



PROTOCOLES INFIRMIERS DE SOINS D'URGENCE

**Société Française de Médecine d'Urgence
Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers**

et

**Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
Société de Réanimation de Langue Française
Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire
Club des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgentistes Militaires**

Mars 2016

INTRODUCTION

Dans les suites de la circulaire relative à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers (SEMSP) élaborent avec les sociétés savantes françaises ayant un lien étroit avec la médecine d'urgence des protocoles de soins infirmiers, dénommés protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU).

Ces PISU concernent des situations d'urgence pour lesquelles l'intérêt de la victime justifie l'initiation de ces protocoles par les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) dans l'attente d'un renfort médical.

LE CONTEXTE

Un infirmier diplômé d'état (IDE) peut, dans l'exercice de sa profession, être confronté à une situation inopinée de détresse médicale. Hors présence médicale, il peut être amené à effectuer des gestes spécifiques afin de préserver la vie et/ou la fonction. En France, il est possible d'être mis en contact par téléphone dans les plus brefs délais avec un médecin urgentiste 24h/24 par le biais de la régulation médicale du SAMU (CRRR – Centre 15).

Ce document constitue la déclinaison de la circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015, dans son paragraphe 1.2.

BASE DOCUMENTAIRE DISPONIBLE

Une première recherche documentaire a consisté en une consultation des bases de données Medline et Pascal, ainsi que des bases et des sites Internet spécialisés en médecine d'urgence sur les recommandations concernant les situations retenues et notamment les soins pouvant relever des IDE. Une recherche documentaire a porté également sur les protocoles locaux déjà établis et sur les travaux réalisés sur la coopération entre professionnels de santé.

MODALITES DE REALISATION

Ce travail a associé des experts des sociétés savantes nationales les plus impliquées par la prise en charge de malades en situation de détresse vitale, notamment des membres de la Société Française de Médecine d'Urgence, de la Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers, de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, de la Société de Réanimation de Langue Française, du Collège des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgentistes Militaires et du Collège Français de Réanimation Cardio-pulmonaire.

Concernant les PISU, ils ont mis à jour les recommandations déjà publiées en 2011 et les ont adaptées aux libellés des PISU retenus dans la circulaire du 5 juin 2015.

MODALITES DE REVISION

Il est convenu entre les représentants de la Société Française de Médecine d'Urgence et de la Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers d'une rencontre tous les 2 ans afin d'adapter les PISU aux évolutions des données scientifiques.

PROTOCOLES INFIRMIERS DE SOINS D'URGENCE

Les PISU prennent la forme de documents écrits, datés et signés par le médecin-chef du service d'incendie et de secours qui en est responsable. Ils doivent respecter les présentes recommandations professionnelles.

Il est indispensable que les ISP bénéficient d'une formation initiale et continue à la mise en œuvre de ces PISU.

L'initiation d'un PISU peut être réalisée d'emblée par l'ISP étant donné le bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée. La mise en œuvre d'un PISU impose l'information immédiate du médecin régulateur du SAMU. En effet, dès l'initiation d'un PISU, l'ISP doit prendre directement contact avec le médecin régulateur du SAMU afin que ce dernier décide de sa poursuite, de son arrêt ou de son adaptation à la situation dans l'attente de l'arrivée éventuelle d'un SMUR.

Les échanges avec le SAMU se déroulent de la manière suivante :

- Le CTA informe le SAMU de l'intervention d'un ISP dès le déclenchement de cette intervention
- Le chef d'agrès transmet au SAMU un premier bilan qui mentionne l'intervention simultanée d'un ISP et, le cas échéant, l'utilisation d'un PISU
- Dans les plus brefs délais, l'ISP transmet son bilan directement au médecin régulateur par les moyens de transmission adaptés (réseau radio, ANTARES, ligne téléphonique dédiée, etc.) permettant d'accéder à ce dernier en moins d'une minute et permettant l'enregistrement simultané au SAMU et au CTA ; en cas d'indisponibilité du médecin régulateur dans ce délai, l'ISP poursuit la mise en œuvre de son protocole jusqu'à l'établissement d'un contact direct effectif, facilité au besoin par le CTA ;
- Le médecin régulateur du SAMU prescrit ensuite directement à l'ISP la poursuite, l'arrêt ou l'adaptation du PISU.

Les enregistrements sonores des échanges avec le SAMU constituent des éléments du dossier médical et font l'objet, notamment pour leur conversation et leur communication, des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Document unique validé le 22 mars 2016

**Pour la SFMU
Le Président**

Signé
Pr P-Y GUEUGNIAUD

**Pour la SEMSP
Le Président du conseil scientifique
Le secrétaire général**

Signé
Pr D SAFRAN
Dr J-C RAMU

Liste des Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence (PISU)

PISU n°1

Arrêt cardiaque, mort subite (adulte)

PISU n°2

Arrêt cardiaque, mort subite (enfant)

PISU n°3

Hémorragie sévère (adulte et enfant)

PISU n°4

Choc anaphylactique (adulte)

PISU n°5

Choc anaphylactique (enfant)

PISU n°6

Hypoglycémie

PISU n°7

Etat de mal convulsif (adulte)

PISU n°8

Etat de mal convulsif (enfant)

PISU n°9

Brûlures (adulte)

PISU n°10

Brûlures (enfant < 15ans)

PISU n°11

Asthme aigu grave de la personne asthmatique connue et traitée

PISU n°12

Intoxication aux fumées d'incendie

PISU n°13

Douleur aiguë (adulte)

PISU n°14

Douleur aiguë (enfant)

PARTIE 1



PROCOLES INFIRMIERS DE SOINS D'URGENCE

Version littérale

1. Recommandations : Arrêt cardiaque, mort subite (adulte)

1.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

- Une absence de conscience
- Une absence de ventilation
- Une absence de pouls carotidien

1.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'arrêt cardiaque.
- S'assurer de la qualité de la RCP selon les recommandations en vigueur
- Recueillir :
 - Heure supposée de l'Arrêt cardiaque
 - Age de la victime
 - Le délai de No-flow
 - D'éventuelles directives anticipées de fin de vie

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

- Dans le cadre particulier de l'arrêt cardiaque de l'adulte, le bilan infirmier sera transmis dans les plus brefs délais, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous.

1.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut poursuivre les manœuvres de réanimation cardiopulmonaire (RCP) et de défibrillation et s'assurer de la qualité de cette RCP.
- Il faut poser une voie veineuse périphérique sous réserve que l'acte n'interrompe pas les manœuvres de RCP
- Il faut préparer une injection d'adrénaline
- Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'adrénaline hors avis médical. Toutefois, les experts proposent d'injecter 1mg d'adrénaline / 4min en présence d'un rythme non choquable ou après 3 chocs électriques externes (CEE) successifs inefficaces en cas de rythme choquable, en l'absence de contact médical immédiat.
- Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'amiodarone ou de tout autre médicament hors avis médical*.
- Il n'y a pas d'indication à la mise en place d'un dispositif supra-glottique hors avis médical*.
- Il n'est pas recommandé de mettre en place une perfusion intra-osseuse hors avis médical*.

* médecin sur place ou médecin régulateur du SAMU.

1.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Surveillance de la reprise d'une activité cardiaque : signes de vie dont pouls carotidien.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

2. Recommandations : Arrêt cardiaque, mort subite (enfant)

2.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

- Une absence de conscience
- Une absence de ventilation ou ventilation anormale (dont gasps)
- Une absence de pouls au niveau huméral ou fémoral chez le nourrisson de moins d'un an ou au niveau carotidien au-delà de cet âge.

2.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'arrêt cardiaque de l'enfant.
- S'assurer de la qualité de la RCP selon les recommandations en vigueur
- Recueillir :
 - Heure supposée de l'Arrêt cardiaque
 - Age de la victime
 - Le délai de No-flow

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

- Dans le cadre particulier de l'arrêt cardiaque de l'enfant, le bilan infirmier est transmis dans les plus brefs délais, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous.

2.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut poursuivre les manœuvres de RCP et de défibrillation (si âge > 1 an : énergie de 4 Joules/kg).
- Il faut utiliser des patchs (ou des électrodes) pédiatriques chez l'enfant de 1 à 8 ans.
- A défaut, l'utilisation des patchs (ou des électrodes) adultes est recommandée chez l'enfant de plus de 1 an.
- Il faut privilégier la prise en charge ventilatoire de l'enfant. Dans cet objectif, l'IDE est le garant de la qualité de cette ventilation : une ventilation efficace, associée aux compressions thoraciques, est un préalable indispensable à la réalisation de tout autre geste technique.
- Il est alors possible de mettre en place un abord vasculaire.
- Les experts proposent de préparer une injection d'adrénaline
- Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'adrénaline hors avis médical. Toutefois, en l'absence de contact médical immédiat, les experts proposent d'injecter 0,01 mg/kg / 4min d'adrénaline en présence d'un rythme non choquable ou après 3 CEE successifs inefficaces.
- Il n'est pas recommandé d'administrer de l'amiodarone ou tout autre traitement hors avis médical*.
- Il n'est pas recommandé de mettre en place une perfusion intra-osseuse hors avis médical*

* médecin sur place ou médecin régulateur du SAMU.

2.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Surveillance de la reprise d'une activité cardiaque : signes de vie dont la vérification de l'activité circulatoire.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

3. Recommandations : Hémorragie sévère (adulte et enfant)

3.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

Chez l'adulte :

- PAS < 90 mm Hg
- Et Tachycardie > 120 bpm

Chez l'enfant :

- Valeurs inférieures aux normales de la Pression Artérielle pour l'âge
- Et Valeurs supérieures aux normales de la Fréquence Cardiaque pour l'âge

| Valeurs normales chez l'enfant | | |
|--------------------------------|---------------------------|--|
| AGE (Années) | Fréquence Cardiaque (bpm) | Pression Artérielle systolique (mm Hg) |
| 0-2 | < 130 | > 70 |
| 3 - 10 | < 110 | > 80 |
| 11 - 18 | < 90 | > 90 |

3.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion d'hémorragie sévère.
- Circonstance de mise en œuvre: Présence d'un saignement extériorisé important chez l'adulte.

ANAMNESE :

- Traitements en cours, en particulier ceux à visée cardiovasculaire notamment les antiagrégants, anticoagulants et bêtabloquants. Circonstances de survenue.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Signes périphériques de choc, troubles de conscience.

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

- Importance du bilan précoce et d'une mise en condition rapide. Il faut éviter la position proclive en particulier lors des manœuvres de mobilisation.

3.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut en priorité utiliser les gestes secouristes de contrôle des hémorragies externes, le cas échéant en mettant en place un garrot.
- Il est recommandé d'administrer de l'oxygène le plus précocement possible.
- Les experts recommandent la mise en place d'une voie veineuse périphérique de gros calibre et la réalisation de prélèvements sanguins dont, systématiquement, un groupage sanguin.
- Les experts proposent, la mesure de l'hémoglobine par micro-méthode.
- Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander l'utilisation préférentielle de cristalloïde ou de colloïde. Toutefois, devant les risques potentiels de réaction anaphylactique lors de l'utilisation des colloïdes, les experts recommandent l'administration de soluté cristalloïde isotonique.

- En cas de collapsus, il faut adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer un volume de 500mL en 10 à 15 min chez l'adulte et 20mL/ Kg en 20min chez l'enfant.
- Il n'est pas recommandé d'administrer à ce stade de soluté hypertonique.

3.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- S'assurer de l'efficacité des gestes secouristes de contrôle de l'hémorragie, en particulier pour les saignements masqués par les techniques de prise en charge (pansement compressif, matelas à dépression notamment).
- Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, signes périphériques de choc, troubles de conscience.
- Envisager, avec la régulation médicale, la mise en place d'une seconde voie veineuse périphérique de gros calibre.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

4. Recommandations : Choc anaphylactique (adulte)

4.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

Elle comprend la survenue brutale de signes cutanés :

- Eruption cutanée (urticaire) ± diffuse
- Prurit
- Erythème (rougeur) diffus
- Œdème (face, lèvres, paupières, mains)

Associés à :

- Une détresse respiratoire aiguë (avec ou sans signes de gravité)

Et/ou

- Une détresse circulatoire

4.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de choc anaphylactique.

ANAMNESE :

- Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
- Rechercher des antécédents allergiques et de choc anaphylactique.
- Recueillir les informations permettant d'identifier le facteur déclenchant (allergène)

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Modification de la voix, œdème de la face. A noter que les signes cutanés, même un érythème géant, ne sont pas des signes de gravité

4.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut installer immédiatement le patient à plat dos jambes surélevées s'il n'existe pas de signes de détresse respiratoire.
- Il faut administrer le plus tôt possible de l'oxygène.
- En cas de collapsus, il est recommandé d'administrer de l'adrénaline **0,3mg/0,3mL** en intramusculaire (muscle quadriceps). Il est possible d'utiliser la seringue auto-injectable du patient.
- Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique avec un soluté cristalloïde isotonique.
- En cas de collapsus, il faut adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer un volume de 500mL en 10 à 15min.

4.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, signes périphériques de choc, troubles de conscience.
- Envisager, avec la régulation médicale :
 - La nécessité et la modalité de mise en œuvre d'une seconde injection d'adrénaline IM.
- Surveiller, le cas échéant, l'évolution de l'œdème de la face.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

5. Recommandations : Choc anaphylactique (enfant)

5.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

Elle comprend la survenue brutale de signes cutanés :

- Eruption cutanée (urticatoire) ± diffuse
- Prurit
- Erythème (rougeur) diffus
- Œdème (face, lèvres, paupières, mains)

Associés à :

- Une détresse respiratoire aiguë (avec ou sans signes de gravité)

Et/ou

- Une détresse circulatoire

5.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de choc anaphylactique.

ANAMNESE :

- Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
- Rechercher des antécédents allergiques et de choc anaphylactique.
- Recueillir les informations permettant d'identifier le facteur déclenchant (allergène)

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience.
- Signes de gravité spécifiques à rechercher : modification de la voix, œdème de la face. Noter que les signes cutanés, même un érythème géant, ne sont pas des signes de gravité.

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

- Dans le cadre particulier d'une réaction allergique grave de l'enfant, le bilan infirmier est passé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous.

5.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut installer immédiatement le patient à plat dos jambes surélevées s'il n'existe pas de signe de détresse respiratoire.
- Il faut administrer le plus tôt possible de l'oxygène.
- En cas de collapsus, il est recommandé d'administrer de l'adrénaline : 0,15 mg/0,3mL si moins de 20kg, 0,30 mg/0,3mL si plus de 20kg en intramusculaire (muscle quadriceps) en privilégiant l'utilisation de la seringue auto-injectable du patient.
- Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique avec un soluté cristalloïde isotonique.
- En cas de collapsus, il faut adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer un volume de 20mL/kg en 20min.

5.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, signes périphériques de choc, troubles de conscience.
- Envisager, avec la régulation médicale :
 - La nécessité et la modalité de mise en œuvre d'une seconde injection d'adrénaline IM.
- Surveiller, le cas échéant, l'évolution de l'œdème de la face.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

6. Recommandations : Hypoglycémie

6.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

Malaise ou trouble de la conscience avec glycémie capillaire < 3,3 mmol/L (0,6 g/L).

6.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion d'hypoglycémie.

ANAMNESE :

- Antécédents notamment de diabète, traitements en cours, circonstances de survenue, prise d'alcool.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, SpO₂.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Trouble de conscience, crise convulsive.

6.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il est recommandé d'utiliser la voie per os pour l'administration de glucose lorsque l'état de conscience le permet.
- En cas de trouble de conscience ou d'impossibilité d'utiliser la voie per os, il faut administrer du sérum glucosé par voie intraveineuse.
- Les experts recommandent la mise en place d'une voie veineuse périphérique pour l'administration intraveineuse de sérum glucosé
- En cas d'administration intra veineuse, les experts proposent l'administration initiale de 20 à 40 mL de sérum glucosé à 30%.
- Les experts proposent l'administration de glucagon intramusculaire en cas d'impossibilité d'administration per os ou intraveineuse de glucose.

6.4. SURVEILLANCE

- Contrôler la glycémie capillaire après l'administration initiale de glucose et avant l'administration de dose complémentaire en cas de trouble de conscience persistant
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

7. Recommandations : Etat de mal convulsif (adulte)

7.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

La présence de crises convulsives généralisées d'une durée supérieure ou égale à 5 min
ET
La présence de troubles de conscience

7.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de crises convulsives continues ou subintrantes de plus de 5min, ou succession de crises, sans amélioration de la conscience, pendant plus de 30min.

ANAMNESE :

- Antécédents notamment épilepsie, traitements en cours, circonstances de survenue et durée (heure de début), grossesse, notion de traumatisme, de prise d'alcool, de stupéfiants, de médicaments. Rechercher également une hyperthermie.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, température, SpO₂.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Hypoglycémie.
- Les experts rappellent que les convulsions ne sont qu'un symptôme et qu'un examen médical est indispensable pour en connaître la cause. Les convulsions peuvent notamment témoigner de la survenue d'un arrêt cardiaque ou d'un équivalent circulatoire d'arrêt cardiaque.

7.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut administrer de l'oxygène à haute concentration.
- Il faut corriger toute hypoglycémie, vérifier sa correction et adapter l'administration de sérum glucosé (cf. recommandation protocole hypoglycémie).
- Il faut mettre en place une voie veineuse périphérique de sécurité.
- Les experts proposent de préparer et d'injecter 1 mg de clonazepam (rivotril®) IV si le contact avec le médecin régulateur n'est pas immédiatement réalisable.

7.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Toute modification de l'état de conscience (réveil, coma ...) et toute modification dans le déroulement de la crise (cessation, récurrence ...) doivent faire l'objet d'un bilan complémentaire au médecin régulateur du Samu.
- Envisager, avec le médecin régulateur du Samu, l'administration de thérapeutiques complémentaires.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

8. Recommandations : Etat de mal convulsif (enfant)

8.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

La présence de crises convulsives généralisées d'une durée supérieure ou égale à 5 minutes
ET

La présence de troubles de conscience

8.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de crises convulsives continues ou subintrantes de plus de 5min, ou succession de crises, sans amélioration de la conscience, pendant plus de 30min.

ANAMNESE :

- Antécédents notamment épilepsie, traitements en cours, circonstances de survenue et durée (heure de début), notion de traumatisme, de prise d'alcool, de stupéfiants, de médicaments. Rechercher également une hyperthermie.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, température, SpO₂.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Hypoglycémie.
- Les experts rappellent que les convulsions ne sont qu'un symptôme et qu'un examen médical est indispensable pour en connaître la cause. Les convulsions peuvent notamment témoigner de la survenue d'un arrêt cardiaque ou d'un équivalent circulatoire d'arrêt cardiaque.

8.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut administrer de l'oxygène à haute concentration.
- Il faut corriger toute hypoglycémie, vérifier sa correction et adapter l'administration de sérum glucosé (cf. recommandation protocole hypoglycémie).
- Il faut mettre en place une voie veineuse périphérique de sécurité.
- Les experts proposent de préparer et d'injecter le diazepam (valium®) 0,5mg/kg par voie intra rectale si le contact avec le médecin régulateur du Samu n'est pas immédiatement réalisable.

8.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Toute modification de l'état de conscience (réveil, coma ...) et toute modification dans le déroulement de la crise (cessation, récurrence ...) doivent faire l'objet d'un bilan complémentaire au médecin régulateur du Samu.
- Envisager, avec le médecin régulateur du Samu, l'administration de thérapeutiques complémentaires.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

9. Recommandations : Brûlures (adulte)

9.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

- Brûlures du 2^{ème} ou du 3^{ème} degré ayant une surface > 15% de la surface corporelle (Règle des 9 de Wallace)
- Atteinte du visage et/ou des voies aériennes supérieures

9.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de brûlure grave.

ANAMNESE :

- Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
- Identifier la cause de la brûlure : thermique (flamme ou liquide), électrique ou chimique.
- Rechercher un contexte évocateur d'une intoxication associée par monoxyde de carbone et/ou cyanures.
- Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, la notion d'une explosion.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience, évaluation de la douleur, température corporelle, éventuellement monoxyde de carbone (CO) expiré.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Brûlure du cou et/ou de la face, brûlures des voies aériennes supérieures (suie dans la bouche et les narines), brûlures circonférentielles.

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

- Evaluation de la surface brûlée et estimation de la profondeur des brûlures.

9.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut vérifier que le refroidissement des brûlures a été approprié et suffisant et prévenir l'hypothermie.
- Il faut mettre en œuvre une analgésie (cf protocole).
- Il est recommandé d'administrer le plus tôt possible de l'oxygène.
- Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique de bon calibre, si possible en peau saine.
- Il est recommandé de débiter un remplissage vasculaire par la perfusion d'un soluté cristalloïde isotonique.
- En cas de collapsus, il faut adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer un volume de 500mL en 10 à 15min.

9.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Contrôler : pouls, tension non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, signes périphériques de choc, troubles de conscience, température corporelle, score de douleur.
- Envisager, avec la régulation médicale : la nécessité de mise en œuvre d'un second abord veineux périphérique et l'adaptation du débit de remplissage vasculaire.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

10.Recommandations : Brûlure (enfant < 15 ans)

10.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

- Brûlures du 2^{ème} ou du 3^{ème} degré ayant une surface > 15% de la surface corporelle chez l'enfant > 6 ans
- Brûlures du 2^{ème} ou du 3^{ème} degré ayant une surface > 10% de la surface corporelle chez l'enfant entre 1 et 6 ans
- Brûlures du 2^{ème} ou du 3^{ème} degré ayant une surface > 5% de la surface corporelle chez l'enfant de moins de 1 an
(Règle des 9 de Wallace ou table de Lund et Browder pour l'enfant de moins de 10 ans)
- Atteinte du visage et/ou des voies aériennes supérieures

10.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de brûlure grave.

ANAMNESE :

- Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
- Identifier la cause de la brûlure : thermique (flamme ou liquide), électrique ou chimique.
- Rechercher un contexte évocateur d'une intoxication associée par monoxyde de carbone (coma) et/ou cyanures (incendie en espace clos, présence de suies dans les voies aériennes).
- Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, la notion d'une explosion.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience, évaluation de la douleur, température corporelle, éventuellement le CO expiré.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Brûlure du cou et/ou de la face, brûlures des voies aériennes supérieures (suie dans la bouche et les narines), brûlures circonférentielles.

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

- Evaluation de la surface brûlée et estimation de la profondeur des brûlures.

10.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut vérifier que le refroidissement des brûlures a été approprié et prévenir l'hypothermie (recouvrir la tête et les zones non brûlées).
- Il faut mettre en œuvre une analgésie (cf protocole).
- Il est recommandé d'administrer le plus tôt possible de l'oxygène.
- Il est souhaitable de mettre en place un accès veineux périphérique en zone de peau saine avec un soluté cristalloïde isotonique.
- En cas de collapsus, il faut adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer un volume de 20mL/kg en 20 min.
- Toutefois, en cas de difficulté prévisible ou avérée pour obtenir cet accès veineux, il est recommandé de ne pas insister.

10.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, signes périphériques de choc, troubles de conscience, température corporelle, score de douleur.
- Envisager, avec la régulation médicale : l'adaptation du débit de remplissage vasculaire.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

11.Recommandations : Asthme aigu grave de la personne asthmatique connue et traitée

11.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

Il s'agit exclusivement d'une dyspnée expiratoire aiguë chez la personne asthmatique connue et traitée

L'insuffisant respiratoire chronique est exclu de ce protocole.

11.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de crise d'asthme persistante chez un patient asthmatique connu avec signes de gravité.

ANAMNESE :

- Antécédents notamment cardio-respiratoires, traitements en cours, hospitalisation antérieures notamment en service de réanimation, notion d'allergie, circonstances de survenue.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience, capacité d'élocution.

SIGNES DE GRAVITE :

- Crise ressentie comme inhabituelle, tirage, sueurs, cyanose, signes périphériques de choc, troubles de conscience, élocution impossible, polypnée (> 30 /min) ou bradypnée (< 10 /min),
- Le débit expiratoire de pointe (DEP) ne doit pas être effectué en présence d'un des signes de gravité cité précédemment.
- Un DEP < 150 L/min (pour les patients qui ont l'habitude de le mesure) ou moins de 30% de la valeur théorique (pour les patients qui connaissent leur DEP maximum) constitue en soi un signe de gravité.

11.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut administrer de l'oxygène à tout patient en détresse respiratoire.
- Il est recommandé de respecter la position spontanée du patient.
- Il est recommandé de mettre en place le plus tôt possible un aérosol de β_2 mimétique sous oxygène.
- Il est proposé de mettre en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité.

11.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Surveiller l'apparition de signe de gravité et contrôler le DEP après aérosol.
- Surveillance : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience, capacité d'élocution.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

12.Recommandations : Intoxication aux fumées d'incendie

12.1. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

Inhalation de fumées d'incendie lors ou au décours d'un incendie

A savoir : les fumées d'incendie sont composées de vapeur d'eau chaude, de suies et de nombreux produits toxiques dont le CO et les cyanures

12.2. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de d'intoxication aux fumées d'incendie.
- Circonstance de mise en œuvre: constatation de troubles circulatoires et/ou de conscience dans un contexte d'exposition à des fumées d'incendie.

ANAMNESE :

- Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
- Identifier les circonstances de l'intoxication, notamment en espace clos.
- Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, des brûlures, la notion d'une explosion.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, état de conscience, CO (expiré ou digital).

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

- Existence de lésions traumatiques associées, brûlures, en particulier de la face, présence de suies dans les voies aériennes supérieures (bouche et narines).

12.3. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut administrer le plus tôt possible de l'oxygène.
- Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique et d'effectuer un prélèvement sanguin à visée toxicologique.
- En cas de collapsus, a fortiori d'arrêt cardiaque (cf. recommandations), ou de trouble de conscience, il est recommandé de compléter la prise en charge par l'administration d'hydroxocobalamine (cyanokit[®] : 5 g IV ou 70 mg/kg chez l'enfant).

12.4. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, signes périphériques de choc, troubles de conscience.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

13.Recommandations : Douleur aiguë (adulte)

1.2. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

- Douleur aiguë avec Echelle Numérique (EN) >3
- Exacerbation de douleur chronique

13.1. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre avec la notion de douleur aiguë chez l'adulte.

ANAMNESE :

- Antécédents, traitements en cours, circonstances de survenue notamment traumatisme.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation périphérique en oxygène (SpO₂), évaluation répétée de la douleur.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Signes périphériques de choc, trouble de conscience.

13.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut traiter toute douleur aiguë après évaluation réitérée de l'intensité douloureuse par une échelle d'évaluation validée.
- Si l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation est impossible, il est recommandé d'utiliser une échelle d'hétéro-évaluation.
- Il faut mettre en œuvre les mesures non médicamenteuses comme l'information, l'immobilisation, la prévention de l'hypothermie ainsi que la réalisation d'une cryothérapie si nécessaire.
- Il faut systématiquement réévaluer la douleur après la mise en œuvre d'une mesure antalgique.
- Les experts recommandent une utilisation large du mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) pour les douleurs modérées à intenses en respectant les contre-indications.
- Les experts recommandent l'utilisation de paracétamol seul ou en co-analgésie pour toute douleur à la dose de 1 g par voie IV ou per os, en respectant les contre-indications.
- Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation de la morphine par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible. Toutefois, une injection de morphine par un IDE peut être réalisée sur prescription du médecin régulateur du SAMU.
- En cas d'hyperalgie (EN >6) et dans le cadre exclusif de la traumatologie osseuse périphérique sévère isolée, une première injection IV de morphine titrée pourra être réalisée (2mg pour les patients < 60kg, et 3 mg pour les patients ≥ 60kg) si le contact avec le médecin régulateur n'est pas immédiatement réalisable. Une deuxième injection sans avis médical du médecin régulateur du Samu n'est pas proposée.

SURVEILLANCE

- Evaluation régulière de la douleur et surveillance de l'apparition d'effets indésirables des thérapeutiques entreprises.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

14.Recommandations : Douleur aiguë (enfant)

1.3. RECONNAISSANCE DE LA SITUATION

- Douleur aiguë avec Echelle Numérique (EN) >3, ou Evendol > 10
- Exacerbation de douleur chronique

14.1. BILAN INFIRMIER

- S'assurer de la transmission du bilan secouriste.
- Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre avec la notion de douleur aiguë chez un enfant.

ANAMNESE :

- Antécédents, traitements en cours, circonstances de survenue notamment traumatisme.

PARAMETRES VITAUX :

- Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO₂, évaluation de la douleur par échelles adaptées à l'enfant.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

- Signes périphériques de choc, trouble de conscience.

14.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut autoriser les parents à rester aux côtés de l'enfant
- Il faut traiter toute douleur aiguë après évaluation réitérée de l'intensité douloureuse par une échelle d'évaluation adaptée à l'âge de l'enfant (intérêt de la grille Evendol de 0 à 7ans).
- Il faut mettre en œuvre les mesures non médicamenteuses comme l'information, l'immobilisation, la prévention de l'hypothermie ainsi que la réalisation d'une cryothérapie si nécessaire
- Il faut systématiquement réévaluer la douleur après la mise en œuvre d'une mesure antalgique.
- Les experts recommandent une utilisation large du MEOPA pour les douleurs modérées à intenses en respectant les contre-indications.
- Les experts recommandent l'utilisation de paracétamol seul ou en co-analgésie par voie IV ou per os à la dose de 15 mg/kg pour toute douleur en respectant les contre-indications.
- Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation d'agonistes-antagonistes morphiniques par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible.
- Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation de la morphine par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible. Toutefois, une injection de morphine par un IDE peut être réalisée sur prescription du médecin régulateur du SAMU.
- En cas d'hyperalgie (EN > 6 ou Evendol > 10) et dans le cadre exclusif de la traumatologie osseuse périphérique sévère isolée, une première injection IV de morphine titrée pourra être réalisée (0,05 mg/kg) si le contact avec le médecin régulateur n'est pas immédiatement réalisable. Une deuxième injection sans avis médical du médecin régulateur du Samu n'est pas proposée.

14.3. SURVEILLANCE

- Evaluation régulière de la douleur et surveillance de l'apparition d'effets indésirables des thérapeutiques entreprises.
- UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP.

PARTIE 2



PROCOLES INFIRMIERS DE SOINS D'URGENCE

Version fiches

| | |
|---|---|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| ARRET CARDIAQUE, MORT SUBITE (adulte) | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Absence de conscience,○ Absence de ventilation,○ Absence de pouls carotidien. | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'arrêt cardiaque.○ S'assurer de la qualité de la RCP selon les recommandations en vigueur○ Recueillir :<ul style="list-style-type: none">• Heure supposée de l'arrêt cardiaque• Age de la victime• Délai de No-flow• D'éventuelles directives anticipées de fin de vie○ BILAN INFIRMIER TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU : Dans le cadre particulier de l'arrêt cardiaque de l'adulte, le bilan infirmier sera transmis dans les plus brefs délais, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Poursuivre les manœuvres de réanimation cardiopulmonaire (RCP) et de défibrillation○ S'assurer de la bonne qualité de la RCP.○ Mise en place d'une VVP sous réserve que l'acte n'interrompe pas les manœuvres de RCP○ Préparer une injection d'ADRENALINE. Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'adrénaline hors avis médical. Toutefois, les experts proposent d'injecter 1mg d'adrénaline / 4min en présence d'un rythme non choquable ou après 3 chocs électriques externes (CEE) successifs inefficaces en cas de rythme choquable, en l'absence de contact médical immédiat.○ Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'amiodarone ou de tout autre médicament hors avis médical*.○ Il n'y a pas d'indication à la mise en place d'un dispositif supra-glottique hors avis médical*.○ Il n'est pas recommandé de mettre en place une perfusion intra-osseuse hors avis médical*. <i>*médecin sur place ou médecin régulateur du SAMU.</i> | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Surveillance de la reprise d'une activité cardiaque : signes de vie dont pouls carotidien○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP | |

| | |
|--|---|
|   | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| ARRET CARDIAQUE, MORT SUBITE (enfant) | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Absence de conscience○ Absence de ventilation ou ventilation anormale (dont gasps)○ Absence de pouls huméral ou fémoral chez le nourrisson de moins d'un an ou carotidien au-delà de cet âge. | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'arrêt cardiaque de l'enfant.○ S'assurer de la qualité de la RCP selon les recommandations en vigueur○ Recueillir :<ul style="list-style-type: none">• Heure supposée de l'Arrêt cardiaque• Age de la victime• Le délai de No-flow○ BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU : Dans le cadre particulier de l'arrêt cardiaque de l'enfant, le bilan infirmier est transmis dans les plus brefs délais, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Poursuivre les manœuvres de RCP et de défibrillation (si âge > 1 an : énergie de 4 Joules/kg).○ Utiliser des patchs (ou des électrodes) pédiatriques chez l'enfant de 1 à 8 ans. A défaut, l'utilisation des patchs (ou des électrodes) adultes est recommandée chez l'enfant de plus de 1 an.○ Privilégier la prise en charge ventilatoire de l'enfant. Dans cet objectif, l'IDE est le garant de la qualité de cette ventilation : une ventilation efficace, associée aux compressions thoraciques, est un préalable indispensable à la réalisation de tout autre geste technique.○ Il est alors possible de mettre en place un abord vasculaire.○ Les experts proposent de préparer une injection d'ADRENALINE. Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'adrénaline hors avis médical. Toutefois, en l'absence de contact médical immédiat, les experts proposent d'injecter 0,01 mg/kg / 4min d'adrénaline en présence d'un rythme non choquable ou après 3 CEE successifs inefficaces.○ Il n'est pas recommandé d'administrer de l'amiodarone ou tout autre traitement hors avis médical*.○ Il n'est pas recommandé de mettre en place une perfusion intra-osseuse hors avis médical* <i>*médecin sur place ou médecin régulateur du SAMU.</i> | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Surveillance de la reprise d'une activité cardiaque : signes de vie dont la vérification de l'activité circulatoire.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP | |

|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|--|--|--------------|---------------------------|---------------------------------------|-----|-------|------|--------|-------|------|---------|------|------|
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM | – Version 1 – validée le 22/03/2016 | | | | | | | | | | | | | | | |
| HEMORRAGIE SEVERE (adulte et enfant) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Chez l'adulte : <ul style="list-style-type: none"> - PAS < 90 mmHg - Et Tachycardie > 120 bpm ○ Chez l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> - Valeurs inférieures aux normales de la Pression Artérielle pour l'âge - Et Valeurs supérieures aux normales de la Fréquence Cardiaque pour l'âge | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Valeurs normales chez l'enfant</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">AGE (Années)</th> <th style="text-align: center;">Fréquence Cardiaque (bpm)</th> <th style="text-align: center;">Pression Artérielle systolique (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">0-2</td> <td style="text-align: center;">< 130</td> <td style="text-align: center;">> 70</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3 - 10</td> <td style="text-align: center;">< 110</td> <td style="text-align: center;">> 80</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11 - 18</td> <td style="text-align: center;">< 90</td> <td style="text-align: center;">> 90</td> </tr> </tbody> </table> | | | Valeurs normales chez l'enfant | | | AGE (Années) | Fréquence Cardiaque (bpm) | Pression Artérielle systolique (mmHg) | 0-2 | < 130 | > 70 | 3 - 10 | < 110 | > 80 | 11 - 18 | < 90 | > 90 |
| Valeurs normales chez l'enfant | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGE (Années) | Fréquence Cardiaque (bpm) | Pression Artérielle systolique (mmHg) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0-2 | < 130 | > 70 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - 10 | < 110 | > 80 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 - 18 | < 90 | > 90 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. BILAN INFIRMIER | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste. ○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion d'hémorragie sévère de l'adulte. ○ Circonstance de mise en œuvre: Présence d'un saignement extériorisé important chez l'adulte. ○ ANAMNESE : <ul style="list-style-type: none"> Traitements en cours, en particulier ceux à visée cardiovasculaire notamment les antiagrégants, anticoagulants et bêtabloquants. Circonstances de survenue. ○ PARAMETRES VITAUX : <ul style="list-style-type: none"> Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque et respiratoire, SpO2, état de conscience. ○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER : <ul style="list-style-type: none"> Signes périphériques de choc, troubles de conscience. ○ BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU : <ul style="list-style-type: none"> Importance du bilan précoce et d'une mise en condition rapide. eviter la position proclive en particulier lors des manœuvres de mobilisation. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Prioriser les gestes secouristes de contrôle des hémorragies externes, le cas échéant mise en place d'un garrot. ○ Administrer de l'oxygène le plus précocement possible. ○ Mise en place d'une VVP de gros calibre et réalisation de prélèvements sanguins dont, systématiquement, un groupage sanguin. ○ Les experts proposent, la mesure de l'hémoglobine par micro-méthode. ○ Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander l'utilisation préférentielle de cristalloïde ou de colloïde. Toutefois, devant les risques potentiels de réaction anaphylactique lors de l'utilisation des colloïdes, les experts recommandent l'administration de soluté CRISTALLOÏDE isotonique. En cas de collapsus, il faut adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer un volume de 500mL en 10 à 15 min chez l'adulte et 20 mL/ Kg en 20min chez l'enfant. ○ Il n'est pas recommandé d'administrer à ce stade de soluté hypertonique. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ S'assurer de l'efficacité des gestes secouristes de contrôle de l'hémorragie, en particulier pour les saignements masqués par les techniques de prise en charge (pansement compressif, matelas à dépression notamment). ○ Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, signes périphériques de choc, troubles de conscience. ○ Envisager, avec la régulation médicale, la mise en place d'une seconde VVP de gros calibre. ○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| CHOC ANAPHYLACTIQUE (adulte) | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Elle comprend la survenue brutale de signes cutanés :<ul style="list-style-type: none">• Eruption cutanée (urticair) ± diffuse• Prurit• Erythème (rougeur) diffus• Œdème (face, lèvres, paupières, mains)○ Associés à :<ul style="list-style-type: none">• Une détresse respiratoire aigüe (avec ou sans signes de gravité)Et/ou<ul style="list-style-type: none">• Une détresse circulatoire | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de réaction allergique grave. choc anaphylactique○ ANAMNESE :<ul style="list-style-type: none">Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenantsRechercher des antécédents allergiques et de réaction allergique grave, de choc anaphylactique.Recueillir les informations permettant d'identifier le facteur déclenchant (allergène)○ PARAMETRES VITAUX :<ul style="list-style-type: none">Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, état de conscience.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :<ul style="list-style-type: none">Modification de la voix, œdème de la face. A noter que les signes cutanés, même un érythème géant, ne sont pas des signes de gravité. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Installer immédiatement le patient à plat dos jambes surélevées s'il n'existe pas de signes de détresse respiratoire.○ Administrer le plus tôt possible de l'oxygène.○ En cas de collapsus, il est recommandé d'administrer de l'ADRENALINE 0,3mg/0,3 mL en intramusculaire (muscle quadriceps). Il est possible d'utiliser la seringue auto-injectable du patient.○ Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique avec un soluté cristalloïde isotonique.○ En cas de collapsus, adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer 500mL en 10 à 15 min. | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, signes périphériques de choc, troubles de conscience.○ Envisager, avec la régulation médicale :<ul style="list-style-type: none">La nécessité et la modalité de mise en œuvre d'une seconde injection d'adrénaline IM.○ Surveiller, le cas échéant, l'évolution de l'œdème de la face.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | |

| | |
|---|---|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| CHOC ANAPHYLACTIQUE (enfant) | |
| RECONNAISSANCE DE LA SITUATION <ul style="list-style-type: none">○ Elle comprend la survenue brutale de signes cutanés :<ul style="list-style-type: none">• Eruption cutanée (urticairique) ± diffuse• Prurit• Erythème (rougeur) diffus• Œdème (face, lèvres, paupières, mains)○ Associés à :<ul style="list-style-type: none">• Une détresse respiratoire aiguë (avec ou sans signes de gravité) Et/ou <ul style="list-style-type: none">• Une détresse circulatoire | |
| CONDUITE A TENIR : 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de réaction allergique grave. choc anaphylactique○ ANAMNESE :<ul style="list-style-type: none">Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenantsRechercher des antécédents allergiques et de réaction allergique grave. choc anaphylactique.Recueillir les informations permettant d'identifier le facteur déclenchant (allergène)○ PARAMETRES VITAUX :<ul style="list-style-type: none">Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, état de conscience.○ BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :<ul style="list-style-type: none">Dans le cadre particulier d'une réaction allergique grave de l'enfant, le bilan infirmier est passé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Installer immédiatement le patient à plat dos jambes surélevées s'il n'existe pas de signes de détresse respiratoire.○ Administrer le plus tôt possible de l'oxygène.○ En cas de collapsus, il est recommandé d'administrer de l'ADRENALINE:<ul style="list-style-type: none">0,15 mg/0,3 mL si moins de 20 kg, 0,30 mg/0,3 mL si plus de 20 kg, en intramusculaire (muscle quadriceps) en privilégiant l'utilisation de la seringue auto-injectable du patient.○ Mise en place d'un accès veineux périphérique avec un soluté cristalloïde isotonique.○ En cas de collapsus, adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique au débit de 20 mL/kg en 20 min. | |
| SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière: <ul style="list-style-type: none">○ Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, signes périphériques de choc, troubles de conscience.○ Envisager, avec la régulation médicale :<ul style="list-style-type: none">La nécessité et la modalité de mise en œuvre d'une seconde injection d'adrénaline IM.○ Surveiller, le cas échéant, l'évolution de l'œdème de la face.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | |

| | | |
|---|--|--|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence | |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM | – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| HYPOGLYCEMIE | | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Malaise ou trouble de la conscience avec glycémie capillaire < 3,3 mmol/L (0,6 g/L). | | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion d'hypoglycémie.○ ANAMNESE :<ul style="list-style-type: none">○ Antécédents notamment de diabète, traitements en cours, circonstances de survenue, prise d'alcool.○ PARAMETRES VITAUX :<ul style="list-style-type: none">○ Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, SpO2.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :<ul style="list-style-type: none">○ Trouble de conscience, crise convulsive. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Utiliser la voie per os pour l'administration de glucose lorsque l'état de conscience le permet.○ En cas de trouble de conscience ou d'impossibilité d'utiliser la voie per os, administrer du sérum glucosé par voie intraveineuse.○ Mise en place d'une voie veineuse périphérique pour l'administration intraveineuse de sérum glucosé○ En cas d'administration intra veineuse, les experts proposent l'administration initiale de 20 à 40 mL de sérum glucosé à 30%.○ Les experts proposent l'administration de glucagon intramusculaire en cas d'impossibilité d'administration per os ou intraveineuse de glucose. | | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Contrôler la glycémie capillaire après l'administration initiale de glucose et avant l'administration de dose complémentaire en cas de trouble de conscience persistant○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | | |

| | |
|---|--|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| ETAT DE MAL CONVULSIF (adulte) | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Présence de crises convulsives généralisées d'une durée supérieure ou égale à 5 min<li style="text-align: center;">ET○ Présence de troubles de conscience | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de crises convulsives continues ou subintrantes de plus de 5 min, ou succession de crises, sans amélioration de la conscience, pendant plus de 30 min.○ ANAMNESE : Antécédents notamment épilepsie, traitements en cours, circonstances de survenue et durée (heure de début), grossesse, notion de traumatisme, de prise d'alcool, de stupéfiants, de médicaments. Rechercher une hyperthermie.○ PARAMETRES VITAUX : Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, température, SpO2.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER : Hypoglycémie.○ Les experts rappellent que les convulsions ne sont qu'un symptôme et qu'un examen médical est indispensable pour en connaître la cause. Les convulsions peuvent notamment témoigner de la survenue d'un arrêt cardiaque ou d'un équivalent circulatoire d'arrêt cardiaque. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Administrer de l'oxygène à haute concentration.○ Corriger toute hypoglycémie, vérifier sa correction et adapter l'administration de sérum glucosé (cf. recommandation protocole hypoglycémie).○ Mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité.○ Les experts proposent de préparer et d'injecter 1 mg de CLONAZEPAM (Rivotril®) IV si le contact avec le médecin régulateur n'est pas immédiatement réalisable. | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Toute modification de l'état de conscience (réveil, coma ...) et toute modification dans le déroulement de la crise (cessation, récidence ...) doivent faire l'objet d'un bilan complémentaire au médecin régulateur du Samu.○ Envisager, avec le médecin régulateur du Samu, l'administration de thérapeutiques complémentaires.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | |

| | |
|--|--|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| ETAT DE MAL CONVULSIF (enfant) | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Présence de crises convulsives généralisées d'une durée supérieure ou égale à 5 min ET○ Présence de troubles de conscience | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de crises convulsives continues ou subintrantes de plus de 5 min, ou succession de crises, sans amélioration de la conscience, pendant plus de 30 min.○ ANAMNESE : Antécédents notamment épilepsie, traitements en cours, circonstances de survenue et durée (heure de début), notion de traumatisme, de prise d'alcool, de stupéfiants, de médicaments. Rechercher une hyperthermie○ PARAMETRES VITAUX : Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, température, SpO2.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER : Hypoglycémie.○ Les experts rappellent que les convulsions ne sont qu'un symptôme et qu'un examen médical est indispensable pour en connaître la cause. Les convulsions peuvent notamment témoigner de la survenue d'un arrêt cardiaque ou d'un équivalent circulatoire d'arrêt cardiaque. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Administrer de l'oxygène à haute concentration.○ Corriger toute hypoglycémie, vérifier sa correction et adapter l'administration de sérum glucosé (cf. recommandation protocole hypoglycémie).○ Mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité.○ Les experts proposent de préparer et d'injecter le DIAZEPAM (Valium®) 0,5 mg/kg par voie intra rectale si le contact avec le médecin régulateur du Samu n'est pas immédiatement réalisable. | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Toute modification de l'état de conscience (réveil, coma ...) et toute modification dans le déroulement de la crise (cessation, récurrence ...) doivent faire l'objet d'un bilan complémentaire au médecin régulateur du Samu.○ Envisager, avec le médecin régulateur du Samu, l'administration de thérapeutiques complémentaires.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | |

| | | |
|--|--|--|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence | |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM | – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| BRULURES (adulte) | | |
| RECONNAISSANCE DE LA SITUATION <ul style="list-style-type: none">○ Brûlures du 2ème ou du 3ème degré ayant une surface > 15% de la surface corporelle (Règle des 9 de Wallace)○ Atteinte du visage et/ou des voies aériennes supérieures | | |
| CONDUITE A TENIR : 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de brûlure grave.○ ANAMNESE :<ul style="list-style-type: none">○ Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants○ Identifier la cause de la brûlure : thermique (flamme ou liquide), électrique ou chimique.○ Rechercher un contexte évocateur d'une intoxication associée par monoxyde de carbone et/ou cyanures.○ Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, la notion d'une explosion.○ PARAMETRES VITAUX :<ul style="list-style-type: none">○ Puls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, état de conscience, évaluation de la douleur, température corporelle, éventuellement monoxyde de carbone (CO) expiré.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :<ul style="list-style-type: none">○ Brûlure du cou et/ou de la face, brûlures des voies aériennes supérieures (suie dans la bouche et les narines), brûlures circonférentielles.○ BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :<ul style="list-style-type: none">○ Evaluation de la surface brûlée) et estimation de la profondeur des brûlures. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Vérifier que le refroidissement des brûlures a été approprié et suffisant et prévenir l'hypothermie.○ Mise en œuvre d'une analgésie (cf protocole).○ Administrer le plus tôt possible de l'oxygène.○ Mise en place d'un accès veineux périphérique de bon calibre, si possible en peau saine.○ Débuter un remplissage vasculaire par la perfusion d'un soluté cristalloïde isotonique.○ En cas de collapsus, adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique pour administrer un volume de 500 mL en 10 à 15 min. | | |
| SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière: <ul style="list-style-type: none">○ Contrôler : pouls, tension non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, signes périphériques de choc, troubles de conscience, température corporelle, score de douleur.○ Envisager, avec la régulation médicale : la nécessité de mise en œuvre d'un second abord veineux périphérique et l'adaptation du débit de remplissage vasculaire.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | | |

| | | |
|---|--|--|
|   | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence | |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM | – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| BRULURES (enfant < 15 ans) | | |
| RECONNAISSANCE DE LA SITUATION | | |
| <ul style="list-style-type: none">○ Brûlures du 2ème ou du 3ème degré ayant une surface > 15% de la surface corporelle chez l'enfant > 6 ans○ Brûlures du 2ème ou du 3ème degré ayant une surface > 10% de la surface corporelle chez l'enfant entre 1 et 6 ans○ Brûlures du 2ème ou du 3ème degré ayant une surface > 5% de la surface corporelle chez l'enfant de moins de 1 an (Règle des 9 de Wallace ou table de Lund et Browder pour l'enfant de moins de 10 ans)○ Atteinte du visage et/ou des voies aériennes supérieures | | |
| CONDUITE A TENIR : | | |
| 1. BILAN INFIRMIER | | |
| <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de brûlure grave.○ ANAMNESE :<ul style="list-style-type: none">○ Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants○ Identifier la cause de la brûlure : thermique (flamme ou liquide), électrique ou chimique.○ Rechercher un contexte évocateur d'une intoxication associée par monoxyde de carbone et/ou cyanures.○ Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, la notion d'une explosion.○ PARAMETRES VITAUX :<ul style="list-style-type: none">○ Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, état de conscience, évaluation de la douleur, température corporelle, éventuellement monoxyde de carbone (CO) expiré.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :<ul style="list-style-type: none">○ Brûlure du cou et/ou de la face, brûlures des voies aériennes supérieures (suie dans la bouche et les narines), brûlures circonférentielles.○ BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :<ul style="list-style-type: none">○ Evaluation de la surface brûlée et estimation de la profondeur des brûlures. | | |
| 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS | | |
| <ul style="list-style-type: none">○ Vérifier que le refroidissement des brûlures a été approprié et prévenir l'hypothermie (recouvrir la tête et les zones non brûlées).○ Mise en œuvre d'une analgésie (cf protocole).○ Administrer le plus tôt possible de l'oxygène.○ Si possible, mise en place d'une VVP en zone de peau saine avec un soluté cristalloïde isotonique.○ En cas de collapsus, adapter le débit initial du soluté cristalloïde isotonique : 20 mL/kg en 20 min.○ Toutefois, en cas de difficulté prévisible ou avérée pour obtenir cet accès veineux, il est recommandé de ne pas insister. | | |
| SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière: | | |
| <ul style="list-style-type: none">○ Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, signes périphériques de choc, troubles de conscience, température corporelle, score de douleur.○ Envisager, avec la régulation médicale : l'adaptation du débit de remplissage vasculaire.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | | |

| | |
|---|--|
| | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| ASTHME AIGU GRAVE DE LA PERSONNE ASTHMATIQUE CONNUE ET TRAITEE | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Il s'agit exclusivement d'une dyspnée expiratoire aigue chez la personne asthmatique connue et traitée○ L'insuffisant respiratoire chronique est exclu de ce protocole. | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de crise d'asthme persistante chez un patient asthmatique connu avec signes de gravité.○ ANAMNESE : Antécédents notamment cardio-respiratoires, traitements en cours, hospitalisation antérieures notamment en service de réanimation, notion d'allergie, circonstances de survenue.○ PARAMETRES VITAUX : Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO2, état de conscience, capacité d'élocution.○ SIGNES DE GRAVITE : Crise ressentie comme inhabituelle, tirage, sueurs, cyanose, signes périphériques de choc, troubles de conscience, élocution impossible, polypnée (> 30 /min) ou bradypnée (< 10 /min), Le débit expiratoire de pointe (DEP) ne doit pas être effectué en présence d'un des signes de gravité cité précédemment. Un DEP < 150 l/min (pour les patients qui ont l'habitude de le mesure) ou moins de 30% de la valeur théorique (pour les patients qui connaissent leur DEP maximum) constitue en soi un signe de gravité. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Administrer de l'oxygène à tout patient en détresse respiratoire.○ Respecter la position spontanée du patient.○ Mise en place le plus tôt possible d'un aérosol de B2 mimétique sous oxygène.○ Il est proposé de mettre en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité. | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Surveiller l'apparition de signe de gravité et contrôler le DEP après aérosol.○ Surveillance : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO2, état de conscience, capacité d'élocution.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | |

| | | |
|--|--|--|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence | |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM | – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| INTOXICATION AUX FUMÉES D'INCENDIE | | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Inhalation de fumées d'incendie lors ou au décours d'un incendie A savoir : les fumées d'incendie sont composées de vapeur d'eau chaude, de suies et de nombreux produits toxiques dont le CO et les cyanures | | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre sans délai avec la notion de d'intoxication aux fumées d'incendie.○ Circonstance de mise en œuvre: constatation de troubles circulatoires et/ou de conscience dans un contexte d'exposition à des fumées d'incendie.○ ANAMNESE :<ul style="list-style-type: none">Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenantsIdentifier les circonstances de l'intoxication, notamment en espace clos.Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, des brûlures, la notion d'une explosion.○ PARAMETRES VITAUX :<ul style="list-style-type: none">Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, état de conscience, CO (expiré ou digital).○ BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :<ul style="list-style-type: none">Existence de lésions traumatiques associées, brûlures, en particulier de la face, présence de suies dans les voies aériennes supérieures (bouche et narines). 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Administrer le plus tôt possible de l'oxygène.○ Mise en place d'un accès veineux périphérique et effectuer un prélèvement sanguin à visée toxicologique.○ En cas de collapsus, a fortiori d'arrêt cardiaque (cf. recommandations), ou de trouble de conscience, administration d'HYDROXOCOBALAMINE (Cyanokit: 5 g IV ou 70 mg/kg chez l'enfant). | | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, signes périphériques de choc, troubles de conscience.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | | |

| | |
|---|---|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| DOULEUR AIGUE (adulte) | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Douleur aiguë avec Echelle Numérique (EN) > 3○ Exacerbation de douleur chronique | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre avec la notion de douleur aiguë chez l'adulte.○ ANAMNESE : Antécédents, traitements en cours, circonstances de survenue notamment traumatisme.○ PARAMETRES VITAUX : Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation périphérique en oxygène (SpO2), évaluation répétée de la douleur.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER : Signes périphériques de choc, trouble de conscience. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Traiter toute douleur aiguë après évaluation réitérée de l'intensité douloureuse par une échelle d'évaluation validée.○ Si l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation est impossible, utiliser une échelle d'hétéro-évaluation.○ Mise en œuvre de mesures non médicamenteuses comme l'information, l'immobilisation, la prévention de l'hypothermie ainsi que la réalisation d'une cryothérapie si nécessaire.○ Systématiquement réévaluer la douleur après la mise en œuvre d'une mesure antalgique.○ Les experts recommandent une utilisation large du mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) pour les douleurs modérées à intenses en respectant les contre-indications.○ Les experts recommandent l'utilisation de PARACETAMOL seul ou en co-analgésie pour toute douleur à la dose de 1 g par voie IV ou per os, en respectant les contre-indications.○ Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation de la morphine par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible. Toutefois, une injection de morphine par un IDE peut être réalisée sur prescription du médecin régulateur du SAMU.○ En cas d'hyperalgie (EN >6) et dans le cadre exclusif de la traumatologie osseuse périphérique sévère isolée, une première injection IV de MORPHINE titrée pourra être réalisée (2mg pour les patients < 60kg, et 3 mg pour les patients ≥ 60kg) si le contact avec le médecin régulateur n'est pas immédiatement réalisable. Une deuxième injection sans avis médical du médecin régulateur du Samu n'est pas proposée. | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Evaluation régulière de la douleur et surveillance de l'apparition d'effets indésirables des thérapeutiques entreprises.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | |

| | |
|--|--|
|  | Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence |
| | SFMU / SEMSP SFAR/SRLF/CFRC/CARUM – Version 1 – validée le 22/03/2016 |
| DOULEUR AIGUE (enfant) | |
| <u>RECONNAISSANCE DE LA SITUATION</u> <ul style="list-style-type: none">○ Douleur aiguë avec Echelle Numérique (EN) >3, ou Evendol > 10○ Exacerbation de douleur chronique | |
| <u>CONDUITE A TENIR :</u> 1. BILAN INFIRMIER <ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la transmission du bilan secouriste.○ Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du SAMU ou le lui faire transmettre avec la notion de douleur aiguë chez un enfant.○ ANAMNESE :<ul style="list-style-type: none">Antécédents, traitements en cours, circonstances de survenue notamment traumatisme.○ PARAMETRES VITAUX :<ul style="list-style-type: none">Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO2, évaluation de la douleur par échelles adaptées à l'enfant.○ SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :<ul style="list-style-type: none">Signes périphériques de choc, trouble de conscience. 2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS <ul style="list-style-type: none">○ Autoriser les parents à rester aux côtés de l'enfant○ Traiter toute douleur aiguë après évaluation réitérée de l'intensité douloureuse par une échelle d'évaluation adaptée à l'âge de l'enfant (intérêt de la grille Evendol de 0 à 7 ans).○ Mise en œuvre les mesures non médicamenteuses comme l'information, l'immobilisation, la prévention de l'hypothermie ainsi que la réalisation d'une cryothérapie si nécessaire○ Systématiquement réévaluer la douleur après la mise en œuvre d'une mesure antalgique.○ Les experts recommandent une utilisation large du MEOPA pour les douleurs modérées à intenses en respectant les contre-indications.○ Les experts recommandent l'utilisation de PARACETAMOL seul ou en co-analgésie par voie IV ou per os à la dose de 15 mg/kg pour toute douleur en respectant les contre-indications.○ Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation d'agonistes-antagonistes morphiniques par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible.○ Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation de la morphine par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible. Toutefois, une injection de morphine par un IDE peut être réalisée sur prescription du médecin régulateur du SAMU.○ En cas d'hyperalgie (EN > 6 ou Evendol > 10) et dans le cadre exclusif de la traumatologie osseuse périphérique sévère isolée, une première injection IV de MORPHINE titrée pourra être réalisée (0,05 mg/kg) si le contact avec le médecin régulateur n'est pas immédiatement réalisable. Une deuxième injection sans avis médical du médecin régulateur du Samu n'est pas proposée. | |
| <u>SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Evaluation régulière de la douleur et surveillance de l'apparition d'effets indésirables des thérapeutiques entreprises.○ UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP. | |

REFERENCES

1. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.
2. Y Croguenec, F Braun, S Frécharde et al. Recommandations : l'infirmier(ère) diplômé(e) d'état seul(e) devant une situation de détresse médicale. Ann Fr Med Urg, 2012 ; 2 : 57-69.
3. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339&dateTexte=>)
4. Haute Autorité de Santé (HAS) (2011) Recommandations de bonnes pratiques : modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, Mars 2011. (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale_recommandations.pdf)
5. Ministère du travail, de l'emploi, et de la santé (Secteur santé) (2008) Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Référentiel commun, 25 juin 2008 (www.sante-sports.gouv.fr/commission-quadripartite-samu-sdis.html).
6. Haute Autorité de Santé (HAS) (2010) Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations par consensus formalisé (RCF). Règles de cotation et d'analyse des réponses, Décembre 2010. (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272505/recommandations-par-consensus-formalise-rcf)