vers l'intérieur. Vérifiez que la barre ne bloque pas les faisceaux de rayons X.
- Montez le dispositif de traction (5) sur la barre télescopique (B) du côté à opérer.
- Montez le support universel (8) depuis le dessous jusqu'au dispositif de traction (5) de manière à ce qu'il puisse tourner vers l'intérieur.
- Montez le support pour plaque de pied (9), le clameau à rotation et pivotement (10) et la plaque de pied (11) sur la barre télescopique (D) du côté qui ne doit pas être opéré.
- Montez les barres de support (12) sur les barres télescopiques (B, D).
- Si cela n'a pas encore été fait, placez la broche de Kirschner dans le condyle fémoral et montez l'étrier de traction (7).
- Retirez le segment de plaque de siège du côté à opérer et montez la barre de contre-extension du fémur (4) sans support périnéal ni coussin supérieur. Puis, faites tourner la barre de traction (A) vers l'extrémité de la tête. La barre de traction doit être placée plus loin vers l'extrémité de la tête que la barre de contre-extension.
- Retirez les plaques jambières et montez la plaque de bassin (E).
- **!** La jambe du patient doit être maintenue/attachée.
- Tournez le patient sur le côté, insérez l'arc périnéal et le coussin supérieur et positionnez le patient vers l'extrémité des pieds jusqu'à ce que le bassin soit positionné au niveau de la barre de contre-extension du fémur.  
**Conseil :** la hauteur peut être réglée pour s'adapter à la morphologie du patient.



- ❶ En décubitus latéral, vérifiez que l'épaule du dessous du patient est tirée vers l'avant.
- ❶ Le patient doit être attaché jusqu'à ce que les supports latéraux aient été placés dans leur position finale, afin d'éviter qu'il se déplace vers l'arrière.
- Écartez et fixez la jambe qui ne doit pas être opérée sur la plaque de pied (10), réglez les barres en fonction de l'anatomie du patient si nécessaire.
- Raccordez l'étrier de traction (7) au clameau pour étrier de traction avec rotation (6).
- Fixez la jambe à opérer sur le dispositif de traction (5) à l'aide du clameau pour étrier de traction avec rotation (6) et positionnez le mollet sur le support universel (8).
- Positionnez les bras : positionnez le bras du dessous sur le support de bras (13). Relevez le bras du dessus avec l'appuie-bras (14) (voir l'introduction sous Informations générales).
- Montez l'arc d'anesthésie (16-17) et tous autres accessoires du rail porte-accessoires.
- ❶ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Repositionnement final de la fracture.  
**Conseil :** Utilisez la barre télescopique pour exercer une traction de base et le dispositif de traction pour finaliser la traction fine.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.17 Traitement du tibia

en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné et bras de support articulé



Configuration de base		
1	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX

Accessoires spécifiques pour le positionnement		
2	Dispositif d'extension	1419.01B0 <sup>2</sup>
3	Paire de plaques jambières (pour l'induction)*	1150.64B0
4	Barre de contre-traction du tibia et du péroné	1003.50C0
5	Dispositif de tension à vis <sup>1</sup>	1003.3700
6	Fixation du condyle	1004.93B0
7	Bras de support articulé	1004.42B0
8	Clameau pour étrier de traction avec rotation	1003.35A0
9	Étrier de traction (non fourni par Maquet)	
10	Rallonge de rail porte-accessoires 1*	1004.91A0
11	Porte-jambe	1001.65A0

Accessoires généraux du rail porte-accessoires		
12	Support de bras	1001.6000
13	Clameau de serrage radial (x 2)*	1003.23C0
14	Arc d'anesthésie	1002.57A0
15	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
16	Fixe-bras	1001.4600

Auxiliaires de positionnement		
17	Coussin de tête	4006.21A0**

1 Fournie avec le dispositif de rallonge  
2 Autre solution : 1419.01JC pour point de montage « normal »

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

## 5.17 Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné et bras de support articulé

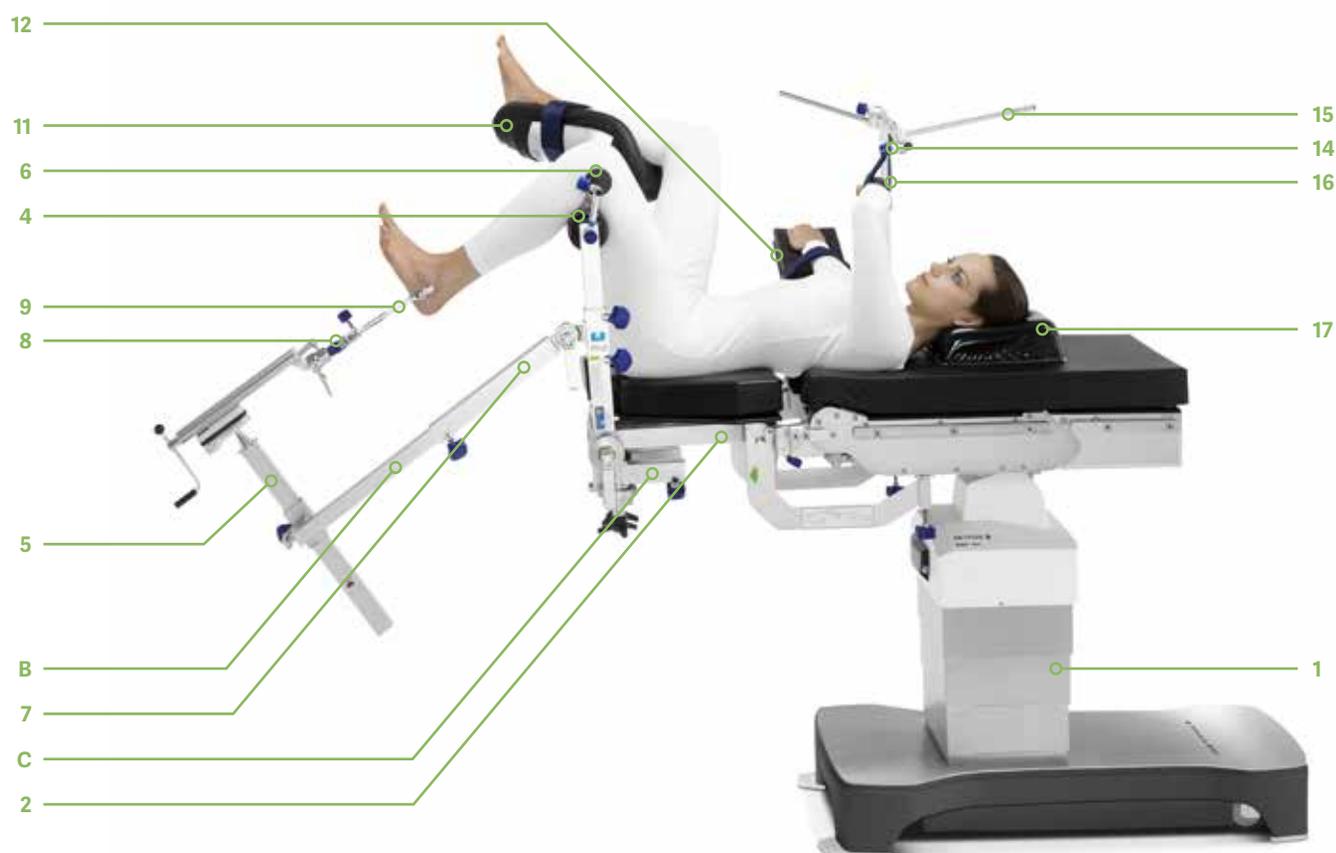
# Positionnement du patient et repositionnement de la fracture

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1-3). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (17). Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière (3).

### Puis, procédez comme suit :

- Placez la table d'opération en position neutre.
- Retirez les barres de traction et faites tourner les barres supérieures (C) vers l'extrémité de la tête.
- Si cela n'a pas encore été fait, placez la broche de Kirschner dans le calcanéum et montez l'étrier de traction (9).
- Retirez le segment de la plaque de siège du côté à opérer.
- Montez la barre de contre-extension du tibia et du péroné (4).
- Montez le bras de support articulé (7) sur la barre de contre-extension du tibia et du péroné (4).
- Montez la barre télescopique (B) sur le bras de support articulé (7).  
**Conseil :** La mortaise carrée pour le dispositif de traction est dirigée vers l'intérieur.
- Montez le dispositif de traction (5) sur la barre télescopique (B).
- Montez le clameau pour étrier de traction avec rotation (8) sur le dispositif de traction (5).
- Positionnez le patient vers l'extrémité des pieds jusqu'à ce que la cuisse soit positionnée au niveau de la barre de contre-extension.
- Guidez la jambe à opérer au-dessus de la barre de contre-extension du tibia et du péroné (4), retirez la plaque jambière (3) du côté à opérer et raccordez l'étrier de traction avec le clameau pour étrier de traction avec rotation sur le dispositif de traction, si nécessaire, réglez les barres en fonction de l'anatomie du patient.
- Si nécessaire, montez la fixation pour condyle (6).
- La cuisse de la jambe à opérer doit être pratiquement verticale. Si nécessaire, réglez la position du patient.



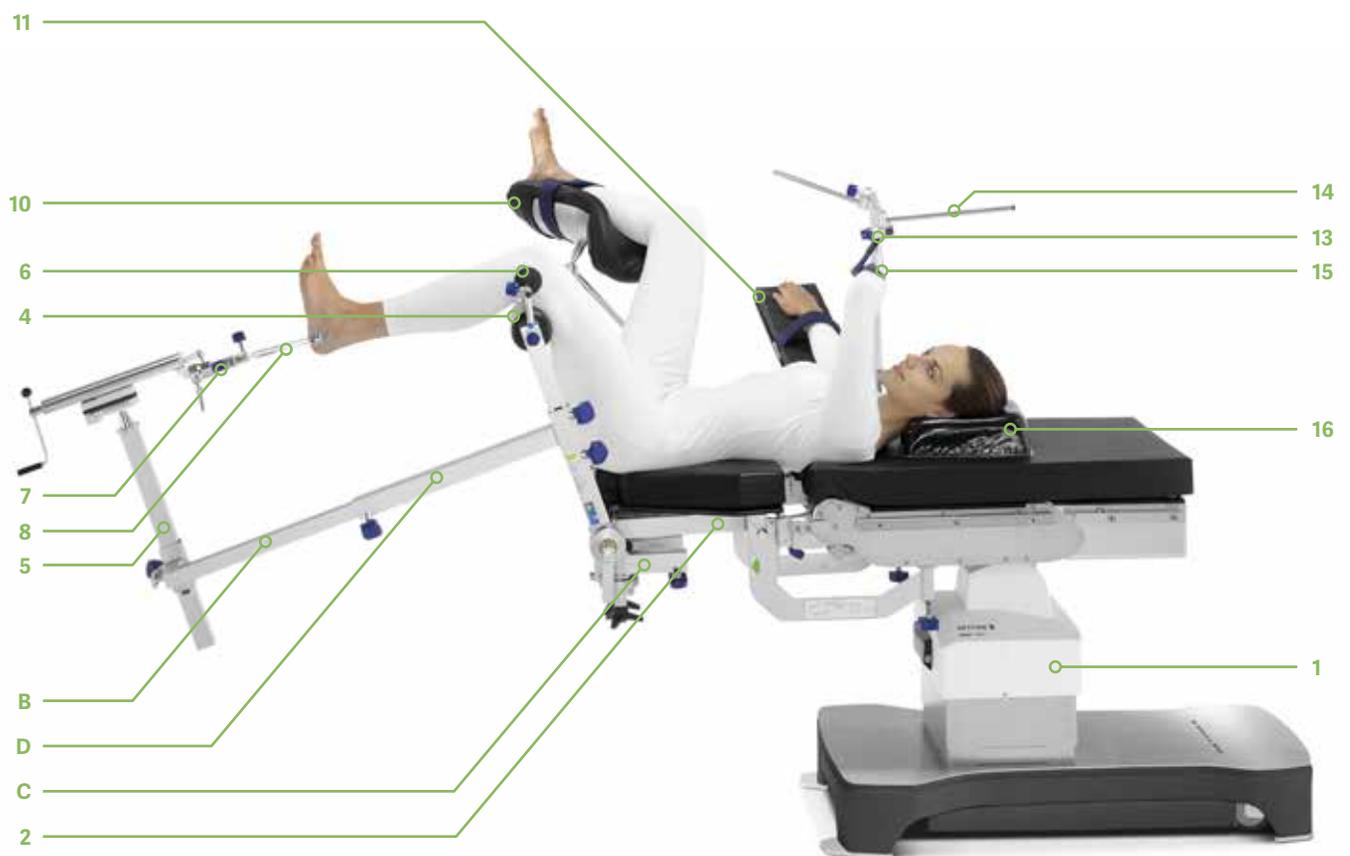
- ❶ Réglez finement le bras de support articulé (7) et réglez la position souhaitée de la jambe pour l'angle de blocage. Le creux poplité doit être libre de toute compression.
- Fixez le porte-jambe (11) à la rallonge de rail porte-accessoires (10) du côté qui ne doit pas être opéré. Positionnez la jambe qui ne doit pas être opérée sur le porte-jambe (11) et retirez la plaque jambière (3).
- Positionnez les bras : Écartez le bras sur un support de bras (12) par rapport au côté qui ne doit pas être opéré.
- Montez l'arc d'anesthésie (14-15) et tout autre accessoire du rail porte-accessoires.
- Relevez le bras du côté opéré à l'aide d'un fixe-bras (16) (voir l'introduction sous Informations générales).

- ❶ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Vérifiez si la fracture est restituée de manière irréprochable sur les deux niveaux par l'amplificateur d'image.
- Repositionnement final de la fracture.  
**Conseil :** utilisez la barre télescopique pour exercer une traction de base et le dispositif de traction pour finaliser la traction fine.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.18 Traitement du tibia

en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur porte-jambe



### Configuration de base

<b>1</b>	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
----------	----------------------------------	-----------

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

<b>2</b>	Dispositif d'extension	1419.01B0 <sup>2</sup>
----------	------------------------	------------------------

<b>3</b>	Paire de plaques jambières (pour l'induction)*	1150.64B0
----------	---	-----------

<b>4</b>	Barre de contre-traction du tibia et du péroné	1003.50C0
----------	---	-----------

<b>5</b>	Dispositif de tension à vis <sup>1</sup>	1003.3700
----------	--	-----------

<b>6</b>	Fixation du condyle	1004.93B0
----------	---------------------	-----------

<b>7</b>	Clameau pour étrier de traction avec rotation	1003.35A0
----------	--	-----------

<b>8</b>	Étrier de traction (non fourni par Maquet)	
----------	---	--

<b>9</b>	Rallonge de rail porte-accessoires 1*	1004.91A0
----------	--	-----------

<b>10</b>	Porte-jambe	1001.65A0
-----------	-------------	-----------

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

<b>11</b>	Support de bras	1001.6000
-----------	-----------------	-----------

<b>12</b>	Clameau de serrage radial (x 2)*	1003.23C0
-----------	-------------------------------------	-----------

<b>13</b>	Arc d'anesthésie	1002.57A0
-----------	------------------	-----------

<b>14</b>	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
-----------	------------------------------	-----------

<b>15</b>	Fixe-bras	1001.4600
-----------	-----------	-----------

### Auxiliaires de positionnement

<b>16</b>	Coussin de tête	4006.21A0**
-----------	-----------------	-------------



1 Fournie avec le dispositif de rallonge  
2 Autre solution : 1419.01JC pour point de montage « normal »

\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

## 5.18 Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur porte-jambe

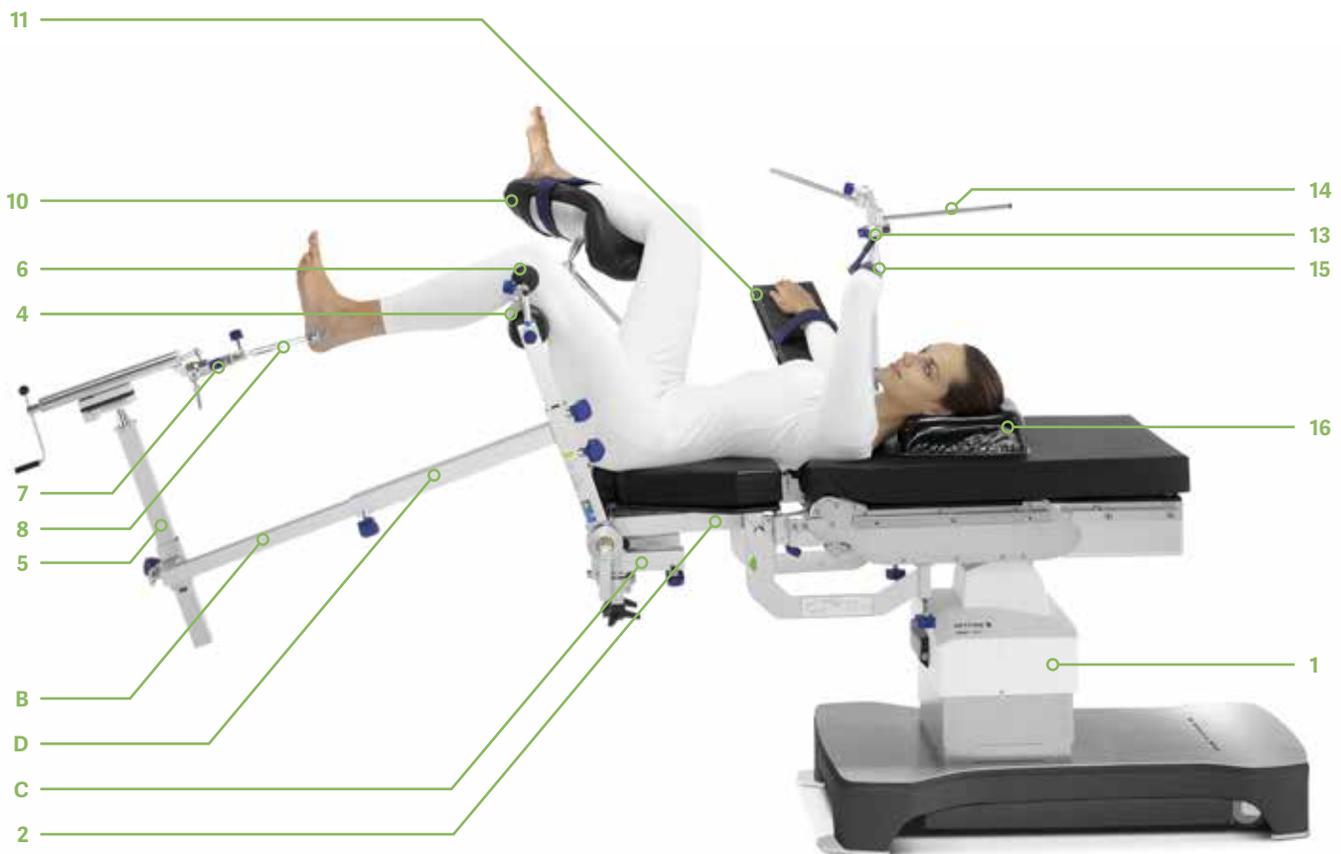
# Positionnement du patient et repositionnement de la fracture

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur la table d'opération préconfigurée (1-3). Le patient est allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal. La tête est prépositionnée à l'aide d'un auxiliaire de positionnement (16). Les jambes sont positionnées sur la plaque jambière (3).

### Puis, procédez comme suit :

- Placez la table d'opération en position neutre.
- Retirez les barres de traction et faites tourner les barres supérieures (C) vers l'extrémité de la tête.
- Si cela n'a pas encore été fait, placez la broche de Kirschner dans le calcanéum et montez l'étrier de traction (8).
- Retirez le segment de la plaque de siège du côté à opérer.
- Montez la barre de contre-extension du tibia et du péroné (4) sur la barre horizontale (D).
- Montez la barre télescopique (B) sur la barre horizontale (C).  
**Conseil :** la mortaise carrée pour le dispositif de traction est dirigée vers l'intérieur.
- Montez le dispositif de traction (5) sur la barre télescopique (B).
- Montez le clameau pour étrier de traction avec rotation (7) sur le dispositif de traction (5).
- Positionnez le patient vers l'extrémité des pieds jusqu'à ce que la cuisse soit positionnée au niveau de la barre de contre-extension.
- Guidez la jambe à opérer au-dessus de la barre de contre-extension du tibia et du péroné (4), retirez la plaque jambière (3) du côté à opérer et raccordez l'étrier de traction avec le clameau pour étrier de traction avec rotation sur le dispositif de traction, si nécessaire, réglez les barres en fonction de l'anatomie du patient.
- Si nécessaire, montez la fixation pour condyle (6).
- La cuisse de la jambe à opérer doit être pratiquement verticale. Si nécessaire, réglez la position du patient.



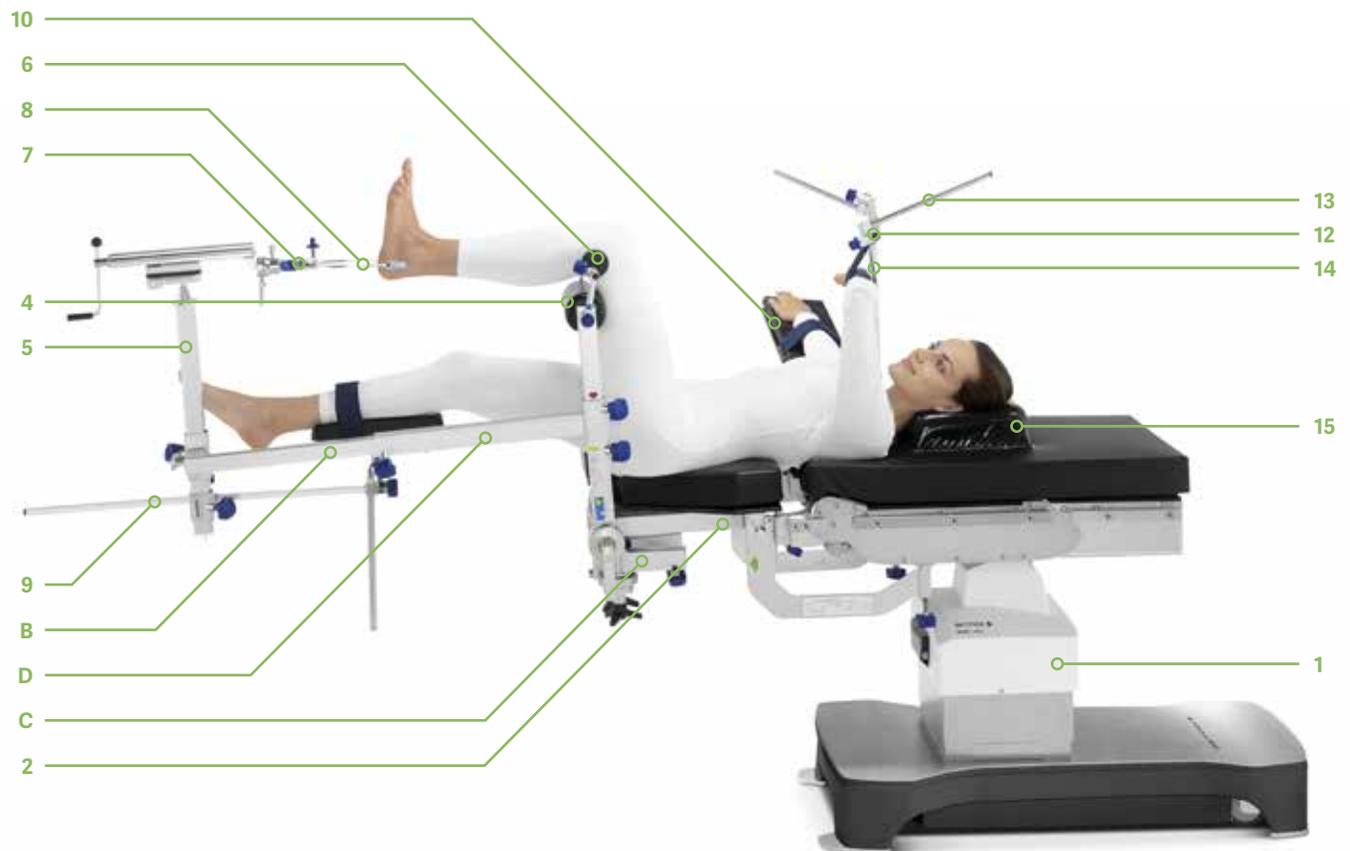
- ❶ Réglez finement la configuration complète et réglez la position souhaitée de la jambe pour l'angle de blocage. Le creux poplité doit être libre de toute compression.
- Attachez le porte-jambe (10) à la rallonge de rail porte-accessoires (9) du côté qui ne doit pas être opéré. Positionnez la jambe qui ne doit pas être opérée sur le porte-jambe (10) et retirez la plaque jambière (3).
- Positionnez les bras : écarter le bras sur un support de bras (11) par rapport au côté qui ne doit pas être opéré.
- Montez l'arc d'anesthésie (13-14) et tous autres accessoires du rail porte-accessoires.
- Relevez le bras du côté opéré à l'aide d'un fixe-bras (15) (voir l'introduction sous Informations générales).

- ❶ Contrôlez tous les raccords à vis et à clameau.
- Vérifiez si la fracture est restituée de manière irréprochable sur les deux niveaux par l'amplificateur d'image.
- Repositionnement final de la fracture.  
**Conseil :** utilisez la barre télescopique pour exercer une traction de base et le dispositif de traction pour finaliser la traction fine.
- Après l'intervention, sortez le patient de cette position dans l'ordre inverse.

Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## 5.19 Traitement du tibia

en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur support universel



### Configuration de base

<b>1</b>	Colonne de table Maquet Meera	7200.01XX
----------	----------------------------------	-----------

### Accessoires spécifiques pour le positionnement

<b>2</b>	Dispositif d'extension	1419.01B0 <sup>2</sup>
----------	------------------------	------------------------

<b>3</b>	Paire de plaques jambières (pour l'induction)*	1150.64B0
----------	---	-----------

<b>4</b>	Barre de contre-traction du tibia et du péroné	1003.50C0
----------	---	-----------

<b>5</b>	Dispositif de tension à vis <sup>1</sup>	1003.3700
----------	--	-----------

<b>6</b>	Fixation du condyle	1004.93B0
----------	---------------------	-----------

<b>7</b>	Clameau pour étrier de traction avec rotation	1003.35A0
----------	--	-----------

<b>8</b>	Étrier de traction (non fourni par Maquet)	
----------	---	--

<b>9</b>	Support universel	1004.86B0
----------	-------------------	-----------

### Accessoires généraux du rail porte-accessoires

<b>10</b>	Support de bras	1001.6000
-----------	-----------------	-----------

<b>11</b>	Clameau de serrage radial (x 2)*	1003.23C0
-----------	-------------------------------------	-----------

<b>12</b>	Arc d'anesthésie	1002.57A0
-----------	------------------	-----------

<b>13</b>	Extension d'arc d'anesthésie	1002.59A0
-----------	------------------------------	-----------

<b>14</b>	Fixe-bras	1001.4600
-----------	-----------	-----------

### Auxiliaires de positionnement

<b>15</b>	Coussin de tête	4006.21A0**
-----------	-----------------	-------------



1 Fournie avec le dispositif de rallonge  
2 Autre solution : 1419.01JC pour point de montage « normal »

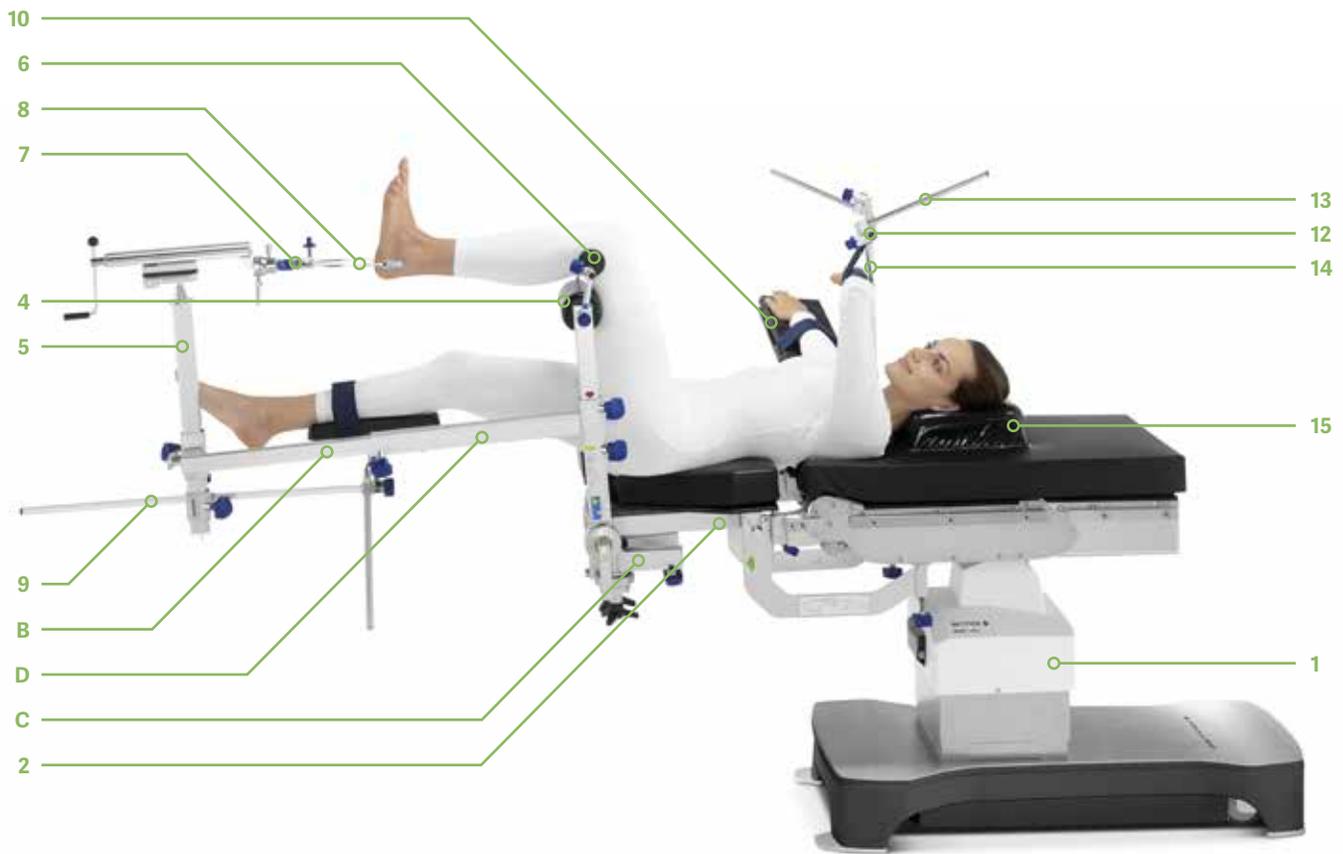
\* non illustré  
\*\* Fabriqué par Trulife

## 5.19 Traitement du tibia en décubitus dorsal avec barre de contre-extension du tibia et du péroné, jambe saine sur support universel

# Positionnement du patient et repositionnement de la fracture

En cas d'utilisation de la table d'opération mobile, le positionnement final du patient ne doit commencer qu'une fois que la table a été solidement verrouillée au sol.

L'anesthésie commence sur le plateau de positionnement pour l'extension. Le patient est ensuite allongé sur la table d'opération en décubitus dorsal et un auxiliaire de positionnement (18) est utilisé pour positionner la tête sur le plateau. Les jambes sont positionnées sur les plaques jambières (4).



Remarque : les présentes instructions ne contiennent pas de remarques sur tout matelassage supplémentaire nécessaire pour la prévention des escarres.

## Mentions légales :

**Table d'opération MEERA (7200.01)** - Table d'opération mobile destinée à positionner le patient en vue d'une intervention chirurgicale juste avant, pendant et après la phase opératoire ainsi que pour l'examen et le traitement. Il s'agit d'un dispositif médical de classe I. Produit fabriqué par MAQUET GmbH, Allemagne. Pour un bon usage, veuillez lire attentivement toutes les instructions figurant dans la notice d'utilisation du produit.

PUB-2023-0424-B, version de février 2024.



Convaincue que tout le monde devrait pouvoir bénéficier des meilleurs soins possibles, Getinge propose aux établissements de santé et des sciences de la vie des solutions visant à améliorer les résultats cliniques et à optimiser les flux de travail. Notre gamme de produits et de solutions est destinée aux soins intensifs, aux procédures cardiovasculaires, aux blocs opératoires, aux services de retraitement stérile ainsi qu'aux sciences de la vie. Avec plus de 10 000 employés dans le monde, les solutions Getinge sont commercialisées dans plus de 135 pays.

Maquet GmbH · Kehler Str. 31 · 76437 Rastatt · Allemagne · +49 7222 932-0

Trouvez votre représentant commercial Getinge local sur le site :

Getinge France · société par actions simplifiées au capital de 8.793.677,10 euros, dont le siège social est situé à MASSY (91300) – Carnot Plaza, 14/16 Avenue Carnot - immatriculée sous le numéro 562 096 297 RCS EVRY · 02 38 25 88 88 - accueil.FRARD@getinge.com

[www.getinge.fr](http://www.getinge.fr)