



## Ehp'Ur nouvelle formule !

- La formation Ehp'Ur revient dans une version actualisée et ajustée aux enjeux du monde de la santé de 2025. Toute l'équipe de la « filière personne âgée » a repensé les objectifs pédagogiques et l'organisation opérationnelle de la journée, et ainsi revu chacun des supports de la formation
- La dynamique portée par Urg'Ara a conduit à l'organisation de soirées Ehp'Ur. Ces soirées, organisées sur un mode convivial, mettent en lien urgentistes et gériatres, centres hospitaliers et EHPAD, équipe de soins ambulatoires et structures hospitalières... Les échanges, riches et très informatifs, permettent de structurer un ensemble de fiches synthétiques, décrivant chacune un processus de mise en lien des parcours de médecine d'urgence et de gériatrie. Ces fiches décrivent chacune une partie du parcours de la personne âgée en soins non programmés.
- C'est ce même dynamisme qui prévaut à l'organisation de la journée de formation elle-même. Plusieurs professionnels de plusieurs EHPAD se retrouvent autour de la formatrice Ehp'Ur dans leur centre hospitalier de référence ou dans les EHPAD volontaires. Le lien se fait avec le service d'urgence !

• Vous pouvez découvrir le nouveau guide régional, le livret Ehp'Ur accompagné de sa check-list de transmission : véritable outil d'aide pour l'appel au centre 15, optimisant la transmission des informations concernant la situation d'un résident auprès des SAS (Services d'Accès aux Soins).

-> Documents à retrouver sur <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-situations-durgence-en-ehpad>

**Check-list de transmission** A compléter auprès du patient pour faciliter la transmission du bilan. En cas de transfert du résident, une copie de ce document peut être jointe.

<p><b>1. Signes respiratoires</b></p> <p>Survenue : <input type="checkbox"/> Brutale <input type="checkbox"/> Progressive</p> <p><input type="checkbox"/> Obstruction des voies aériennes <input type="checkbox"/> Corps étranger présent</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à parler</p> <p><b>Bruits respiratoires :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ronflements <input type="checkbox"/> Sifflements <input type="checkbox"/> Encoremements</p> <p><input type="checkbox"/> Toux, crachats : <input type="checkbox"/> Crachats de sang</p> <p><input type="checkbox"/> Essoufflement : <input type="checkbox"/> au repos <input type="checkbox"/> à l'effort</p>	<p><b>2. Signes cardiaques</b></p> <p><input type="checkbox"/> Douleur thoracique Heure de début : .....</p> <p>Survenue : <input type="checkbox"/> Brutale <input type="checkbox"/> Progressive</p> <p>Type de douleur : <input type="checkbox"/> Brûle <input type="checkbox"/> Serre <input type="checkbox"/> Pique</p> <p>Associée à : <input type="checkbox"/> Douleur bras droit <input type="checkbox"/> Douleur bras gauche</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur mâchoire</p>	<p><b>En situation d'urgence vitale, appelez immédiatement</b></p> <p><b>Composer le 15</b></p> <p>Motif de l'appel : .....</p> <p>Heure d'évaluation : .....</p>	
<p><b>4. Signes neurologiques</b> Heure de début : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de connaissance / <input type="checkbox"/> Convulsions -&gt; Durée : ..... -&gt; Patient mis sur le côté (Position Latérale Sécurité)</p> <p><input type="checkbox"/> Céphalée brutale</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble de conscience Réponse aux sollicitations verbales : .....</p> <p><b>Echelle FAST</b></p> <p>Face -&gt; <input type="checkbox"/> Asymétrie de la face</p> <p>ARM -&gt; <input type="checkbox"/> Problème de motricité/sensibilité des membres</p> <p>Speech (Anomalie parole) -&gt; <input type="checkbox"/> Paroles confuses <input type="checkbox"/> Paroles incompréhensibles</p> <p>Time -&gt; Heure de début des signes</p> <p><input type="checkbox"/> Comportement inhabituel : <input type="checkbox"/> Perte de contact (prostration) <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Vertiges / Troubles de l'équilibre</p>	<p><b>3. Couleur / apparence de la peau</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Marbrures</p> <p><input type="checkbox"/> Teint inhabituel <input type="checkbox"/> Cyanose (lèvres/ongles bleus)</p> <p><input type="checkbox"/> Eruption cutanée</p>	<p><b>L'appelant</b></p> <p>Nom de l'EHPAD : .....</p> <p>Nom de l'appelant : .....</p> <p>Fonction : .....</p> <p>N° de téléphone : (pour être rappelé si besoin)</p> <p>Etage : .....</p> <p>N° de chambre : .....</p>	
<p><b>5. Signes abdominaux et digestifs</b></p> <p><input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Ventre dur et/ou ballonné</p> <p><input type="checkbox"/> Urines rouges ou caillots <input type="checkbox"/> Absence d'urines</p> <p><input type="checkbox"/> Suspicion de globe vésical</p> <p><input type="checkbox"/> Constipation Date des dernières selles : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhée récente</p> <p>-&gt; Préciser nombre, aspect : .....</p> <p><input type="checkbox"/> présence de sang rouge ou sombre</p> <p><input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements</p> <p>-&gt; Préciser nombre, aspect : .....</p> <p><input type="checkbox"/> présence de sang rouge ou sombre <input type="checkbox"/> Vomissements fécaloïdes</p> <p><input type="checkbox"/> Masse inhabituelle (hernie) <input type="checkbox"/> Chirurgie récente (cicatrice gonflée)</p>	<p><b>6. Traumatismes/Lésions (Palper le corps entier)</b></p> <p><b>Chute :</b> <input type="checkbox"/> Par malaise <input type="checkbox"/> Par maladresse</p> <p><input type="checkbox"/> De sa hauteur <input type="checkbox"/> D'une hauteur élevée <input type="checkbox"/> Dans l'escalier</p> <p>Retrouvé(e) dans quelle position ? .....</p> <p>Temps passé(e) au sol : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Blessure(s)</p> <p>-&gt; Localisation (Tête, rachis, membres, etc.) : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur à la palpation</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie (description -&gt; taille et profondeur : .....) <input type="checkbox"/> Du scalp</p> <p><input type="checkbox"/> Déformation d'un membre <input type="checkbox"/> Incapacité à bouger un membre</p> <p><input type="checkbox"/> Rotation externe du pied <input type="checkbox"/> Hématome</p> <p><input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Saignement de l'oreille <input type="checkbox"/> Saignement du nez</p>	<p><b>Le résident</b></p> <p>Nom et prénom : .....</p> <p>Age/date de naissance : .....</p> <p>Situation attendue : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Maladies (ATCD) : .....</p> <p>Allergie : .....</p> <p>Traitements (anticoagulant) : .....</p> <p>Hospitalisation récente : .....</p> <p>GIR : .....</p> <p>LAT ou Directives anticipées : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, Joindre une copie des directives anticipées ou décision de limitation/arrêt des thérapeutiques</p>	
<p><b>Paramètres vitaux :</b> TA bras droit : ___/___ bras gauche : ___/___ Pouls : ___/min. T° : ___°C</p> <p>Saturation oxygène : ___% Fréquence respiratoire : ___cycles/min</p> <p>Glycémie capillaire (dextro à faire systématiquement) : ___g/l (ou mmol/L)</p> <p>Douleur : EVA : ___/10 EN : ___/10 Algeplus : ___/5 PQRST : .....</p>			

## Parcours non programmé

-> Travail en cours sur le référencement des dispositifs territoriaux en lien avec le parcours non programmé de la personne âgée



