

Chaque minute compte !

Journal clinique des intervenants du système intégré de soins préhospitaliers d'urgence des Laurentides

Dans ce numéro :

Le site Internet « SPU Laurentides »	1
Bravo !	1
La syncope, bénigne ou pathologique?	2
Pedi-Pac et Pedi-Mate	3
Pedi-Pac et Pedi-Mate (suite)	4
Cartes-mémoire 5 meds – techniciens ambulanciers	4
L'agressivité des patients, comment la gérer?	5
L'harmonisation des priorités d'affectation SMPAU	5
Programme 5 médicaments	6
Trucs et conseils	6
Saviez-vous que ...?	6
Matelas immobilisateur	6

Le site Internet « SPU Laurentides »

Depuis la mi-août, une section du site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a été réservée pour les services préhospitaliers d'urgence (SPU).

Ce site se veut une source d'information et de formation continue pour les intervenants du SPU : répartiteurs, techniciens ambulanciers, premiers répondants et intervenants DEA. Il constitue aussi une source d'information pour les clients des services préhospitaliers et nos partenaires.

La section réservée aux techniciens ambulanciers contient des informations sur différents sujets de formation continue. Vous y trouverez les diaporamas disponibles sur les ordinateurs des centres hospitaliers, des informations sur les différents programmes de formation : *RCR*, *C-MDSA*, *Saturométrie*, *PICTA*, *Traumatologie* et *5 médicaments*.

D'autres informations sont aussi disponibles : différentes politiques et procédures, liste d'équipements obligatoires, liste à jour des survies grâce au programme *C-MDSA*, anciens *Chaque minute compte !*, etc.

Le site contient une section FAQ (foire aux questions) qui sera mise à jour selon le besoin. Éventuellement, nous y mettrons aussi des quiz mensuels et une section dédiée à nos premiers répondants.

Pour ceux qui auraient voulu assister aux soirées-conférences mais qui n'ont pu y participer, les diaporamas des différentes conférences sont disponibles sur le site pour consultation.

Si vous avez des suggestions ou commentaires, il nous ferait plaisir de les recevoir : spu_laurentides@ssss.gouv.qc.ca

Bonne navigation !



Bravo !

Au début de l'été, nous avons eu deux cas de survie suite à une intubation « vivant » au Combitube :

- le 26 juin 2005, une dame de 47 ans, en intoxication médicamenteuse et alcool. Bravo à **Véronique Dumont** et **Simon Mallet**!
- le 8 juillet 2005, un homme de 44 ans en intoxication à la méthadone. Félicitations à **Jean-François Corbeil** et **Marc Tremblay** pour une intervention impeccable!

Nous avons eu une autre intubation « vivant », le 18 juin dernier, pour une jeune femme de 17 ans qui avait subi un traumatisme crânien majeur; intervention faite de façon parfaite par **Chantale Broekaert** et **Johannie Cotton**. Malheureusement, la patiente est décédée le même jour à l'Hôpital du Sacré-Cœur des suites de ses blessures.

De plus, **Frédéric Beaulieu** et **Daniel Ouellette** ont réanimé le 13 août 2005 une femme de 50 ans.

Richard Brisson et **Michel Fontaine** ont réanimé avec succès, le 2 mai 2005, un homme de 62 ans qui a reçu son congé de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme le 1^{er} juillet.

Bravo à vous tous!

La syncope est une pathologie complexe qui est souvent minimisée par le fait qu'à l'arrivée des services préhospitaliers, le patient a repris conscience et est souvent asymptomatique. Une fois revenu à lui, s'il se sent bien, souvent le patient ne veut pas être transporté au centre hospitalier.

Voyons voir ce qui peut se cacher derrière une « vulgaire » syncope.

Définition

Une syncope est une perte soudaine et brutale de connaissance. Cette définition implique par contre que le niveau de conscience normal (A) reviendra rapidement.

Pathophysiologie

Indépendamment de la cause primaire de la syncope, ce qui produit cette perte de conscience brève est un manque d'oxygénation par manque de perfusion cérébrale.

Causes

La cause sous-jacente à une syncope peut être de plusieurs origines et il faut faire attention à ne pas conclure que toute syncope est d'origine vagale.

Voici une liste non exhaustive des causes possibles d'une syncope:

- Choc anaphylactique
- Choc hypovolémique
 - Déshydratation
 - Hémorragie interne
 - anévrisme aorte abdominal ou thoracique
 - grossesse ectopique
 - hémorragie digestive
 - traumatisme thoraco-abdominal (foie, rate, rein, intra thoracique, etc.)
 - Saignement vaginal inhabituel : fausse couche
 - Autre saignement récent : épistaxis
- Arythmie
 - Bradyarythmies
 - Tachyarythmies : TSVP, TV, Torsades de pointe
 - Syndrome du long QT
 - Syndrome de Brugada
- Infarctus du myocarde et autres syndromes coronariens aigus
- Neurologique:
 - Drop attacks
 - Épilepsie
 - AVC
 - ICT
- Hypotension orthostatique

- Réaction vagale
- Autres :
 - Embolie pulmonaire
 - Hémorragie sous-arachnoïdienne

Évaluation

L'**histoire** peut donner quelquefois des indices quant à la cause de la syncope. Le questionnaire devrait inclure les éléments suivants :

- Description de l'événement :
 - Activité / position avant l'événement
 - Symptômes prémonitoires : faiblesse, nausées, diaphorèse, DRS, dyspnée
 - Durée
 - Mouvements tonico-cloniques
 - État de conscience retrouvé soudainement et rapidement ou graduellement et lentement avec période de confusion (période post-ictale)
 - Présence d'incontinence urinaire ou fécale
 - Symptômes lors du réveil : faiblesse, nausées, diaphorèse, DRS, dyspnée ou douleur liée à la chute
- Histoire récente
 - Traumatisme récent ou semi-récent
 - Saignement : vaginal, rectorragie, méléna, hématomèse
 - Douleur thoracique, épigastrique ou abdominale
 - Vomissements et diarrhées
- Antécédents du patient et antécédents familiaux
 - MCAS, AVC, embolie pulmonaire, etc.
 - Histoire de syncopes multiples
 - Histoire de syncope ou de décès soudain en jeune âge dans la famille (peut inclure traumatisme ou noyade non expliqués)

Les éléments suivants sont à retenir :

- Une syncope avec **symptômes prémonitoires** (se sentir partir), tels étourdissements, nausées, chaleurs, diaphorèse, a généralement une cause moins dangereuse qu'une syncope sans prodrome. Une syncope d'origine arythmique est généralement non pressentie.
- Lors d'une **hémorragie interne** suite à un **traumatisme**, un **décalé significatif** entre l'événement et la syncope peut survenir.
- Toute syncope accompagnée de mouvements tonico-cloniques ou d'incontinence n'est pas nécessairement une convulsion; le meilleur élément pour distinguer entre une syncope et une convulsion est la présence ou l'absence de période post-ictale.
- La syncope peut être le seul symptôme

d'un infarctus de myocarde, d'une embolie pulmonaire ou d'une hémorragie interne.

Malgré un questionnaire détaillé, il est souvent difficile de déterminer la cause exacte de la syncope et TOUS les patients, indépendamment de l'âge ou des circonstances de l'événement, doivent être transportés vers le CH pour évaluation. Tous ces patients **doivent avoir un ECG**.

Les patients qui souffrent du syndrome du long QT d'origine familiale ont souvent eu des syncopes en bas âge et sont à risque élevé de mort subite si la pathologie n'est pas identifiée et traitée. Dans certains cas, l'ECG révèle des anomalies. Certains médicaments peuvent aussi causer un syndrome similaire.

L'**examen du patient** peut aussi révéler certains indices. Il faut porter une attention particulière aux signes vitaux : tachycardie, bradycardie, hypotension, saturation.

La présence simultanée de bradycardie et d'hypotension suggère une réaction vagale mais peut aussi se produire lors d'une bradycardie symptomatique; il est important de documenter le rythme cardiaque en produisant une bande de rythme avec le moniteur cardiaque. Si une tachycardie est présente, la même consigne est applicable.

Chez les patients qui sont en hypovolémie, les faire lever peut provoquer une nouvelle syncope, comme chez les patients dont l'origine de l'épisode est vagal. Il faut donc éviter de faire marcher ces patients.

L'intervention : le protocole *MED. 15* et protocoles associés

Le protocole *MED. 15 – Perte de conscience / Syncope* dicte l'intervention du technicien ambulancier. Il demande les gestes suivants : monitoring cardiaque; oxygénothérapie; position de confort et transport en urgence si la tension artérielle systolique est inférieure à 100 mmHg.

Le protocole *MED. 9 – Douleur abdominale* fait aussi référence au concept de syncope et demande de procéder au monitoring cardiaque et à un transport en urgence si la douleur abdominale est associée à une douleur au dos ou à une histoire de syncope.

Le protocole *MED. 2 – Altération de l'état de conscience (V, P ou U)* n'est pas applicable puisque, par définition, le patient qui entre dans le protocole *MED. 15* a un état de conscience à A.

Après avoir évalué que le patient est apte, s'il refuse le transport, il faut l'informer adéquatement des risques de sa décision dans le contexte où toutes les pathologies ci-dessus sont possibles. N'acceptez jamais d'emblée ou facilement un refus de transport chez ces patients.

La nouvelle liste d'équipements obligatoires provinciale a permis d'ajouter de nouveaux équipements à la disposition du technicien ambulancier. À mon grand plaisir, deux appareils pour usage pédiatrique ont fait leur apparition dans nos véhicules ambulanciers. Nous croyons pertinent de vous présenter ces deux outils : le PEDI-PAC et le PEDI-MATE.

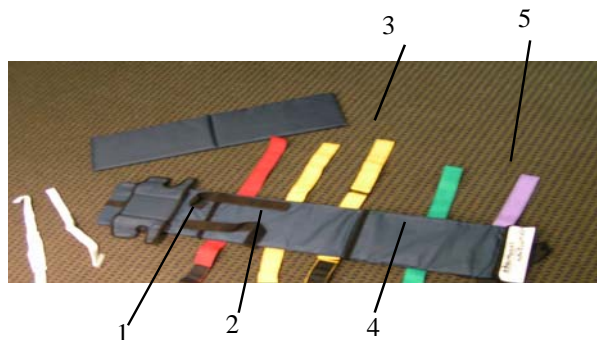
Pedi-Pac

Indication

Le *Pedi-Pac* doit être utilisé pour l'immobilisation spinale d'un enfant traumatisé mesurant entre 28 et 54 pouces (71 à 137 cm) avec un poids variant entre 20 et 90 livres (9 à 40,8 kg). Cela correspond généralement à des enfants âgés de 2 à 10 ans.

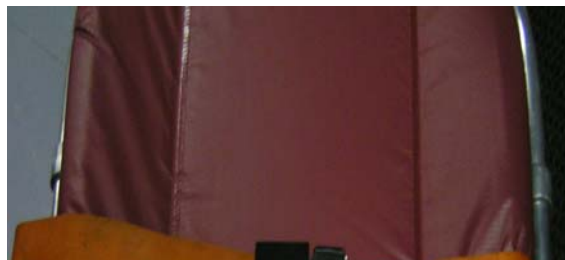
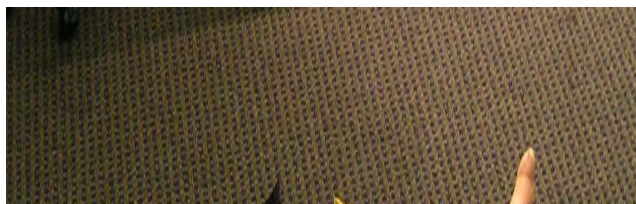
Préparation

- Déposez le *Pedi-Pac* au sol et déployez le support de tête.
- Positionnez ensuite les courroies comme suit :
 - la courroie rouge (1) au niveau des aisselles
 - la courroie jaune (2) au niveau du bassin
 - la seconde courroie jaune (3) au niveau des hanches
 - la courroie verte (4) au niveau des fémurs, juste au-dessus des genoux
 - la courroie bleu-mauve (5) au niveau des chevilles.
- Déployez les courroies des épaules
- Lorsque la situation l'exige, placez le coussinet (*Pedi-Pad*) sur le *Pedi-Pac*; plus l'enfant est jeune, plus il est nécessaire de combler le dossier (épaules au bassin) afin de maintenir la tête en position neutre.



Application

- Tout en maintenant l'axe spinal, transférez l'enfant sur le *Pedi-Pac*.
- Attachez les courroies autour de l'enfant dans la séquence de 1 à 5; prenez garde de ne gêner ni la respiration, ni la circulation.
- Rabattez les 2 courroies des épaules et fixez-les à la courroie du thorax (1).
- Refermez les immobilisateurs de tête (parois latérales) et fixez-les en place avec les courroies frontale et mentonnière.
- Fixez à la civière.



Si l'on suspecte un traumatisme à la colonne, le *Pedi-Pac* doit être utilisé conjointement avec un collet cervical (lorsque indiqué, selon la taille de l'enfant).

Pedi-Mate

Indication

Le *Pedi-Mate* permet un transport sécuritaire de jeunes enfants d'un poids variant entre 10 et 40 livres (4,5 à 18,2 kg) lors des déplacements sur civière Ferno.



Pedi-Pac et Pedi-Mate (suite)

Préparation du *Pedi-Mate*

1. Retirez et remisez les courroies de la civière.
2. Placez le dossier de la civière à un angle variant de 15 à 45 degrés selon la situation. Cela contribuera à maintenir les épaules de l'enfant à un niveau supérieur à celui du bassin. (fig.1).
3. Déroulez le *Pedi-Mate* entièrement contre le matelas de la civière en prenant soin de dégager et d'étendre les courroies.
4. Centrez le *Pedi-Mate* sur le matelas de la civière.
5. Positionnez la courroie supérieure du *Pedi-Mate* au niveau ciblé des épaules de l'enfant.
6. Passez les extrémités de la courroie supérieure de chaque côté du dossier de la civière et bouclez-les à l'arrière du dossier. N'ajustez pas fermement pour l'instant.



Figure 1

Fixation du *Pedi-Mate* à la civière

1. Placez l'enfant sur le *Pedi-Mate* afin de vous assurer que la courroie supérieure est située au niveau des épaules de l'enfant.
2. Une fois le *Pedi-Mate* en place, ajustez fermement la courroie supérieure. (fig. 2).
3. Fixez les courroies inférieures à l'armature du chariot supérieur de la civière.
4. Passez une courroie entre le matelas et l'armature en la plongeant sous l'armature, revenez autour de l'armature et sous la ridelle. Insérez-la dans la boucle, mais n'ajustez pas fermement pour l'instant (fig. 3).
5. Répétez l'étape 4 avec l'autre courroie.
6. Ajustez fermement les 2 courroies inférieures.

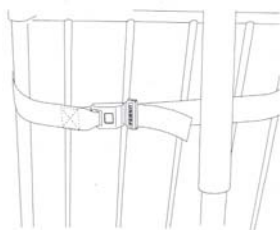


Figure 2

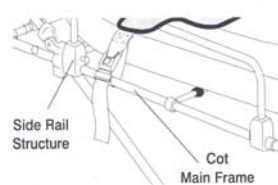


Figure 3

Installation de l'enfant dans le *Pedi-Mate*

1. Rabattez la courroie de l'entrejambe sur l'abdomen.
2. Rabattez une des courroies de retenue pour l'épaule (boudrier) et insérez l'extrémité dans la boucle de la courroie de l'entrejambe.
3. Rabattez l'autre boudrier.
4. Prenez soin que les 2 courroies (boudriers) soient insérées dans le lien d'ajustement et positionnez celui-ci au niveau inférieur du thorax (fig. 5).

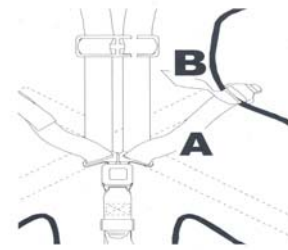


Figure 5

Ajustez les 2 boudriers en vous assurant qu'ils conservent une position symétrique. Prenez garde de ne pas gêner la respiration de l'enfant.

Rappels importants

- N'utilisez jamais un *Pedi-Mate* conjointement avec un siège capitaine ou une autre banquette du véhicule ambulancier.
- Si le *Pedi-Mate* est en utilisation lors d'un accident impliquant le véhicule ambulancier, il doit être remplacé.
- Lors de la désinfection du *Pedi-Mate*, n'immergez pas les boucles (attaches) dans la solution désinfectante ou dans l'eau.

Note

- Ne modifiez jamais le *Pedi-Pac* ou le *Pedi-Mate* ou n'en faites pas un usage autre que celui recommandé par le fabricant. En cas de doute, veuillez consulter le manuel du fabricant.
- Avant toute utilisation, assurez-vous que le *Pedi-Pac* et le *Pedi-Mate* sont en bon état.
- Respectez toujours les limites de poids et de taille fixées par le fabricant.

Cet article est un résumé de la procédure d'utilisation du *Pedi-Pac* et du *Pedi-Mate* et ne remplace en rien le manuel d'utilisation du fabricant.

Je tiens à remercier Madame Jane Prosser, de Ferno Canada, de nous avoir permis d'utiliser le manuel du fabricant pour les textes et schémas.

Cartes-mémoire 5 meds – techniciens ambulanciers

Au cours des dernières semaines, vos employeurs vous ont remis des cartes-mémoire plastifiées pour les protocoles plus récents, les protocoles 5 meds et ADM (arrêt des manœuvres).

Je désire remercier M. Joseph De Viveiros et M. Ghislain Raymond de SPLL pour avoir élaboré ces cartes-mémoire, et Mme Françoise Donelle pour avoir coordonné la réalisation de ce travail important.

Nous espérons que ces cartes-mémoire faciliteront votre travail sur la route.

Merci à tous.

Nous voyons fréquemment des patients agressifs envers les intervenants lors de situations d'urgence. Ces situations peuvent provoquer chez l'intervenant toutes sortes de réactions : peur, retrait, colère, agressivité, etc. Que comprendre et que faire dans ces situations ?

L'origine

En tant qu'intervenant, il faut premièrement comprendre que même si cette agressivité est dirigée envers nous, nous en sommes rarement la cause. Le patient vit une situation d'urgence dans un contexte de vie qui existait bien avant notre arrivée. Il est rare que le délai d'arrivée des secours ou une maladresse de notre part provoquent la colère du patient ou de sa famille; généralement la cause est externe à l'intervention.

La première règle de l'intervenant d'urgence : assurez VOTRE sécurité

La première règle dans toute intervention préhospitalière est de s'assurer que la scène est sécuritaire, qu'il s'agisse d'un accident de la route ou industriel, ou d'une intervention auprès d'un patient intoxiqué ou étant aux prises avec des problèmes de santé mentale. Dans toute situation où vous jugez que votre sécurité est menacée, il est tout à fait indiqué de ne pas intervenir, de vous retirer si vous êtes déjà sur place, de demander l'aide des policiers et de procéder lorsque les lieux auront été sécurisés par ceux-ci.

Rendu sur les lieux, respectez les consignes habituelles de sécurité : assurez-vous qu'une voie de sortie est accessible, évitez de rester seul avec le patient, évitez, si possible, les interventions dans les lieux jugés dangereux comme, par exemple, la cuisine (les couteaux sont accessibles), etc.

Une fois votre sécurité assurée, vous pouvez faire l'évaluation clinique. Il est vrai que si le patient est agressif, celle-ci peut s'avérer difficile. Il faudra alors gérer cette agressivité avant de continuer l'évaluation.

Les causes

Plusieurs facteurs peuvent causer l'agressivité. Afin de mieux maîtriser une situation d'agressivité, il faut en connaître la cause.

Très souvent, les causes sous-jacentes sont certains types de problème de santé mentale ou d'intoxication. Dans d'autres cas, ce sera l'anxiété (peur de mourir ou de paralyser) ou la douleur. Il y a aussi certains cas de traumatismes crâniens, de cirrhose du foie et de néoplasie avec atteinte cérébrale qui font en sorte que l'aptitude des patients à comprendre ce qui se passe autour d'eux est affectée. Il peut être difficile de raisonner ces patients qui, par exemple, peuvent refuser de se rendre au centre hospitalier car leur jugement est atteint.

Comment gérer la situation?

Dans à peu près tous les cas, votre attitude peut faire en sorte que la situation soit maîtrisée ou qu'elle dégénère en affrontement. La communication est un élément clé, que ce soit le langage verbal, sa forme et son contenu, ou le langage corporel.

Pour ma part, j'utilise beaucoup le contrôle du **ton de voix** dans une telle situation. Il est important de faire en sorte que le patient ne transfère pas son agressivité sur vous. Parlez-lui d'une voix égale (monotone) et d'un ton peu élevé, même si le patient, lui, crie à tue-tête. Éventuellement, il arrêtera de crier pour vous entendre. Il comprendra ainsi que vous êtes calme et que vous contrôlez la situation. Si nécessaire, répétez vos demandes comme, par exemple, de s'asseoir et ce, sans changer de ton.

La **forme** du discours est importante. Lorsque vous vous adressez au patient, soyez poli en le vouvoyant et en utilisant les formules de politesse Madame, Monsieur. Le patient verra ainsi que vous le respectez.

Le **contenu** a aussi son effet. Faites savoir au patient que vous êtes là pour l'aider. De plus, dites-lui ce que vous voulez faire, expliquez-lui le but et toutes les étapes de votre évaluation/intervention. Voyez ce qui est important dans sa vie et amenez-le à prendre conscience de son attitude (par exemple, crise devant ses enfants).

Votre **langage corporel** doit aussi projeter une attitude aidante et confiante. Ne laissez pas transparaître votre peur, votre indifférence ou votre mépris. Ne croisez pas les bras, regardez le patient lorsqu'il vous parle, évitez de regarder votre montre de façon répétée, de soupirer, de lever les sourcils en regardant votre partenaire. Ces signes portent à croire que le patient n'est pas important et que vous êtes impatient d'en avoir terminé avec lui.

Occasionnellement, il faudra être ferme et directif pour amener le patient à se ressaisir. Cette technique doit être utilisée seulement si vous n'avez pas perdu patience et que vous êtes en contrôle de vous-même.

Il est possible que la situation ne se déroule pas comme vous l'espérez, que le patient reste agressif envers vous, même si vous êtes poli et respectueux. Vous pouvez demander à votre partenaire de prendre votre place, car vous ressemblez peut-être physiquement ou psychologiquement à une personne avec qui le patient a un conflit.

Et l'inverse peut aussi se produire, le patient peut aussi générer en vous de fortes émotions pour les mêmes raisons. Une fois cette source identifiée, il vous sera plus facile de ne pas vous laisser entraîner dans cette voie.

Merci à Émilie Lucca de m'avoir demandé de rédiger cet article.

L'harmonisation des priorités d'affectation SMPAU

La nouvelle grille de priorisation des affectations des appels primaires fait beaucoup jaser sur le terrain. Il s'agit effectivement d'un changement majeur pour les priorités 2, il est donc normal que cela suscite beaucoup de réactions.

Vous avez raison quand vous dites que les PICTA et cette nouvelle grille ne sont pas congruents. Comme déjà mentionné, les PICTA sont en révision et cet élément sera adapté; les cas cliniques qui correspondent à une conduite non urgente dans l'affectation correspondront avec ce même type de conduite du-

rant le transport vers le CH. Les nouveaux PICTA devraient être diffusés au printemps prochain.

Pour ce qui est des affectations en priorité 2, ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il s'agit d'urgences potentielles; mais que les 4 minutes de différence de temps-réponse entre une conduite urgente et non urgente ne seront pas significatives dans le traitement **définitif du patient**. Il faut aussi peser le danger de la conduite en 10-30. Dans notre région seule, dans les derniers 10 ans, il y a eu trois décès liés à la conduite urgente.

Cette façon de faire est nouvelle et nous tentons de la suivre de près pour évaluer s'il y a des déterminants où la priorité est inadéquate et devrait être changée. Pour ce faire, nous sollicitons votre aide. Si vous voyez des cas où vous croyez que la réponse aurait dû être en 10-30 (mais que vous avez été affectés en priorité 2), je désire en être informée. Laissez dans ma boîte vocale, 450-432-8700 poste 3247, les date, heure et numéro du AS-810 correspondant à l'appel.

Merci à ceux qui ont pris le temps de me transmettre leurs commentaires.

Programme 5 médicaments

Résumé des changements

Depuis la dernière édition (7.0) du livre 5 médicaments, plusieurs changements au protocole ont été mis en place. En voici donc une synthèse:

Protocole Nitro-AAS

- Contre-indications à la nitro :
 - Pouls de plus de 150/min
 - Cialis et Levitra dans les 24-48 heures
- Arrêt de nitro: après 4 administrations

- successives, s'il n'y aucune amélioration de la douleur;
- Douleur d'origine cardiaque probable: inclusion de la douleur habituelle (MCAS) même si aucune composante thoracique; mais, par contre, il faut quand même respecter la durée maximale de 12 heures.

Glucagon

Contre-indication : allergie au latex (si inconnue, l'administration doit être faite).

** Salbutamol—Nouveau **

Si après avoir débuté le traitement de salbutamol, la saturation demeure en deçà de 92 %, une fois dans le véhicule ambulancier, administrez, en même temps que le traitement de salbutamol, de l'oxygène supplémentaire par canule nasale à 4l/min. Notez-le évidemment au dossier.

**AAS – Nouveau **

Lorsque vous arrivez au chevet d'un patient qui a eu une douleur thoracique d'origine cardiaque probable, mais que cette douleur est disparue, vous devrez lui administrer l'AAS quand même.

Suivi du programme

La conformité au protocole 5 médicaments s'améliore et a presque atteint le niveau de performance espéré. **Bravo à tous !**

Voici les **oublis** les plus fréquents :

Nitro-AAS

Description de la douleur thoracique (serrement, brûlure, couteau, etc.) et heure de début de la douleur (donc durée)

Salbutamol

Documentation de l'auscultation; attention,

aux fins du protocole, les bruits pulmonaires autres que les sibilances ne sont pas inclus comme critère d'inclusion

Glucagon

La deuxième glycémie est souvent oubliée.

Épinéphrine

Documentation de la présence ou absence d'œdème de la langue, plus particulièrement dans les cas de non-administration.

Documentation générale

Protocoles utilisés, heure de début du monitoring, note indiquant l'absence de critères d'inclusion sur le AS-803, SV minimum de 2 prises même si aucun médicament.

N'oubliez pas le diaporama *Aide-Mémoire 5 médicaments* sur les ordi-CH, il peut vous aider à vous assurer que vous n'avez pas oublié d'information importante. Vous pouvez aussi le consulter sur le site Internet SPU-Laurentides au www.rrsss15.gouv.qc.ca/SPU section TA.

Trucs et conseils



Voici quelques trucs pour faciliter vos interventions et vous aider à la rédaction des dossiers 5 médicaments :

- Douleur thoracique : **éviter de palper le thorax** ; le critère d'exclusion est douleur augmentée à l'inspiration, pas à la palpation;
- Salbutamol : tout patient qui prend des pompes (ventolin, atrovent, combivent, flovent, advair, bricanyl, serevent, etc.) est considéré pour le protocole comme

connu MPOC ou asthmatique;

- Lorsque le patient dit que son médecin ne veut pas qu'il prenne de l'AAS, demandez-lui pourquoi. Si la réponse est en lien avec la prise de **Coumadin**, expliquez au patient que, dans le contexte présent, ceci est sécuritaire;
- Inscrive toutes les échelles dans la colonne appropriée (échelles sont inscrites aléatoirement sur AS803, sur FPAM dans la section évaluation, complications);

- Pour gagner du temps dans la rédaction :
 - évitez de réécrire toute l'histoire sur le FPAM;
 - inscrivez un seul « set » de SV sur le AS803, le premier (en plus de l'ABC); sur le FPAM, inscrire toutes les prises de SV;
- AAS : inscrire 160 mg au lieu de 2 X 80 mg (risque d'erreur moins élevé);
- Toujours inscrire le 0 avant une dose inférieure à 1 mg = 0,4 mg.

LE JOURNAL CHAQUE MINUTE COMPTE !

PRODUCTION :

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

RÉDACTION :

D^{re} Colette D. Lachaine
Claude Dubreuil

RÉVISION :

Élise Prévost et toute l'équipe de formateurs

MISE EN PAGE :

Line Tanguay

Adresse Internet : <http://www.rrsss15.gouv.qc.ca>

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
3^e trimestre 2005, ISSN 1201-6268

Saviez-vous que ...?

Le programme *Salbutamol* a aussi été développé par Dr Claude Topping du SPU Québec.

Le programme *Glucagon* a été développé par D^{re} Andrée Vézina de l'équipe du SPU Québec.

Le programme *Nitro-AAS* a été développé par Sébastien Légaré (région de Montérégie) et Dr Wayne Smith (région de l'Estrie).



Matelas immobilisateur

La nouvelle version des PICTA est sur le point d'être terminée. Il est important de vous rappeler que l'utilisation du matelas immobilisateur et du KED sont maintenus. Ce qui est enseigné dans TRAUMA 2000 est **toujours en vigueur**.