

Algorithmes Genève Team Ambulances



Approuvés par Dr Jérôme Bertrand, directeur médical, et pour les dosages pédiatriques par le Dr Johan N. Siebert (médecin adjoint agrégé, service d'accueil et d'urgences pédiatriques – HUG).

Table des matières

LÉGENDES	3
ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE NT 1/2.....	4
ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE NT 2/2.....	5
ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE T.....	6
ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE PÉDIATRIQUE 1/2.....	7
ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE PÉDIATRIQUE 2/2.....	8
RETOUR À LA CIRCULATION SPONTANÉE NT ADULTE / PÉDIATRIQUE	9
RETOUR À LA CIRCULATION SPONTANÉE T – ADULTE / PÉDIATRIQUE.....	10
ARRÊT DE RÉANIMATION – ADULTE ET PÉDIATRIQUE	11
NAUSÉES ET VOMISSEMENTS	12
DÉTRESSE RESPIRATOIRE ADULTE	13
TROUBLES RESPIRATOIRES PÉDIATRIQUES 1/2.....	14
TROUBLES RESPIRATOIRES PÉDIATRIQUES 2/2.....	15
TRAUMATISME THORACIQUE	16
DOULEURS THORACIQUES / SCA 1/2.....	17
DOULEURS THORACIQUES / SCA 2/2.....	18
TACHYARYTHMIE	19
TACHYARYTHMIE	20
BRADYARYTHMIE	22
URGENCE HYPERTENSIVE	23
CHOC & HÉMORRAGIE NT/T - ADULTE / PÉDIATRIQUE	24
TROUBLE DE LA CONSCIENCE ADULTE / PÉDIATRIE 1/2.....	25
TROUBLE DE LA CONSCIENCE ADULTE / PÉDIATRIE 2/2.....	26
STABILISATION DU RACHIS 1/2	27
STABILISATION DU RACHIS 2/2	28
BRÛLURES ADULTE / PÉDIATRIE	29
RÉACTION ANAPHYLACTIQUE	30
ANTALGIE MULTIMODALE ADULTE ET PÉDIATRIE 1/2	31
ANTALGIE MULTIMODALE ADULTE ET PÉDIATRIE 2/2	32
TRANQUILLISATION RAPIDE 1/2.....	33
TRANQUILLISATION RAPIDE 2/2.....	34
ANXIÉTÉ / ANGOISSE.....	35
SITUATION AIGÛE DANS CONTEXTE DE SOINS PALLIATIFS 1/2	36
SITUATION AIGÛE DANS CONTEXTE DE SOINS PALLIATIFS 2/2	37
ACCIDENT DE PLONGÉE	38
PRÉ-ÉCLAMPSIE & ECLAMPSIE.....	39
ACCOUCHEMENT.....	40
SOINS ET RÉANIMATION DU NOUVEAU-NÉ.....	41

Légendes

Le masculin est utilisé pour alléger le texte, mais il concerne tout le monde sans distinction de genre.

A considérer

Cible à obtenir

Médicalisation

Délégation aux ambulanciers suite à la réussite d'un examen général

Délégation après validation du médecin répondant (réussite de l'examen)

Délégation nécessitant des conditions particulières (notifiée sur l'algorithme en question) + validation du médecin répondant

Dosage pédiatrique délégué uniquement si terme « Pédiatrie » indiqué suivi du dosage en couleur (les règles de couleur du fond s'appliquent)

Geste/acte non médico-délégué

Arrêt cardio-respiratoire NT 1/2

A considérer

- Pas d'initiation de RCP si signes de mort évidente.
- Directives anticipées et intérêt objectif.
- Utilisation de la checklist.
- Utilisation du moyen de rétrocontrôle de la qualité du MCE.
- 2^{ème} défibrillateur en cas de rythme choquable
- Alarme ECMO si critères présents

Cibles

- Massage cardiaque de haute qualité (minimiser les interruptions).
- Défibrillation dès que possible.
- EtCO₂ > 10 mmHg.
- Fréquence ventilatoire à 10 par minute.



RCP de haute qualité
Défibrillation dès que possible **120 J** (si indiquée)

Médicalisation

Gestion des VAS (y compris laryngoscopie exploratoire si indiquée)
Pose de l'i-gel

RCP de haute qualité avec MCE continu si possible
Analyse ttes les 2 minutes

Rythme choquable

Défibrillation

200 J à répéter toutes les 2'

En cas d'arythmie réfractaire à 3 chocs, double défibrillation séquentielle à **200 J** dès 2^{ème} scope disponible

Adrénaline IV/IO

1 mg au plus tôt après le 3^{ème} choc
Répéter ttes les 3 à 5'

Amiodarone IV/IO

300 mg, à répéter 1x **150 mg** à 4'

Rythme non choquable

Adrénaline IV/IO

1 mg dès que possible
Répéter ttes les 3 à 5'

Arrêt cardio-respiratoire NT 2/2

Considérer les causes réversibles de l'ACR

Hypovolémie	Toxiques
Hypoxie	Tamponnade
Hypothermie	Pneumothorax sous Tension
Hypo/hyperkaliémie	Thrombose coronarienne
Hypo/hypercalcémie	Thrombose pulmonaire
H ⁺ (acidose)	
HSA	



Attention si torsades de pointe, pas d'amiodarone

→ **Sulfate de magnésium**

Bolus **2 g** ad 10 ml NaCl 0.9%

Hypothermie

Max 3 chocs

Adrénaline

T° < 30°C : NON

T° 30°C – 35°C : Espacer doses aux 6' – 10'

CAVE

Transport sous RCP pour ECMO
(CI habituelles ne s'appliquent pas)

Arrêt cardio-respiratoire T

A considérer

- Pas d'initiation de RCP si :
 - Signes de mort évidente ;
 - Asystolie ;
 - Lésion incompatible avec la vie.
- Directives anticipées et intérêt objectif.
- Utilisation de la checklist.
- Utilisation du moyen de rétrocontrôle de la qualité du MCE.



Préservation de preuves (*morts violentes*)

Le ttt des causes réversibles est prioritaire sur les compressions thoraciques

"Do not pump an empty heart"



Traiter simultanément les causes réversibles

1. Contrôle des hémorragies catastrophiques
2. Sécuriser les VAS et maximiser l'O₂
3. Décompression thoracique bilatérale
4. Ceinture pelvienne
5. Remplissage vasculaire + TXA **1 g** (après début RCP)

- Massage cardiaque de haute qualité (minimiser les interruptions).
- EtCO₂ > 10 mmHg.
- Fréquence ventilatoire à 10 par minute.



RCP de haute qualité
Défibrillation dès que possible **120 J** (si indiquée)

Médicalisation

Gestion des VAS
Pose de l'i-gel

RCP de haute qualité avec MCE continu si possible
Analyse ttes les 2 minutes

Rythme choquable

Rythme non choquable

Cf algorithme
ACR NT

Adrénaline IV/IO
1 mg dès que possible, puis ttes les 3 à 5'

Arrêt cardio-respiratoire pédiatrique 1/2

A considérer

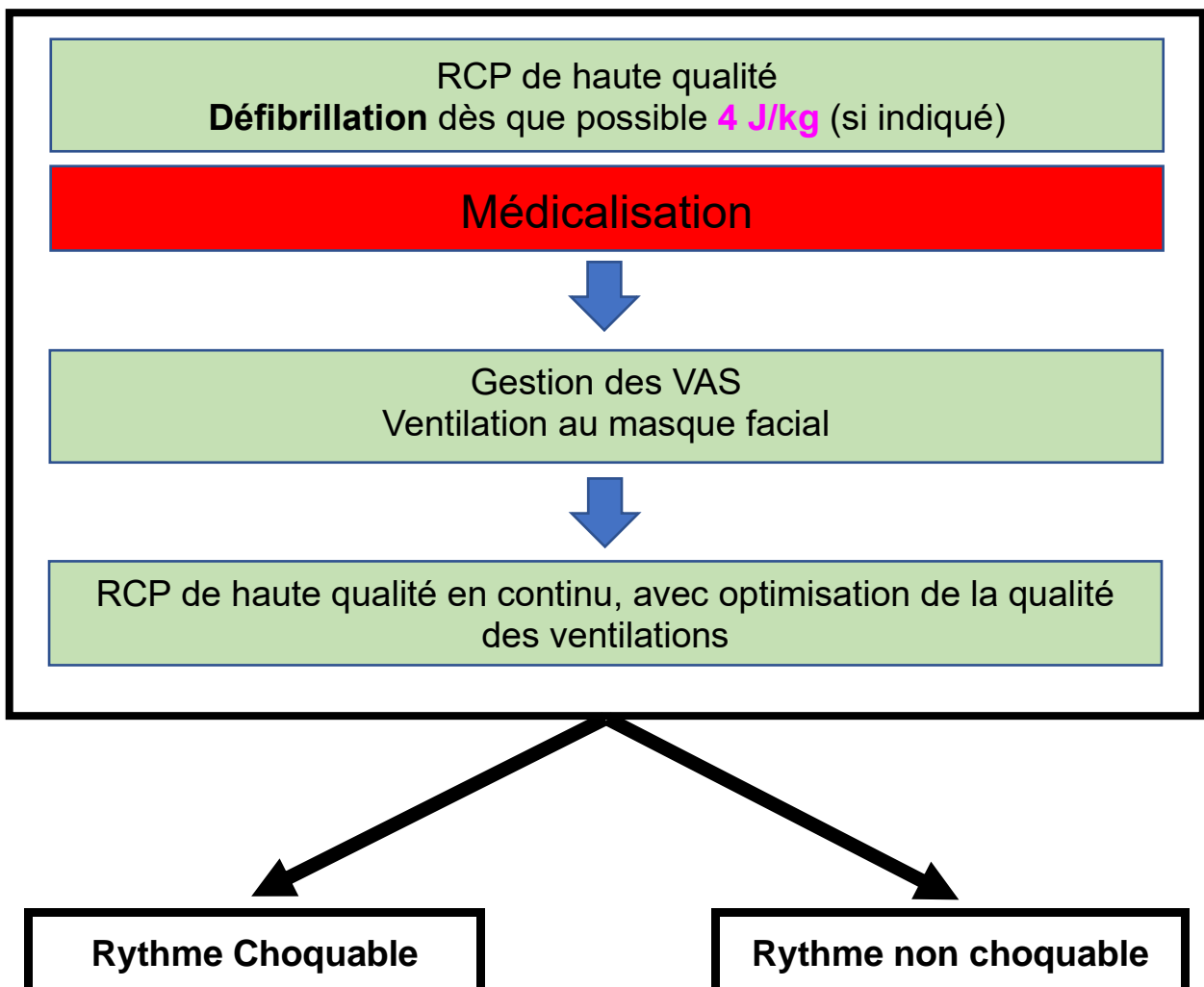
- Pas d'initiation de réanimation si signes de mort évidente (lividités et/ou rigidités cadavériques) ou lésion incompatible avec la vie.
- Alarme ECMO si critères présents

- Ventilation de haute qualité (cause hypoxique de la plupart des ACR)
- Massage cardiaque de haute qualité (minimiser les interruptions)
- Défibrillation dès que possible
- EtCO₂ > 10 mmHg
- Fréquence ventilatoire à 20-30 par minutes (1 toutes les 2-3 secondes)

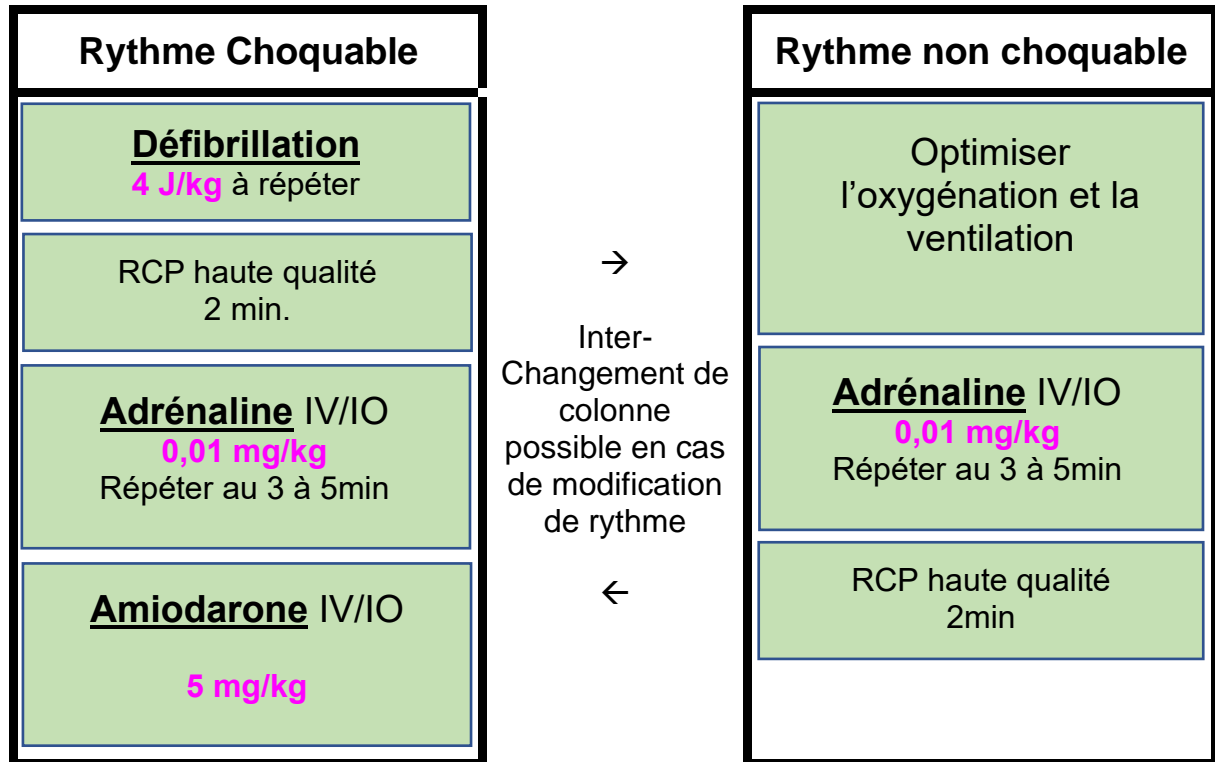


**Considérer l'intérêt / objectif du patient.
Ratio compressions - ventilations 15 : 2**

La principale cause d'ACR pédiatrique est l'hypoxie, ce qui implique une gestion de l'ACR en lien



Arrêt cardio-respiratoire pédiatrique 2/2



Considérer les causes traitables de l'ACR

Hypovolémie	Toxiques
Hypoxie	Tamponnade
Hypothermie	Pneumothorax sous Tension
Hypo/hyperkaliémie	Thrombose coronarienne
H ⁺ (acidose)	Thrombose pulmonaire
Hypoglycémie	

Retour à la circulation spontanée NT adulte / pédiatrique

Cibles

Voies aériennes

Placement précoce du tube endotrachéal



Respiratoire

EtCO₂ de 35 à 45 mmHg

SpO₂ de 92 à 98%

Pédiatrie : SpO₂ de 94 à 99%

Pédiatrie : EtCO₂ de 35 à 45 mmHg

Circulatoire

Adulte : TAM \geq 65 mmHg

Pédiatrie : amélioration de la perfusion périphérique

Neurologique

Normoglycémie

Monitorer et traiter les convulsions

Gestion ciblée de la température :

32°C à 36°C (ne pas réchauffer, ne pas refroidir) si ne répond pas à un ordre simple

ECG 12 dérivations

Au plus tôt, 8 min. après le RCS

Si STEMI → alarme STEMI

AAS 250 mg +/- ttt adjuvants

Glucose

Glucose IVL en titration selon glycémie

Target Température Management TTM

Ne pas couvrir, ne pas refroidir (T° entre 32 et 36°C)

Remplissage vasculaire avec NaCL 0.9% IV/IO (cf état de choc)

Adrénaline

Bolus selon réponse : 10-20 µg

Retour à la circulation spontanée T – adulte / pédiatrique

Cibles

Voies aériennes

Placement précoce du tube endotrachéal

Respiratoire

FiO₂ maximale
EtCO₂ peu fiable



Circulatoire

Adulte : TAM \geq 65 mmHg sauf
- TAM 50 à 60 mmHg si hémorragie incontrôlable
- TAM \geq 80 mmHg si TCC sévère
Pédiatrie : **amélioration de la perfusion périphérique**

Neurologique

Prévention des ACSOS
Stabilisation minimale du rachis (cf algorithme dédié)

Gestion ciblée de la température

32°C à 37.5°C (ne pas réchauffer, ne pas refroidir) si ne répond pas à un ordre simple

Antifibrinolytique

TXA **1 g / 100 ml IVL** si pas encore administré (ou si <12 ans : **15 mg/kg**)

Glucose

Glucose IVL en titration selon glycémie

Lutte contre hypothermie

Isoler, couvrir, réchauffer, sécher, bubble wrap, couverture alu, utilisation obligatoire du système d'isolation des perfusions.

A considérer

- Activation précoce d'un plan de transfusion massive (annonce hospitalière)

Arrêt de réanimation – adulte et pédiatrique

- Transport sous réanimation nécessaire ? (Hypothermie, overdose, contexte particulier)
- Lésion incompatible avec la vie. **Pas d'initiation de réanimation.**
- SMUR ou médecin de garde pour certificat/constat de décès.
- Préservation des preuves en cas de mort violente ou d'origine indéterminée. (Ne pas déséquiper le patient)
- Prise en charge de la famille et de l'entourage

Évaluation des directives anticipées

- Agir dans l'intérêt objectif du patient.
- Tenir compte de sa volonté présumée



- Pas de ROSC après 30 min de réanimation bien conduite chez le patient normotherme
- EtCO₂ en diminution
- 20 minutes d'asystolie

En accord avec équipe soignante : STOP REANIMATION



- Si une activité cardiaque produisant un effet circulatoire reprend momentanément, la durée de 20 minutes est réinitialisée.
- Dans un but de collégialité, appel au cadre BSC pour validation

Nausées et vomissements

A considérer

- Identification de la cause potentielle des vomissements, diagnostics différentiels
- Conduite souple et fluide
- Climatisation / courant d'air (fenêtre ouverte)
- Par précaution, en prévention lors de stabilisation du rachis

Ondansétron

Adulte 4 mg IVL (2 à 5 min)

Pédiatrie 0.2 mg/kg IVL (2 à 5 min) (max. **4 mg**)



- Syndrome sérotoninergique
- Allongement du QT



- < 6 mois
- QT long connu ou objectivé (3 dérivations)
- Femme enceinte ou allaitement

Détresse respiratoire adulte

A considérer

DD de la détresse respiratoire

- SCA – Asthme – Anaphylaxie – Broncho aspiration – BPCO – Pneumonie – Embolie pulmonaire
- Les gouttelettes de nébulisation peuvent véhiculer des particules virales
- Médicalisation pour VNI

Cible



- Diminuer la détresse respiratoire
- Maintenir une oxygénation et une perfusion adéquate
- SpO₂ ≥ 92% ou normale pour le patient

Salbutamol

6 pushes chambre d'inhalation à répéter ou **5 mg** en nébulisation



Nébulisation à l'air selon SpO₂

Bromure d'Ipratropium

3 pushes à répéter

Dospir

1 dose



Nébulisation à l'air selon SpO₂

Sulfate de magnésium MgSo4

2 g dans 100ml de NaCl IVL

Méthylprednisolone

1 mg/kg IVL

CPAP

OAP *TTT* de choix

Débuter à **5 cm H₂O**, et augmenter par **2.5 cm H₂O**



Surveillance des effets hémodynamiques

Isoket spray

1-2 push(s) à répéter, but TA <140 mmHg



Inhibiteur de la phosphodiesterase-5 <48h
Instabilité HD (bradycardie, choc)

Troubles respiratoires pédiatriques 1/2

A considérer

DD de la détresse respiratoire

- Obstruction haute : Faux croup, épiglottite, corps étranger, anaphylaxie, autre
- Obstruction basse : Asthme, bronchiolite, anaphylaxie, autre
- Administration d'O₂ si hypoxie tissulaire

Cibles



- Diminuer la détresse respiratoire
- Maintenir une oxygénation et une perfusion adéquate
- SpO₂ **≥ 92%** ou normale pour le patient

A considérer

Rinçage de nez chez tous les enfants avec difficultés respiratoires, en particulier chez l'enfant en bas âge

Salbutamol

En cas d'obstruction basse/bronchospasme (asthme, bronchite obstructive)

Score PRAM (pediatric respiratory assessment measure)

Signes	0	1	2	3	Points
Tirage susternal	Absent	-	Présent	-	0 ou 2
Tirage muscles scalères (susclaviculaire)	Absent	-	Présent	-	0 ou 2
Entrée d'air (murmure vésiculaire)	Normal	Diminuée aux bases	Diffusément diminuée	Absent / très réduite	0 à 3
Sibilances	Absentes	Expiratoires seulement	Inspiratoires + expiratoires	Audibles sans stétho ou silent chest	0 à 3
SpO₂	≥95%	92-94%	<92%	-	0 à 2
Total					Max. 12

- Crise légère (PRAM 0-3) **2-4 pushes** chambre d'inhalation à répéter
- Crise modérée à sévère (PRAM ≥4) **<6 ans : 6 pushes** et **>6 ans : 12 pushes** à répéter en fonction de l'évolution ou **5 mg** en nébulisation

Bromure d'ipratropium

En adjonction du salbutamol en cas d'obstruction basse/bronchospasme (asthme, bronchite obstructive)

Dès **1 an : 4 pushes**, **>6 ans : 8 pushes**

Adrénaline

En cas d'obstruction haute (anaphylaxie, faux croup sévère avec score de Westley ≥6, ...)

4 mg en nébulisation

Si anaphylaxie ad IM en première intention :

< 6 ans : 0.15 mg / 6-12 ans : 0.3 mg / >12 ans : 0.5 mg IM

Troubles respiratoires pédiatriques 2/2

A considérer

Le seul traitement reconnu dans la bronchiolite est l'administration d'oxygène +/- support ventilatoire

Exposition au froid

Chez tout enfant avec symptômes faisant évoquer un faux croup au moins 30 minutes (si transport = fenêtre ouverte et pas de chauffage)

Dexaméthasone

En cas de crise d'asthme

Administer **0.6 mg/kg** PO dose unique (max. **16 mg**)

En cas de réaction allergique

Administer **0.6 mg/kg** PO dose unique (max. **16 mg**)

En cas de faux croup

1° Évaluer la sévérité initiale à l'aide du score de Westley

Tirage intercostal	0 – Aucun 1 – Léger 2 – Modéré 3 – Sévère
Stridor	0 – Aucun 1 – Si agitation ou audible au stéthoscope 2 – Au repos, sans stéthoscope
Cyanose	0 – Aucune 4 – Si agitation 5 – Au repos
Conscience	0 – Normal 5 – Altérée
Entrée d'air (murmure vésiculaire)	0 – Normale 1 – Diminuée 2 – Fortement diminuée ou absente
Total	≤2 : laryngite légère 3 à 5 : laryngite modérée 6 à 11 : laryngite sévère ≥ 12 : détresse respiratoire

2° Exposer l'enfant au froid

3° Administer **0.6 mg/kg** PO dose unique (max. **16 mg**)

Traumatisme thoracique

A considérer

- Traumatisme contondant ou pénétrant
- Stabilisation du rachis
- Priorité au transport. Effectuer seulement les gestes pouvant influencer le pronostic vital du patient

Cibles

- Maintien d'échanges gazeux efficace pour le patient
- SpO2 > à 92%
- Respiration normopnéique

Douleurs thoraciques / SCA 1/2

A considérer

Symptôme(s) atypique(s) d'un SCA, en particulier chez les femmes, les diabétiques et les personnes âgées

- Diaphorèse
- Nausées/vomiss.
- Malaise
- Dlrs abdo.
- Anxiété
- Dyspnée
- Vertiges
- Nuqualgies

DD de la douleur thoracique

- Péricardite
- Pneumothorax
- Pneumonie
- Pariétal
- Dissection aortique
- Embolie pulmonaire
- Ulcère gastrique
- Trouble anxiodépressif

Cibles



- Douleurs supportables
- SpO2 ≥ 90% (éviter l'hyperoxie)
- Temps sur site si STEMI ≤ 25min.
- Déclencher filière STEMI si ECG compatible + dlrs <12h

Électrocardiogramme

- **Seuil STEMI** : ≥1 mm dans toutes les dérivations SAUF
 - **V2, V3** :
 - ≥ 1.5 mm chez ♀
 - ≥ 2 mm chez ♂ > 40 ans
 - ≥ 2.5 mm chez ♂ < 40 ans
- **Si STEMI inférieur (II, III, aVF)** → Faire les dérivations droites V3R-V4R (ne doit pas retarder transport.)
 - **V3R, V4R (une seule suffit)** :
 - ≥ 1 mm chez ♂ < 40 ans
 - 0.5 mm chez les autres
- **Si sous-décalage V1 à V4** → Dérivations postérieures (V7-V8-V9)
 - **V7, V8, V9** :
 - ≥ 1 mm chez ♂ < 30 ans
 - 0.5 mm chez les autres

Acide Acétylsalicylique

- **250 mg** IV ou **500 mg** PO



Allergie

Fentanyl

- Si douleurs importantes uniquement
- **0.5 à 1 µg/kg** en 1^{ère} titration
- Cf algorithme antalgie

Paracétamol

- **1 g** PO (IVL si pas possible)



limiter / éviter dans la mesure du possible l'administration d'opiacés (inhibition de l'antiagrégation induite par le ticagrélor)

Filière STEMI

En l'absence de SMUR

- En cas de STEMI, déclenchement de l'alarme STEMI selon procédure ENG-AL-115_ PROCEDURES D'ENGAGEMENT – ALARME STEMI
- Considérer l'appel pour concertation avec la garde de cardiologie via le 144 (avant de déclencher l'alarme STEMI) lors des situations suivantes :
 - STEMI avec douleurs >12h
 - Doute diagnostique (par ex BBG/BBD non daté)
 - Limitations thérapeutiques, score de Frailty CFS >5

Douleurs thoraciques / SCA 2/2

Dinitrate d'isosorbide



- Non indiqué de routine en cas de STEMI
- A considérer si hypertension et/ou insuffisance cardiaque sans choc.
- Indiqué pour le traitement de la symptomatologie angineuse associée au SCA sans surélévation ST

- **1,25 mg** SL (**1 push**) à répéter si TAS >140 mmHg et EVA >3.
- Surveillance tensionnelle : diminution max 25% de la TAS initiale



Inhibiteur de la phosphodiesterase-5 < 48h
Instabilité HD (bradycardie, choc)

Labétalol

- Uniquement si suspicion de dissection aortique avec HTA
- **10 mg** IVL à répéter aux 5-10 minutes, but TAS <120 mmHg



- BAV II et III, bradycardie, hypotension, maladie respiratoire obstructive, FEVG <30%

Héparine

- **5000 UI** IV si STEMI ou suspicion d'EP avec probabilité clinique élevée, score de Genève révisé ≥11



- Hémorragie ou risque d'hémorragie élevé

Score de Genève révisé

Variable	Items	Points
Facteurs de risque	Age >65 ans	1
	Antécédent de TVP ou EP	3
	Chirurgie ou fracture MI le mois précédent	2
	Cancer actif ou guéri depuis <1 an	2
Symptômes	Douleur unilatérale d'un membre inférieur	3
	Hémoptysie	2
Signes cliniques	Fréquence cardiaque 75 – 94 /min.	3
	Fréquence cardiaque > 94 /min.	5
	Douleur à la palpation d'un MI et œdème unilatéral	4
Probabilité clinique (total)	Faible	0 à 3
	Intermédiaire	4 à 10
	Élevée	≥ 11

Tachyarythmie

A considérer

- Cardioversion électrique immédiate si instabilité majeure
- Réplétion volémique
- Électrocardiogramme (ne doit jamais retarder le ttt d'une menace vitale)

Cible

- Restaurer un rythme physiologique (FC < 100) et perfusant (TAM > 65 mmHg)



Manœuvres vagales

- Valsalva modifié en cas de TSV

Cardioversion électrique synchronisée

- Traitement de choix si instabilité avec GCS < 8
- Dose : **100 J** à augmenter par dose de **50 J** pour toutes les types de tachycardie



Garantir la sécurité des intervenants

Amiodarone

- **150 mg** dans flex de 100 ml IVL sur 10-15' en cas de TV avec pouls



- Risque d'hypoTA ou d'arythmie si administration rapide



- Allergie à l'iode ou amiodarone

Adénosine

- **6 mg** IV bolus suivi d'un flush de 20 ml NaCl 0.9% avec VVP proximale si échec des manœuvres vagales en cas de TSV
- à répéter **12 – 12 mg** en 2^{ème} et 3^{ème} dose si échec 1^{er} essai
- si succès, considérer non-transport (cf document *TSV traitée-et-référée*)



- Relation d'aide avec explications +++



- Asthmatique, bronchospasmes
- Usage de drogue < 24h

Tachyarythmie

Checklist non-transport après cardioversion chimique ou par manœuvres vagales

Conditions contraignantes¹ (si pas rencontrées, au minimum consultation téléphonique)

- Le patient est âgé de 18 à 65 ans.
- Le patient a des antécédents de TSV récurrentes connues pour répondre à l'adénosine ou aux manœuvres vagales, sans récurrence de TSV peu de temps après le traitement.
- Le patient n'a pas de maladie aiguë concomitante.
- Le patient est resté asymptomatique et hémodynamiquement stable pendant au moins 15 minutes après la cardioversion.
- Le patient n'a pas eu d'épisode de TSV nécessitant un traitement au cours des dernières 24 heures.
- Le patient accepte et est à l'aise avec la décision de ne pas être transporté à l'hôpital pour le moment.
- Le patient a les moyens d'appeler immédiatement le 144 si les symptômes réapparaissent, et est encouragé à le faire par l'équipage.
- Il y a un adulte responsable qui restera avec le patient pendant au moins 4 heures.
- L'équipage a répondu à toutes les questions du patient concernant sa situation.
- Le patient comprend et accepte de suivre les recommandations de l'équipage ambulancier pour le suivi.
- La fiche d'information sur les patients « *TSV traitée-et-référée* » a été laissée avec quelqu'un sur les lieux.
- ECG normal post-cardioversion.
- Le patient reçoit une copie du tracé imprimé pendant la cardioversion, ainsi qu'une copie de l'ECG 12 dérivations obtenu après la cardioversion. Dans la mesure du possible, il reçoit également une copie de l'ECG obtenu avant thérapie (si effectué).
- La copie de la FIP (feuillet vert) est envoyée avec la facture au patient ou par courriel.
- La FIP est correctement documentée y compris la décision libre et éclairée du patient et le fait que les critères ci-dessus sont rencontrés.

¹ Adapté par L. Stuby, tiré de Minhas R, Vogelaar G, Wang D, et al. A prehospital treat-and-release protocol for supraventricular tachycardia. *CJEM*. 2015;17(4):395-402. doi:10.1017/cem.2014.53

Fiche d'information patient

Vous avez été pris en charge par un équipage ambulancier le :

(jour) (date au format jj-mm-aaaa)/...../.....

L'ambulancier responsable de l'intervention a déterminé que vous présentiez une tachycardie supra-ventriculaire et vous avez bénéficié avec succès de (cocher tout ce qui s'applique) :

- manœuvres vagales (Valsalva modifié) ;
- administration d'adénosine (Krénosine) 6 mg ;
- administration d'adénosine (Krénosine) 12 mg.

Étant donné que vous présentiez toutes les conditions pour une décharge y compris votre consentement libre et éclairé, vous avez été laissé à domicile.

Vous vous êtes engagés à prendre contact avec votre médecin traitant dans le but de bénéficier d'une consultation cardiologique, et de lui remettre cette feuille ainsi que les documents joints (tracé de la cardioversion, ECG de contrôle, éventuellement ECG initial).

Une copie du rapport d'intervention préhospitalière (FIP) vous parviendra :


- par courrier postal ;
- par courriel.

Bradyarythmie

A considérer

- En cas d'instabilité majeure, considérer le pacemaker externe en 1^{ère} intention

Cible


- Rétablir un rythme perfusant 

Atropine IVD


- **1 mg** à répéter
- Max 3 mg

Pacemaker externe

- Patch antéro-postérieur
- 3 brins **INDISPENSABLE**
- Fréquence 70/min
- Pouls radial D ou fémoral concordant à chaque stimulus



- BAV II type Mobitz
- BAV III complet



- Allergie à l'atropine.
- Ralentissement.

En cas d'échec PME, Adrénaline.

- bolus **10 à 20 µg**

Fentanyl

- **1 µg/kg** max 100 µg en 1^{ère} titration.
- Puis titrer aux 3 à 5 min en fonction du besoin.
- Voir algorithme antalgie pour plus de précisions.

Midazolam

- **1 à 2 mg** IV lent à répéter jusqu'au confort du patient
- Max **4 mg**
- Pour plus de précision, voir algorithme antalgie

Urgence hypertensive

A considérer

- Ne se définit pas par un chiffre spécifique, mais plutôt par une manifestation évidente d'une dysfonction aiguë d'un organe cible.
- Diminuer la TA à un niveau où l'autorégulation restaure une perfusion normale vers les organes vitaux, et non pas des niveaux de TA « normaux ».
- Un traitement urgent par médication parentérale est indiqué s'il y a dysfonction organique.

Cibles



- Dépendent de la pathologie
- Cible précisée sous chaque présentation d'urgence hypertensive

HTA isolée



Sans manifestation évidente de la dysfonction d'un organe, pas de traitement aigu de l'hypertension

Labétalol

Encéphalopathie Hypertensive

Confusion, céphalées, troubles visuels, nausée et vomissements, déficits neurologiques non focaux transitoires et changeants

2.5 à 5 mg IVL aux 10 minutes, but : réduction TAM de 20-25 %

Accident Vasculaire cérébral

Uniquement si TAS >220 mmHg ou TAD >120 mmHg

5 mg IVL à répéter aux 5 minutes, but : TA 185/110 mmHg




BAV II et III, bradycardie, hypotension, maladie respiratoire obstructive, FEVG <30%

Choc & hémorragie NT/T - adulte / pédiatrique

A considérer

TTT causal en fonction du type de choc (hypovolémique, obstructif, cardiogénique, distributif, neurogénique,

Cible

Traitement rapide afin de restaurer une perfusion adéquate des organes vitaux 

Oxygène FiO₂ max **uniquement si choc hémorragique**

Pédiatrie : Oxygène **FiO₂ max**

Médicalisation si instabilité persistante

NB En cas d'hémorragie incontrôlable → privilégier transport rapide, limiter le temps sur place (< 10 min). L'accès veineux ne doit pas retarder le transport !

ADULTE - remplissage vasculaire avec NaCl 0.9% IV / IO

- Auscultation pulmonaire tous les **250 ml**
- Signes congestifs manifestes = **PRUDENCE**
- Utilisation systématique de flexs chauds + système d'isolation **obligatoire**
- **But** : TAM ≥ 65 mmHg sauf :
 - Hypotension permissive TAM 50-60 mmHg
 - TCC sévère (GCS ≤8) TAM ≥ 80 mmHg

PÉDIATRIE - remplissage vasculaire avec NaCl 0.9% IV / IO

- Réévaluation à chaque bolus
- Utilisation systématique de flex chauds + système d'isolation **obligatoire**
- **Doses** : bolus de **10 ml/kg**, à répéter sauf :
 - Hémorragie incontrôlable **5 ml/kg** +/- à répéter
 - Origine cardiogénique **5 ml/kg** +/- à répéter
 - Acidocétose diabétique **avec** signes manifestes de choc, **5 ml/kg**
- **But** : amélioration de la perfusion périphérique (pouls radial / brachial palpable, TRC ≤ 2 sec. en central (front/sternum), coloration, état mental).

Acide tranexamique

1 g ad 100 ml NaCl 0.9% IVL (10 min) ou **2x 500 mg/5 ml** IM sur des sites distincts
Pédiatrie (< 12 ans) : **15 mg/kg** IVL ou IM

Administration au plus tôt (max dans les 3h) indiquée lors de :

- Toute hémorragie du post-partum
- Traumatisme avec risque de décès hémorragique (BATT score ≥3)
- TCC isolé modéré (GCS 9-12)

Ne doit pas ralentir la prise en charge



Adrénaline

Particulièrement en cas de composante cardiogénique ou distributive
Bolus selon réponse : **10-20 µg** IV

En cas de choc anaphylactique voir algorithme dédié

Trouble de la conscience adulte / pédiatrie 1/2

A considérer

- Acronyme AEIOUTIPS*
- Envisager **médicalisation** pour protection des voies aériennes et/ou ttt de seconde ligne
- Chronométrer les crises convulsives
- **HGT**

Cibles

- Gestion VAS si pas de réflexe de déglutition
- Intoxication aux opiacés : respiration spontanée FR >8/min



Déficit neurologique focal / Alarme AVC aigu : CF protocole cantonal

Midazolam

Convulsions persistantes > 5 min ou récidivantes sans reprise de l'état de conscience (*état de mal*)

Adulte : 0,1 mg/kg IM/IN dose unique // 1 mg IV à répéter



(>65 ans → ½ dose)

Pédiatrie : 0,2 mg/kg IM/IN dose unique

Glucose

Voie PO à privilégier

Adulte : 40 g PO ou 20 g IVL (si HGT < 4)

Pédiatrie : 0.04 g/kg PO ou G20% 2 ml/kg IV / G10% 4 ml/kg IV (si HGT < 3.3)

Glucagon

1 mg IM
(glucose dès que possible)

Thiamine

300 mg IV ad 100 ml NaCl 0,9%
(Malnutrition/ OH chronique)

Trouble de la conscience adulte / pédiatrie 2/2

Naloxone

Adulte (volontaire) : **0,04 mg** IV ou **0,4 mg** IM/IN à répéter

Adulte (involontaire) : **0,1 mg** IV à répéter

Pédiatrie (involontaire) :

< 20kg / < 5 ans : **0,1 mg/kg** IV/IM/IN

> 20kg / > 5 ans : **2 mg** IV/IM/IN

Flumazénil

Adulte : **0,1 mg** IV à répéter (max. 1 mg)

Pédiatrie : **0.01 mg/kg** IV à répéter (max. **0.5 mg**)



Uniquement intoxication seule au BZD.



Patient sous BZD, épileptique, antidépresseur tricyclique, si risque d'abaissement du seuil épileptogène.

***AEIOUTIPS** : OH, Electrolytique, Endocrinien, Epilepsie (convulsion), Infection, Overdose (sevrage), Urémie, Trauma, Insuline (HGT), PSY, Stroke AVC.



Stabilisation du Rachis 1/2

Cibles

- Minimiser les mouvements
- Minimiser les douleurs
- Promouvoir l'hémostase
- Minimiser le temps de prise en charge en cas de menace vitale



A considérer

- Mécanisme lésionnel compatible avec une lésion du rachis ?
 - Il n'existe aucune preuve du bénéfice de la stabilisation du rachis
 - Administration d'antiémétique
 - Utilisation du matelas coquille, sauf si menace vitale = civière à aubes
-  Le patient debout ou dans un véhicule, qui le peut, se mobilise seul sur le dispositif de stabilisation, sans minerve, si vigilance normale.
-  Dans la mesure où ils se sont mobilisés d'eux-mêmes pour s'extraire du véhicule, ils peuvent faire de même au SU.



Minerve proscrite en pédiatrie
Log-roll proscrit

Blessure pénétrante isolée

- Pas de stabilisation du rachis

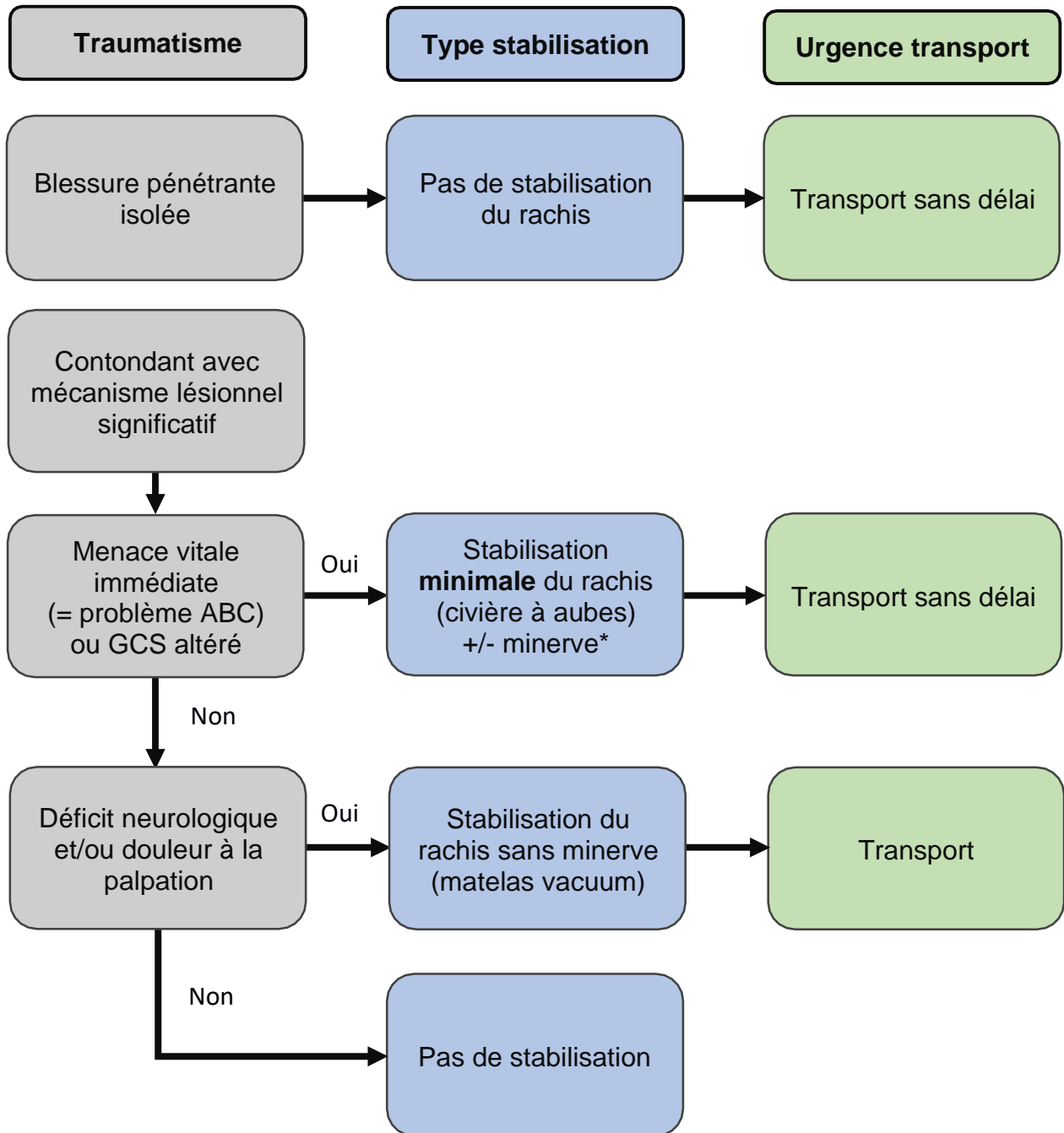
Menace vitale immédiate suite traumatisme

- Extraction et intervention rapide avec stabilisation minimale du rachis (civière à aubes) si (un seul critère est suffisant) :
 - Voies aériennes compromises
 - FR <10 ou FR >30
 - FC > 120
 - Pouls radial absent
 - GCS <15 ou habituel
- *Utilisation parcimonieuse de la minerve lors de stabilisation minimale, en particulier desserrer ou retirer la minerve si :
 - Traumatisme crânien
 - Risque de vomissement
 - Gêne respiratoire et/ou difficulté de gestion des VAS
 - Minerve douloureuse
 - Compression des veines jugulaires

Critères NEXUS modifiés

- Stabilisation du rachis sans minerve sur matelas vacuum si un des critères suivant présents :
 - Troubles neurologiques focaux
 - Sensibilité lors de la palpation postérieure de la colonne cervicale (par extension s'applique au rachis complet)

Stabilisation du rachis 2/2



Brûlures adulte / pédiatrie

A considérer

- Présence de CO, CN, intoxication
- Eventuel Blast ou autre Traumatismes
- Transport vers un centre de grand Brûlé

Cibles



- Traitement de la douleur
- Gestion des VAS

MEDICALISATION SI MENACE POUR LES VAS

Signes inhalation :

Suie dans les narines, brûlures de la face et du cou, cils et poils de la face roussis, voix anormalement rauque, toux avec expectoration charbonneuse, inflammation de l'oropharynx.

Réaction anaphylactique – adulte et pédiatrique

- Identifier l'allergène
- **Retrait de l'allergène** (si possible)
- **Critères de gravité** : ATCD réaction sévère, exposition allergène connue, asthme co-existant
- Risque d'évolution rapide

Clémastine

Adulte : **2 mg** IVL/IO ou **1 mg** PO

Pédiatrie : **0.02 à 0.06 mg/kg** IVL

Cétirizine

En cas de réaction allergique pédiatrique

<6 mois sur OM

7-10 kg : **2.5 mg** (5 gouttes) PO

10-20 kg : **5 mg** (10 gouttes) PO

>20 kg : **10 mg** (20 gouttes) PO

Méthylprednisolone

Adulte : **1 mg/kg** IV/IO

Pédiatrie : **1 mg/kg** IV/IO

Adrénaline

Administration IM Précoce / 1^{ère} intention

Adulte (dès 12 ans) : **0,5 mg**

Pédiatrie < 6 ans : **0,15 mg** // 6 à 12 ans : **0.3 mg**

A répéter si persistance des symptômes

Adulte : **0,01 mg** IV/IO (à répéter)

Antalgie multimodale adulte et pédiatrie 1/2

A considérer

- Antagonisation si surdosage (cf algorithme trouble de la conscience)
- Hétéroévaluation de la douleur
- Moyens non pharmacologiques
- Utilisation de la valeur la plus basse entre poids idéal et poids réel
- Préférence du patient
- En pédiatrie : « pansement magique », distraction

Cible

- EVA/EN ≤ 3
- Douleurs supportables
- Diminution $\geq 50\%$ de la douleur



Opiacés

Fentanyl

- DC **1 $\mu\text{g}/\text{kg}$** IVL ou **1 à 1.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$** IN
- Titrer **0.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$** ttes les 3 min.
- **Pédiatrie : même dosage**

En cas d'hypotension, administrer un bolus de 250 ml de NaCl 0.9% puis administrer le fentanyl selon algorithme.

Morphine

- DC **0.1 mg/kg** IVL
- **Pédiatrie : DC 0.05 mg/kg** IVL
- Titrer **0.05 mg/kg** ttes les 10-20'



Prudence chez la personne âgée
Prudence si ISRS et IMAO



Allergie
FR <10

Paracétamol

- **1 g** PO ou IVL
- **Pédiatrie : 15 mg/kg** PO, IR ou IVL

- Privilégier la voie PO = même efficacité
 - Si IVL sur 5 à 10 min.



- Prise de 1 g dans les 4h
- Prise de 4 g dans les 24h
- Insuffisance hépatique

Kétamine

- **0.3 mg/kg** IVL sur 1 à 2 minutes ou **1 mg/kg** IM (à répéter si nécessaire)
- **Pédiatrie : 1 mg/kg** IM/IN (à répéter à **0.5 mg/kg** après 10-15' si nécessaire)

A considérer, surtout si antalgie multimodale : monitoring de l'EtCo2

!! Relation d'aide !!



Patient pour qui une élévation tensionnelle présente un risque (TCC, AVC récent, Infarctus récent, glaucome, pré-éclampsie, ...)



En cas d'agitation provoquée (uniquement adulte) :
Midazolam **0,02 mg/kg** IVL (demi-dose pour le patient âgé >75 ans)



Privilégier la relation d'aide chez le patient âgé.

Antalgie multimodale adulte et pédiatrie 2/2

Butylscopolamine

Signes évocateurs de coliques néphrétiques, biliaires ou spasme GI

20 mg ad 100 ml de NaCl 0.9% IV lent sur 3 à 5 min.



- Tachyarythmie
- Myasthénie grave
- Rétention urinaire
- Patient <12 ans

Kétorolac

Signes évocateurs de coliques néphrétiques, biliaires ou spasme GI
OU lorsqu'un AINS est nécessaire sans possibilité PO

30 mg IV



- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Ulcère gastrique
- Patient <12 ans

Ibuprofène

400 mg PO, si >70 kg **600 mg** PO
Pédiatrie : **10 mg/kg** PO



- Ulcère gastrique
- Insuffisance rénale

Esoméprazole

En cas d'hémorragie digestive haute. A considérer si épigastralgies.

80 mg ad 100 ml de NaCl 0.9% IV



- Patient <12 ans

Spécificités enfant <18 mois

- Allaitement
- Succion non nutritive
- Emmillotage
- Position verticale
- Tenir/câliner
- Réduire les stimuli nocifs et excessifs (bruits, lumières)
- Solution sucrée (gel) à coupler à succion (délai 2 min, durée effet 5 à 8 min)

Spécificités Grossesse & Allaitement

Substance	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre	Accouchement	Allaitement
Paracétamol	✓	✓	✓	✓	✓
AINS	⊗	⊗	⊗	⊗	✓
Fentanyl	✓	✓	✓	⊗	✓
Morphine	≈	≈	≈	⊗	✓
Kétamine	✓	✓	✓	⊗	✓
Midazolam	≈	≈	≈	≈	✓
Ésoméprazole	≈	≈	≈	≈	✓
Butylscopolamine	≈	≈	≈	≈	≈
Dropéridol	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Ondansétron	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
MEOPA	≈	≈	≈	≈	≈
Methoxyflurane	⊗	⊗	⊗	⊗	≈

⊗ : contre-indiqué

✓ : indiqué

≈ : seulement en cas de nécessité absolue

Oxygène précoce en cas d'administration opiacés/kétamine.

Tranquillisation rapide 1/2

Cibles

- L'objectif est « *d'atteindre un état de calme sans sédation, inconscience ou sommeil, réduisant ainsi le risque pour lui-même et/ou pour les autres tout en maintenant la capacité du patient à communiquer* » (NICE, 2005)
- Assurer la sécurité physique et psychologique du patient et de l'équipe soignante, ainsi que le confort du patient.
- Dans la mesure du possible, éviter les contentions physiques pouvant induire des effets néfastes (et les limiter au strict nécessaire quand indispensable).



A considérer

- Cause d'agitation non psychogène (surtout en cas de primo-manifestation)
- La dignité du patient doit être garantie en tout temps
- Seulement après échec des techniques de désescalade
- Privilégier la voie orale : toujours proposer PO d'abord
- Une seule molécule à la fois
- Les comprimés orodispersibles ne sont pas sécables
- Individualisation du TTT : réserve du patient, morphologie, comorbidités, co-intoxication, préférences du patient (mesures anticipées), habitudes et/ou accoutumance
- Principe de proportionnalité : pesée d'intérêts, proportionnalité de la mesure
- Porter une attention particulière à la documentation (FIP)
- Surveillance accrue des effets

Délégation nécessitant

- Validation du cours APEX (urgences psychiatriques aiguës) de l'ALSG

Lorazépam

1 mg ou 2.5 mg orodispersible, à répéter aux 15 min



- Effet sur l'aptitude à la conduite de véhicules ou de machines
- Intoxication alcoolique ou autres déprimeurs SNC (potentialisation)



- Apnée du sommeil
- Insuffisance rénale et hépatique grave
- Pédiatrie < 12 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Myasthénie grave

Olanzapine

En cas d'agitation avec symptômes psychotiques

10 mg orodispersible, dose unique (si RASS>1 à 15 min ad lorazépam)



- Surveillance accrue
- Glaucome à angle fermé documenté



- < 18 ans
- Femme enceinte et allaitement

Tranquillisation rapide 2/2

Richmond Agitation Sedation Scale

+4	Combatif	Combatif, danger immédiat envers l'équipe
+3	Très agité	Tire arrache tuyaux ou cathéter et/ou agressif envers l'équipe
+2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mouvements orientés, peu fréquents, non agressif
0	Éveillé et calme	
-1	Somnolent	Pas complètement éveillé mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10 sec.)
-2	Diminution légère de la vigilance	Reste réveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (<10 sec.)
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex. ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucuns mouvements à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation douloureuse
-5	Non réveillable	Aucuns mouvements, ni à l'appel, ni à la stimulation douloureuse

Kétamine

Lors de TCC agité en l'absence de SMUR
2 mg/kg IM dose unique



- Surveillance accrue
- Garantir la sécurité durant l'injection (personnel en suffisance)

Si administration : médicalisation systématique pour IOT

Midazolam

Lors d'agitation importante nécessitant une contention physique, après refus de la voie PO et en l'absence de SMUR / cadre BSC :

5 mg IM ou 2.5 mg si >65 ans

A répéter 1x si score RASS >1 après 10 min



- Intoxication alcoolique ou autres dépresseurs SNC (potentialisation)
- Surveillance accrue
- Garantir la sécurité durant l'injection (personnel en suffisance)



- Agitation sur TCC

Halopéridol

Lors d'agitation importante avec symptômes psychotiques nécessitant une contention physique, après refus de la voie PO et en l'absence de SMUR / cadre BSC :

5 mg IM, dose unique (si RASS>1 à 15 min ad BZD)



- Surveillance accrue
- Garantir la sécurité durant l'injection (personnel en suffisance)
- Allongement connu du QT ou syndrome du QT long congénital
- Traitement concomitant par des médicaments allongeant l'intervalle QT
- Infarctus du myocarde aigu récent
- Insuffisance cardiaque décompensée
- Antécédents connus d'arythmies ventriculaires ou de torsades de pointes
- Hypokaliémie non corrigée
- < 18 ans
- Femme enceinte et allaitement



Anxiété / angoisse

A considérer

- Cause non psychogène : AEIOUTIPS
- Techniques de désescalade
- Les comprimés orodispersibles ne sont pas sécables

Cibles

- Assurer la sécurité physique et psychologique du patient et de l'équipe soignante.
- Confort du patient.



!! Relation d'aide !!

Lorazépam

1 mg orodispersible, à répéter aux 15 min



- Effet sur l'aptitude à la conduite de véhicules ou de machines
- Intoxication alcoolique ou autres dépresseurs SNC (potentialisation)



- Apnée du sommeil
- Insuffisance rénale et hépatique grave
- Pédiatrie < 12 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Myasthénie grave

Situation aigüe dans contexte de soins palliatifs 1/2

A considérer

- Existence d'un plan de soins anticipé, dans ce cas s'y référer en priorité.
- Appel précoce à l'équipe mobile de soins palliatifs à domicile (CoSPa-dom) et/ou professionnel de référence pour recherche d'informations.
- Évaluation de la capacité de discernement pour chaque décision donnée, si absente → ad DA et à défaut représentation thérapeutique.
- Accompagnement du patient et de ses proches.
- Soins de confort : repositionnement, hydratation, soins de bouche, toilette, etc...
- Si nécessité d'organiser un suivi / passage ultérieur : appel à la CoSPa dom ou Palli-GeMed.

Cibles



- Soulager les symptômes aigus / réfractaires
- Accompagnement du patient et de l'entourage



Dyspnée

Considérer le traitement symptomatique (curatif) des symptômes

Morphine 5 mg SC ou **2 mg** IV

En cas de dyspnée aigüe / détresse respiratoire

Midazolam 3 mg SC ou **3 mg** IV

Douleurs

1° Réserve médicamenteuse du patient

2° TTT PO (paracétamol, AINS) selon algorithme standard et TTT du patient

3° Morphine : >65 ans : **5 mg** SC et < 65 ans : **10 mg** SC

Delirium

- Évaluation selon « Confusion Assessment Method »

1 + 2 + 3 ou 1 + 2 + 4 = diagnostic posé avec certitude

1	Début brusque, fluctuation pendant la journée
2	Inattention
3	Pensée désorganisée
4	Altération de la conscience (alerte, hypervigilance, léthargie, état stuporeux ou comateux)

Halopéridol 0.5 mg SC

Anxiété

Lorazépam 1 mg PO cf algorithme anxiété / angoisse

Nausées et vomissements

Ondansétron 4 mg PO / SC / IV cf algorithme nausées et vomissements



Orientation

- Si transport, choix de l'orientation afin d'éviter un passage aux urgences
- Organiser le suivi de la situation

Situation aigüe dans contexte de soins palliatifs 2/2

Sédation palliative

A considérer lors de toute complication aiguë et réfractaire source de symptômes insupportables (par ex. dyspnée aiguë, agitation sévère, état de mal, hémorragie, ...).

Midazolam 0.05 mg/kg IV (1^{ère} intention) aux 2 min ou 0.1 mg/kg SC aux 10 min

Symptôme(s) soulagé(s) : STOP sédation si décès prévisible rapidement, ou si délai incertain jusqu'au décès → poursuivre avec 50% de la dose administrée par heure.

Symptôme(s) pas soulagé(s) après 20 min si IV ou 60 min si SC : demander avis spécialisé (équipe de soins palliatifs).

Accident de plongée

A considérer

- Type d'accident de plongée :
 - Barotraumatisme
 - Accident de décompression
- Noyade associée
- Ordinateur de plongée à prendre impérativement
- Paramètres de plongée : (profondeur, type de mélange, gaz, temps de plongée, problèmes rencontrés).
- Minimiser les efforts
- Pas de transport hélicoptéré (à Genève)

Cibles

- Garder une oxygénothérapie normobare tout au long de la prise en charge
- Limiter l'hypothermie



Oxygène FiO2 Max.

Hydratation

- NaCl 0.9% IV : **1000 ml** sur 60min.
- Perfusion chauffée/isolée

Pré-éclampsie & Eclampsie

A considérer

- Peut survenir de la 20^e sem.
→ À 6^e sem. post-partum.
- Symptômes : HTA associée à
→ *Céphalées, troubles visuels, confusion, dlrs épigastriques, dlrs abdo quadrant sup. D., acouphènes, œdèmes face/main, prise de poids rapide, trémor.*

Cibles



- Eviter / arrêter les convulsions
- Cible TA : 140/90 à 150/100
- Ne pas baisser brutalement les tensions
- Transport rapide, le traitement principal est l'accouchement.
- Environnement calme (Diminution stimuli, lumière bleue, limitation de l'usage des sirènes)

MgSo4

- Éclampsie :

MgSO₄⁺⁺ **4 g** ad 100 ml NaCl 0.9% IVL sur ≥5 minutes, à répéter 1x **2 g** en cas de récurrence ou persistance des convulsions.

- Pré-éclampsie sévère (HTA >160/110 mmHg) :

MgSO₄⁺⁺ **4 g** ad 100 ml NaCl 0.9% IVL sur ≥15 minutes

- Pré-éclampsie (HTA >140/90 mmHg):

MgSO₄⁺⁺ **2 g** ad 100 ml NaCl 0.9% IVL sur ≥15 minutes

Labétalol

2.5 mg IVL à répéter.

Titrer prudemment → Cible TA
140/90 à 150/100mmHg

Accouchement

Ocytocine

*A répéter si hémorragie du post-partum
en complément du massage utérin*

5 UI IM
5 UI ad 100 ml NaCl 0.9% IVL



Grossesse gémellaire

Acide tranexamique

Si hémorragie du post-partum

1 g ad 100 ml NaCl 0.9% IVL (10 min)
ou **2x 500 mg/5 ml** IM sur des sites
distincts

Soins et réanimation du nouveau-né

A considérer :

- Algorithme utilisable jusqu'à 30 jours de vie

Cible :

- Aide à l'adaptation à la vie extra-utérine selon T-A-B-C-D



T

Prévenir hypothermie 36.5° - 37.5°
Sécher, réchauffer et couvrir tête

Resp. efficace **ET** FC > 100/min = soins bébé

A

Si gasp/Apnée

1. Libérer VAS → Compensation, sniffing position.
Aspiration brève*
2. Ventilation AA durant 30 sec. Excursion thoracique visible

***ATTENTION** Aspiration buccale et entrée narines uniquement si trop profond :
Réflexe vagal, spasme laryngé, lésion muqueuse nasale

B

1. FC > 100/min, Resp. efficace = soins au bébé
FC < 100/min = ventil. 40 à 60/min FiO2 100% **
2. FC < 60/min = C

** Titration O2 en fonction cible SpO2

C

- Si FC < 60/min : débuter MCE ratio 3:1
FiO2 100%

**GOLDEN
MINUTE**



Réévaluation 30 sec

Réévaluation 30 sec

Adrénaline 0.01 mg/kg IV ou ombilic

NaCl 0,9% 10 ml/kg

(privilégier la ventilation de haute qualité et le massage cardiaque)

Score APGAR :

1, 5 et 10 min de vie

Cible SpO2 préductale :

- 3 min : 70%
- 5 min : 80%
- 10 min : 90%

Soins bébé : titration O2 cible saturation (préductale = MSD), emmaillotage, HGT,



Transport dans dispositif homologué