



Urg'Ara

UMH-P

Méthode de travail des protocoles

PSIS Protocole de Soins Infirmiers Spécifiques

Boite à outils

Printemps d'Urg'Ara 6 mai 2024

Dr Cécile Vallot et Dr Stéphanie Fey

La méthode de travail

Compétences visées	
<p>Recueillir les éléments anamnestiques, cliniques, paracliniques</p> <p>Respecter les critères de sécurité et d'hygiène lors d'une intervention</p> <p>Respecter les indications / contre-indications / posologie et modalités d'administration des médicaments</p> <p>Adapter la prise en soins en relation avec le médecin urgentiste</p> <p>Assurer la surveillance permanente du patient</p>	<p>Situations cliniques</p>
	Douleur médicale ou traumatique
	Hypoglycémie avec trouble du comportement, agitation et difficulté de re-sucrage par voie orale
	Douleur thoracique non traumatique à faible risque de SCA
	Tableau évocateur d'une crise convulsive généralisée, patient aux antécédents de convulsion
	Dyspnée sans signe de détresse respiratoire chez un asthmatique connu ou un patient BPCO connu, ne cédant pas au traitement habituel
	Hémorragie extériorisée
	Lipthymie et/ou dyspnée survenant dans un contexte évocateur d'allergie
	Brûlure localisée du 2° ou 3° degré avec hyperalgie
	ACR adulte
ACR pédiatrique	
ACR avec convulsions et gasps	

Choix Urg'Ara

- Création de référentiel « Prise en charge arrêt cardiaque »
- Décision de faire des référentiels adulte/pédiatrie selon les thématiques
 - Création :
 - Fiche « ABCDE Adulte »
 - Fiche « ABCDE Pédiatrique »
 - Fiche « Bilan »



Méthode de travail

Rédaction des référentiels

- Coordination du travail Dr Fey-Dosda et Dr Vallot (Urg'Ara)
- Groupe de travail composé de représentants de la CP via un **appel à candidature auprès de la Commission Paramédicale** : 27 IDE / 1 ADE
- **Sollicitation des filières** déjà existantes au sein du réseau (« Arrêt cardiaque » pour AC, « Cardiologie » pour Douleur thoracique, « Cerveau » pour Convulsion, « Pédi'Ara » pour toutes les spécificités pédiatriques)
- Travail en 2 temps de réunion R1+R2, puis relecture par Bureau CP et membre Urg'Ara

A noter

Implication très forte des représentants CP avec participation aux réunions, relectures, annotations

Participation très précieuse du Dr Simiot du SAMU38

PETITJEAN Virginie	IDE	BOURG EN BRESSE
LACAN Magalie	IDE	METROPOLE SAVOIE
CHAROLLOIS POLVE Nathalie	IDE	Urg'Ara
CLOT Amandine	IDE	CH ROMAN
PERRIN Céline	IDE	CH BOURGOIN JAILLEU
DELABIE Carole	IDE	CHAM
LEVEQUE Sylvie	IDE	CHAM
LASSALLE Antonin	IDE	BOURG EN BRESSE
HAUTIER Isabelle	IDE	CH ISSOIRE
MOURIN Nicolas	IDE	CH VALENCE
DALLARD Nathalie	IDE	CH AUBENAS (Ardèche Méridionale)
GIROUD Olivier	IDE	CHU GRENOBLE
STURMA Alexandre	IDE	CHAL
PELISSIER Emilia	IDE	
PERRET Laurent	IDE	CH VICHY
NEVES Mathilde	IDE	CH OYONNAX
FREMION Yannick	IDE	CH OYONNAX
SANTON Magali		CH OYONNAX
DELMAS Anais	IDE	CH ISSOIRE
CATALDO Vanessa	IDE	CH VALENCE
VALLOT Cécile	Médecin	Urg'Ara
DUCHENNE Jonathan	Médecin	Urg'Ara
ROSSEC Titouan	IDE	CH RIOM
HORTEUR Delphine	IDE	CH VALENCE
FAURITE Charlène	IDE	CH ROMANS
LIEBY Pauline	IDE	HCL
GARCIA Aurélien	IDE	CH ISSOIRE
CHASTAING Pierre Alexandre	IDE	CH ISSOIRE
MARILLER Mattias	IDE	HCL
FEY DOSDA Stéphanie	Médecin	Urg'Ara
JAINSKY Laure	Médecin	Urg'Ara
CAVALLI Pascale	Médecin	Urg'Ara

Réunion conjointe le 11 avril réunissant:

- **Directeur des SAMU ARA** (qui valideront la mise en place des UMH-P sur leur SAMU)
- **Référents des CESU ARA** (qui formeront les IDE à cette évolution de pratique)
- Participation **Dr Ghéno, président ANCESU**

Validation des référentiels et questionnement sur la spécificité préhospitalière :

- **Place du KT-IO** (travail actuel avec DGOS)
- **Autonomie des IDE sur 1^{er} traitements d'urgence avant bilan au médecin régulateur**
- **Validation de la méthode d'évaluation ABCD**
- **Validation du bilan infirmier structuré par les méthodes type SAED**

Et au final **validation par le Comité Scientifique Urg'Ara le 30/04**

=> **Objectif de diffusion début mai**

Les Protocoles de Soins Infirmiers Spécifiques

Quick look + évaluation ABCDE
Red Flag spécifique au motif de déclenchement UMH-P

Anamnèse et symptomatologie

Prise en charge spécifique par équipe UMH-P selon état de gravité (code couleur)

Positionnement du bilan

Quick look et Evaluation ABCDE



- Dysphonie, altération de la fluence verbale, sueurs, cyanose
- Marbrures / TRC > 3 sec
- FR > 30/min
- Adulte et > 10 ans : FC > 120/min et/ou PAS < 90 mmHg
- De 1 mois à 1 an , PAS < 70 mmHg
- De 1 à 10 ans PAS < 70 + (2X âge) mmHg
- Altération de l'état de conscience ou agitation
- ATCD choc anaphylactique

Caractériser la crise :

Heure de début, durée, déroulement, description, état de conscience pendant la crise

ATCD épilepsie

Traitement : antiépileptique, consigne de cas de crises, traitement donné lors de la crise

Grossesse

Facteurs déclenchant :

- Notion de fièvre
- Prise de toxique
- Notion de traumatisme

Evaluation ABCDE et mesure correctrice
Traiter hypoglycémie : Glucose G30% selon poids
Traiter fièvre: Paracétamol 15 mg/kg / déshabiller

Si convulsion > 5 min

Injecter 1^{ère} dose de Benzodiazépine

- VVP : Clonazépam (Rivotril® 0,04 mg/kg en IVDL sur 30'' à 1')
- Pas de VVP :
Midazolam buccal (buccolam® ou Hypnovel®)
ou Midazolam INasal 0,3 mg/kg (max 10mg)
ou Diazépam (Valium ® 0,5 mg/kg en IR)

Traiter hypoglycémie :

Glucose G30% selon poids

Traiter fièvre:

Paracétamol 15 mg/kg per os en absence de trouble de la déglutition ou IV et si prise < 6h

BILAN STRUCTURE

LIPOTHYMIE ET/OU DYSPNEE SURVENANT DANS UN CONTEXTE EVOCATEUR D'ALLERGIE

EVALUATION CLINIQUE

Quick look et Evaluation ABCDE

Red Flag

- Dysphonie, altération de la fluence verbale, sueurs, cyanose
- Marbrures / TRC > 3 sec
- FR > 30/min
- Adulte et > 10 ans : FC > 120/min et/ou PAS < 90 mmHg
- De 1 mois à 1 an , PAS < 70 mmHg
- De 1 à 10 ans PAS < 70 + (2X âge) mmHg
- Altération de l'état de conscience ou agitation
- ATCD choc anaphylactique

Contexte / anamnèse
 Antécédents et traitements
 Allergie connue
 Auto-injection Adrénaline
 Heure contact allergène
 Heure début des symptômes

Anaphylaxie = Apparition brutale (quelques secondes à quelques heures) après exposition à un allergène d'au moins 2 critères (2 organes) :

- Atteinte cutanéomuqueuse (éruption généralisée, prurit, flush, œdème lèvre/langue/luette)
- Atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme)
- Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organe (syncope, collapsus, hypotonie incontinence) ou tachycardie persistante
- Signes gastro-intestinaux persistants au moment de l'examen (douleur abdominale, vomissements, diarrhées)

Eviction allergène

Situation 1

Critères d'anaphylaxie et contexte allergie connue ou évident

- > **Injection d'Adrénaline en Intra Musculaire IM** (face latéro ext cuisse) Possibilité d'utiliser stylo injecteur du patient si disponible

Adrénaline IM	Adulte : 0,5mg	Enfant : <20kg = 0,15 mg 20-40kg = 0,3 mg >40kg = 0,5 mg
Du Stylo injecteur		

- > Installation du patient (décubitus dorsal si pas de signes de détresse respiratoire aiguë) / **mobilisation prudente du patient**
 Oxygénothérapie MHC : QSP SpO₂ > 94%
 Scope

- > Pose d'une VVP dès que possible (si 2 échecs VVP, pose KTIO)

- > Remplissage vasculaire : 20ml/kg de NaCl 0,9% en 20 min

- > Si dyspnée expiratoire = Bronchospasme (sibilants audibles) = Aérosol de β₂mimétique Salbutamol ou Terbutaline
- > Si dyspnée inspiratoire = Obstruction VAS (recherche dysphonie, œdème lèvre) = Aérosol d'Adrénaline

Aérosol Salbutamol	5mg	>6ans : Salbutamol 5mg <6ans: Salbutamol 2,5mg
Aérosol Terbutaline	5mg	>6ans : 5mg <6ans : 2,5mg
Aérosol Adrénaline	5mg	0,5mg/kg (Dose max 5mg)

BILAN STRUCTURE

- > **Renfort médicalisé laissé à l'appréciation du médecin régulateur**

- > Si persistance de la défaillance hémodynamique ou respiratoire à 5min de l'injection, discuter avec MRU :
 - > 2^{ème} injection Adrénaline IM (même posologie)
 - > demande renfort médicalisé

Situation 2 :

Patient non allergique et contexte peu claire

BILAN STRUCTURE

Suivre consignes MRU

Situation 3 :

Pas de critère d'anaphylaxie et contexte allergie connue ou évident

BILAN STRUCTURE

Anti-histaminique
 Voie administration en fonction de l'orientation du médecin régulateur

Indication surveillance hospitalière :

- Pose VVP
- Polaramine IV 5mg

Pas d'indication de surveillance hospitalière :

- Patient laissé sur place
- Cétirizine 10mg per os

EVALUATION CLINIQUE

Quick look et Evaluation ABCDE

Red Flag

- Dysphonie, altération de la fluence verbale, sueurs, cyanose
- Marbrures / TRC > 3 sec
- FR > 30/min
- Adulte et > 10 ans : FC > 120/min et/ou PAS < 90 mmHg
- De 1 mois à 1 an , PAS < 70 mmHg
- De 1 à 10 ans PAS < 70 + (2X âge) mmHg
- Altération de l'état de conscience ou agitation
- ATCD choc anaphylactique



Contexte / anamnèse
 Antécédents et traitements
 Allergie connue
 Auto-injection Adrénaline
 Heure contact allergène
 Heure début des symptômes

Anaphylaxie = Apparition brutale (quelques secondes à quelques heures) après exposition à un allergène d'au moins 2 critères (2 organes) :

- Atteinte cutanéomuqueuse (éruption généralisée, prurit, flush, œdème lèvre/langue/luette)
- Atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme)
- Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organe (syncope, collapsus, hypotonie, incontinence) ou tachycardie persistante
- Signes gastro-intestinaux persistants au moment de l'examen (douleur abdominale, vomissements, diarrhées)

EVALUATION CLINIQUE

Quick look et Evaluation ABCDE

Red Flag

- Dysphonie, altération de la fluence verbale, sueurs, cyanose
- Marbrures / TRC > 3 sec
- FR > 30/min
- Adulte et > 10 ans : FC > 120/min et/ou PAS < 90 mmHg
- De 1 mois à 1 an, PAS < 70 mmHg
- De 1 à 10 ans PAS < 70 + (2X âge) mmHg
- Altération de l'état de conscience ou agitation
- ATCD choc anaphylactique



Contexte / anamnèse
Antécédents et traitements
Allergie connue
Auto-injection Adrénaline
Heure contact allergène
Heure début des symptômes

Anaphylaxie = Apparition brutale (quelques secondes à quelques heures) après exposition à un allergène d'au moins 2 critères (2 organes) :

- Atteinte cutanéomuqueuse (éruption généralisée, prurit, flush, œdème lèvre/langue/louette)
- Atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme)
- Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organe (syncope, collapsus, hypotonie, incontinence) ou tachycardie persistante
- Signes gastro-intestinaux persistants au moment de l'examen (douleur abdominale, vomissements, diarrhées)

Eviction allergène

Situation 1
Critères d'anaphylaxie et contexte allergie connue ou évident

➤ **Injection d'Adrénaline en Intra Musculaire IM** (face latéro ext cuisse) Possibilité d'utiliser stylo injecteur du patient si disponible

Adrénaline IM Ou Stylo injecteur	Adulte : 0,5mg	Enfant : <20kg = 0,15 mg 20-40kg = 0,3 mg >40kg = 0,5 mg
-------------------------------------	----------------	--

➤ Installation du patient (décubitus dorsal si pas de signes de détresse respiratoire aiguë) / **mobilisation prudente du patient**
Oxygénothérapie MHC : QSP SpO₂ > 94%
Scope

- Pose d'une VVP dès que possible (si 2 échecs VVP, pose KTIO)
- Remplissage vasculaire : 20ml/kg de NaCl 0,9% en 20 min

➤ Si dyspnée expiratoire = Bronchospasme (sibilants audibles) = Aérosol de β₂mimétique Salbutamol ou Terbutaline
➤ Si dyspnée inspiratoire = Obstruction VAS (recherche dysphonie, œdème lurette) = Aérosol d'Adrénaline

Aérosol Salbutamol	5mg	>6ans : Salbutamol 5mg <6ans: Salbutamol 2,5mg
Aérosol Terbutaline	5mg	>6ans : 5mg <6ans : 2,5mg
Aérosol Adrénaline	5mg	0,5mg/kg (Dose max 5mg)

BILAN STRUCTURE

- **Renfort médicalisé laissé à l'appréciation du médecin régulateur**
- Si persistance de la défaillance hémodynamique ou respiratoire à 5min de l'injection, discuter avec MRU :
 - 2^{ème} injection Adrénaline IM (même posologie)
 - demande renfort médicalisé

Situation 2 :
Patient non allergique ou
contexte peu claire

BILAN STRUCTURE

Suivre consignes MRU

Situation 3:
Pas de critère d'anaphylaxie
et contexte allergie connue
ou évident

BILAN STRUCTURE

Anti-histaminique
Voie administration en fonction de l'orientation du médecin régulateur

Indication surveillance hospitalière :
- Pose VVP
- Polaramine IV 5mg

Pas d'indication de surveillance hospitalière :
- Patient laissé sur place
- Cétirizine 10mg per os

LIPOTHYMIE ET/OU DYSPNEE SURVENANT DANS UN CONTEXTE EVOCATEUR D'ALLERGIE

Eviction allergène

Situation 1

Critères d'anaphylaxie et contexte allergie connue ou évident

➤ **Injection d'Adrénaline en Intra Musculaire IM** (face latéro ext cuisse) Possibilité d'utiliser stylo injecteur du patient si disponible

Adrénaline IM Ou Stylo injecteur	Adulte : 0,5mg	Enfant : <20kg = 0,15 mg 20-40kg = 0,3 mg >40kg = 0,5 mg
-------------------------------------	----------------	--

➤ Installation du patient (décubitus dorsal si pas de signes de détresse respiratoire aiguë) / **mobilisation prudente du patient**
Oxygénothérapie MHC : QSP SpO₂ > 94%
Scope

➤ Pose d'une VVP dès que possible (si 2 échecs VVP, pose KTIO)

➤ Remplissage vasculaire : 20ml/kg de NaCl 0,9% en 20 min

➤ Si dyspnée expiratoire = Bronchospasme (sibilants audibles) = Aérosol de β₂mimétique Salbutamol ou Terbutaline

➤ Si dyspnée inspiratoire = Obstruction VAS (recherche dysphonie, œdème lurette) = Aérosol d'Adrénaline

Aérosol Salbutamol	5mg	>6ans : Salbutamol 5mg <6ans: Salbutamol 2,5mg
Aérosol Terbutaline	5mg	>6ans : 5mg <6ans : 2,5mg
Aérosol Adrénaline	5mg	0,5mg/kg (Dose max 5mg)

BILAN STRUCTURE

➤ **Renfort médicalisé laissé à l'appréciation du médecin régulateur**

➤ Si persistance de la défaillance hémodynamique ou respiratoire à 5min de l'injection, discuter avec MRU :

- 2^{ème} injection Adrénaline IM (même posologie)
- demande renfort médicalisé

Situation 2 :

Patient non allergique ou
contexte peu claire

BILAN STRUCTURE

Suivre consignes MRU

Situation 3:

Pas de critère d'anaphylaxie
et contexte allergie connue
ou évident

BILAN STRUCTURE

Anti-histaminique
Voie administration en fonction de l'orientation du médecin régulateur

Indication surveillance hospitalière :

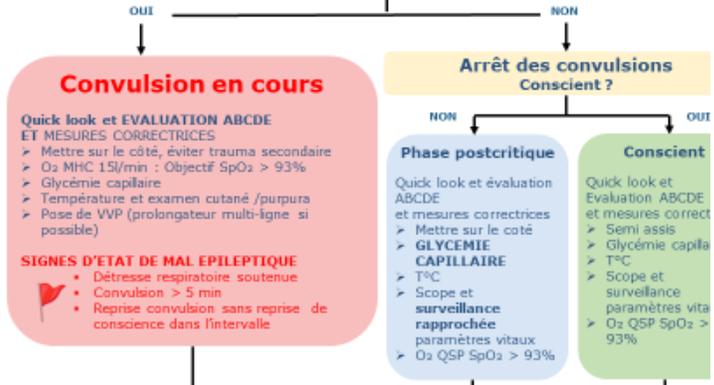
- Pose VVP
- Polaramine IV 5mg

Pas d'indication de surveillance hospitalière :

- Patient laissé sur place
- Cétirizine 10mg per os

EVALUATION CLINIQUE

CONVULSION EN COURS ?



INTERROGATOIRE TEMOIN +/- PATIENT

Caractériser la crise :
 Heure de début, durée, déroulement, description, état de conscience pendant la crise
ATCD épilepsie
Traitement : antiépileptique, consigne de cas de crises, traitement donné lors de la crise
Grossesse
Facteurs déclenchants :
 Notion de fièvre
 Prise de toxique
 Notion de traumatisme

Evaluation ABCDE et mesure correctrice
 Traiter hypoglycémie : Glucose G30% selon poids
 Traiter fièvre: Paracétamol 15 mg/kg / déshabiller

Si convulsion > 5 min
Injecter 1^{ère} dose de Benzodiazépine
 - VVP : Clonazépam (Rivotril® 0,04 mg/kg en IVDL sur 30" à 1')
 - Pas de VVP : Midazolam buccal (buccolam® ou Hypnovel®) ou Midazolam INasal 0,3 mg/kg (max 10mg) ou Diazépam (Vallium® 0,5 mg/kg en IR)

Traiter hypoglycémie :
 Glucose G30% selon poids

Traiter fièvre:
 Paracétamol 15 mg/kg per os en absence de trouble de la déglutition ou IV et si prise < 6h

A toutes les étapes informer les parents

BILAN MEDECIN REGULATEUR

> **Si EME :** poursuite des thérapeutiques selon procédure EME et sur prescription du médecin régulateur

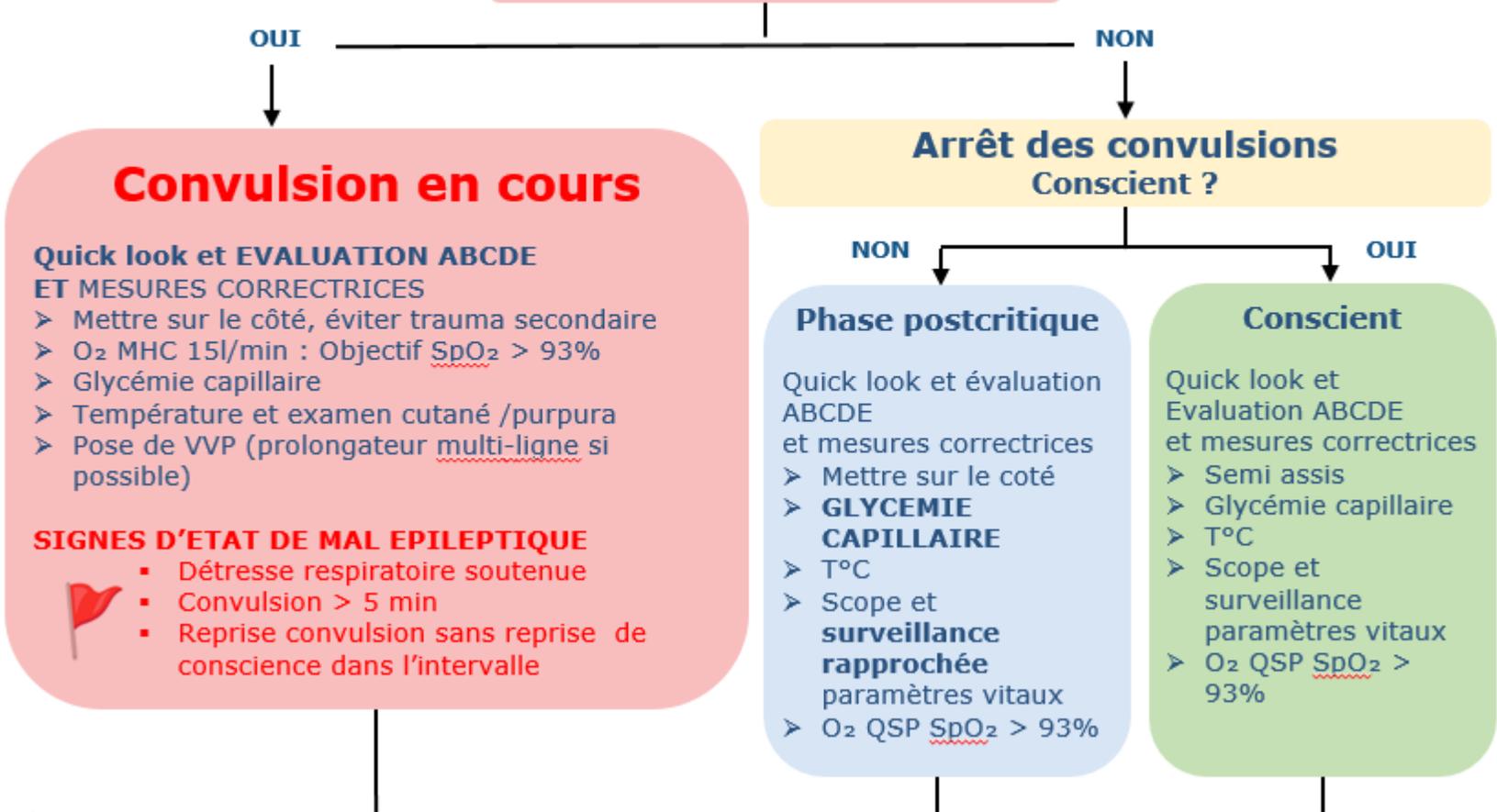
> **Renfort médicalisé**

Si dégradation neuro, respiratoire ou circulatoire : appel médecin régulateur

Scope et surveillance paramètres vitaux rapprochée

EVALUATION CLINIQUE

CONVULSION EN COURS ?



Quick look et EVALUATION ABCDE ET MESURES CORRECTRICES

- Mettre sur le côté, éviter trauma secondaire
- O₂ MHC 15l/min : Objectif SpO₂ > 93%
- Glycémie capillaire
- Température et examen cutané /purpura
- Pose de VVP (prolongateur multi-ligne si possible)

SIGNES D'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

- Détresse respiratoire soutenue
- Convulsion > 5 min
- Reprise convulsion sans reprise de conscience dans l'intervalle

Arrêt des convulsions Conscient ?

```

    graph TD
      A[Arrêt des convulsions Conscient ?] -- NON --> B[Phase postcritique]
      A -- OUI --> C[Conscient]
  
```

EVALUATION CLINIQUE

CONVULSION EN COURS ?

OUI NON

Convulsion en cours

Quick look et EVALUATION ABCDE
ET MESURES CORRECTRICES

- Mettre sur le côté, éviter trauma secondaire
- O₂ MHC 15l/min : Objectif SpO₂ > 93%
- Glycémie capillaire
- Température et examen cutané /purpura
- Pose de VVP (prolongateur multi-ligne si possible)

SIGNES D'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

- Détresse respiratoire soutenue
- Convulsion > 5 min
- Reprise convulsion sans reprise de conscience dans l'intervalle

Arrêt des convulsions
Conscient ?

NON OUI

Phase postcritique

- Quick look et évaluation ABCDE et mesures correctrices
- Mettre sur le côté
- **GLYCEMIE CAPILLAIRE**
- T°C
- Scope et surveillance rapprochée paramètres vitaux
- O₂ QSP SpO₂ > 93%

Conscient

- Quick look et Evaluation ABCDE et mesures correctrices
- Semi assis
- Glycémie capillaire
- T°C
- Scope et surveillance paramètres vitaux
- O₂ QSP SpO₂ > 93%

INTERROGATOIRE TEMOIN +/- PATIENT

Caractériser la crise :

Heure de début, durée, déroulement, description, état de conscience pendant la crise

ATCD épilepsie

Traitement : antiépileptique, consigne de cas de crises, traitement donné lors de la crise

Grossesse

Facteurs déclenchants :

- Notion de fièvre
- Prise de toxique
- Notion de traumatisme



Doute sur traumatisme ou traumatisme avéré = MINERVE cervicale avec mobilisation respectant axe tête-cou-tronc

Evaluation ABCDE et mesure correctrice
Traiter hypoglycémie : Glucose G30% selon poids
Traiter fièvre: Paracétamol 15 mg/kg / déshabiller

Si convulsion > 5 min

Injecter **1^{ère} dose de Benzodiazépine**

- VVP : Clonazépam (Rivotril® 0,04 mg/kg en IVDL sur 30" à 1')
- Pas de VVP : Midazolam buccal (buccolam® ou Hypnovel®) ou Midazolam INasal 0,3 mg/kg (max 10mg) ou Diazépam (Valium® 0,5 mg/kg en IR)

Traiter hypoglycémie :
Glucose G30% selon poids

Traiter fièvre:

Paracétamol 15 mg/kg per os en absence de trouble de la déglutition ou IV et si prise < 6h

A toutes les étapes informer les parents

BILAN MEDECIN REGULATEUR

- Si EME : poursuite des thérapeutiques selon procédure EME et sur prescription du médecin régulateur

➤ Renfort médicalisé

Si dégradation neuro, respiratoire ou circulatoire : appel médecin régulateur

Scope et surveillance paramètres vitaux rapprochée

CRISE CONVULSIVE DE L'ENFANT < 12 ans

INTERROGATOIRE TEMOIN +/- PATIENT

Caractériser la crise :

Heure de début, durée, déroulement, description, état de conscience pendant la crise

ATCD épilepsie

Traitement : antiépileptique, consigne de cas de crises, traitement donné lors de la crise

Grossesse

Facteurs déclenchants :

- Notion de fièvre
- Prise de toxique
- Notion de traumatisme



Doute sur traumatisme ou traumatisme avéré = MINERVE cervicale avec mobilisation respectant axe tête-cou-tronc

Evaluation ABCDE et mesure correctrice

Traiter hypoglycémie : Glucose G30% selon poids

Traiter fièvre: Paracétamol 15 mg/kg / déshabiller

Si convulsion > 5 min

Injecter **1^{ère} dose de Benzodiazépine**

- VVP : Clonazépam (Rivotril® 0,04 mg/kg en IVDL sur 30" à 1')
- Pas de VVP : Midazolam buccal (buccolam® ou Hypnovel®) ou Midazolam INasal 0,3 mg/kg (max 10mg) ou Diazépam (Valium® 0,5 mg/kg en IR)

Traiter hypoglycémie :

Glucose G30% selon poids

Traiter fièvre:

Paracétamol 15 mg/kg per os en absence de trouble de la déglutition ou IV et si prise < 6h

A toutes les étapes informer les parents

BILAN MEDECIN REGULATEUR

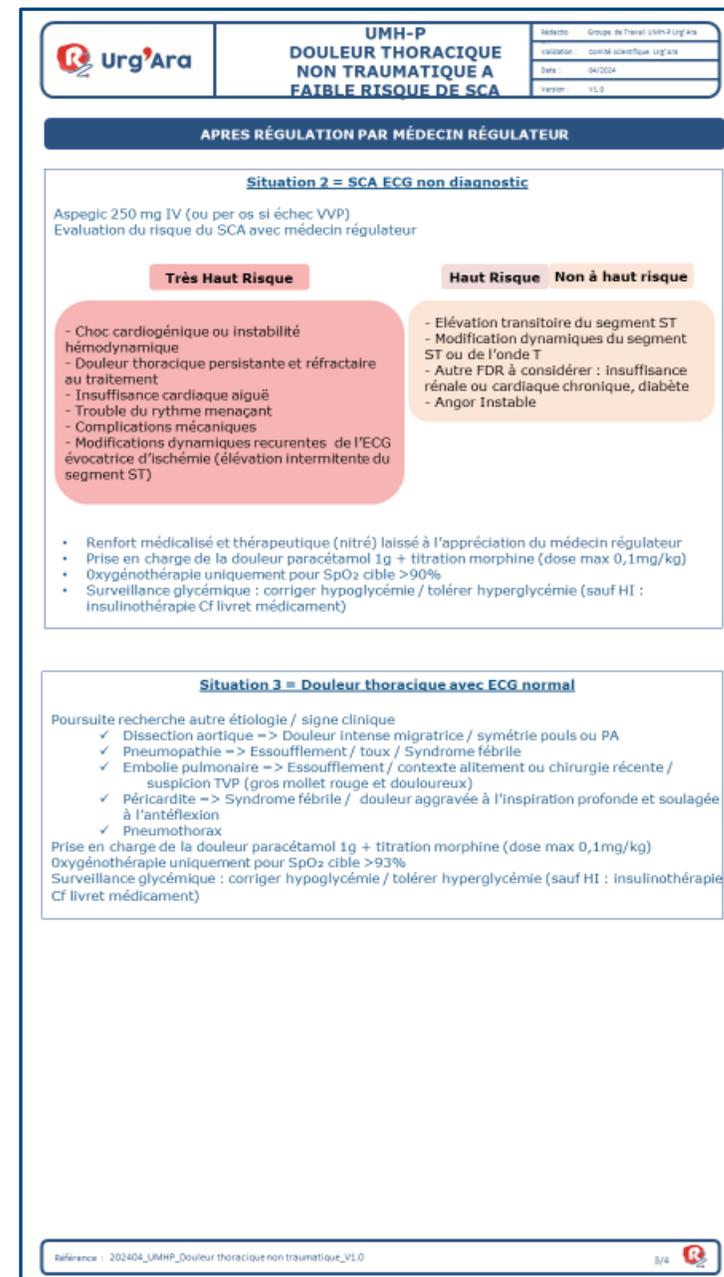
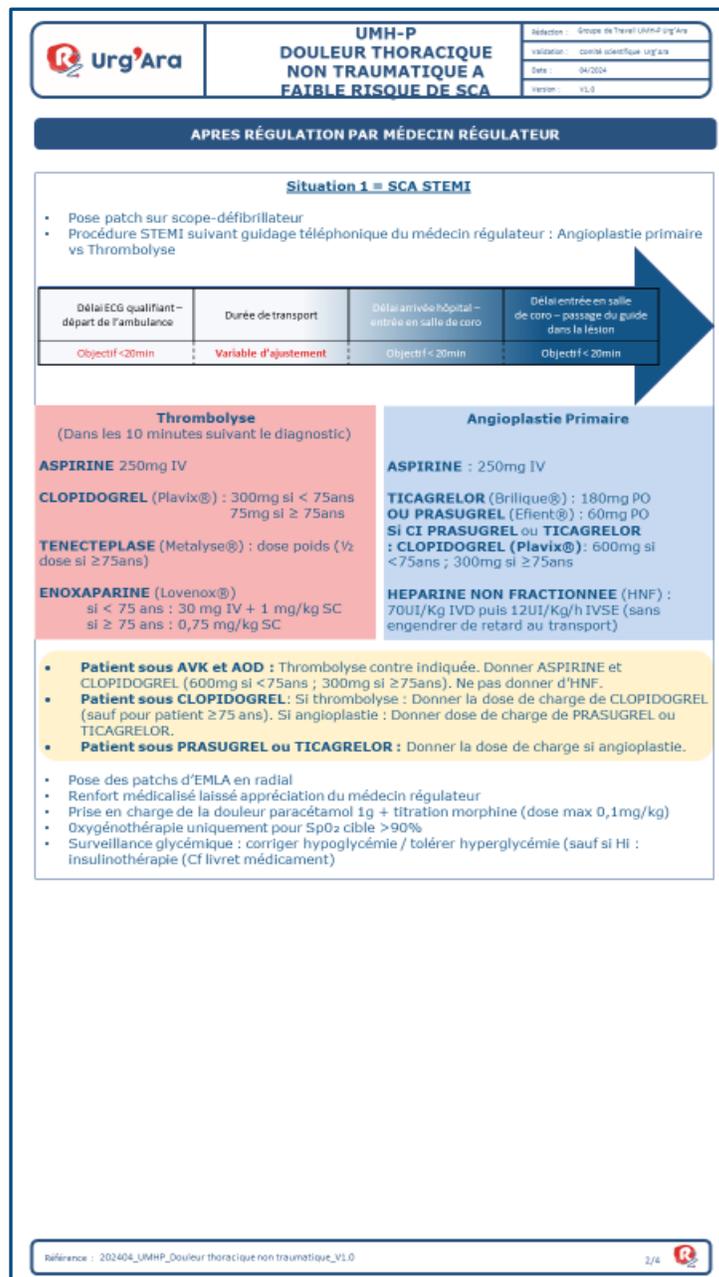
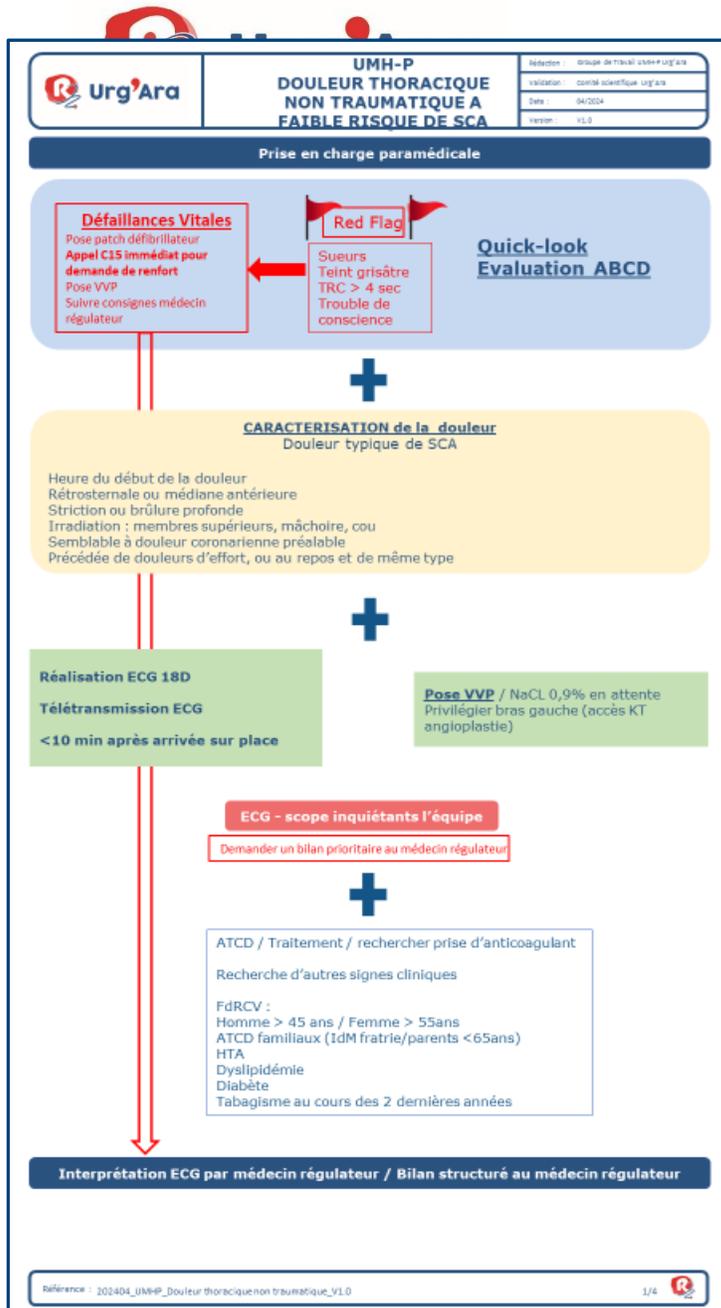
- Si EME : poursuite des thérapeutiques selon procédure EME et sur prescription du médecin régulateur

➤ Renfort médicalisé

Si dégradation neuro, respiratoire ou circulatoire : appel médecin régulateur

Scope et surveillance paramètres vitaux rapprochée

DOULEUR THORACIQUE NON TRAUMATIQUE A FAIBLE RISQUE DE SCA



Questionnement partagé par tous les acteurs de la réflexion :

- Positionnement des gestes sous supervision? KTIO? Agrafe?
- Mise en place de thérapeutique avant bilan au médecin régulateur?
- Dispositif sus-glottique dans AC?

Réalité de terrain / positionnement des autres partenaires IDE du préhospitalier

Réalité du cadre réglementaire / évolution à venir

=> Solution  Urg'Ara pragmatique et adaptée à la réponse opérationnelle

La boîte à outils

AC

EPINEPHRINE – ADRENALINE ®

Ampoule de 5 mg dans 5 ml
Concentration : 1 mg/ml

Sympathomimétiques

! PLUSIEURS INDICATIONS => UNE FICHE PAR INDICATION

INDICATIONS :

Arrêt cardiaque sur rythme choquable ou non choquable

CONTRE-INDICATIONS :

- Aucune dans l'AC

INSTALLATION ET SURVEILLANCE :

Privilégier VVP de gros calibre (pli du coude), VVP dédiée
Si échec de VVP (≥ 2 min) : pose d'un KT intra-osseux (de préférence en huméral)
Injection au plus près du patient
Après chaque injection : flush avec poche de NaCl 0,9% avec robinet débit libre et surélévation du bras et perfusé pendant 10 à 20 sec pour faciliter le passage de la drogue dans la circulation générale
Toujours bien vérifier le rythme et l'absence de RACS avant d'injecter l'adrénaline
Scope monitoring complet
Matériel de réa prêt à l'emploi

PREPARATION : PURE

Prélever une ampoule de 5 mg dans une seringue de 5 ml



POSOLOGIE :

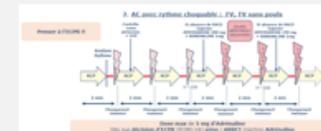
Rythme non choquable (asystolie, AESP):

Adrénaline le plus tôt possible
1 mg toutes les 4 min (tous les 2 cycles d'analyse) en IVD
Débuter le plus tôt possible
Maximum 5mg



Rythme choquable ((FV, TV sans pouls) :

CEE le plus tôt possible
1 mg 1 min après le 3è CEE en IVD
puis toutes les 4 min (tous les 2 cycles d'analyse)



Si indication ECPR+ :
arrêt des injections dès que indication posée
Posologie cible ≤ 3 mg d'adrénaline

Délai d'action/durée : immédiat

EFFETS SECONDAIRES:

- Sans objet dans l'indication d'arrêt cardiaque

Référence :



Les annexes Bilan structuré

	UMH-P TRANSMISSION D'UN BILAN AU MEDECIN REGULATEUR	<small>Titulaire : Groupe de Travail UMH-P Urg'Ara Version : 02/2024 Date : 02/2024 Version : V1.0</small>
TRANSMISSION D'UN BILAN INFIRMIER UMH-P		
QUAND ?	<ul style="list-style-type: none">• A l'arrivée si : Critères d'engagement UMH-P ≠ critères d'inclusion dans un protocole RED FLAG au Quick look• A n'importe quel moment si : Dégradation clinique Problème de paramètres vitaux Au moindre doute• <u>Dans tous les cas BILAN à passer à la fin de la prise en charge UMH-P</u>	
QUI ?	ALLO Régulation au C15 ARM puis médecin	
COMMENT ?	<p>S OU S SITUATION ARM : Qui suis-je, où, numéro, nom du patient Demande AMU ou SMUR reflexe si urgence vitale puis AMU : Motif d'engagement Quick look</p> <p>C OU A CONTEXTE / ATCDS :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sexe, Age• Antécédents utiles, allergie, traitements pertinents• Histoire de la maladie du patient, depuis quand ? Mécanisme traumatisme• Eléments pertinents à l'évaluation ABCDE, paramètres vi <p>A OU E ACTION/EVALUATION :</p> <ul style="list-style-type: none">• Conditionnement (immobilisation...)• Ce que j'ai fait : pose de VVP, oxygénothérapie, ECG, thérapeutique... <p>R OU D RESULTAT / DEMANDE :</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluation de la prise en charge• Réévaluation du patient clinique et paramètres vitaux, do• Ce que je veux : un renfort SMUR ? une prise en charge hospitalière ? Une orientation	
AMU ?	Votre interlocuteur : Il doit REFORMULER brièvement ces informations pour s'assurer bonne compréhension de la situation puis CONCLURE par sa PF DÉCISION et vous donner l'orientation	

QUAND ?

- **A l'arrivée si :**
Critères d'engagement UMH-P ≠ critères d'inclusion dans un protocole RED FLAG au Quick look
- **A n'importe quel moment si :**
Dégradation clinique
Problème de paramètres vitaux
Au moindre doute
- **Dans tous les cas BILAN à passer à la fin de la prise en charge UMH-P**

QUI ?

ALLO Régulation au C15

ARM puis médecin

Les annexes Bilan structuré

	UMH-P TRANSMISSION D'UN BILAN AU MEDECIN REGULATEUR	<small>Version : Groupe de Travail UMH-P Urg'Ara Révisé : 2023 12/07/24 Date : 05/2024 Version : V1.0</small>
TRANSMISSION D'UN BILAN INFIRMIER UMH-P		
QUAND ?	<ul style="list-style-type: none">• A l'arrivée si : Critères d'engagement UMH-P ≠ critères d'inclusion dans un protocole RED FLAG au Quick look• A n'importe quel moment si : Dégradation clinique Problème de paramètres vitaux Au moindre doute• Dans tous les cas BILAN à passer à la fin de la prise en charge.	
QUI ?	ALLO Régulation au C15 ARM puis médecin	
COMMENT ?	<p>S OU S SITUATION ARM : Qui suis-je, où, numéro, nom du patient Demande AMU ou SMUR reflexe si urgence vitale puis AMU AMU : Motif d'engagement Quick look</p> <p>C OU A CONTEXTE / ATCDS :</p> <ul style="list-style-type: none">• Sexe, Age• Antécédents utiles, allergie, traitements pertinents• Histoire de la maladie du patient, depuis quand ? Mécanisme traumatisme• Eléments pertinents à l'évaluation ABCDE, paramètres vitaux <p>A OU E ACTION/EVALUATION :</p> <ul style="list-style-type: none">• Conditionnement (immobilisation ..)• Ce que j'ai fait : pose de VVP, oxygénothérapie, ECG, thérapeutique ... <p>R OU D RESULTAT / DEMANDE :</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluation de la prise en charge• Réévaluation du patient clinique et paramètres vitaux, douleur• Ce que je veux : un renfort SMUR ? une prise en charge hospitalière ? Une orientation	
AMU ?	Votre interlocuteur : Il doit REFORMULER brièvement ces informations pour s'assurer d'une bonne compréhension de la situation puis CONCLURE par sa PRISE DE DÉCISION et vous donner l'orientation	
<small>FRANCE - 202404_UMH-P_BilanSAED_V1.0</small>		

COMMENT ?

S OU **S** SITUATION

ARM : Qui suis-je, où, numéro, nom du patient

Demande AMU ou SMUR reflexe si urgence vitale puis AMU

AMU : Motif d'engagement

Quick look

C OU **A** CONTEXTE / ATCDS :

- Sexe, Age
- Antécédents utiles, allergie, traitements pertinents
- Histoire de la maladie du patient, depuis quand ? Mécanisme du traumatisme
- Eléments pertinents à l'évaluation ABCDE, paramètres vitaux

A OU **E** ACTION/EVALUATION :

- Conditionnement (immobilisation ..)
- Ce que j'ai fait : pose de VVP, oxygénothérapie, ECG, thérapeutique ...

R OU **D** RESULTAT / DEMANDE :

- Evaluation de la prise en charge
- Réévaluation du patient clinique et paramètres vitaux, douleur
- Ce que je veux : un renfort SMUR ? une prise en charge hospitalière ? Une orientation

AMU ?

Votre interlocuteur :

Il doit REFORMULER brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis CONCLURE par sa PRISE DE DÉCISION et vous donner l'orientation

Évaluer un patient adulte par la méthode ABCDE et prendre en charge de façon simultanée avant de passer à l'étape suivante « traiter au fur et à mesure de l'évaluation »

EVALUATION D'UN PATIENT PAR LA METHODE ABCDE

QUICK LOOK : ÉVALUATION D'UN PATIENT À SON ARRIVÉE EN 30' :

- AC {
- TROUBLE DE CONSCIENCE : INCONSCIENT
 - RESPIRATION : GASP, CYANOSE, BRUITS RESPIRATOIRES
 - POULS RADIAL, MARBRURES, PALEUR
 - SAIGNEMENT ACTIF EXTERIORISE

**A = AIRWAY
LIBÉRATION ET PROTECTION DES
VAS**

- VA obstruées
- VA à risque en cas de trouble de conscience
- VA Libres



ACTIONS

- Ablation d'un CE (dentier...)
- Aspiration
- Libérer, protéger et stabiliser les VA
- Canule de guedel

**B = BREATHING
RESPIRATION
CLINIQUE:**

- Dyspnée inspiratoire/expiratoire
- Signes de lutte respiratoire
- Cyanose
- FR
- Bruits respiratoires
- Asymétrie ventilatoire
- Emphysème SC

PARAMÈTRES VITAUX:

FR, SpO₂



**C = CIRCULATION
CLINIQUE:**

- Hémorragie extériorisée
- Pouls radial x2 / fémoral x2
- Fc (βbloquant ?)
- PAS < 100 mmHg et chute de 30% de la PAS chez l'hypertendu
- Pâleur
- Marbrures
- Extrémités froides (niveau)
- Sueurs, purpura
- Douleur thoracique

PARAMÈTRES VITAUX:

PA aux deux bras
Température
Hémocue
ECG 18 dérivation

ACTIONS

- Position allongée Trendelenburg
- Compression/garrot/agrafe
- Ceinture pelvienne
- Réchauffement (couverture survie)
- VVP
- KT intra-os
- Remplissage
- PATCH DSA
- Exacyl

**D = DESABILITY
NEUROLOGIQUE
NEURO = DEXTRO et T°**

- Glasgow
- Glycémie capillaire
- Pupilles: engagement/intox
- Déficit neurofocalisé brutal=Fast
- Heure début des symptômes
- Déficit neuro avec niveau
- Traumatisme rachis
- Convulsions/EME
- Température

ACTIONS

- Position allongée sur le côté
- Collier cervical/immobilisation
- Traitement d'une hypoglycémie
- Traitement d'un EME
- Traiter hypothermie / réchauffement

E = ENVIRONNEMENT

- Antécédents
- Traitements
- Allergie
- Contexte
- Histoire de la maladie

Les annexes

Evaluation ABCDE

QUICK LOOK : ÉVALUATION D'UN PATIENT À SON ARRIVÉE EN 30' :

- AC {
- TROUBLE DE CONSCIENCE : INCONSCIENT
 - RESPIRATION : GASP, CYANOSE, BRUITS RESPIRATOIRES
 - POULS RADIAL, MARBRURES, PALEUR
 - SAIGNEMENT ACTIF EXTERIORISE

Évaluer un patient adulte par la méthode ABCDE et prendre en charge de façon simultanée avant de passer à l'étape suivante « traiter au fur et à mesure de l'évaluation »

EVALUATION D'UN PATIENT PAR LA METHODE ABCDE

QUICK LOOK : ÉVALUATION D'UN PATIENT À SON ARRIVÉE EN 30' :

- AC {
- TROUBLE DE CONSCIENCE : INCONSCIENT
 - RESPIRATION : GASP, CYANOSE, BRUITS RESPIRATOIRES
 - POUOLS RADIAL, MARBRURES, PALEUR
 - SAIGNEMENT ACTIF EXTERIORISE

**A = AIRWAY
LIBÉRATION ET PROTECTION DES
VAS**

- VA obstruées
- VA à risque en cas de trouble de conscience
- VA Libres



ACTIONS

- Ablation d'un CE (dentier...)
- Aspiration
- Libérer, protéger et stabiliser les VA
- Canule de guedel

**B = BREATHING
RESPIRATION
CLINIQUE:**

- Dyspnée inspiratoire/expiratoire
- Signes de lutte respiratoire
- Cyanose
- FR
- Bruits respiratoires
- Asymétrie ventilatoire
- Emphysème SC

PARAMÈTRES VITAUX:

FR, SpO₂



ACTIONS

- Position semi assise
- Oxygénothérapie 15l/min MHC puis adaptation à la SpO₂ (Obj SpO₂ > 93% / 88-92% BPCO)
- Aérosols
- BAVU (si bradypnée pré arrêt respiratoire)

**D = DESABILITY
NEUROLOGIQUE
NEURO = DEXTRO et T°**

- Glasgow
- Glycémie capillaire
- Pupilles: engagement/intox
- Déficit neurofocalisé brutal=Fast
- Heure début des symptômes
- Déficit neuro avec niveau
- Traumatisme rachis
- Convulsions/EME
- Température



ACTIONS

- Position allongée sur le côté
- Collier cervical/immobilisation
- Traitement d'une hypoglycémie
- Traitement d'un EME
- Traiter hypothermie / réchauffement

**C = CIRCULATION
CLINIQUE:**

- Hémorragie extériorisée
- Pouls radial x2 / fémoral x2
- Fc (βbloquant ?)
- PAS < 100 mmHg et chute de 30% de la PAS chez l'hypertendu
- Pâleur
- Marbrures
- Extrémités froides (niveau)
- Sueurs, purpura
- Douleur thoracique

PARAMÈTRES VITAUX:

PA aux deux bras
Température
Hémocue
ECG 18 dérivation



ACTIONS

- Position allongée Trendelenburg
- Compression/ garrot/agrafe
- Ceinture pelvienne
- Réchauffement (couverture survie)
- VVP
- KT intra-os
- Remplissage
- PATCH DSA
- Exacyl

E = ENVIRONNEMENT

- Antécédents
- Traitements
- Allergie
- Contexte
- Histoire de la maladie



**B = BREATHING
RESPIRATION**

CLINIQUE:

- Dyspnée inspiratoire/expiratoire
- Signes de lutte respiratoire
- Cyanose
- FR
- Bruits respiratoires
- Asymétrie ventilatoire
- Emphysème SC

PARAMÈTRES VITAUX:

FR, SpO₂

ACTIONS

- Position semi assise
- Oxygénothérapie 15l/min MHC puis adaptation à la SpO₂ (Obj SpO₂ > 93% / 88-92% BPCO)
- Aérosols
- BAVU (si bradypnée pré arrêt respiratoire)

Les annexes

Evaluation ABCDE

C = CIRCULATION

CLINIQUE:

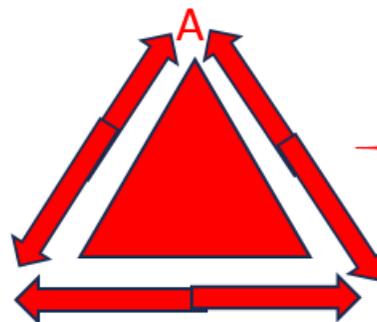
- Hémorragie extériorisée
- Pouls radial x2 / fémoral x2
- Fc (βbloquant ?)
- PAS < 100 mmHg et chute de 30% de la PAS chez l'hypertendu
- Pâleur
- Marbrures
- Extrémités froides (niveau)
- Sueurs, purpura
- Douleur thoracique

PARAMÈTRES VITAUX :

PA aux deux bras
Température
Hémocue
ECG 18 dérivation

ACTIONS

- Position allongée Trendelenburg
- Compression/ garrot/agrafe
- Ceinture pelvienne
- Réchauffement (couverture survie)
- VVP
- KT intra-os
- Remplissage
- PATCH DSA
- Exacyl



B



C



Composé du groupe de travail rédacteurs
de la CP

Lien avec les retours terrain des SAMU et
des CESU

Suivi de la mise en place

Adaptation des protocoles (terrain /
évolution réglementation)

+/- création de nouveau protocole

Description de l'activité via SI-SMUR





Les actualités



01 mai 2024



29 avril 2024



14 mars 2024



13 mars 2024



Psychiatrie



Situations sanitaires exceptionnelles



Toxicologie



Traumatologie



Urgences autres



Violences Intra familiales



Urgences autres

[DÉCOUVREZ LES RÉFÉRENTIELS](#)[CONSULTEZ LES PUBLICATIONS](#)

16 mai 2024

UMH-P Etat de mal convulsif de l'enfant et du nourrisson

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Arrêt cardiaque de l'Adulte

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Bilan SAED

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Brûlure localisée du 2ème ou 3ème degré avec hyperalgie

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Crise convulsive de l'enfant < 12 ans

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Crise convulsive généralisée adulte et grand enfant > 12 ans

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Douleur thoracique non traumatique

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Dyspnée sans signe de détresse respiratoire

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Evaluation d'un patient Adulte par la méthode ABCDE

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Evaluation d'un patient enfant ou d'un nourrisson par méthode ABCDE

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Examen clinique d'un patient traumatisé

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Hémorragie extériorisée

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Lipothymie et/ou dyspnée survenant dans un contexte évocateur d'allergie

[Ouvrir](#)



16 mai 2024

UMH-P Prise en charge de la douleur traumatique

[Ouvrir](#)

26 juillet 2023
REGUVAL

Anaphylaxie de l'enfant

[Ouvrir](#)

10 juillet 2023
RAMU

Maladie héréditaire de l'hémostase (PEC d'un patient porteur d'une)

[Ouvrir](#)



Site Urg'Ara



Merci

Stephanie.fey@urgences-ara.fr

Cecile.vallot@urgences-ara.fr

*Scannez pour
découvrir !*



*Téléchargez une
application gratuite
QR code pour numériser et
installer l'application
urg-ara.fr android*



*Scannez pour
découvrir !*



*Téléchargez une application QR Code
gratuite pour numériser et installer
l'application IOS*

