

**PROTOCOLES
D'INTERVENTION CLINIQUE
À L'USAGE DES
PREMIERS RÉPONDANTS
2018**



VERSION PRÉLIMINAIRE – mai 2022

Québec 

Quatrième édition

Toute reproduction par quelque procédé que ce soit est interdite à moins d'autorisation écrite préalable.

Note : Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Veuillez noter également que s'il y a contradiction entre le texte et l'algorithme, le texte prime.

Photo de la page couverture : Remerciements au Service d'incendie de Montréal

RÉDACTION ET RÉVISION

RÉDACTION

Joël Vachon

Technicien ambulancier paramédic instructeur
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

Dre Colette D. Lachaine

Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Dr Jocelyn Moisan

Directeur médical régional
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Dr Dave Ross

Directeur médical régional
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre

RÉVISION

Les directeurs médicaux régionaux 2018

Dr Serge Bergeron

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean

Dr François Bégin

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Dr François Parent

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec

Dr Simon Delisle

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent

Dr Bruno Hamel

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Drs Jean-François Bélanger et Anne-Marie Larkin

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Dr Louis Philippe Pelletier

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Dr Simon Fortier

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Dr Jean-Guy Ricard

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Dr Michel Roy

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Drs Wayne Smith et Pierre Guérette

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie

Dr Doug Eramian

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale nationale

PRÉFACE

Depuis plus de 15 ans, les premiers répondants (PR) assurent, dans plusieurs régions du Québec, de par leur proximité à la population, une réponse rapide et efficace pour les situations d'urgences vitales en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics.

En mai 2010, un comité de travail a été mis sur pied par la Table des Directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers. Le mandat de ce comité était de revoir les spectres d'intervention des intervenants pouvant être affectés avant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics.

Dès le début des sessions de travail, il a été mis en évidence qu'il fallait plus qu'un niveau de PR afin de bien servir la population du Québec. Depuis, cette idée novatrice a cheminé et 4 niveaux de services de premiers répondants ont été créés.

PR-DEA : répond aux appels de haute possibilité d'arrêt cardio-respiratoire;
PR-1 : répond aux appels de haute possibilité d'ACR et de réaction allergique grave;
PR-2 : répond aux appels d'ACR, de réaction allergique et de traumatismes graves;
PR-3 : répond aux appels d'ACR, de réaction allergique, de traumatismes graves et aux appels médicaux urgents.

En plus de répondre au besoin de mise à jour des soins à administrer par les PR en fonction de nouvelles données cliniques, la présente version des protocoles d'intervention clinique à l'usage des premiers répondants s'adapte à cette nouvelle réalité.

Il a été choisi de publier un seul recueil de protocoles pour les 4 niveaux de PR. Vous remarquerez qu'après le titre du protocole, le ou les niveaux de PR au(x)quel(s) le protocole est applicable est/sont noté(s).

Nous croyons que cette nouvelle vision des premiers répondants québécois pourra permettre un développement continu de ces services si importants à la chaîne d'intervention préhospitalière et à la survie des patients des services préhospitaliers d'urgence.

Bonne lecture,

La directrice médicale nationale,
Colette D. Lachaine, mdcm

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
GÉNÉRALITÉS	8

PROTOCOLE D'APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

1RÉP/ACP Approche clinique préhospitalière

SITUATIONS DE SINISTRE

1RÉP/SIN. 1 Intervention sur un site de sinistre comportant plusieurs patients

1RÉP/SIN. 2 START et JUMPSTART modifié

PROBLÈMES INDUSTRIELS

1RÉP/IND. 1 Exposition à des matières dangereuses (intervention globale)

1RÉP/IND. 2 Exposition à des substances toxiques

SITUATIONS DE RÉANIMATION

Généralités sur les situations de réanimation

1RÉP/RÉA. 0 Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale

1RÉP/RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire - Adulte

1RÉP/RÉA. 2 Arrêt cardiorespiratoire – Pédiatrie (0 à la puberté)

1RÉP/RÉA. 8 Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cours avec DEA

1RÉP/RÉA.10 Protocole de réanimation en présence de dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG)

PROBLÈMES ENVIRONNEMENTAUX

1RÉP/ENV. 1 Accident de plongée

1RÉP/ENV. 2 Bûlure

1RÉP/ENV. 3 Coup de chaleur

1RÉP/ENV. 4 Électrisation/électrocution

1RÉP/ENV. 5 Engelure

1RÉP/ENV. 6 Hypothermie

1RÉP/ENV. 7 Submersion

PROBLÈMES MÉDICAUX

1RÉP/MED. 2 Atteinte de l'état de conscience

1RÉP/MED. 7 Convulsions

1RÉP/MED. 8 Difficulté respiratoire

1RÉP/MED. 10 Douleur thoracique

1RÉP/MED. 11 Épistaxis

1RÉP/MED. 12 Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie

1RÉP/MED. 13 Obstruction des voies respiratoires par corps étranger - Adulte

1RÉP/MED. 16 Problèmes diabétiques - hypoglycémie

1RÉP/MED. 17 Réaction allergique/anaphylactique

PROBLÈMES OBSTÉTRICAUX

1RÉP/OBS. 1 Femme enceinte en travail

1RÉP/OBS. 2 Accouchement imminent

1RÉP/OBS. 4 Appréciation et soins nouveau-né

1RÉP/OBS. 6 Procidence du cordon

PROBLÈMES PÉDIATRIQUES

Généralités sur les problèmes pédiatriques

1RÉP/PED. 1 Atteinte de l'état de conscience

1RÉP/PED. 2 Convulsions

1RÉP/PED. 3 Difficulté respiratoire

1RÉP/PED. 4 Obstruction des voies respiratoires par corps étranger - Pédiatrie

1RÉP/PED. 5 Réaction allergique/anaphylactique

PROBLÈMES MÉDICAUX-LÉGAUX

1RÉP/MED-LEG. 1 Enfant maltraité

1RÉP/MED-LEG. 2 Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable (mort obscure ou non, datant de plusieurs heures)

1RÉP/MED-LEG. 3 Directives de non-initiation de la réanimation

1RÉP/MED-LEG. 4 Mort évidente

1RÉP/MED-LEG. 5 Présence de médecin/sage-femme sur les lieux

PROBLÈMES TRAUMATIQUES

Informations sur les problèmes traumatiques

1RÉP/ACP.TRAU. Approche clinique préhospitalière en traumatologie

1RÉP/TRAU. 1 Traumatisme adulte (incluant traumatisme thoracique et abdominal)

1RÉP/TRAU. 2 Traumatisme chez la femme enceinte

1RÉP/TRAU. 3 Traumatisme isolé des extrémités

1RÉP/TRAU. 4 Traumatisme ou brûlure oculaire

1RÉP/TRAU. 5 Traumatisme pédiatrique

TECHNIQUES

1RÉP/TECH. 1 Retrait du casque protecteur

1RÉP/TECH. 2 Contrôle d'hémorragie

1RÉP/TECH. 3 Protection spinale adulte

1RÉP/TECH. 4 Protection spinale pédiatrique

1RÉP/TECH. 5 Immobilisation des extrémités

1RÉP/TECH. 6 Transport d'un membre amputé

1RÉP/TECH. 10 Oxygène et saturométrie

1RÉP/TECH. 14 Administration de la trousse d'urgence de Glucagon

INFECTIONS

BULLETIN(S) CLINIQUE(S)

LEXIQUE

AVANT-PROPOS

La démarche que nous vous proposons est simple. Essentiellement, elle consiste en un protocole de base, le protocole d'approche clinique préhospitalière (1 RÉP/ACP), auquel se greffent tous les autres protocoles.

Le protocole d'approche clinique préhospitalière vise à donner au premier répondant une approche standardisée de l'évaluation de la situation. Cette approche comporte six étapes au cours desquelles le premier répondant peut, suivant la nature du problème rencontré, faire référence à un protocole plus spécifique.

Dans toute situation, le premier répondant doit, en premier lieu, voir à la sécurité de la scène pour éviter qu'il ne devienne lui-même un patient. Une fois la sécurité de la scène assurée, il procède à l'approche clinique préhospitalière et à la stabilisation de l'état du patient dans l'attente des techniciens ambulanciers paramédics.

En toutes circonstances, qu'il ait dévié ou non vers un protocole particulier, le premier répondant doit toujours revenir au protocole d'approche clinique préhospitalière pour éviter d'oublier une étape qui pourrait être essentielle pour la survie du patient ou pour la coordination avec les autres intervenants.

Il se peut que plus d'un protocole soit applicable dans certaines situations. Le premier répondant devra alors établir une priorité dans la série de protocoles à appliquer et veiller à leur application dans la mesure où ils ne sont pas contradictoires.

GÉNÉRALITÉS

Certains éléments des protocoles s'appliquent à toutes les interventions. Nous les avons donc regroupés dans la présente section avant l'ensemble des protocoles.

On retrouve ici de multiples composantes des protocoles. Certaines s'appliquant à l'ensemble de l'intervention, certaines ne s'adressant qu'à un point bien précis et d'autres relevant simplement du bon jugement et de l'attitude des premiers répondants.

1. Prévention des infections.

Lors de toute intervention, le premier répondant doit utiliser les précautions universelles en matière de prévention des infections. Les procédures de surveillance pour les syndromes d'allure grippale (SAG, influenza) et les maladies respiratoires sévères d'origine infectieuse (MRSI) et la maladie à virus d'Ébola (MVE) doivent toujours être respectées.

2. Assistance ventilatoire.

L'assistance ventilatoire fait référence à toutes les techniques disponibles pour assister une ventilation inadéquate, notamment les outils disponibles aux PR, le masque de poche et le ballon ventilatoire. La technique de base demeure la ventilation au masque de poche. L'utilisation du ballon-masque est réservée pour les situations mettant en danger la sécurité des intervenants (ex : intoxication au cyanure, intoxication par inhalation de substance toxique ou maladie respiratoire sévère d'origine infectieuse - MRSI). La ventilation de l'adulte doit être entreprise lorsque le patient a un état de conscience à « P » ou « U » et que la fréquence respiratoire est inférieure à 8/min. Chez le patient pédiatrique, l'ensemble des paramètres ventilatoires doit être considéré comme décrit à la section des protocoles pédiatriques lorsque l'on doit apprécier si la ventilation est inadéquate.

3. NPO (Nil Per Os).

Aucun aliment liquide ou solide ne doit être ingéré par le patient à moins d'avis contraire dans un protocole spécifique.

4. Documentation des interventions : rédaction du rapport d'intervention préhospitalière (RIP).

Un rapport d'intervention préhospitalière doit être rédigé pour toutes les interventions où le premier répondant a eu contact avec un patient ainsi que les interventions qui se concluent par un refus de soins.

Toute intervention où un citoyen sollicite l'opinion du premier répondant sur une décision liée à un problème de santé contemporain, même sans avoir été affecté par le CCS, est incluse dans ce qui est entendu par « contact patient ». Toutes ces interventions doivent être déclarées au CCS. Toute interaction avec le patient dont le contact n'a pas été généré par le CCS doit respecter en tous points les PICPR.

Tous les RIP doivent être transférés à l'équipe d'amélioration de la qualité de l'agence selon la procédure applicable.

GÉNÉRALITÉS (suite)

5. Consentement aux soins.

Lors d'une intervention préhospitalière, un consentement de traitement doit être obtenu. Certains éléments doivent être mis en lumière :

- a) Un consentement, explicite ou implicite, doit être obtenu du patient pour que le premier répondant effectue une intervention;
- b) Le patient a le droit de consentir en partie ou à tous traitements offerts;
- c) Un consentement peut être donné ou retiré en tout temps;
- d) Une personne qui apparemment souffre d'un problème psychiatrique est présumée apte et peut, par le fait même, refuser les traitements offerts par les premiers répondants;
- e) Le mineur de 13 ans et moins est automatiquement considéré inapte; un représentant de l'autorité parentale doit être recherché;
- f) Le mineur de 14 à 17 ans peut consentir ou refuser les soins sauf si le refus peut faire atteinte à son intégrité ou à sa survie.

6. Inaptitude à consentir aux soins.

Lorsqu'un patient est inapte à consentir aux soins ou à les refuser :

- a) En situation urgente :
 - Si la vie de la personne est en danger et que le consentement aux soins ne peut être obtenu du patient ou de son représentant, le consentement n'est pas nécessaire pour administrer les soins requis par la situation d'urgence;
 - Dans une telle situation, lorsque le patient inapte exprime son refus, le premier répondant fait appel aux policiers pour la maîtrise du patient lorsque requis.
- b) En situation non urgente :
 - C'est en principe le tuteur, curateur ou mandataire de la personne inapte qui consent aux soins. Un conjoint, un proche parent ou même une personne qui démontre un intérêt particulier pour cette personne peut également consentir pour elle s'il n'y a personne de désigné officiellement;
 - En l'absence d'une telle personne, le refus de la personne doit être respecté et seul le tribunal pourra ordonner des soins ou un transport;
 - Cependant, si un majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, le premier répondant peut, si la situation le requiert, faire appel aux services policiers. En effet, un agent de la paix ayant des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui est alors autorisé par la loi à amener contre son gré une personne. L'article 8 de la loi P-038 demande que le policier ait recours à un intervenant d'un service d'aide en situation de crise lorsque celui-ci est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation.

GÉNÉRALITÉS (suite)

7. Refus à consentir aux soins.

Lorsque le patient ou un autre témoin exprime son désir de ne pas être traité, le premier répondant doit tenter d'obtenir le consentement du patient ou de son représentant. S'il en est incapable, il doit :

- a) Évaluer l'aptitude du patient : sa capacité à prendre une décision raisonnable;
- b) S'assurer, lors de l'évaluation de l'aptitude, qu'il évalue les trois sphères d'orientation, valider la compréhension du patient des présents événements et la raison du refus;
- c) S'assurer de transmettre au meilleur de ses connaissances les conséquences possibles de ne pas initier le traitement avant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics en fonction des signes et des symptômes présents afin de permettre un consentement (ou refus) éclairé;
- d) S'assurer de transmettre les informations de façon neutre, objective, sans pression induite et ce, afin de permettre un consentement (ou refus) libre;
- e) Tenter à nouveau d'obtenir son consentement si le refus semble déraisonnable;
- f) Lorsque le premier répondant juge que le patient est apte, mais que ce dernier refuse les soins proposés, le premier répondant ne doit pas imposer les soins refusés. Toutefois, si un tel patient dit ne pas vouloir être transporté en ambulance, le premier répondant ne peut pas annuler l'ambulance. Il doit attendre les techniciens ambulanciers paramédics qui traiteront de la question du transport. Le premier répondant doit demeurer sur place **en** attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, à moins que le patient indique sans équivoque au premier répondant de quitter. À ce moment, le premier répondant attendra l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics à l'extérieur des lieux;
- g) Bien documenter la situation sur le rapport d'intervention préhospitalière.

8. Représentant du patient.

Lorsque le patient est inapte, le Code civil, à l'article 15, dicte qui peut en son nom exprimer son consentement à des soins en ordre hiérarchique :

- Mandataire;
- Tuteur;
- Curateur;
- Conjoint légal;
- Membre de la famille;
- Toute personne intéressée.

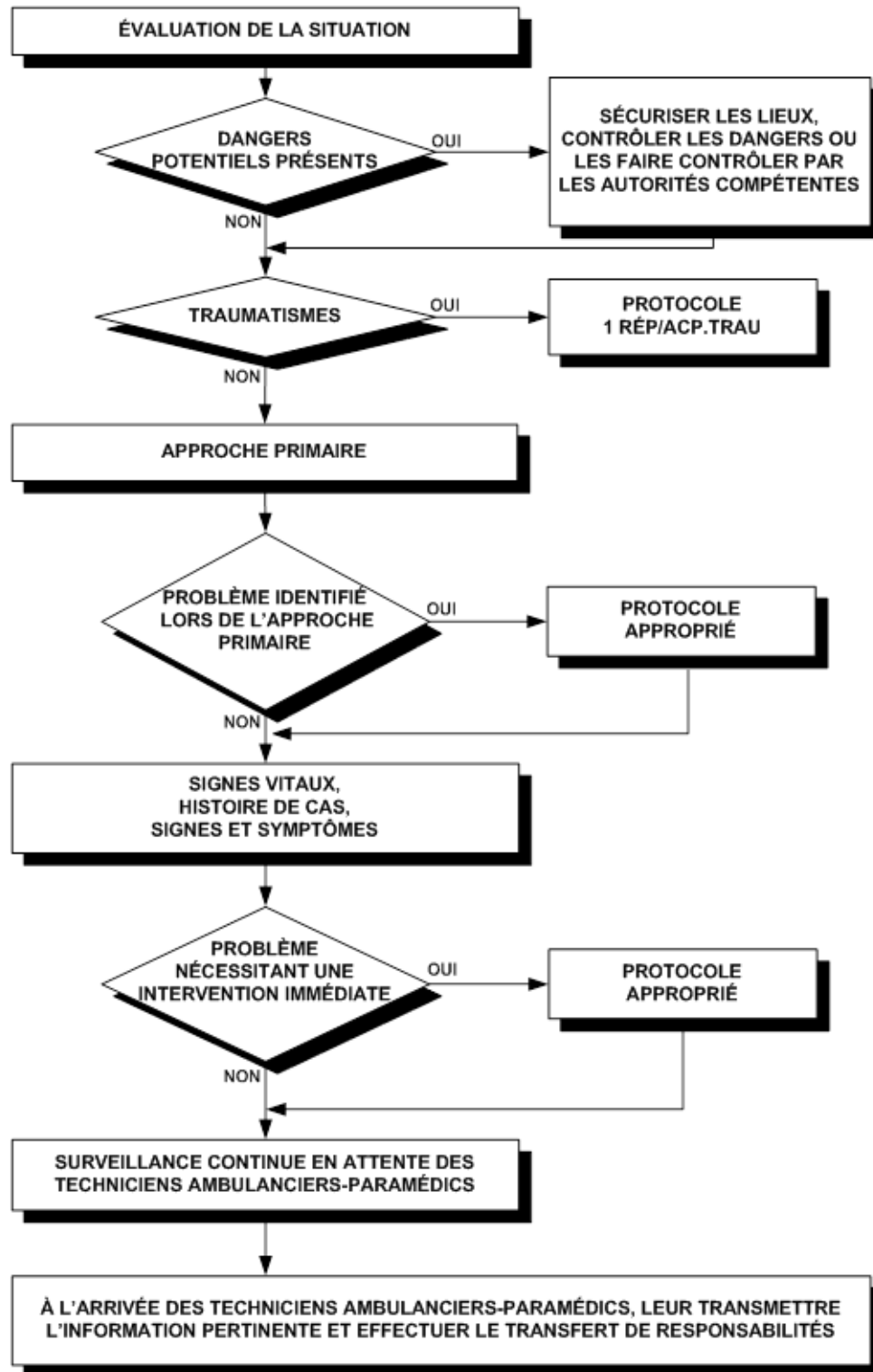
La loi d'interprétation (L.R.Q., chapitre I-16) dicte, à l'article 61.1 :

« Sont des conjoints les personnes liées par un mariage ou une union civile.

Sont assimilés à des conjoints, à moins que le contexte ne s'y oppose, les conjoints de fait. Sont des conjoints de fait deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui font vie commune et se présentent publiquement comme un couple, sans égard, sauf disposition contraire, à la durée de leur vie commune. Si, en l'absence de critère légal de reconnaissance de l'union de fait, une controverse survient relativement à l'existence de la communauté de vie, celle-ci est présumée dès lors que les personnes cohabitent depuis au moins un an ou dès le moment où elles deviennent parents d'un même enfant. »

PROTOCOLE D'APPROCHE CLINIQUE PRÉHOSPITALIÈRE

1RÉP/ACP Approche clinique préhospitalière



1 RÉP/ACP Approche clinique préhospitalière (PR-DEA, 1, 2, 3)

Dès qu'un patient présente une atteinte des fonctions vitales (approche primaire ou signes vitaux), procéder immédiatement à l'intervention appropriée.

1. Évaluation de la situation.

- a) Sécuriser les lieux (dangers potentiels);
- b) Évaluer le nombre de patients (mécanisme de l'incident, triage, etc.);
- c) Sécuriser les escapes de travail;
- d) Demander les ressources supplémentaires nécessaires;
- e) Noter tous les détails pertinents sur l'intervention des premiers intervenants;
- f) Appliquer les protections universelles. Lorsque le patient présente une maladie infectieuse avec risque de transmission ou que le TAP identifie que le patient présente un risque spécifique, les mesures appropriées de protection contre les infections doivent alors être respectées.

2. Si traumatisme, se référer au protocole 1RÉP/ACP.TRAU (approche clinique préhospitalière en traumatologie).

3. Approche primaire :

L : (État de conscience)	présence ou absence de réaction.
A : (Airway)	ouverture des voies respiratoires.
B : (Breathing)	respiration.
C : (Circulation)	pouls.
D : (Disability)	désordre neurologique, niveau de conscience « AVPU ».
E : (Expose)	découvrir la partie affectée seulement.

4. Problème identifié lors de l'approche primaire :

- a) Problème nécessitant une intervention immédiate;
 - Débuter le protocole approprié.
- b) Problème ne nécessitant pas une intervention immédiate.
 - Passer à l'étape suivante.

5. Prise des signes vitaux et histoire de cas (signes et symptômes) :

- Prise des signes vitaux : pouls et respiration;
- Histoire de cas en utilisant les mnémotechniques SAMPLE et OPQRST.

1RÉP/ACP. Approche clinique préhospitalière (suite)

6. Problème identifié lors de la prise des signes vitaux et l'histoire de cas :

- a) Problème nécessitant une intervention immédiate;
 - Débuter le protocole approprié.
- b) Problème ne nécessitant pas une intervention immédiate;
 - Passer à l'étape suivante.

7. Surveillance continue en attente des techniciens ambulanciers paramédics :

- Répéter l'approche primaire;
- Prise des signes vitaux aux cinq (5) minutes.

8. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Remarques :

La ventilation peut s'évaluer en termes de fréquence respiratoire, mais également en fonction de d'autres critères dont :

- L'amplitude respiratoire inadéquate;
- La présence de fatigue respiratoire;
- La coloration anormale et la diaphorèse;
- L'altération de l'état d'éveil.

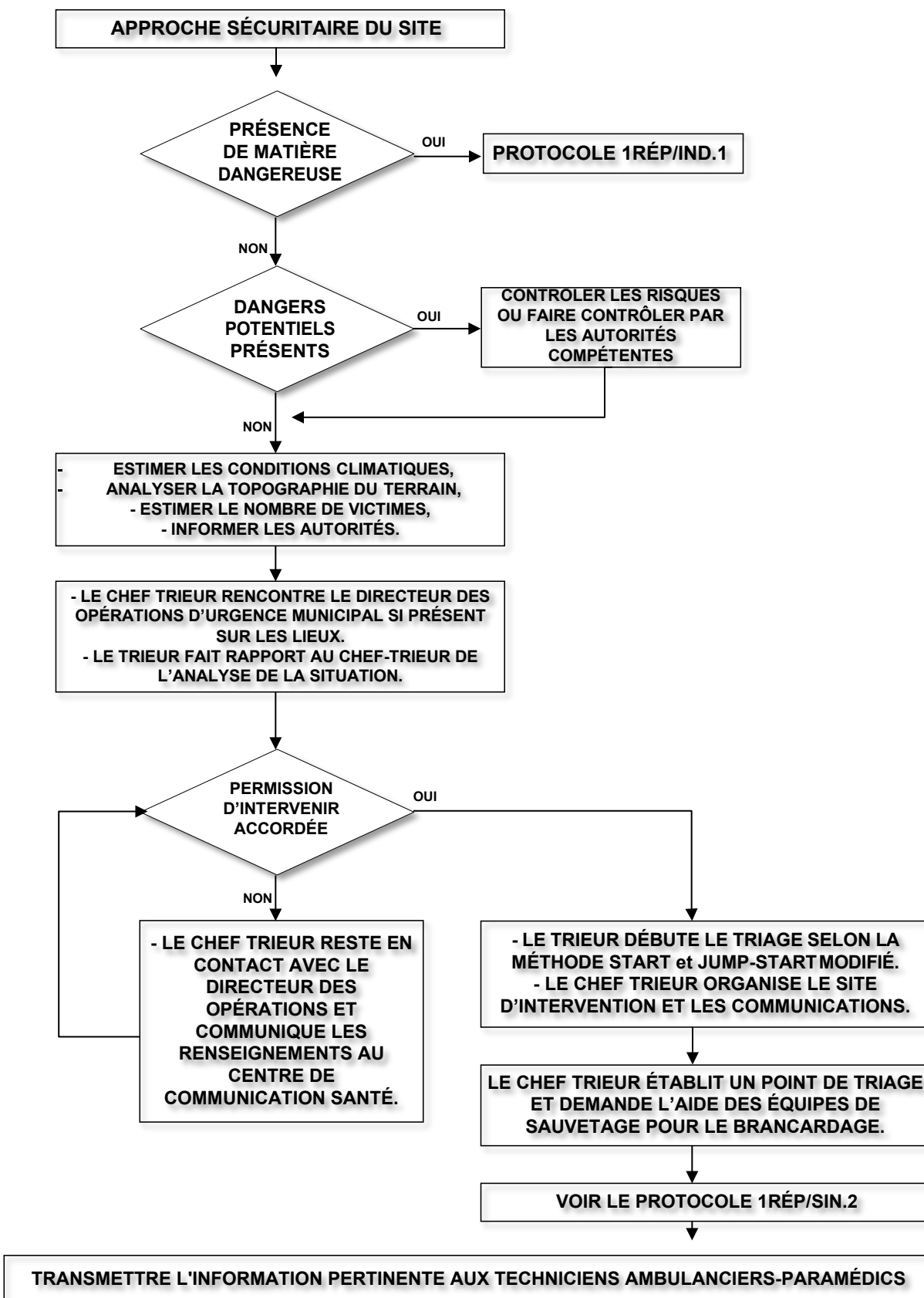
1RÉP/ACP. Approche clinique préhospitalière (suite)

OPQRST et SAMPLE :

O	Début (<u>O</u>nset)	S	Signes et symptômes (<u>S</u>igns and symptoms)
P	Provocation (<u>P</u>rovocation)	A	Allergies (<u>A</u>llergies)
Q	Qualité (<u>Q</u>uality), Quantité	M	Médicaments avec et sans prescription (<u>M</u>édication with and without prescription)
R	Irradiation (<u>R</u>adiation), région de la douleur, Récurrence	P	Passé médical pertinent (<u>P</u>ertinent past history)
S	Sévérité (<u>S</u>everity)	L	Le dernier repas (<u>L</u>ast oral intake)
T	Temps (<u>T</u>ime)	E	Événements déclencheurs (<u>E</u>vents leading to the injury or illness)

SITUATIONS DE SINISTRE

1RÉP/SIN. 1 Intervention sur un site de sinistre comportant plusieurs patients



1RÉP/SIN. 1 Intervention sur un site de sinistre comportant plusieurs patients (PR-2, 3)

Ce protocole s'applique au premier véhicule arrivé sur les lieux d'un sinistre.

1. Approche sécuritaire du site par les premiers répondants :

- a) Identifier la présence de matières dangereuses. Si présente, se référer au protocole 1RÉP/IND. 1 (Exposition à des matières dangereuses);
- b) Identifier la présence de risques;
- c) Estimer les conditions climatiques;
- d) Analyser la topographie du terrain;
- e) Estimer le nombre de patients;
- f) Informer les autorités compétentes selon la politique régionale.

2. Le chef-trieur rencontre le directeur des opérations d'urgence de la municipalité lorsque disponible sur les lieux.

3. Le trieur fait rapport au chef-trieur des résultats de l'analyse de la situation. Ce dernier les transmet au Centre de communication santé.

4. Permission d'intervenir refusée :

- a) Le chef-trieur reste en contact continu avec le directeur des opérations d'urgence;
- b) Le trieur communique les renseignements pertinents au chef-trieur.

5. Permission d'intervenir accordée :

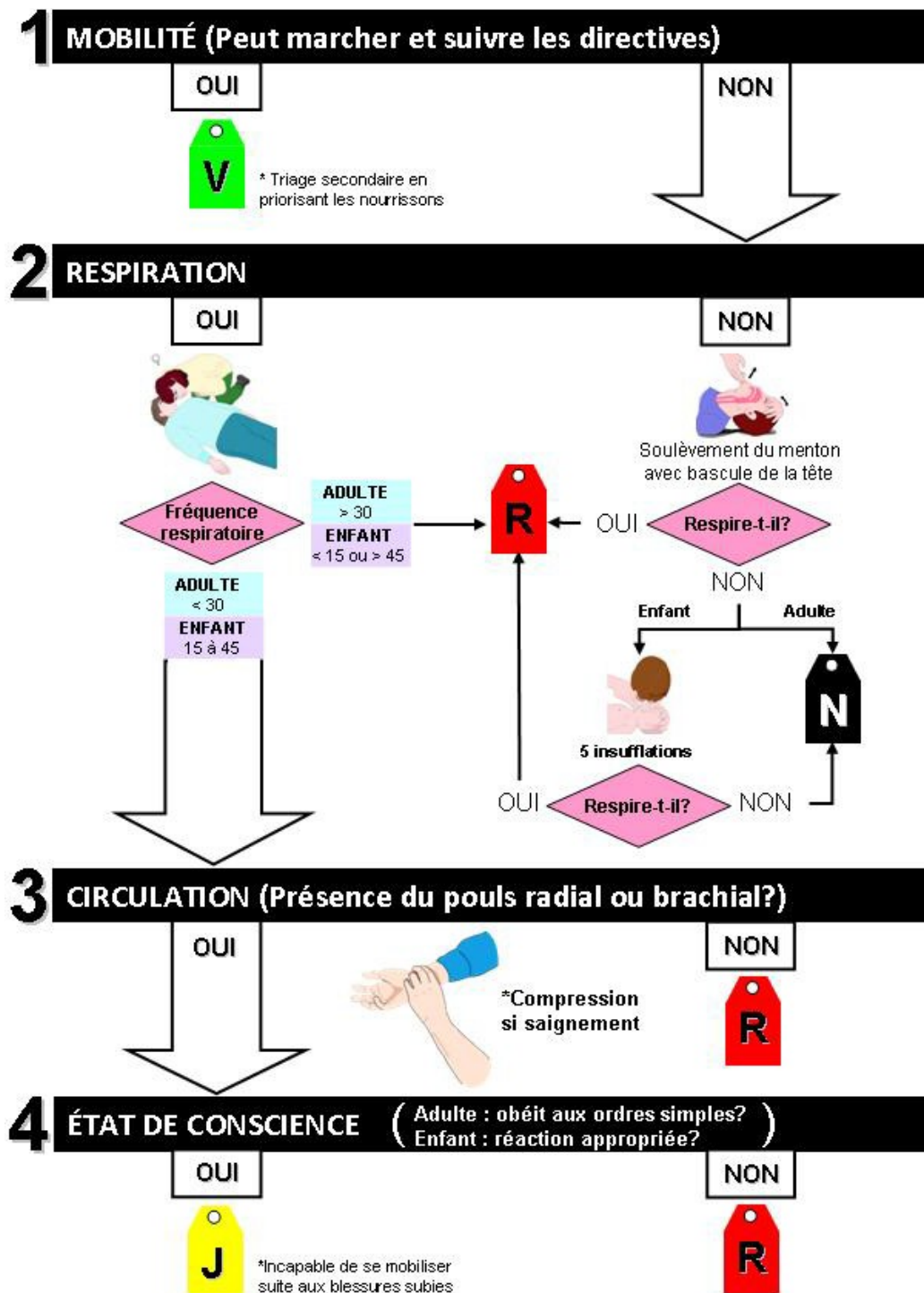
- a) Le trieur débute le triage selon la méthode START et JUMPSTART modifié (pour les enfants sans signes de puberté) avec les cartons de triage;
- b) Le chef-trieur organise le site d'intervention afin de faciliter l'arrivée des ambulances et organise les communications.

6. Le chef-trieur établit un point de triage et demande l'aide des équipes de sauvetage pour faire le brancardage des patients s'il y a lieu.

7. Se référer au protocole 1RÉP/SIN. 2 (Protocole START et JUMPSTART modifié).

8. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

1 RÉP/SIN. 2 START et JUMPSTART modifié

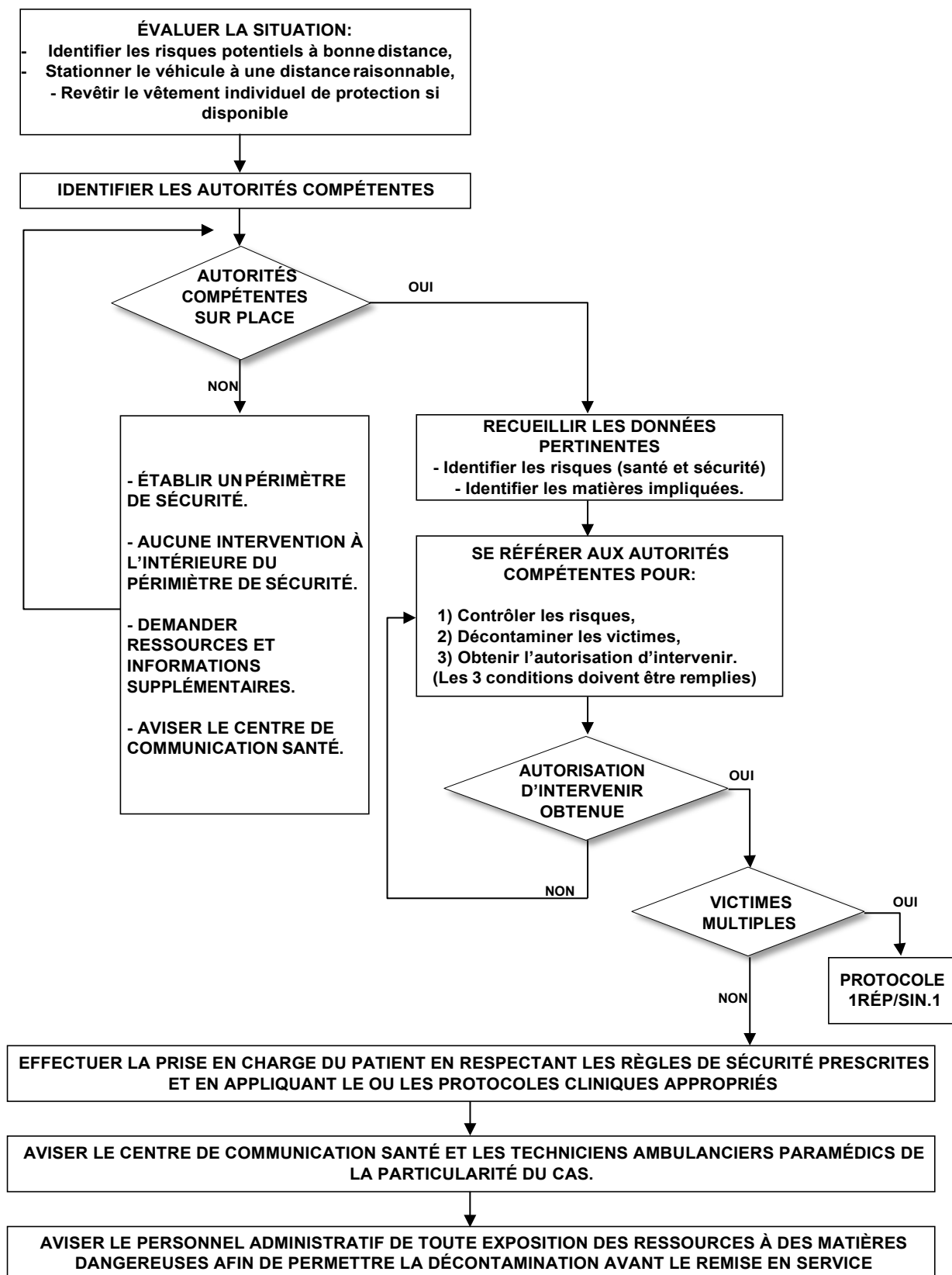


1RÉP/SIN. 2 START et JUMPSTART modifié (PR-2, 3)

1. Voir algorithme page précédente.

PROBLÈMES INDUSTRIELS

1RÉP/IND. 1 Exposition à des matières dangereuses (intervention globale)



1RÉP/IND. 1 Exposition à des matières dangereuses (intervention globale) (PR-DEA, 1, 2, 3)

Lors d'une intervention comportant des matières dangereuses, l'évaluation de la scène devient particulièrement importante puisqu'il en va de la sécurité des intervenants. Une attention particulière doit donc être portée à cette étape dans le protocole d'approche clinique préhospitalière. Cette évaluation est décrite ci-dessous afin de s'assurer que le premier répondant ne prenne aucun risque qui pourrait s'avérer préjudiciable à sa santé ou à sa sécurité.

Le sauvetage et la décontamination des patients exposés à des matières dangereuses doivent être effectués par les autorités compétentes (service d'incendie ou équipe spécialisée). La responsabilité du premier répondant est de s'assurer que ces étapes ont été effectuées avant la prise en charge du patient.

1. Évaluer la situation :

- a) Identifier les risques potentiels à bonne distance;
 - du site industriel (se référer aux personnes compétentes);
 - de l'accident routier : respecter un périmètre de sécurité (règle du pouce).
- b) Stationner le véhicule de premier répondant à une distance raisonnable (estimer les conditions climatiques, analyser la topographie du terrain);
- c) Revêtir le vêtement individuel de protection si disponible.

2. Identifier les autorités compétentes et s'y référer :

- a) Service d'incendie ou responsable du site industriel ou toute autre autorité reconnue.

3. Recueillir les données pertinentes :

- a) Identifier les risques (santé et sécurité);
- b) Identifier les matières impliquées : plaque, fiche signalétique, « Guide de mesures d'urgence ».

4. Se référer aux autorités responsables (pompier ou policier).

En l'absence d'autorités responsables :

- a) Établir et faire respecter le périmètre de sécurité;
- b) Ne faire aucune intervention à l'intérieur du périmètre de sécurité;
- c) Demander les ressources et les informations supplémentaires et aviser le Centre de communication santé afin de déclencher le plan des mesures d'urgence.

1RÉP/IND. 1 Exposition à des matières dangereuses (intervention globale) (suite)

5. Une réponse positive aux trois conditions énumérées ci-dessous doit être obtenue avant de continuer le protocole :

- a) L'intoxication est sans risque ou les risques ont été contrôlés;
- b) Les patients ont été décontaminés sur le site;
- c) L'autorisation d'intervenir a été obtenue des autorités compétentes.

Si l'une de ces conditions n'a pas été remplie, se référer aux autorités compétentes avant toute intervention.

6. En présence de plusieurs patients, se référer au protocole 1RÉP/SIN. 1 (Intervention sur un site comportant plusieurs patients).

7. Effectuer la prise en charge du patient en respectant les règles de sécurité prescrites et en appliquant le ou les protocoles cliniques selon les signes et symptômes.

8. Aviser le Centre de communication santé de la particularité du cas.

9. Aviser le personnel administratif de toute exposition des ressources à des matières dangereuses afin de permettre la décontamination des ressources et des équipements avant la remise en service.

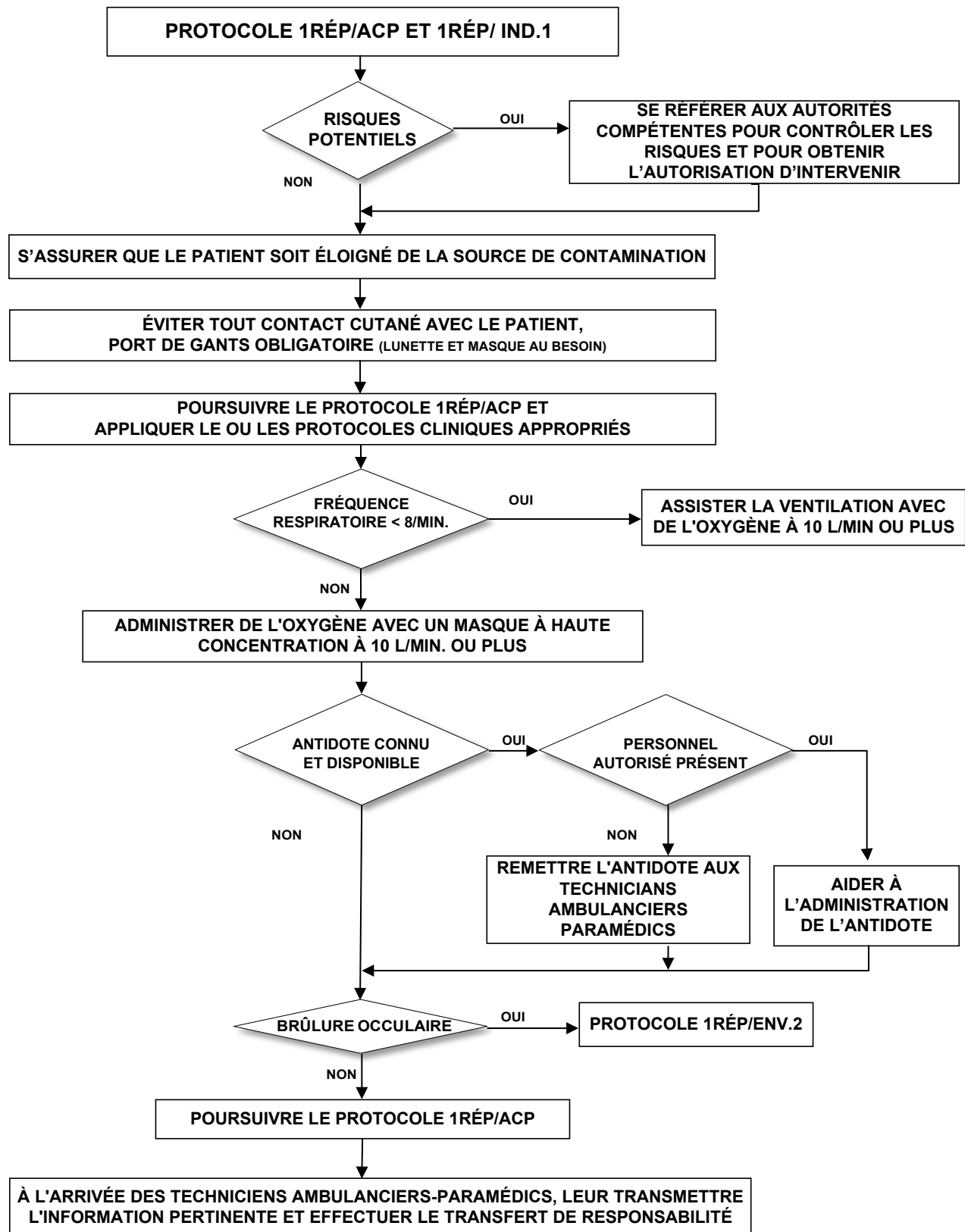
10. Rapporter toute situation avec le maximum d'informations afin de permettre un suivi médical adéquat.

Remarques :

Le vêtement de protection individuel (VPI) des services incendie n'est pas un vêtement de protection contre les matières dangereuses. Rester vigilant et respecter les consignes établies par les autorités compétentes.

La règle du pouce donne une appréciation de la « distance raisonnable » du site à laquelle un intervenant devrait se tenir : lorsque le bras est étendu et qu'on ferme un œil, le pouce tenu droit devant devrait couvrir l'ensemble de la scène.

1RÉP/IND. 2 Exposition à des substances toxiques



1RÉP/IND. 2 Exposition à des substances toxiques (PR-DEA, 1, 2, 3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière) et au protocole 1RÉP/IND. 1 (Exposition à des matières dangereuses – Intervention globale).
2. Identifier les risques potentiels, le type d'intoxication et l'agent causal si possible.
3. S'assurer que le patient soit éloigné de la source de contamination.
4. Éviter tout contact cutané avec le patient.
5. Port de gants obligatoire; lunettes et masque protecteur si nécessaire.
6. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière) et appliquer le ou les protocoles cliniques selon les signes et symptômes.
7. Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus (voir remarques).
8. Administrer de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus.
9. Si antidote connu et disponible :
 - a) Assister le personnel autorisé à administrer l'antidote si présent;
 - b) En l'absence de personne autorisée, remettre l'antidote aux techniciens ambulanciers paramédics.
10. Si brûlure, se référer au protocole 1RÉP/ENV. 2 (Brûlure).
11. Si brûlure oculaire, laver l'œil avec de l'eau ou du NaCl 0,9 % et poursuivre l'irrigation jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics.
12. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
13. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

1RÉP/IND. 2 Exposition à des substances toxiques (suite)

Renseignements requis :

- Nature du contaminant (fiche signalétique);
- Durée de l'exposition au contaminant;
- Délai depuis la contamination.

Remarques :

Dans le cas d'intoxication par substances toxiques, ne jamais ventiler le patient par la technique de bouche à masque; utiliser un ballon-masque.

Principes de décontamination :

- S'assurer que la partie affectée a été découverte;
- Si la substance est une poudre, broser le patient;
- Rincer la partie affectée avec une grande quantité d'eau sans contaminer les régions saines.

Si le premier répondant reçoit des instructions d'un intervenant du Centre antipoison du Québec (CAP) lors d'une intervention, il doit suivre ses recommandations, même si celles-ci sont contradictoires ou absentes des présents protocoles, tout en respectant les limites de son champ de pratique.

SITUATIONS DE RÉANIMATION

Généralités sur les situations de réanimation

Les principes suivants s'appliquent à toutes les situations où le patient est en arrêt cardiorespiratoire.

Arrivée au chevet

Le défibrillateur externe automatisé (DEA) doit être ouvert dès que l'ACR est suspecté, à la vue du patient.

Ventilation

La ventilation du patient en arrêt cardiorespiratoire doit être faite au masque de poche avec oxygène à haute concentration sauf si contre-indication en lien avec la sécurité des intervenants (ex : intoxication au cyanure, intoxication par inhalation de substance toxique ou maladie respiratoire sévère – MRS). Dans ces situations, l'utilisation du ballon masque est requise.

Prise de pouls

Le premier répondant doit être CERTAIN qu'il perçoit un pouls avant de décider de ne pas entrer dans le protocole de réanimation ou de sortir de celui-ci. Dans le doute, il doit procéder ou continuer la réanimation.

Une prise de pouls doit être effectuée lors de la présence de tout signe évident de retour à une circulation spontanée (bouge, tousse, respire, etc.).

Analyse et défibrillation

Certains défibrillateurs procèdent à l'analyse du rythme cardiaque aussitôt que les électrodes sont apposées sur le thorax du patient tandis que d'autres nécessitent que le premier répondant appuie sur un bouton pour que l'appareil analyse le rythme cardiaque.

Ainsi, pour les défibrillateurs nécessitant d'appuyer sur un bouton pour débiter la première analyse, les électrodes peuvent être appliquées durant la confirmation de l'ACR et pendant que le massage est effectué, cependant le massage cardiaque devra être temporairement cessé pendant que l'analyse est effectuée.

Quant aux appareils qui ne nécessitent pas d'appuyer sur un bouton d'analyse pour débiter la première analyse (l'analyse s'effectue dès l'installation des électrodes de défibrillation), il faut attendre la confirmation d'un arrêt cardiorespiratoire pour appliquer les électrodes.

Massage cardiaque

Lors de la RCR (entre deux analyses) avec un DEA qui analyse automatiquement le rythme cardiaque à toutes les deux minutes, le premier répondant doit alterner les compressions thoraciques et les ventilations selon les normes de la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ). Dès qu'une commande vocale demande de cesser les manœuvres ou de ne plus toucher le patient, cesser immédiatement la RCR.

Lors de la RCR (entre deux analyses) avec un DEA qui analyse le rythme cardiaque seulement lorsque le premier répondant appuie sur un bouton d'analyse, alterner les compressions thoraciques et les ventilations selon les normes de la Fondation des maladies du cœur de Québec. Cependant, terminer par des compressions thoraciques.

Après chaque analyse, effectuer un changement de premier répondant au massage lorsque possible.

Généralités sur les situations de réanimation (suite)

Lors d'un retour de pouls de plus de 30 secondes :

- Valider le besoin d'assistance ventilatoire en quantifiant la fréquence respiratoire;
- Débuter l'assistance ventilatoire avec oxygène lorsque requis;
- Si ventilation adéquate, administrer de l'oxygène à haute concentration;
- Assurer une vérification constante de la présence du pouls carotidien;
- Si le patient subit un nouvel arrêt cardiaque, recommencer le protocole au début.

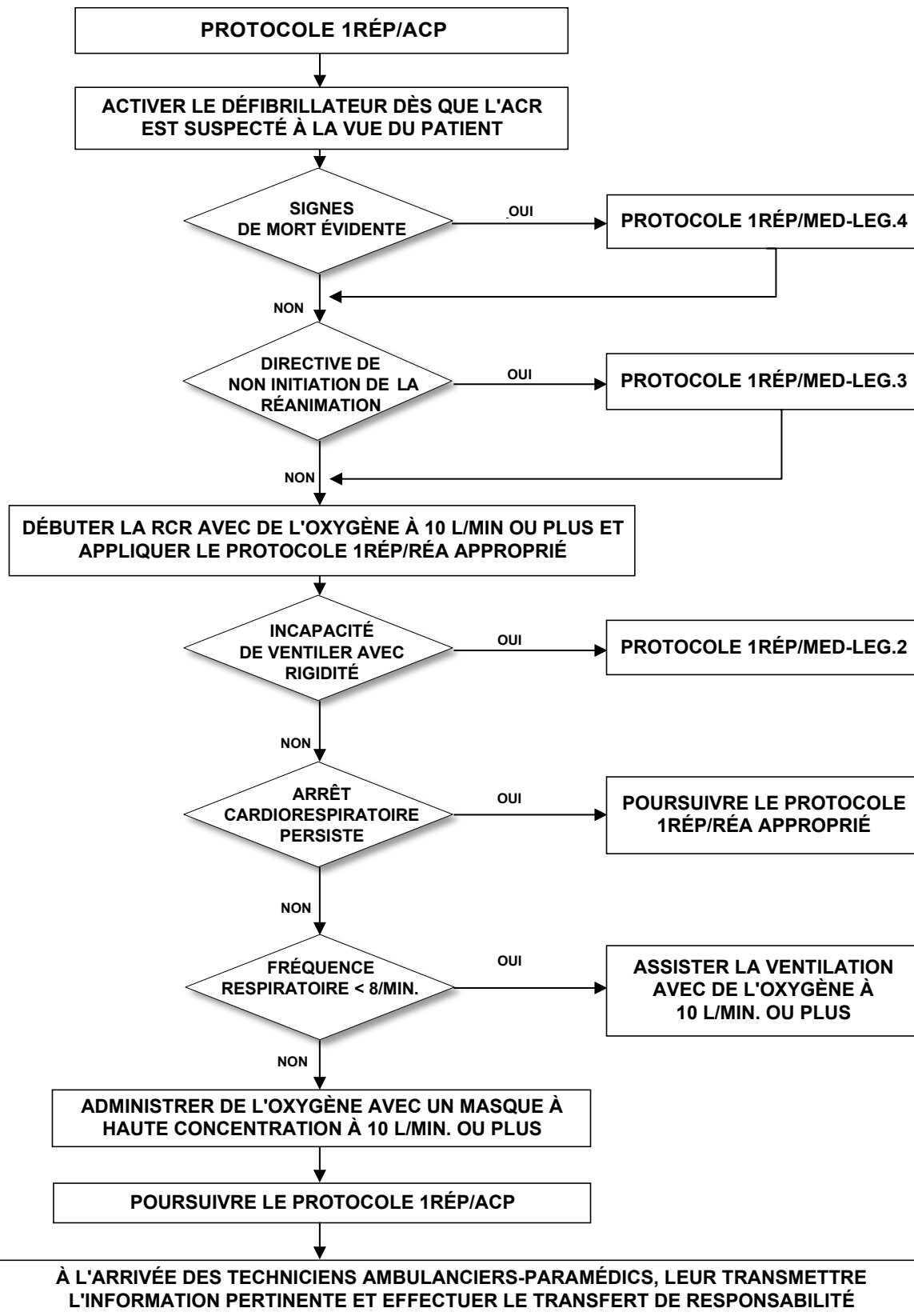
Transfert de responsabilité

Le premier répondant ne doit jamais cesser les manœuvres de réanimation tant que les techniciens ambulanciers paramédics ne sont pas prêts à prendre en charge l'intervention.

Renseignements requis :

- Circonstances de l'événement;
- Présence de témoins de l'ACR (qui ont vu ou entendu tomber le patient);
- Heure approximative de l'ACR;
- Dernière fois que le patient a été vu ou entendu vivant;
- RCR débutée ou non par un premier intervenant avant l'arrivée des premiers répondants;
- Heure approximative du début de la RCR par les témoins ou les premiers répondants;
- Si premier intervenant - DEA sur place, nombre de chocs donnés avant l'arrivée des premiers répondants.

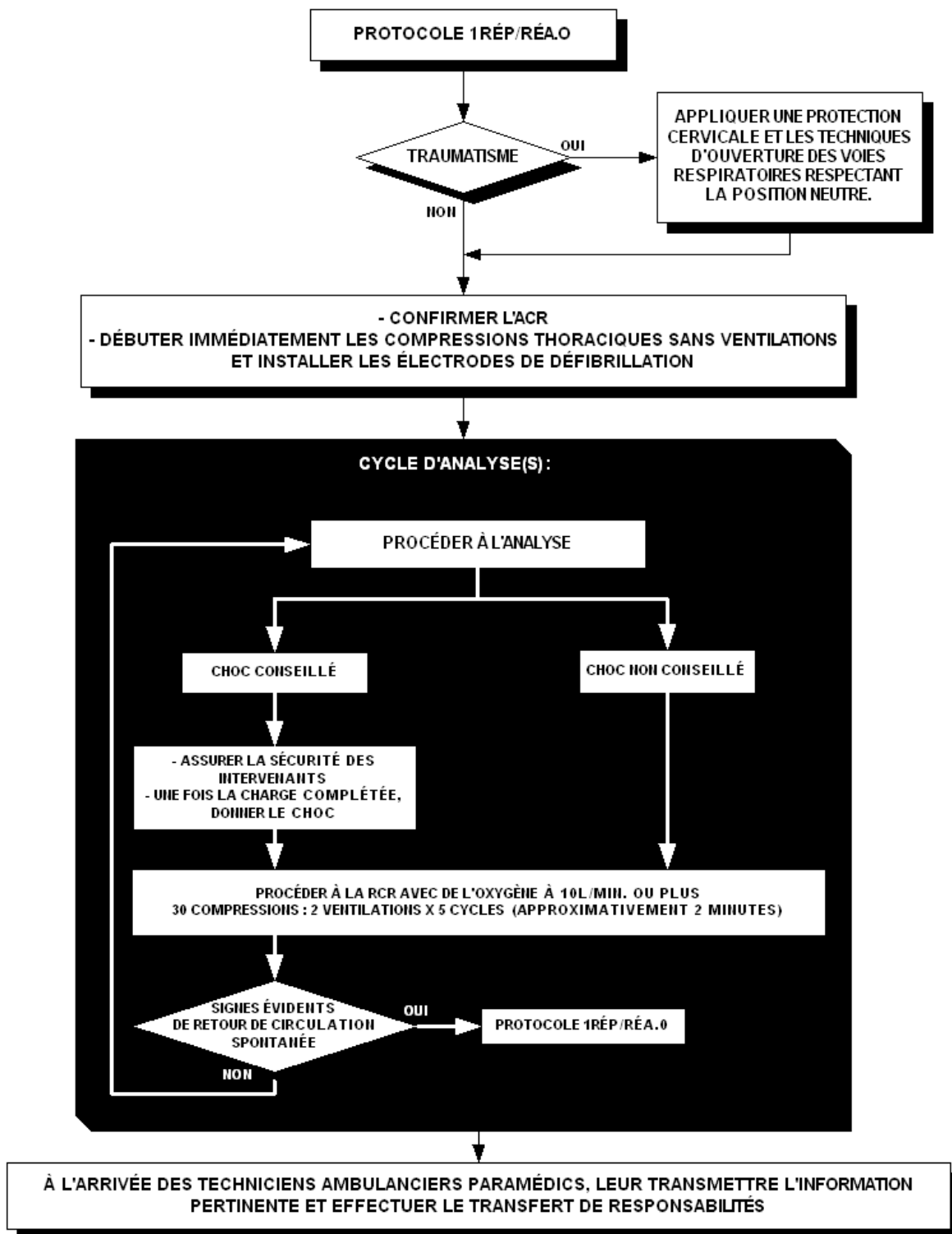
1RÉP/RÉA. 0 Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale



1RÉP/RÉA. 0 Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale (PR-DEA, 1, 2, 3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Activer le défibrillateur dès que l'ACR est suspecté, à la vue du patient.
3. En présence de signes de mort évidente, se référer au protocole 1RÉP/MED-LEG. 4 (Mort évidente).
4. En présence de directives de non-initiation de la réanimation, se référer au protocole 1RÉP/MED-LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation).
5. Confirmer l'ACR et débiter immédiatement la RCR avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.
6. En présence d'une impossibilité d'ouvrir les mâchoires et de ventiler en raison d'une rigidité cadavérique, se référer au protocole 1RÉP/MED-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable. Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).
7. Débiter les manœuvres de réanimation et appliquer le protocole de réanimation approprié :
 - a) 1RÉP/RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire - Adulte);
 - b) 1RÉP/RÉA. 2 (Arrêt cardiorespiratoire - Pédiatrique).
8. En présence des signes évidents de retour de circulation spontanée, cesser la RCR et effectuer une prise de pouls pour le confirmer.
9. Si la fréquence respiratoire est < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
10. Si la fréquence respiratoire est > 8/min, administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10L/min ou plus;
11. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
12. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

1RÉP/RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire - Adulte



1RÉP/RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire – Adulte (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Tout arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale ou traumatique chez le patient adulte (avec présence de signes de puberté).

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Critères d'exclusion :

Présence de critères d'inclusion de 1RÉP/MED.LEG. 4 (Mort évidente).

Présence de critères d'inclusion de 1RÉP/MED.LEG. 3 (Directives de non-initiation de la réanimation).

Présence de critères d'inclusion de 1RÉP/MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

- 1. Se référer au protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).**
- 2. Si traumatisme présent ou suspecté, appliquer une protection cervicale et les techniques d'ouverture des voies respiratoires respectant la position neutre.**
- 3. Confirmer l'ACR, débiter immédiatement les compressions thoraciques (sans ventilation) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.**
- 4. Dès que les électrodes sont installées, procéder à l'analyse et cesser la RCR :**
 - a) Si « Choc non conseillé », débiter immédiatement la RCR 30:2 pour 5 cycles (approximativement deux minutes) avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;
 - b) Si « Choc conseillé », assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débiter immédiatement la RCR 30:2 pour 5 cycles (approximativement deux minutes) avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
- 5. Répéter l'étape 4 jusqu'à ce que le patient présente des signes évidents de retour de circulation spontanée (bouge, tousse, respire, etc.) ou jusqu'à ce que les techniciens ambulanciers paramédics prennent charge du patient :**
 - a) Si présence de signes évidents de retour à une circulation spontanée, appliquer le protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale);
 - b) Lorsque les techniciens ambulanciers paramédics sont prêts à prendre charge du patient, suivre leurs consignes attentivement.
- 6. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**
 - a) **PR Niveau 3 (rôle élargi) :**
 - En contexte traumatique et « Choc conseillé », donner le choc et poursuivre la RCR 30 :2 avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus; Répéter cette étape jusqu'à un maximum de 5 « Choc conseillé »;
 - Dès qu'une analyse résulte en un « Choc non conseillé », procéder à l'évacuation en poursuivant la RCR 30:2 avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;

1RÉP/RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire – Adulte (suite)**Remarques :****Ventilation :**

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole 1 RÉP/RÉA. 1.

Lors de présence de traumatisme, s'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Définition du contexte d'ACR traumatique (PR Niveau 3 – rôle élargi) :

L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) traumatique inclut les présentations suivantes :

- Traumatisme fermé (Cinétique à risque ou impact à haute vitesse)
- Traumatisme pénétrant (Hémorragie interne ou externe)
- ACR dont la cause probable est une hémorragie interne (avec ou sans traumatisme apparent)
- Tout ACR chez la femme enceinte de 20 semaines ou plus (avec ou sans traumatisme apparent).

Spécificité obstétrique :

Chez la femme enceinte de 20 semaines ou plus, lors de la RCR, on doit déplacer l'utérus vers la gauche. Pour se faire, un intervenant doit prendre à une ou deux mains l'abdomen de la patiente et le tirer vers la gauche (de la patiente). Si la patiente est placée sur une planche dorsale, il est aussi possible d'incliner celle-ci à 30 degrés vers la gauche. Toutefois, il faut favoriser la première méthode, car celle-ci est plus efficace.

Spécificité anaphylaxie :

Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'adrénaline à l'aide d'un auto-injecteur (0,3 mg IM) dans la cuisse, aussitôt que possible, après la première analyse.

1RÉP/RÉA. 1 - Arrêt cardiorespiratoire (ACR) – Adulte avec PARTICULARITÉ MRSI (PR-DEA, 1, 2, 3)

Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularités MRSI, le protocole usuel s'applique.

Le présent protocole est applicable en trauma et en médical.

Généralités :

- Revêtir les équipements de protection individuelle (EPI) appropriés au début de l'intervention.
- Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
- L'utilisation du masque de poche en ACR adulte est proscrite en situation de pandémie.
- Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques.

RCR sans ventilation	RCR avec ventilation
Activer le DEA dès que l'arrêt cardiorespiratoire (ACR) est suspecté	
Confirmer l'ACR avec une prise de pouls carotidien	
Installer un masque d'oxygène à haute concentration (MHC) sur le visage du patient (Installer un masque de procédure si MHC non disponible)	
Débuter les compressions thoraciques en continu sans ventilation	
Dès que possible, procéder à l'installation des électrodes de défibrillation	
Suivre les indications du DEA	
Poursuivre les compressions thoraciques en continu sans ventilation	Préparer le matériel de ventilation et débuter la RCR avec ventilation avec précautions de MRSI (selon 1REP/TECH.15)
Poursuivre la séquence d'intervention selon le protocole usuel	

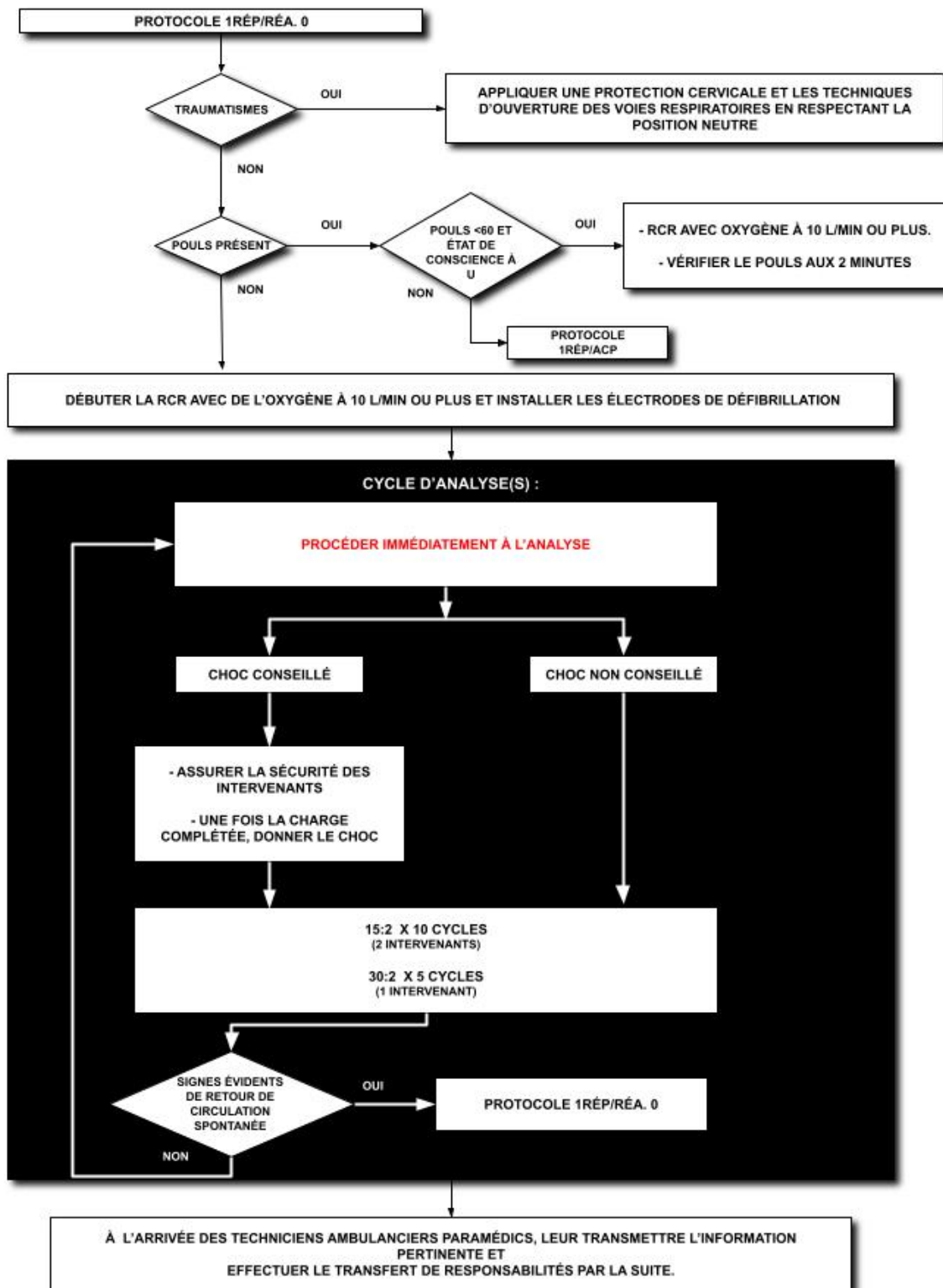
Remarques :

L'utilisation du cheminement de RCR avec ventilation nécessite certains pré-requis et est applicable selon l'organisation régionale.

Si présence d'une rigidité cadavérique, se référer à 1REP/MED.-LEG. 2, mais sans tenter de ventiler le patient. Pour le patient en ACR ou inconscient avec histoire d'obstruction des voies respiratoires, la vérification visuelle dans la bouche du patient à chaque cycle devra être effectuée aux moments suivants :

- RCR sans ventilation : après chaque analyse.
- RCR avec ventilation (selon 1REP/TECH 15) : selon la séquence usuelle.

1RÉP/RÉA. 2 Arrêt cardiorespiratoire – Pédiatrie (0 à la puberté)



1RÉP/RÉA. 2 Arrêt cardiorespiratoire – Pédiatrie (0 à la puberté) (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Tout arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale ou traumatique (incluant les situations où le pouls est < 60/min et l'état d'éveil – échelle AVPU – est à « U ») chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté).

L'ACR est maintenant défini par la présence de l'inconscience associée à une respiration absente ou anormale. L'intervenant-santé doit effectuer une prise de pouls pour le confirmer.

Critères d'exclusion :

Présence de critères d'inclusion de MED.LEG. 4 (Mort évidente).

Présence de critères d'inclusion de MED.LEG. 3. (Directives de non-initiation de la réanimation).

Présence de critères d'inclusion de MED.-LEG. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non datant de plusieurs heures).

1. **Se référer au protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).**
2. **Si traumatisme présent ou suspecté, appliquer une protection cervicale et les techniques d'ouverture des voies respiratoires respectant la position neutre.**
3. **Confirmer l'ACR :**
 - a) Pour les enfants **avec un pouls palpable** < 60/minute et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à « U », débuter la RCR avec oxygène à 10 L/min ou plus, ne pas installer les électrodes de défibrillation. Reprendre le pouls à toutes les 2 minutes. Si le pouls disparaît, appliquer l'étape 3 b) si non, passer ensuite à l'étape 6;
 - b) Pour les enfants qui sont **sans pouls**, débuter immédiatement la RCR avec oxygène à 10 L/min ou plus et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.
4. **Procéder immédiatement à l'analyse :**
 - a) Si « Choc non conseillé » : procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 15:2 pour 10 cycles lorsque deux intervenants sont disponibles (approximativement 2 minutes) avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;
 - b) Si « Choc conseillé » : assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débuter immédiatement la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 15:2 pour 10 cycles lorsque deux intervenants sont disponibles (approximativement 2 minutes) avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
5. **Répéter l'étape 4 jusqu'à ce que le patient présente des signes évidents de retour à une circulation spontanée (bouge, tousse, respire, etc.) ou jusqu'à ce que les techniciens ambulanciers paramédics prennent charge du patient :**
 - a) Si présence de signes évidents de retour à une circulation spontanée, appliquer le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière);
 - b) Lorsque les techniciens ambulanciers paramédics sont prêts à prendre charge le patient, suivre leurs consignes attentivement.
6. **Poursuivre le protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).**

1RÉP/RÉA. 2 Arrêt cardiorespiratoire – Pédiatrie (0 à la puberté) (PR-DEA, 1, 2, 3)

7. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

a) PR Niveau 3 (rôle élargi) :

- En contexte traumatique et « Choc conseillé », donner le choc et poursuivre la RCR 30 :2 avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus; Répéter cette étape jusqu'à un maximum de 5 « Choc conseillé »;
- Dès qu'une analyse résulte en un « Choc non conseillé », procéder à l'évacuation en poursuivant la RCR 30:2 avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;

Remarques :**Population cible :**

Le protocole de réanimation pédiatrique inclut les bébés et les enfants sans signes de puberté. Les nouveau-nés (naissance jusqu'à la sortie de l'hôpital) sont exclus.

Ventilation :

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole 1 RÉP/RÉA. 2.

Lors de présence de traumatisme, s'il est impossible de ventiler adéquatement en ouvrant les voies respiratoires avec les techniques respectant la position neutre, il est acceptable de faire une bascule de la tête.

Définition du contexte d'ACR traumatique (PR Niveau 3 – rôle élargi) :

L'arrêt cardiorespiratoire (ACR) traumatique inclut les présentations suivantes :

- Traumatisme fermé (Cinétique à risque ou impact à haute vitesse)
- Traumatisme pénétrant (Hémorragie interne ou externe)
- ACR dont la cause probable est une hémorragie interne (avec ou sans traumatisme apparent)

Spécificités pédiatriques :

La RCR, pour une période approximative de 2 minutes par séquence, s'effectue chez les enfants avec un ratio de 15:2 pour 10 cycles lorsque deux intervenants sont disponibles pour effectuer la RCR. Lorsqu'un seul intervenant est disponible, la RCR s'effectue pour une période approximative de 2 minutes par séquence avec un ratio de 30:2 pour 5 cycles.

Si les électrodes pédiatriques et/ou réductrices d'énergie ne sont pas disponibles, les électrodes adultes doivent être utilisées et appliquées en antéro-postérieur.

Spécificités anaphylaxie :

Lors d'un ACR, dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'adrénaline à l'aide d'un auto-injecteur (0,3 mg IM nonobstant le poids de la victime) dans la cuisse, aussitôt que possible, après la première analyse.

1RÉP/RÉA.2 - Arrêt cardiorespiratoire (ACR) – Pédiatrie (0 - Puberté) avec PARTICULARITÉ MRSI (PR-DEA, 1, 2, 3)

Veillez utiliser le protocole usuel et y appliquer les particularités MRSI suivantes selon la directive en vigueur. En l'absence de particularités MRSI, le protocole usuel s'applique.

Le présent protocole est applicable en trauma et en médical.

Généralités :

- Revêtir les équipements de protection individuelle (EPI) appropriés au début de l'intervention.
 - Éviter d'approcher son visage des voies respiratoires du patient lors de la prise de pouls.
 - Toujours couvrir le visage du patient lors de compressions thoraciques.
-
1. Confirmer l'ACR avec une prise de pouls.
 2. Installer un masque d'oxygène à haute concentration (MHC) sur le visage du patient (ou un masque de procédure si MHC non disponible).
 3. Débuter les compressions thoraciques en continu sans ventilation.
 4. Préparer le matériel pour la ventilation avec précautions de MRSI (selon 1REP/TECH.15).
 5. Débuter la RCR avec ventilation avec précautions de MRSI (selon 1REP/TECH.15).
 6. Si indiqué, installer les électrodes de défibrillation et procéder **immédiatement** à l'analyse.
 7. Suivre les indications du DEA et reprendre la RCR avec précautions de MRSI (selon 1REP/TECH.15).
 8. Poursuivre la séquence d'intervention selon le protocole usuel en respectant les généralités MRSI.

Remarques :

Pour le patient en ACR ou inconscient avec histoire d'obstruction des voies respiratoires, la vérification visuelle dans la bouche du patient à chaque cycle devra être effectuée avant chaque ventilation (1REP/TECH.15).

Si présence d'une rigidité cadavérique, se référer à 1REP/MED.-LEG. 2, mais sans tenter de ventiler le patient.

Pour les intervenants n'ayant pas l'équipement nécessaire à la ventilation avec précautions MRSI, l'utilisation du masque de poche avec l'ajout d'un filtre HEPA est une alternative acceptable en ACR pédiatrique.

1RÉP/RÉA. 8 Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cours avec DEA

1. Prendre en charge l'intervention dès votre arrivée.
2. Vérifier la présence d'un pouls.
3. Appliquer le protocole approprié.
4. Si le protocole applicable est 1RÉP/RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire – Adulte) ou 1RÉP/RÉA. 2 (Arrêt cardiorespiratoire – Pédiatrique), procéder à l'étape suivante.
5. Vérifier la qualité de la RCR en cours si besoin supporter les premiers intervenants ou remplacer ceux-ci de façon immédiate.
6. Utiliser, si possible, le DEA déjà en place.*
7. Continuer le protocole 1RÉP/RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire – Adulte) ou 1RÉP/RÉA. 2 (Arrêt cardiorespiratoire – Pédiatrique) jusqu'à la présence des signes évidents de retour à une circulation spontanée (bouge, tousse, respire, etc.) ou jusqu'à ce que les techniciens ambulanciers paramédics prennent charge le patient.

Remarques :

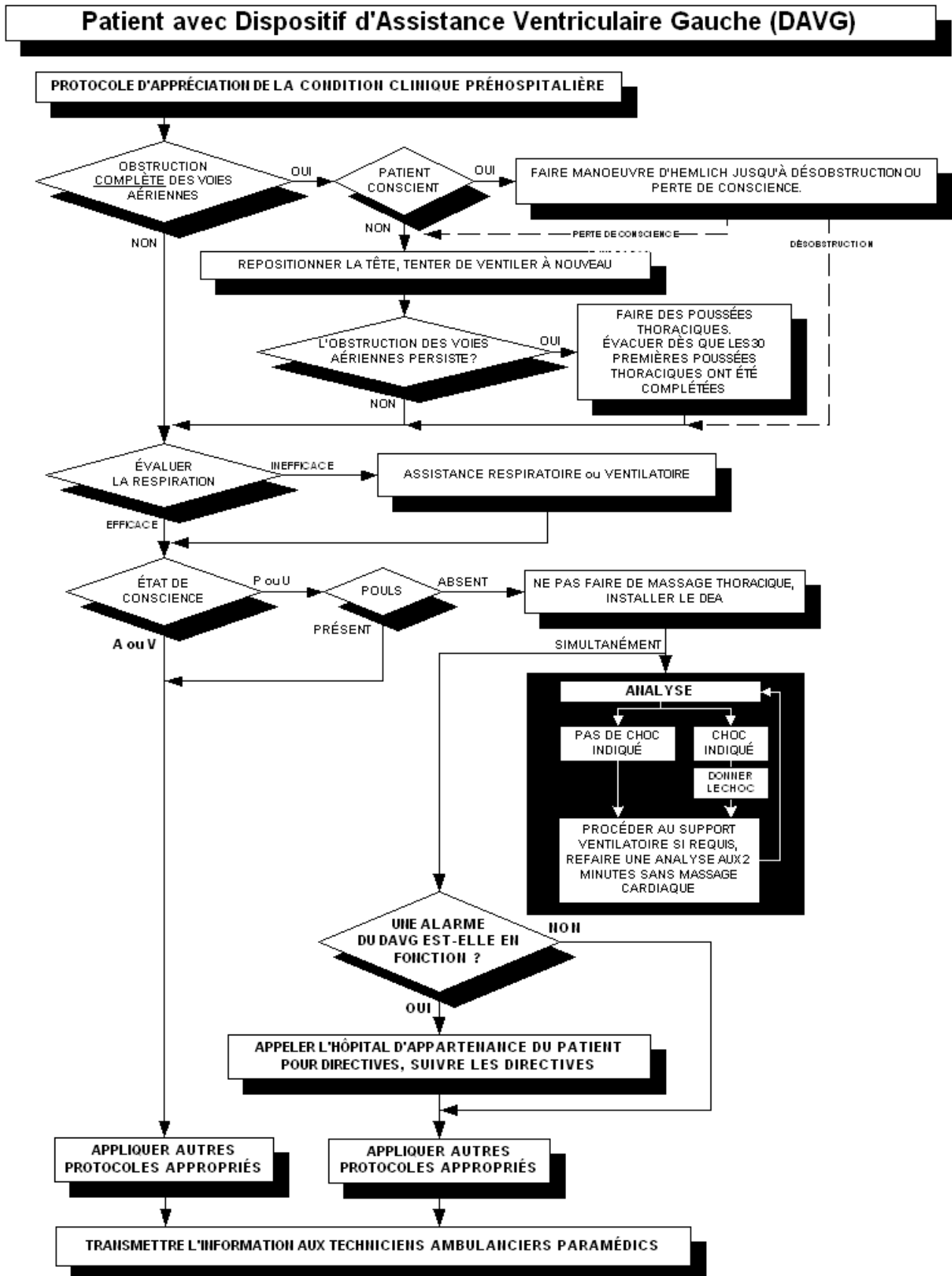
Le premier répondant doit rechercher auprès des premiers intervenants (PI) les informations suivantes :

- La présence de témoins de l'arrêt cardiorespiratoire (qui ont vu ou entendu);
- L'heure (si connue) de l'effondrement du patient;
- Le nombre d'analyses effectuées ;
- Le nombre de choc(s) donné(s).

Le premier répondant qui a pris en charge le patient favorise l'intégration des premiers intervenants dans l'intervention en poursuivant la RCR en alternance avec les PR.

* Si le DEA utilisé par les premiers intervenants (PI) est différent de celui des premiers répondants et que l'intervention des PI est adéquate, les premiers répondants supportent les PI dans leur intervention en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics. Si la performance des premiers intervenants est inadéquate et que les premiers répondants sont confortables à utiliser le DEA des PI, ces derniers prennent en charge la réanimation avec ce DEA. Dans le cas où les premiers répondants ne sont pas confortables à utiliser le DEA des PI pendant une séquence de massage, ils appliquent leur DEA.

1RÉP/RÉA. 10 DAVG

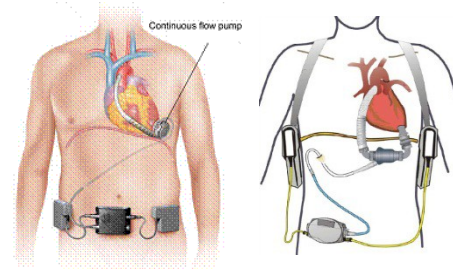


1RÉP/RÉA. 10 Patient avec dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG)

Critère d'inclusion :

Patient porteur d'un dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) de type Heartmate II ou HeartWare.

S'il faut couper les vêtements, il faut être extrêmement vigilant afin de ne pas couper les câbles de la pompe.



- 1. Assurer la sécurité de la scène.**
- 2. Se référer au protocole d'approche clinique préhospitalière :**
 - a) Si histoire d'obstruction complète des voies respiratoires OCVR (OCVR) :
 - Chez le patient conscient :
 - Procéder aux manœuvres de Heimlich jusqu'à désobstruction ou jusqu'à ce que le patient devienne inconscient.
 - Chez le patient inconscient :
 - Tenter de ventiler;
 - Si obstruction complète, repositionner la tête et tenter de ventiler à nouveau pour reconfirmer qu'il s'agit bien d'un OCVR;
 - Continuer les poussées thoraciques jusqu'à ce que l'obstruction soit levée.
 - b) Évaluer la respiration/ventilation et faire de l'assistance respiratoire ou ventilatoire au besoin avec oxygène;
 - c) L'absence de pouls peut être normale. Ne pas faire immédiatement de RCR seulement en raison de l'absence de pouls;
 - d) Évaluer l'état de conscience selon l'échelle AVPU.
- 3. Si l'état de conscience est à « A » ou « V », passer à l'étape 6. Si l'état de conscience du patient est « P » ou « U », passer à l'étape suivante.**

1RÉP/RÉA. 10 Patient avec dispositif d'assistance ventriculaire gauche (DAVG) (suite)

4. Patient avec un état de conscience à « P » ou « U » :

a) **Pouls présent** : passer à l'étape no 6.

b) **Pouls absent** : appliquer le DEA, faire une analyse :

- Si choc indiqué, donner le choc;
- Après avoir donné un choc ou si le choc n'est pas indiqué, refaire une analyse à toutes les deux minutes en procédant au support ventilatoire (sans massage cardiaque), si requis, entre les analyses.

5. Si une alarme du DAVG est en fonction, simultanément à l'étape 4, appeler le centre de référence ou faire appeler ce dernier par un proche afin d'expliquer la situation et voir si une conduite précise est à effectuer (le numéro de téléphone est habituellement disponible auprès des proches du patient, sur le patient ou dans la carte d'appel. Sinon, demander au CCS).

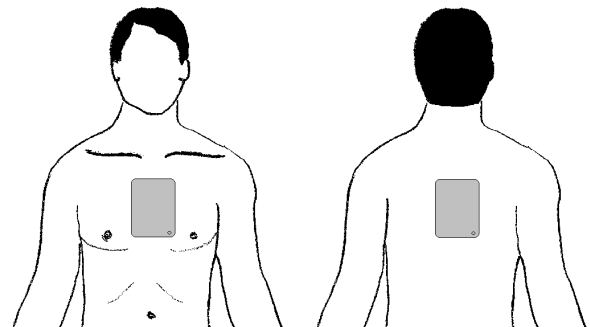
6. Appliquer les autres protocoles (PICPR) appropriés le cas échéant.

7. Donner les informations pertinentes aux techniciens ambulanciers paramédics.

8. Réévaluation continue de l'état du patient.

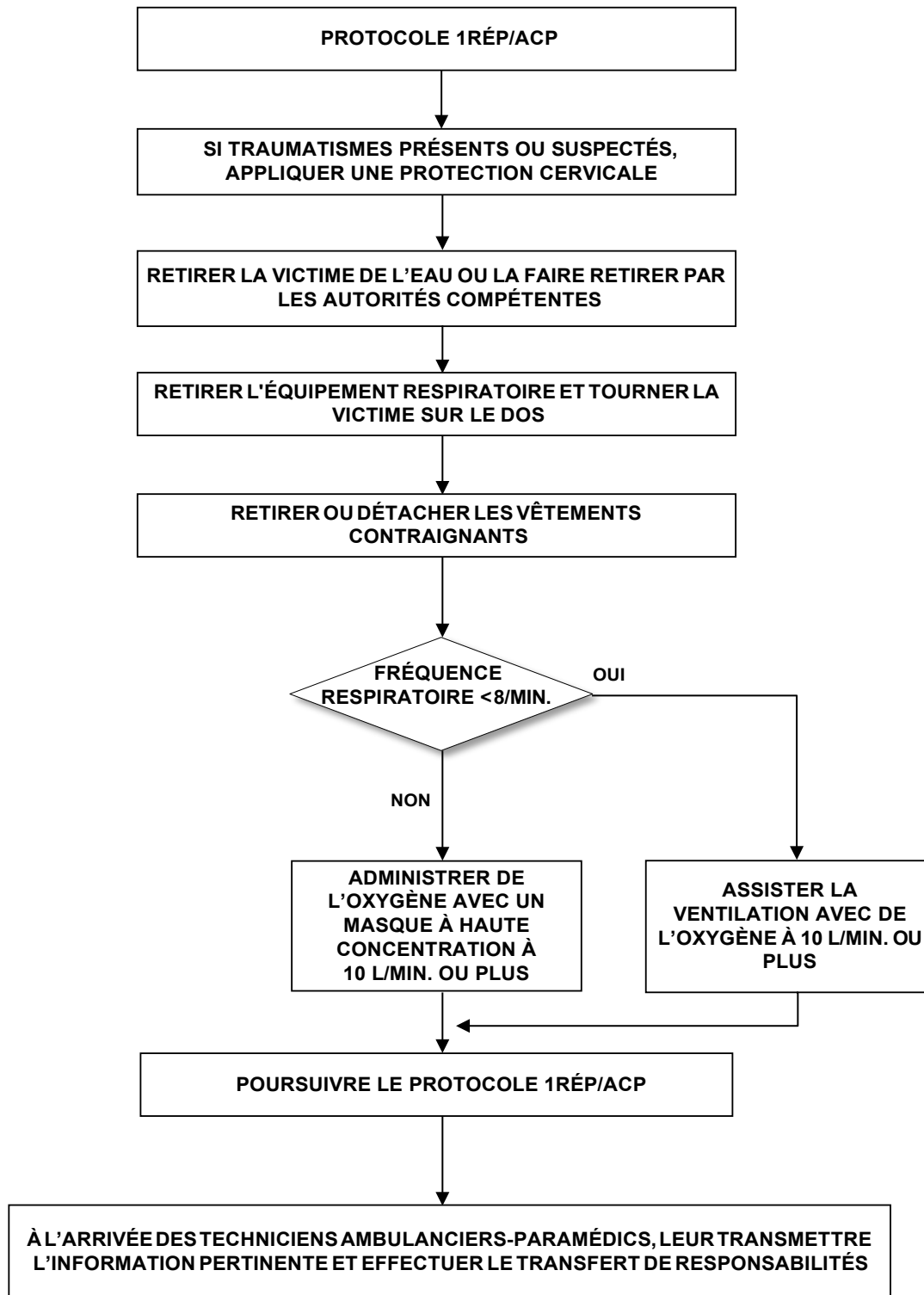
Remarques :

- La position des électrodes du DEA n'est pas la même qu'habituellement. Appliquer sur le sternum l'électrode qui est habituellement placée sous le sein gauche; appliquer dans le dos (au centre du dos) l'électrode qu'on installe habituellement sous la clavicule droite.
- Il peut être normal de ne pas percevoir de pouls palpable chez les porteurs d'un DAVG.



PROBLÈMES ENVIRONNEMENTAUX

1RÉP/ENV. 1 Accident de plongée



1RÉP/ENV. 1 Accident de plongée

L'opérateur de caisson a priorité au niveau des directives et de la prise en charge du patient.

- 1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 2. Si traumatisme présent ou suspecté, appliquer une protection cervicale.**
- 3. Retirer le patient ou faire retirer le patient de l'eau par les autorités compétentes.**
- 4. Retirer l'équipement respiratoire et tourner le patient sur le dos.**
- 5. Retirer ou détacher les vêtements contraignants.**
- 6. Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
- 7. Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
- 8. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 9. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Renseignements requis :

Les informations contenues dans le carnet de :

- Profondeur de la plongée;
- Durée de la plongée;
- Nombre de plongées;
- Temps écoulé depuis la plongée;
- Informations sur la remontée;
- Mélange de gaz utilisé;
- Transport aérien dans les 24 - 48 heures après la plongée.

1RÉP/ENV. 1 Accident de plongée (suite)

Remarques :

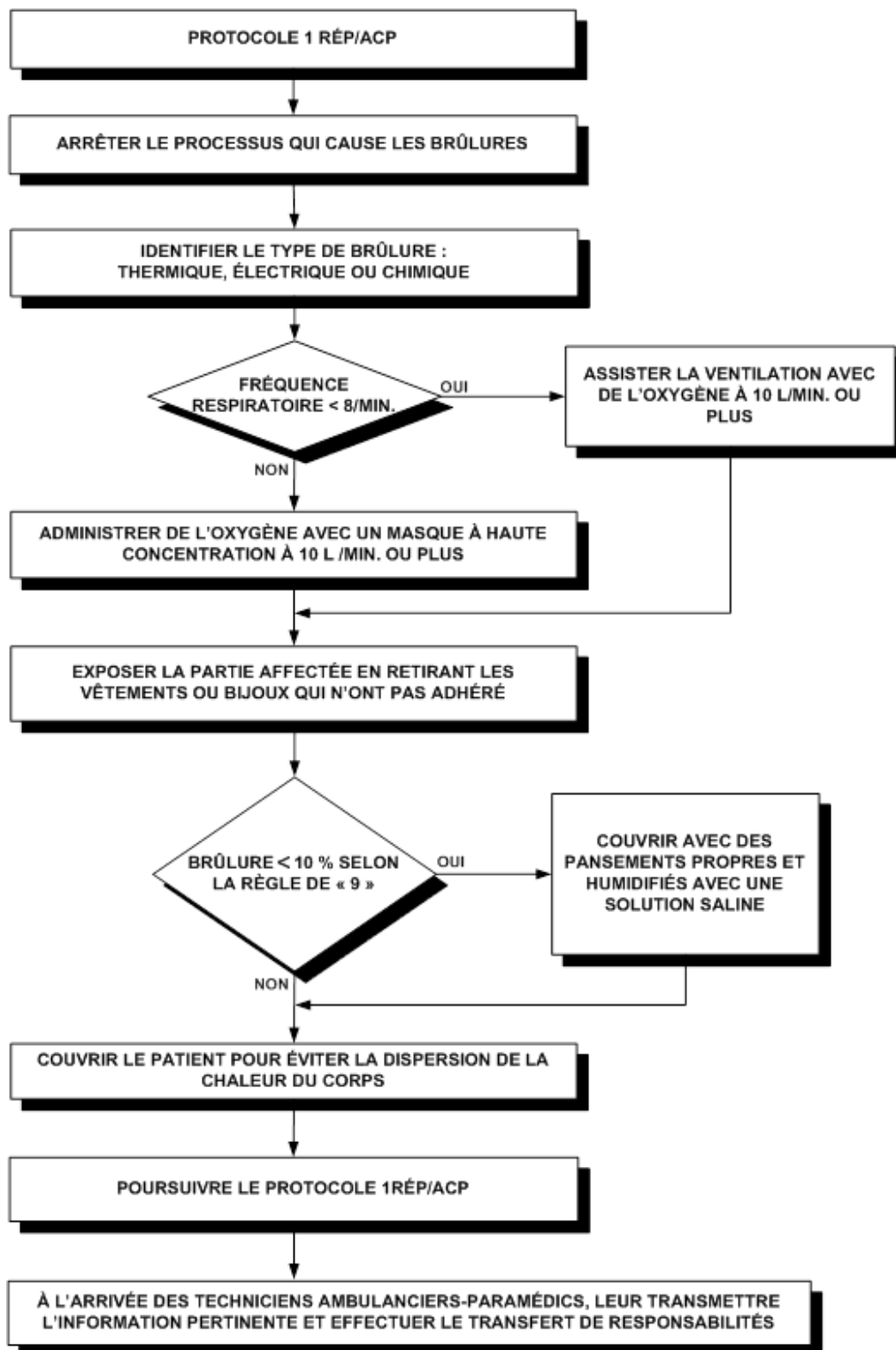
Les signes et symptômes peuvent apparaître plusieurs heures après la plongée. S'il y a diminution des symptômes, le patient doit quand même être transporté à l'hôpital.

Les signes et symptômes d'un accident de plongée peuvent être : trouble de la vision, épistaxis (saignement de nez), douleur au visage ou à la tête, diminution de l'audition, vertige, bourdonnement (oreille), nausée, vomissement, douleur abdominale, douleur thoracique, dyspnée, hémoptysie (cracher du sang), paralysie, aphasie (incapable de parler), ataxie (perte d'équilibre), fatigue intense et trouble du comportement.

Si un traumatisme est soupçonné, appliquer les techniques de traumatologie, soit l'immobilisation cervicale, etc.

Si possible, demander à un compagnon de plongée de demeurer sur place afin de pouvoir accompagner le patient ensuite en ambulance.

1RÉP/ENV. 2 Brûlure



1RÉP/ENV. 2 Brûlures (PR-2, 3)

Critères d'inclusion :

Brûlure thermique, électrique ou chimique.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Arrêter le processus qui cause les brûlures.**
3. **Identifier le type de brûlure (thermique, électrique, chimique).**
4. **Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus (ne pas utiliser le masque de poche si brûlure chimique).**
5. **Administer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
6. **Exposer la partie affectée en retirant les vêtements ou bijoux qui n'ont pas adhéré.**
7. **Couvrir les brûlures avec des compresses propres (ou stériles) et sèches (les compresses humidifiées avec une solution saline peuvent être appliquées si la brûlure est inférieure à 10 % de la superficie du corps en utilisant la règle des « 9 ». Voir la page suivante).**
8. **Si brûlure importante (> 10 %), couvrir le patient pour éviter la dispersion de la chaleur du corps.**
9. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
10. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Renseignements requis :

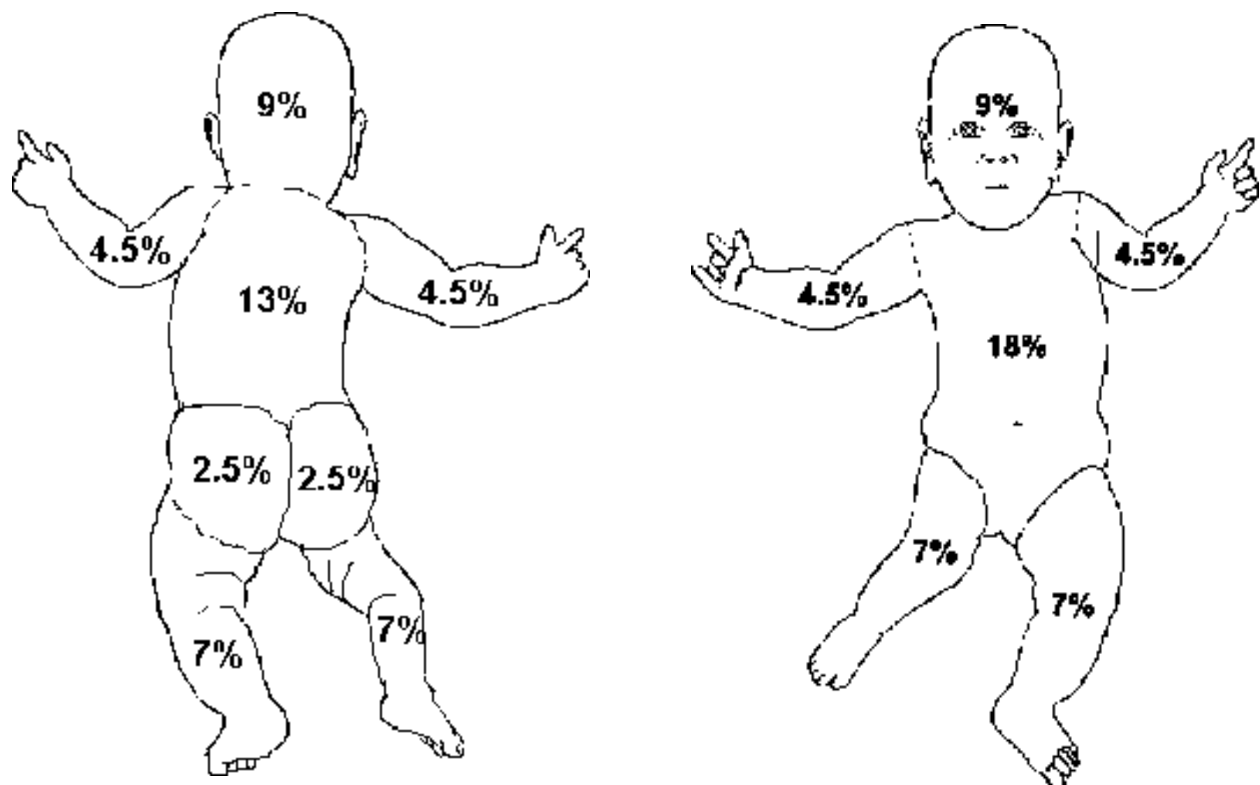
- Mécanismes de brûlure;
- Présence de fumée importante;
- Si brûlure chimique, identification de la matière brûlée pour évaluation du risque d'inhalation toxique;
- Possibilité de traumatisme associé;
- Durée de l'exposition.

Remarques :

Les signes de brûlure du système respiratoire incluent des brûlures nasales et oro-pharyngées, des bruits anormaux de la respiration, une coloration noire de la langue ou de la base des narines et des expectorations noirâtres. Ces signes sont des indices d'éventuelles complications respiratoires. Les brûlures de grandes superficies et du visage avec difficulté respiratoire doivent être considérées comme des brûlures nécessitant des soins spécialisés. Ne jamais percer les cloques.

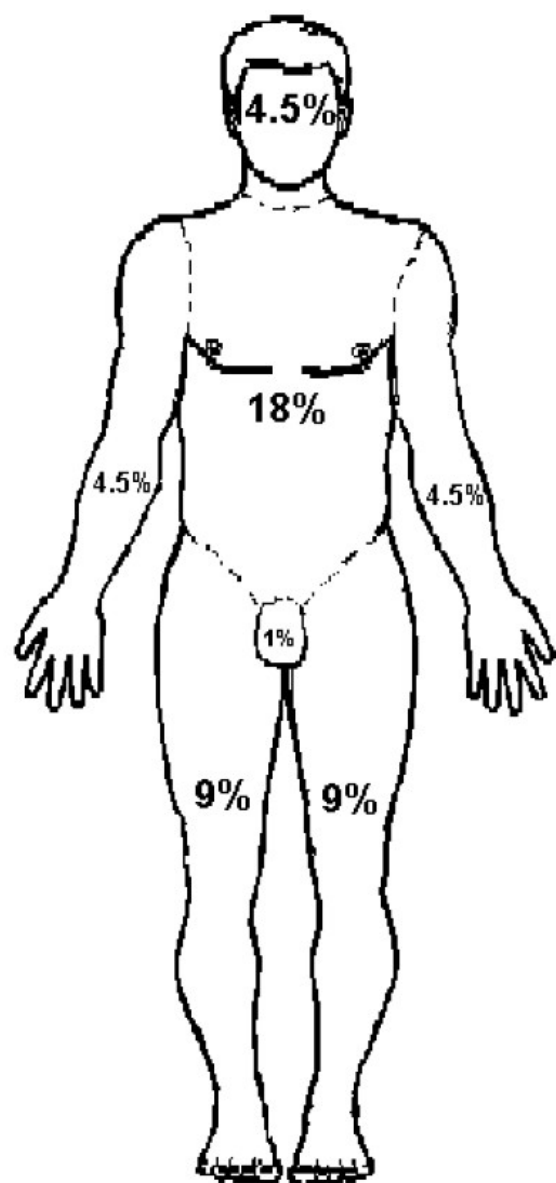
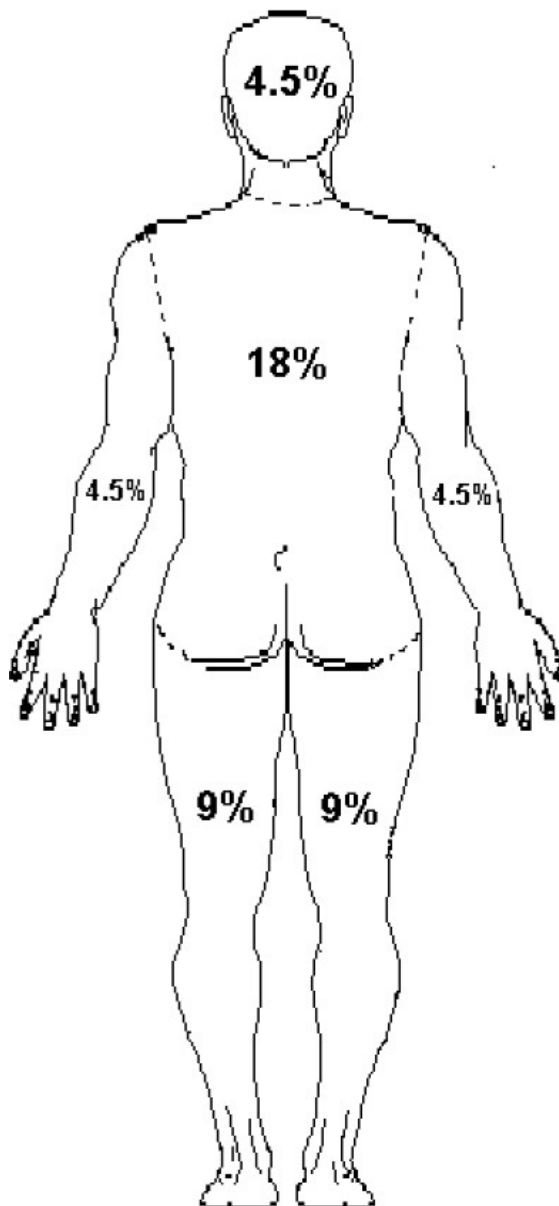
1RÉP/ENV. 2 Brûlure (suite)

Règle des « 9 » - Pédiatrique – 5 ans et moins

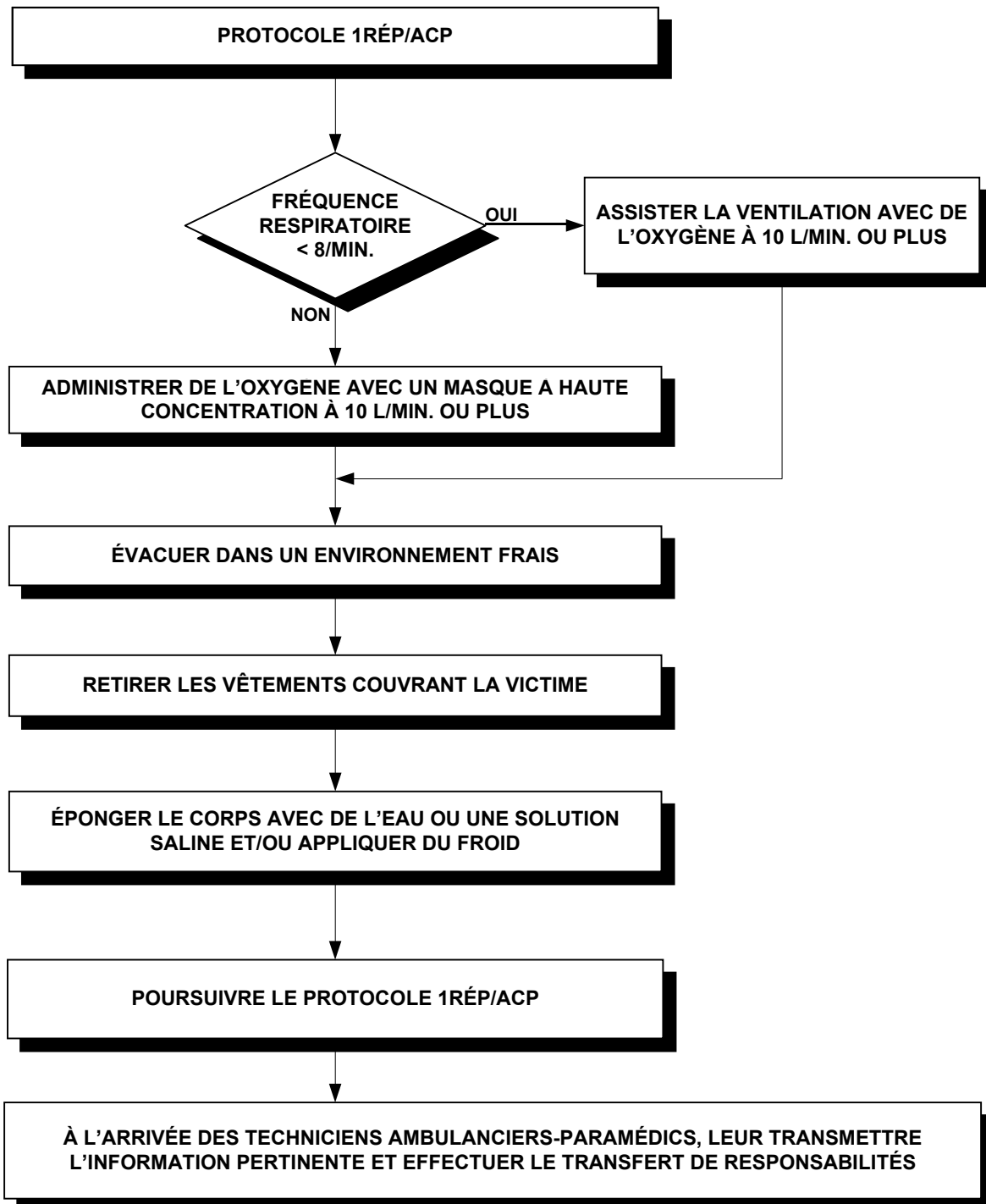


1RÉP/ENV. 2 Brûlures (suite)

Règle des « 9 » - Adulte



1RÉP/ENV. 3 Coup de chaleur



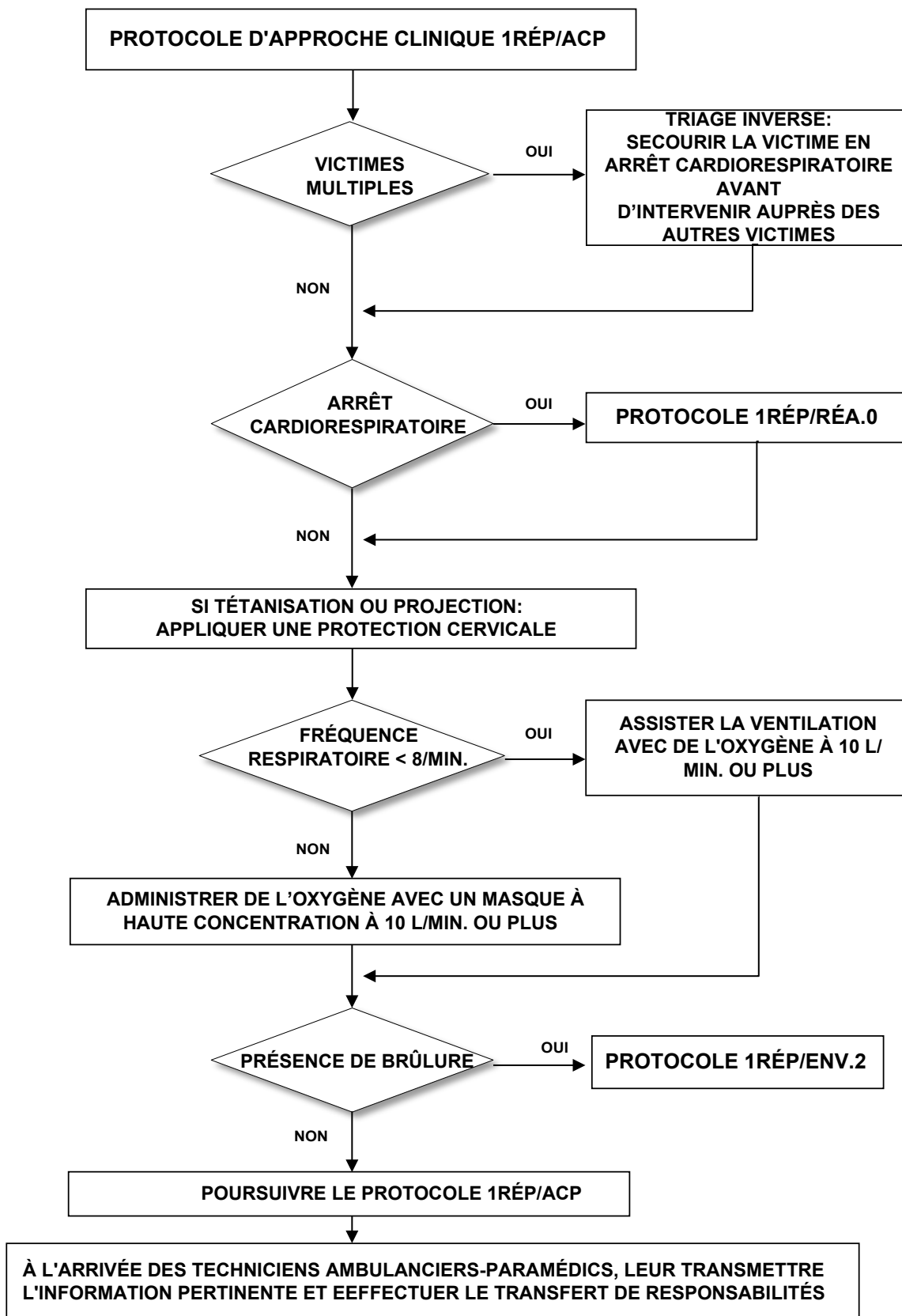
1RÉP/ENV. 3 Coup de chaleur (PR-2,3)

Critères d'inclusion :

Patient exposé à un environnement chaud, avec ou sans exercice, **avec** changement de l'état de conscience ou état confusionnel/combatif.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
3. **Administer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
4. **Évacuer le patient dans un environnement frais.**
5. **Retirer les vêtements couvrant le patient.**
6. **Rafrâchir le patient en épongeant tout le corps avec de l'eau ou une solution saline et/ou en appliquant du froid au niveau axillaire et/ou inguinal si disponible.**
7. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
8. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

1RÉP/ENV. 4 Électrisation/Électrocution



1RÉP/ENV. 4 Électrisation/Électrocution (PR-DEA,1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Brûlure par arc électrique ou toute personne atteinte par une décharge électrique.

L'environnement du patient électrisé pose un risque pour les intervenants. Le premier répondant doit toujours assurer sa protection avant d'intervenir. **Le circuit électrique doit être interrompu par du personnel qualifié.** Le premier répondant doit se tenir à distance de la source électrique lorsqu'il administre les soins au patient.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **S'il s'agit d'un incident d'électrisation avec patients multiples, le principe de triage inversé doit être appliqué : intervenir auprès des patients qui sont en arrêt cardiorespiratoire avant d'intervenir auprès des autres patients.**
3. **Si arrêt cardiaque, se référer au protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire - Intervention globale).**
4. **Si histoire de téτανisation ou de projection, appliquer une protection cervicale.**
5. **Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
6. **Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
7. **Si brûlures, se référer au protocole 1RÉP/ENV. 2 (Brûlures).**
8. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
9. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

L'électricité peut causer des blessures internes graves sans signe externe. Elle peut aussi causer des arythmies cardiaques ou mener à un arrêt cardiorespiratoire. Toute personne ayant été atteinte par une décharge électrique devrait obligatoirement être transportée dans un centre désigné par les techniciens ambulanciers paramédics.

1RÉP/ENV. 4 Électrisation/Électrocution (suite)

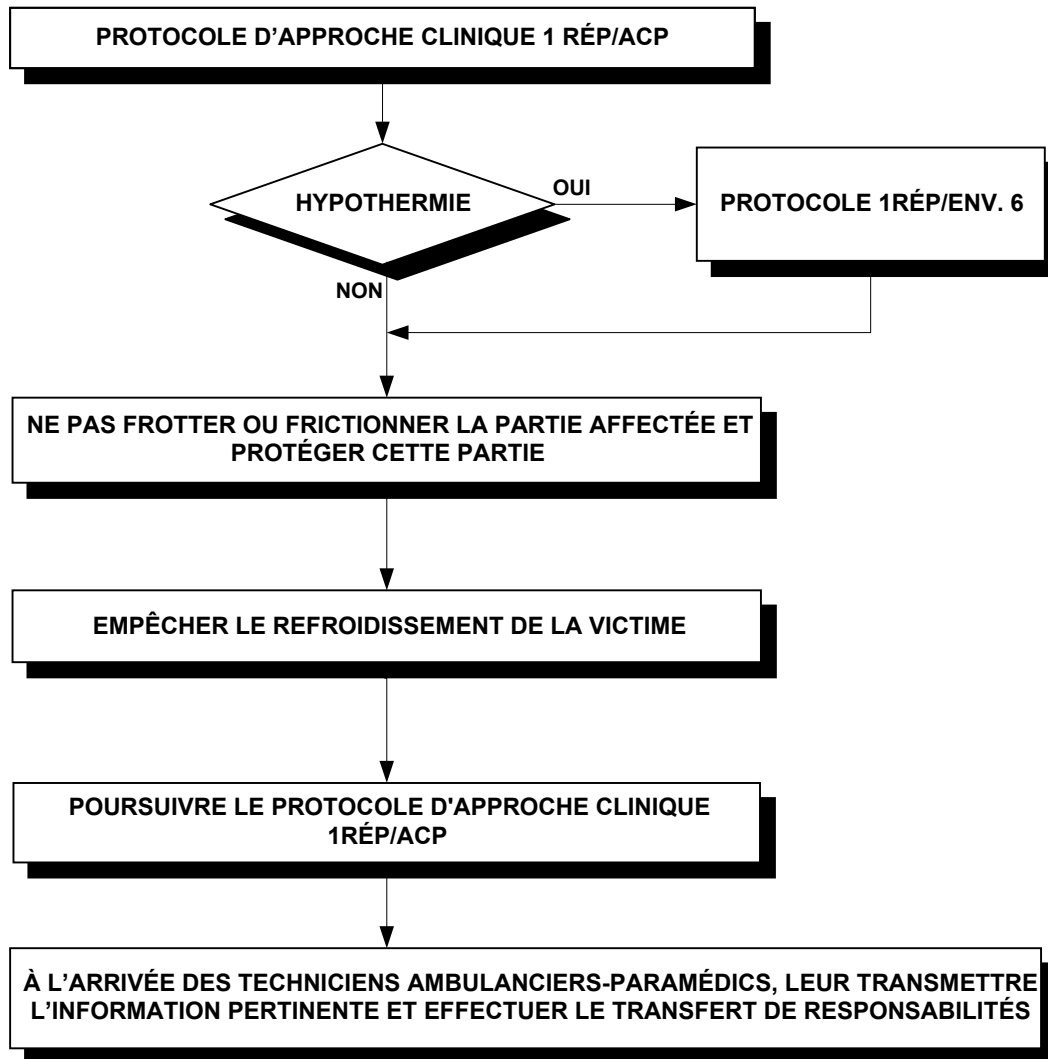
Renseignements requis :

- Obtenir une histoire des circonstances d'électrisation, histoire de syncope, intensité et nature du courant (voltage, ampérage).
- Surveiller les signes de traumatisme. L'électrisation peut provoquer une téτανisation : une contraction violente des muscles pouvant projeter le patient.

Remarque :

La sévérité des blessures dépend de la durée d'exposition et de la quantité d'énergie.

1RÉP/ENV. 5 Engelure



1RÉP/ENV. 5 Engelure (PR-2,3)

Critères d'inclusion :

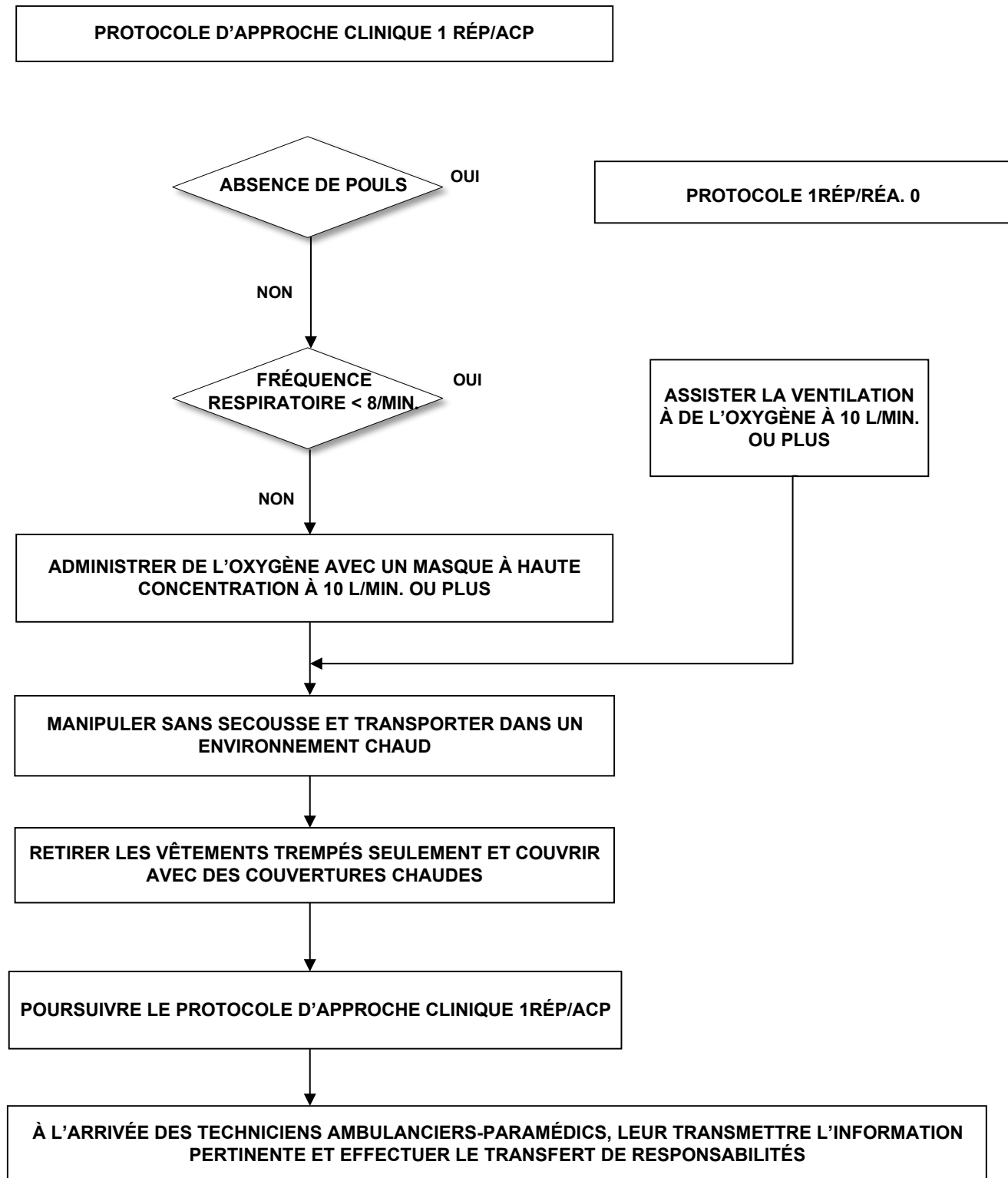
Partie froide au toucher ou changement de couleur de la partie affectée.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Si suspicion d'hypothermie, se référer au protocole 1RÉP/ENV. 6 (Hypothermie).**
3. **Si risque d'hypothermie, retirer les vêtements trempés.**
4. **Ne pas frotter ni frictionner la partie affectée. Tenter de la protéger.**
5. **Empêcher le refroidissement du patient.**
6. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
7. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Remarques :

L'engelure est par définition une lésion due au froid. Elle est donc généralement localisée à l'endroit qui est exposé à un environnement froid ou à une source de froid. Il faut distinguer l'engelure à l'hypothermie puisqu'elle peut survenir sans hypothermie et n'affecter qu'une partie du corps.

1RÉP/ENV. 6 Hypothermie



1RÉP/ENV. 6 Hypothermie (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Ce protocole doit être appliqué seulement dans les situations où le patient est trouvé dans un environnement froid et que son corps est froid.

Tout patient exposé à un environnement froid ou présentant des signes de refroidissement devrait être considéré comme hypothermique, surtout s'il s'agit d'un jeune enfant ou d'une personne âgée. Il est important de noter qu'une atteinte du niveau de conscience pourrait être le seul signe laissant présager une hypothermie.

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Si ACR, se référer au protocole 1RÉP/RÉA.0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).
3. Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
4. Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus, **ou selon 1RÉP/TECH. 10.**
5. **Retirer de l'environnement froid :**
 - a) Manipuler le patient sans secousse et minimiser ses efforts;
 - b) Minimiser le mouvement des extrémités;
 - c) Maintenir le patient en position horizontale ;
6. **Réchauffer le patient :**
 - a) Retirer les vêtements humides du patient seulement si l'environnement le permet;
 - b) Si possible, placer une source de chaleur au niveau du thorax et des aisselles (réchauffement actif externe);
 - c) Envelopper le patient (en incluant sa tête) :
 - Si le patient est mouillé, le couvrir d'une pare-vapeur afin de garder les couvertures au sec;
 - Couvrir le patient de couvertures sèches;
 - Couvrir les couvertures sèches d'un pare-vapeur.
7. **Si possible, effectuer une prise de glycémie capillaire si le patient présente une altération de l'état de conscience ou s'il est pris de frissonnements persistants. Si la glycémie capillaire est < 4 mmol/L, se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problèmes diabétiques – hypoglycémie);**
8. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
9. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

1RÉP/ENV. 6 Hypothermie (PR-DEA, 1, 2, 3)

Remarques :

Retrait des vêtements :

Il est préférable de retirer les vêtements mouillés en les coupant, afin de minimiser les efforts ou les mouvements du patient. Les vêtements humides peuvent être laissés en place lorsque l'environnement ne permet pas leur retrait ou lorsque le patient est déjà « enveloppé » à l'arrivée dans l'ambulance et que le transport est de courte durée (< 30 minutes).

Réchauffement actif externe :

Le réchauffement actif implique une source de chaleur qui doit être placée au niveau du thorax et des aisselles du patient, tout en prenant soin de protéger sa peau avec un drap ou une taie d'oreiller.

Pare-vapeur :

Un pare-vapeur peut être constitué d'une couverture imperméable telle qu'une couverture d'urgence, une couverture métallisée ou d'un linceul (si disponible). En plus de protéger contre le refroidissement par évaporation et par convection, il peut être utile pour protéger les couvertures de l'humidité provenant de l'environnement ou du patient (s'il est mouillé).

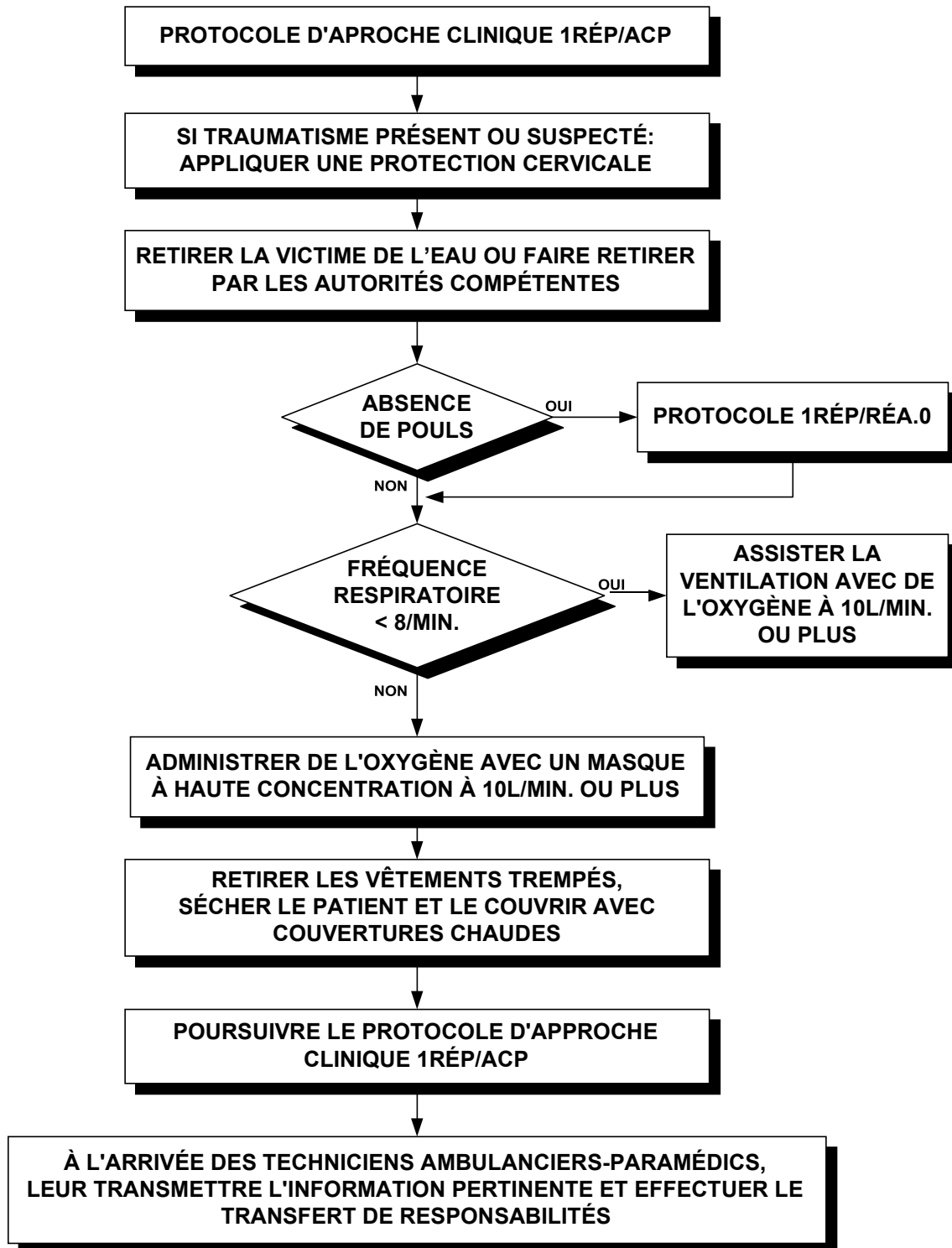
Phénomène « d'afterdrop » :

Le phénomène « d'afterdrop » survient lorsque la température centrale du patient continue à diminuer après son retrait du milieu froid. Le premier répondant doit donc limiter le retour du sang froid vers le centre du corps en minimisant les mouvements des membres du patient, en le gardant à l'horizontale et en lui procurant un réchauffement actif uniquement au centre du corps.

Renseignements requis :

- Prise d'alcool ou médicament.
- Durée de l'exposition au froid.

1RÉP/ENV. 7 Submersion



1RÉP/ENV. 7 Submersion (PR-DEA, 1, 2, 3)

1. Se référer au protocole d'approche clinique préhospitalière.
2. Si traumatisme présent ou suspecté, appliquer une protection cervicale.
3. Retirer le patient ou faire retirer le patient de l'eau par les autorités compétentes.
4. Si ACR, se référer au protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).
5. Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
6. Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
7. Retirer les vêtements trempés, sécher le patient et le couvrir pour éviter la déperdition de la chaleur corporelle.
8. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
9. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Ce protocole ne doit être appliqué que s'il ne présente aucun risque pour la sécurité du premier répondant. Si possibilité de traumatisme, placer le patient sur une planche dorsale avec protection cervicale avant de la retirer de l'eau (cette technique facilitera aussi la sortie du patient).

Si le patient est en ACR, le PR devra juger quelle est la façon la plus appropriée de sortir le patient.

Renseignements requis :

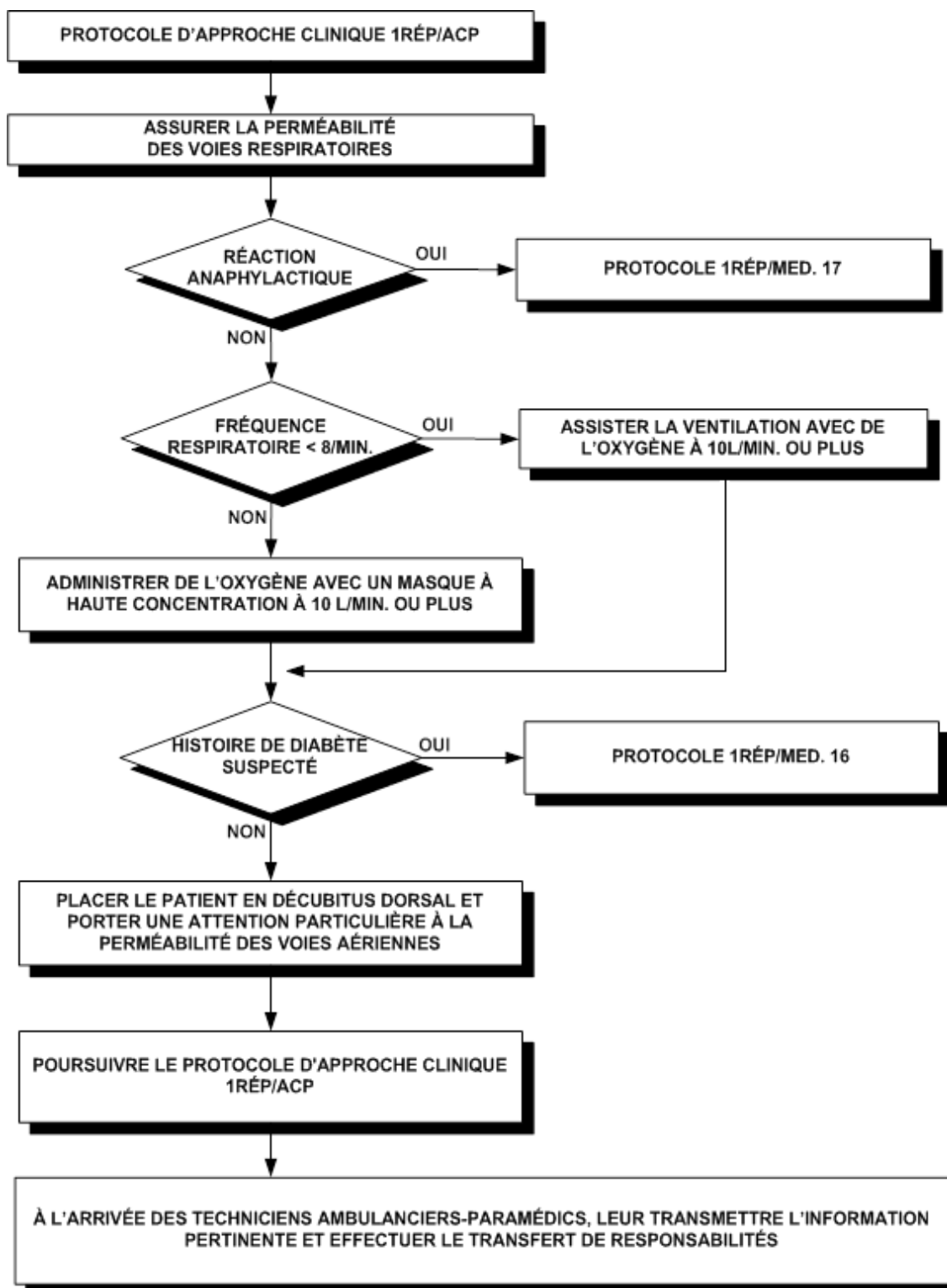
- Durée de submersion;
- Circonstances de l'évènement.

Remarque :

Certaines situations de submersion peuvent s'accompagner d'hypothermie. Dans ces circonstances, se référer au protocole 1RÉP/ENV. 6 (Hypothermie).

PROBLÈMES MÉDICAUX

1RÉP/MED. 2 Atteinte de l'état de conscience



1RÉP/MED. 2 Atteinte de l'état de conscience (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Patient avec niveau de conscience « V », « P », « U », confusion aiguë ou faiblesse généralisée.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Assurer la perméabilité des voies respiratoires.**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique si présence d'un agent causal suspecté ou confirmé. Se référer au protocole 1RÉP/MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique).**
4. **Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
5. **Administer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
6. **(PR 3) Considérer le risque d'hypoglycémie. Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problèmes diabétiques – Hypoglycémie) au besoin.**
7. **Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies aériennes.**
8. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
9. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Renseignements requis :

- Circonstances de l'événement;
- Antécédents médicaux.

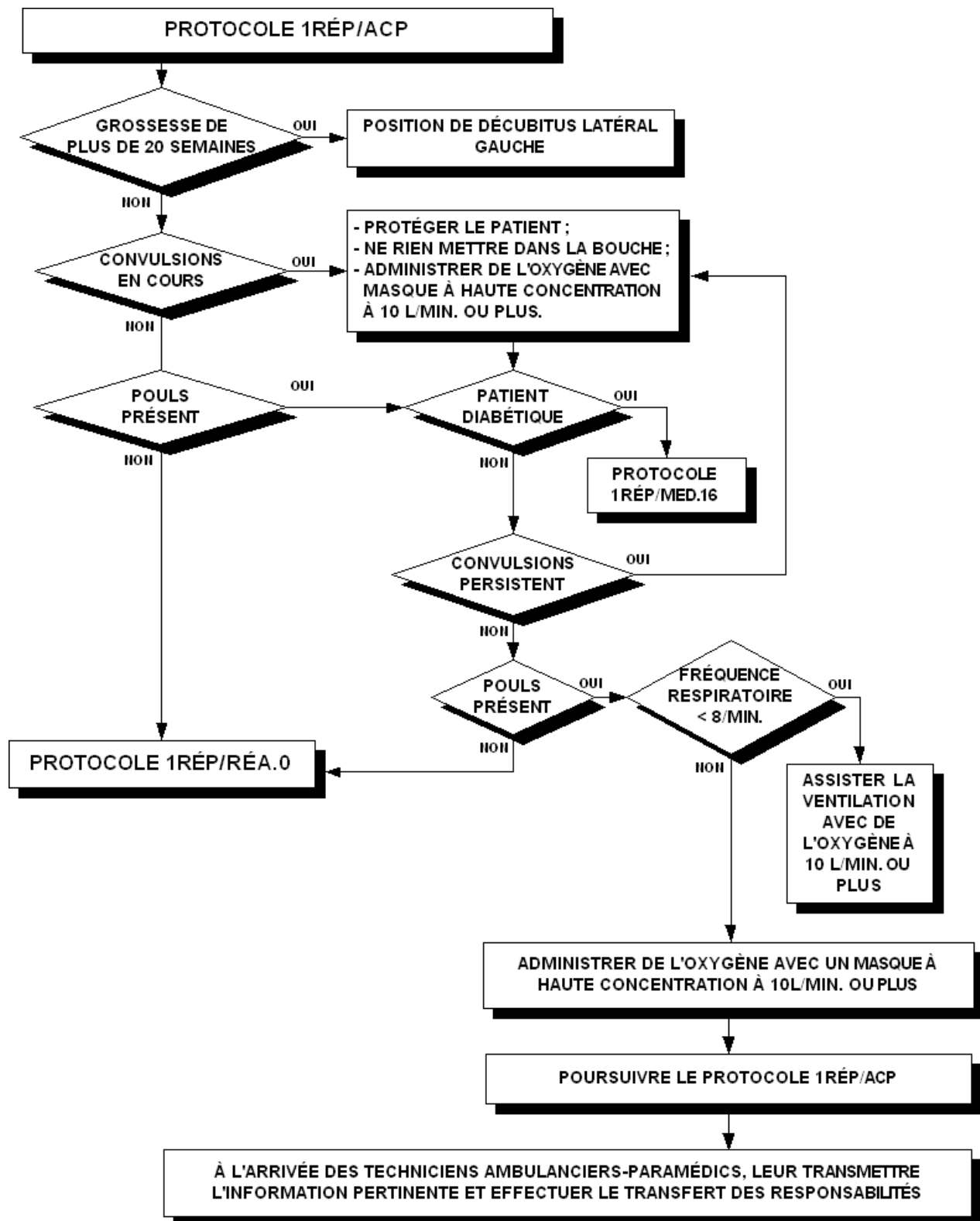
Remarques :

On entend par faiblesse généralisée un état de grand épuisement, d'un manque d'énergie et d'asthénie. Le terme faiblesse n'est pas utilisé dans ce protocole comme étant une diminution de force motrice à un membre.

Surveiller les complications associées à l'atteinte de l'état de conscience tel que :

- Les vomissements et l'aspiration (prévoir l'utilisation de l'appareil à succion);
- Arrêt cardiorespiratoire.

1RÉP/MED. 7 Convulsions



1RÉP/MED. 7 Convulsions (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Altération de l'état de conscience associée à des mouvements toniques ou cloniques localisés ou généralisés.

- 1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 2. Si grossesse de plus de 20 semaines, installer la patiente en décubitus latéral gauche.**
- 3. Si convulsions en cours :**
 - a) Protéger le patient pour éviter qu'il ne se blesse;
 - b) Ne rien mettre dans la bouche;
 - c) Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min;
 - d) Si le patient est diabétique, demander aux proches si une glycémie capillaire a été mesurée récemment et considérer la possibilité d'hypoglycémie. (PR 3) Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problème diabétique – Hypoglycémie) au besoin.
- 4. Dès que les convulsions cessent :**
 - a) Refaire l'ABC;
 - b) En absence de pouls, débiter le protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale);
 - c) Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;
 - d) Poursuivre l'administration de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min;
 - e) Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies respiratoires;
 - f) Si le patient est diabétique, demander aux proches si une glycémie capillaire a été mesurée récemment et considérer la possibilité d'hypoglycémie. (PR 3) Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problème diabétique – Hypoglycémie) au besoin.
- 5. Si les convulsions ont cessé à votre arrivée :**
 - a) Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;
 - b) Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min;
 - c) Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies respiratoires;
 - d) Si le patient est diabétique, demander aux proches si une glycémie capillaire a été mesurée récemment et considérer la possibilité d'hypoglycémie. (PR 3) Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problème diabétique – Hypoglycémie) au besoin.

1RÉP/MED. 7 Convulsions (suite)

6. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
7. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

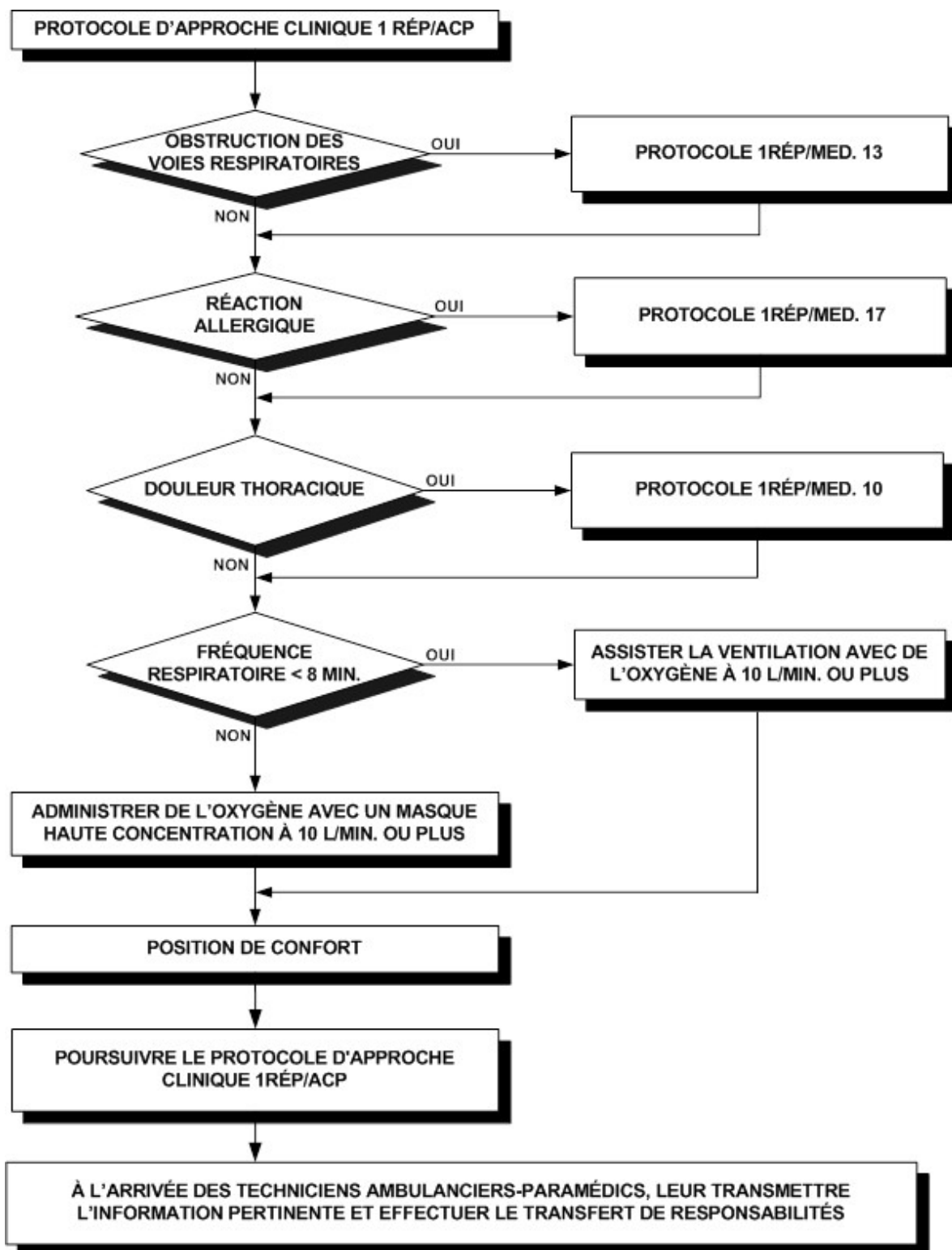
Renseignement requis :

- Circonstances entourant la convulsion.

Toute convulsion brève ou associée à une douleur thoracique doit être considérée comme un arrêt cardiorespiratoire jusqu'à preuve du contraire.

Chez un patient diabétique, la convulsion peut être une manifestation d'hypoglycémie.

1RÉP/MED. 8 Difficulté respiratoire



1RÉP/MED. 8 Difficulté respiratoire (PR-3)

Critères d'inclusion (un des critères suivants doit être présent) :

- Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée);
- Chez les patients MPOC avec dyspnée chronique, il doit s'agir d'une dyspnée augmentée;
- Patient avec une difficulté respiratoire apparente (tirage ou utilisation des muscles accessoires);
- Fréquence respiratoire < 10 L/min ou > 24/min;
- Patient présentant des bruits respiratoires audibles.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Si obstruction des voies respiratoires, se référer au protocole 1RÉP/MED. 13 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger).**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique si présence d'un agent causal suspecté ou confirmé. Se référer au protocole 1RÉP/MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique).**
4. **En présence d'une douleur thoracique, se référer au protocole 1RÉP/MED. 10 (Douleur thoracique).**
5. **Lorsque les interventions prescrites par les protocoles prioritaires 1RÉP/MED. 13 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger), 1RÉP/MED. 17 (Réaction allergique/anaphylactique) et 1RÉP/MED. 10 (Douleur thoracique) sont en cours ou terminées, on peut revenir au protocole 1RÉP/MED. 8 (Difficulté respiratoire) s'il y a encore difficulté respiratoire.**
6. **Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
7. **Administer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
8. **Position de confort.**
9. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
10. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Toujours s'assurer que la difficulté respiratoire ne soit pas provoquée par une obstruction des voies respiratoires ou par une réaction allergique de type anaphylactique.

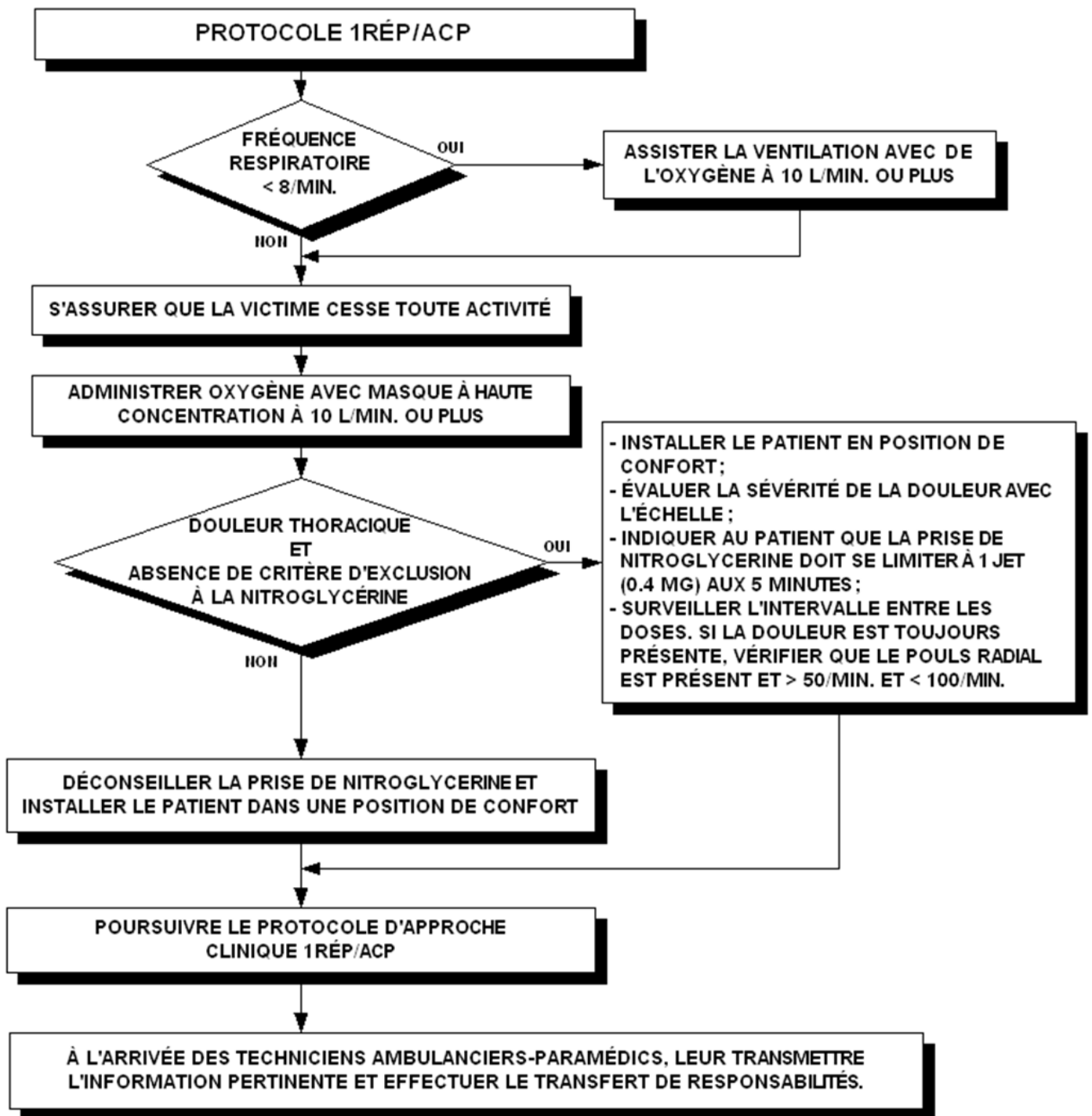
1RÉP/MED. 8 Difficulté respiratoire (suite)

Remarque :

Surveiller les complications associées aux difficultés respiratoires telles que :

- Vomissement et aspiration;
- Atteinte de l'état de conscience;
- Douleur thoracique;
- Arrêt cardiorespiratoire.

1RÉP/MED. 10 Douleur thoracique



1RÉP/MED. 10 Douleur thoracique (PR-3)

Critères d'inclusion :

Douleur ou malaise d'origine non traumatique persistant ou disparu dans la région entre l'ombilic et la mâchoire incluant le dos et les bras ou toute douleur angineuse habituelle ayant été à l'origine de l'appel ou suivant l'appel des SPU.

1. Se référer au protocole 1 RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
3. S'assurer que le patient cesse toute activité.
4. Administrer de l'oxygène avec un masque de haute concentration à 10 L/min ou plus.
5. En présence d'une douleur thoracique, si le patient désire prendre sa nitroglycérine, valider les critères d'exclusion pour la nitroglycérine :
 - a) En l'**absence** de critères d'exclusion;
 - Installer le patient en position de confort;
 - Évaluer la sévérité de la douleur avec l'échelle;
 - Indiquer au patient que la prise de nitroglycérine doit se limiter à 1 jet de 0,4 mg sublingual (SL) ou lingual (L) chaque 5 minutes;
 - Surveiller l'intervalle entre les doses. Si la douleur est toujours présente, vérifier que le pouls radial est présent et > 50/min et < 100/min
 - b) En **présence** de critères d'exclusion.
 - Déconseiller le patient à prendre sa nitroglycérine;
 - Installer le patient en position de confort.
6. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
7. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

1RÉP/MED. 10 Douleur thoracique (suite)

Critères d'exclusion pour la nitroglycérine :

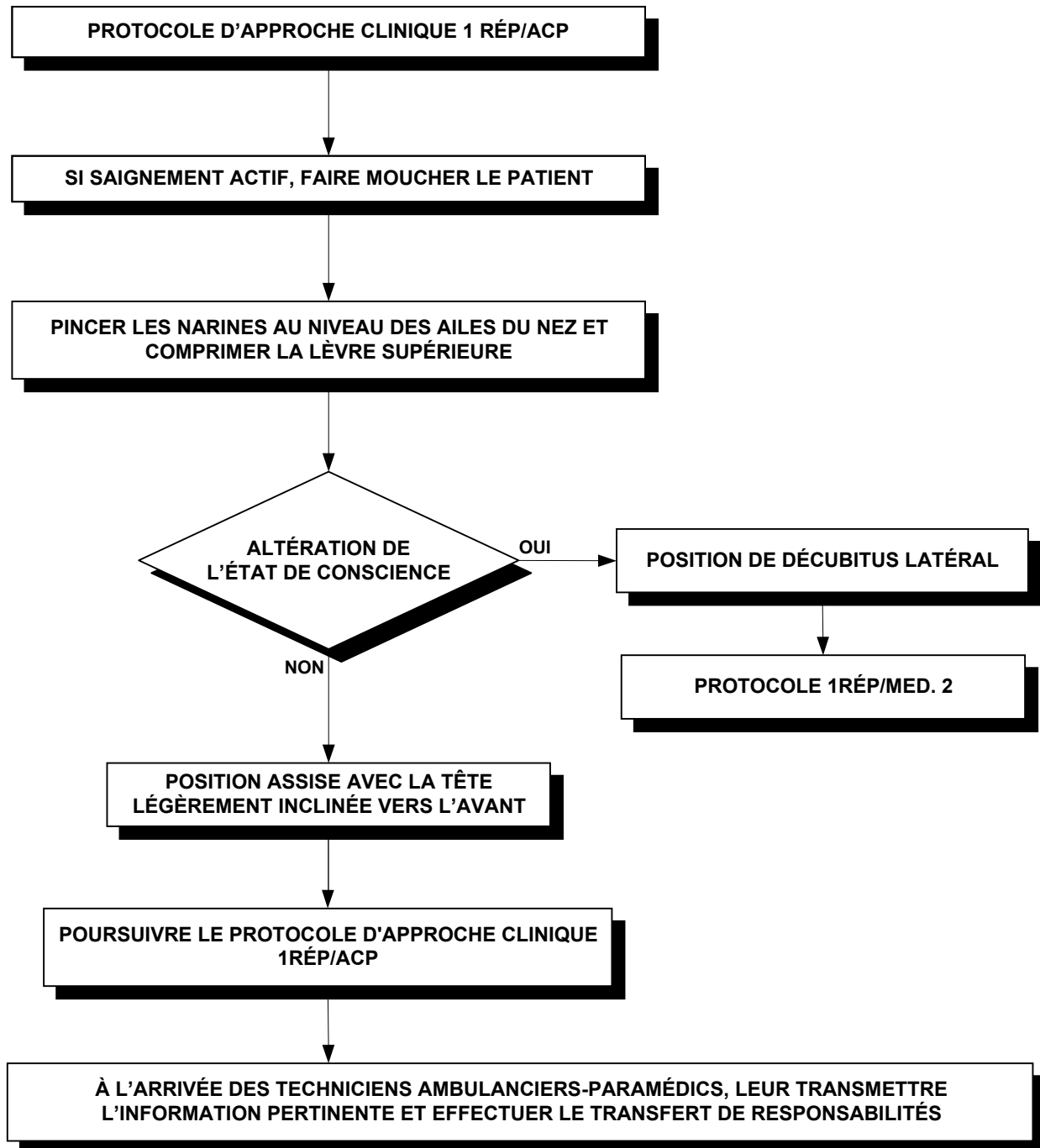
- État de conscience à « V », « P » ou « U »;
- Absence de pouls radial;
- Pouls < 50/min ou > 100/min;
- Prise de médication pour la dysfonction érectile de classe PDE5;
 - sildénafil (Viagra) < 24 heures;
 - vardenafil (Levitra ou Staxyn) < 24 heures;
 - tadalafil (Cialis) < 48 heures.
- Prise de médication pour le traitement de l'hypertension pulmonaire :
 - sildenafil (Revatio) – en tout temps;
 - ratio-sildenafil – en tout temps;
 - tadalafil (Adcirca) – en tout temps.
- Autres médicaments de la même classe;
- Tout supplément visant à améliorer la fonction sexuelle;
- Douleur d'origine traumatique;
- Grossesse ou allaitement;
- Syncope associée à la douleur thoracique;
- Présence de DAVG.

Remarques :

Aux fins de ce protocole :

- En présence de critères d'exclusion pour la nitroglycérine, transmettre au meilleur de ses connaissances les conséquences possibles d'utiliser de la nitroglycérine avant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics. Si le patient souhaite ignorer les recommandations qui lui ont été adressées, le premier répondant doit respecter la décision du patient et transmettre l'information aux techniciens ambulanciers paramédics et bien documenter la situation.
- En l'absence de pouls radial, l'administration de la nitroglycérine doit être déconseillée pour la durée complète de l'intervention. Si le pouls < 50/min ou > 100/min, l'administration de la nitroglycérine doit être déconseillée pour la durée complète de l'intervention.

1RÉP/MED. 11 Épistaxis



1RÉP/MED. 11 Épistaxis (PR-3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Si saignement actif, faire moucher le patient.
3. Pincer les narines au niveau des ailes du nez et comprimer l'espace entre la lèvre supérieure et le nez.
4. Si atteinte de l'état de conscience, se référer au protocole 1RÉP/MED. 2 (Atteinte de l'état de conscience).
5. Position assise avec la tête légèrement inclinée vers l'avant si toléré.
6. Surveillance continue et réévaluation des signes vitaux.
7. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
8. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Renseignements requis :

- Assurez-vous d'avoir obtenu la liste ou les flacons de médicaments pour l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics pour vérification de présence de médicaments affectant la coagulation.

Remarque :

La quantité de sang écoulé du nez peut être une sous-estimation de la quantité réelle de sang perdu.

1RÉP/MED. 12 INTOXICATION VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE ET TOXICOMANIE (PR-DEA,1,2,3)

Critères d'inclusion :

Histoire d'intoxication avec médicaments, alcool, drogue ou tout autre produit.

- 1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 2. Si violence ou agressivité, aviser les policiers et attendre leur arrivée.**
- 3. Si fréquence respiratoire < 8/min., assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
- 4. Si convulsions persistantes ou répétitives, appliquer en simultané le protocole 1RÉP/MED. 7 (Convulsions).**
- 5. Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
- 6. Si atteinte de l'état de conscience se référer au protocole 1RÉP/MED. 2 (Atteinte de l'état de conscience).**
- 7. (PR 3) Considérer le risque d'hypoglycémie. Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problèmes diabétique – Hypoglycémie) au besoin.**
- 8. Si suspicion d'intoxication aux opioïdes avec état de conscience à « P » ou « U » sur l'échelle AVPU et FR < 8/min chez l'adulte et < 16/min pour les enfants de 4 à 11 ans, administrer la naloxone pour obtenir une respiration adéquate (FR > 8/min pour les adultes ou > 16 pour les enfants de 4 à 11 ans), sans éveil. Dans ce contexte clinique, le support à la ventilation est prioritaire sur l'administration de la naloxone.**
- 9. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 10. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Renseignements requis :

Remettre aux techniciens ambulanciers paramédics tous les médicaments, les bouteilles ou les produits (drogue de rue). Les drogues de rue doivent être transportées dans un sac de type « Zip Lock ». Il est important d'examiner la peau. Si le patient a un ou des timbres transdermiques (ex. : fentanyl), il faut les enlever et les remettre aux techniciens ambulanciers paramédics. Toutes les manipulations de ces substances doivent se faire avec des gants, des lunettes de protection et un masque chirurgical si présence d'un liquide ou d'une poudre pouvant être mise en suspension dans l'environnement.

- Obtenir l'histoire des témoins présents : produits ingérés, quantité, heure d'ingestion, voie d'intoxication, présence de vomissements.
- Rechercher une histoire de traumatisme.

Remarque :

Critères d'inclusion de la naloxone (tous doivent être présents) :

- 4 ans et plus.
- Suspicion d'intoxication ou d'un surdosage aux narcotiques opioïdes.
- État de conscience « P » ou « U » sur l'échelle AVPU.
- Bradypnée :
 - 12 ans et plus : $FR \leq 8/min$
 - 4 à 11 ans : $FR \leq 16/min$

Critères d'exclusion de la naloxone

- Aucun pour la dose initiale.
- Allergie à la naloxone.
- Si, à tout moment, après l'administration de naloxone, il y a apparition de convulsions, cesser l'administration de naloxone.

Posologie de la naloxone

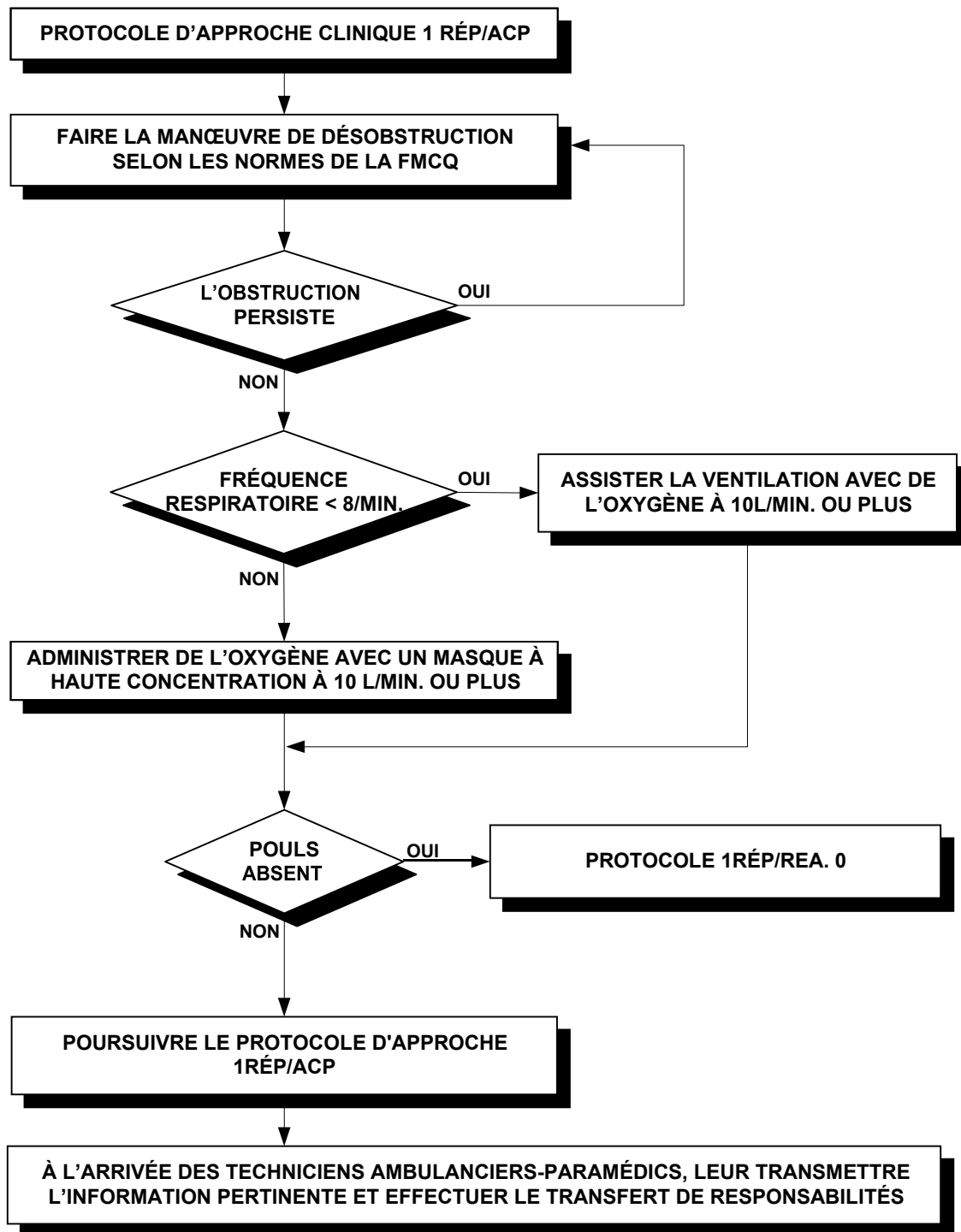
Administrar selon la séquence suivante :

1. Patient avec pouls :
 - 0,4 mg IN (intranasal) chaque 3 minutes jusqu'à l'atteinte d'une $FR > 8/min$ pour les adultes ou $> 16/min$ pour les enfants de 4 à 11 ans ou jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics.
2. Patient sans pouls (arrêt cardiorespiratoire) :
 - Lors d'un ACR dans le contexte d'une intoxication suspectée aux opioïdes, administrer une dose unique de 4 mg de naloxone IM aussitôt que possible, sans interrompre ou retarder la RCR avec ventilation.

Généralités :

Si le premier répondant reçoit des directives d'un intervenant du Centre antipoison du Québec (CAP) lors d'une intervention, il doit suivre ses recommandations même si celles-ci sont contradictoires ou absentes des présents protocoles tout en respectant les limites de son champ de pratique. Par contre, le PR ne doit pas lui-même initier un contact avec le CAP.

1RÉP/MED. 13 Obstruction des voies respiratoires par un corps étranger - Adulte



1RÉP/MED. 13 Obstruction des voies respiratoires par un corps étranger – Adulte (PR-DEA, 1, 2, 3)

1. **Appliquer les techniques de désobstruction des voies respiratoires (se référer au protocole de la Fondation des maladies du cœur du Québec) avec les spécificités suivantes :**
 - a) Si l'obstruction des voies respiratoires persiste, continuer les techniques de désobstruction des voies respiratoires jusqu'au dégagement ou jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics;
 - b) Si désobstruction efficace et ventilation inadéquate;
 - Assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
 - c) Si désobstruction efficace et ventilation efficace;
 - Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - Surveillance continue de la respiration.
2. Si ACR, se référer au protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).
3. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
4. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

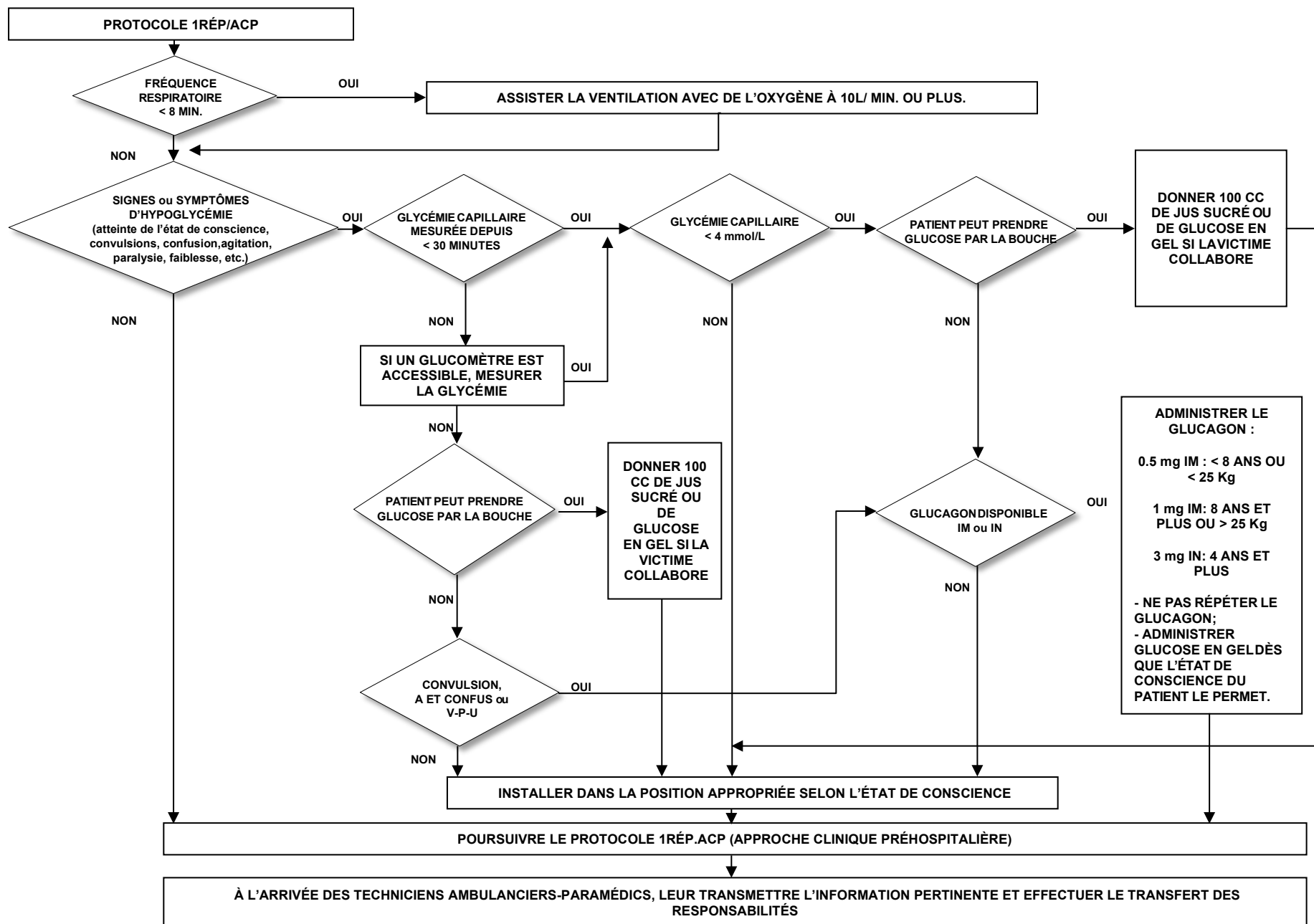
Remarques :

Se référer aux normes de la Fondation des maladies du cœur du Québec pour la ventilation.

Surveiller les complications associées à l'obstruction de voies respiratoires telles que :

- Vomissements et aspiration;
- Obstruction complète des voies respiratoires;
- Arrêt respiratoire;
- Arrêt cardiorespiratoire.

1RÉP/MED. 16 Problèmes diabétiques - Hypoglycémie



1RÉP/MED. 16 Problèmes diabétiques – Hypoglycémie (PR-3)**Critères d'inclusion :**

Histoire de diabète connu ou suspecté avec signes et symptômes compatibles avec un débalancement de la glycémie à la baisse (atteinte de l'état de conscience « V », « P » ou « U »), convulsions, confusion (« A » et confus), agitation, paralysie, faiblesse, etc.

- 1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
 - 2. Si fréquence respiratoire < 8/min, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
 - 3. Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min et plus.**
 - 4. Si la glycémie capillaire a été mesurée dans les 30 dernières minutes et qu'elle est ≥ 4 mmol/L, passer au point 9.**
 - 5. Si la glycémie capillaire a été mesurée dans les 30 dernières minutes, qu'elle est < 4 mmol/L et que le patient est capable de prendre une solution glucosée par la bouche ou du jus sucré, administrer et passer au point 9.**
 - 6. Si la glycémie capillaire a été mesurée dans les 30 dernières minutes, qu'elle est < 4 mmol/L et que le patient est incapable de prendre une solution glucosée par la bouche ou du jus sucré (Altération de l'état de conscience « V », « P » ou « U », convulsion ou « A » et confusion) :**
 - a) Si le patient possède une trousse d'urgence de Glucagon, administrer une dose unique de Glucagon par voie intramusculaire ou intranasal puis passer au point 9;
 - b) Si le patient ne possède pas de trousse d'urgence de Glucagon, passer au point 9.
 - c) Administrer le Glucagon par voie intramusculaire ou intranasale (PR3-Élargi) puis passer au point 9
 - 7. Si la glycémie capillaire est inconnue ou date de plus de 30 minutes :**
 - a) Si un glucomètre est accessible, mesurer la glycémie;
 - b) Si la glycémie est < 4 mmol/L, retourner au point 4;
 - c) Si la glycémie est ≥ 4 mmol/L, passer au point 9.
 - 8. Si la glycémie ne peut être remesurée et que :**
 - a) le patient est capable de prendre une solution glucosée par la bouche ou du jus sucré, administrer et passer au point 9;
 - b) le patient est incapable de prendre une solution glucosée ou du jus sucré par la bouche et qu'il présente une altération de l'état de conscience « V », « P » ou « U », des convulsions, ou un état confusionnel (« A » et confus);
 - Si le patient possède une trousse d'urgence de Glucagon, administrer une dose unique de Glucagon par voie intramusculaire ou intranasal puis passer au point 9;
 - Si le patient ne possède pas de trousse d'urgence de Glucagon, passez au point 9.
-

1RÉP/MED. 16 Problèmes diabétiques – Hypoglycémie (suite)

9. Installer le patient dans la position appropriée selon l'état de conscience.
10. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
11. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Remarque :

Dosage de solution glucosée (instaglucoose, Dex 4 ou jus sucré) :

Il faut administrer au moins 15 g de glucides, ou 125 ml (1/2 tasse) de jus de fruits

Instaglucoose : 1 tube de 31 grammes = 24 grammes de glucides

Dex 4 : 1 tube = 33 grammes = 15 grammes de glucides.

L'administration de solution glucosée peut être répétée après 15 minutes, si les critères d'inclusion sont encore présents.

L'incapacité de prendre le glucose en gel peut être en raison de : agitation, confusion, altération de l'état de conscience ou convulsions. D'autre part, le patient ayant subi un traumatisme ou venant de faire une convulsion ou qui est suspecté de subir un AVC doit demeurer à jeun, jusqu'à son évaluation médicale.

Dosage de glucagon intramusculaire :

- 8 ans et plus (ou ≥ 25 kg) : 1 mg IM
- Moins de 8 ans (ou < 25 kg) : 0,5 mg IM

Dosage de glucagon intranasal :

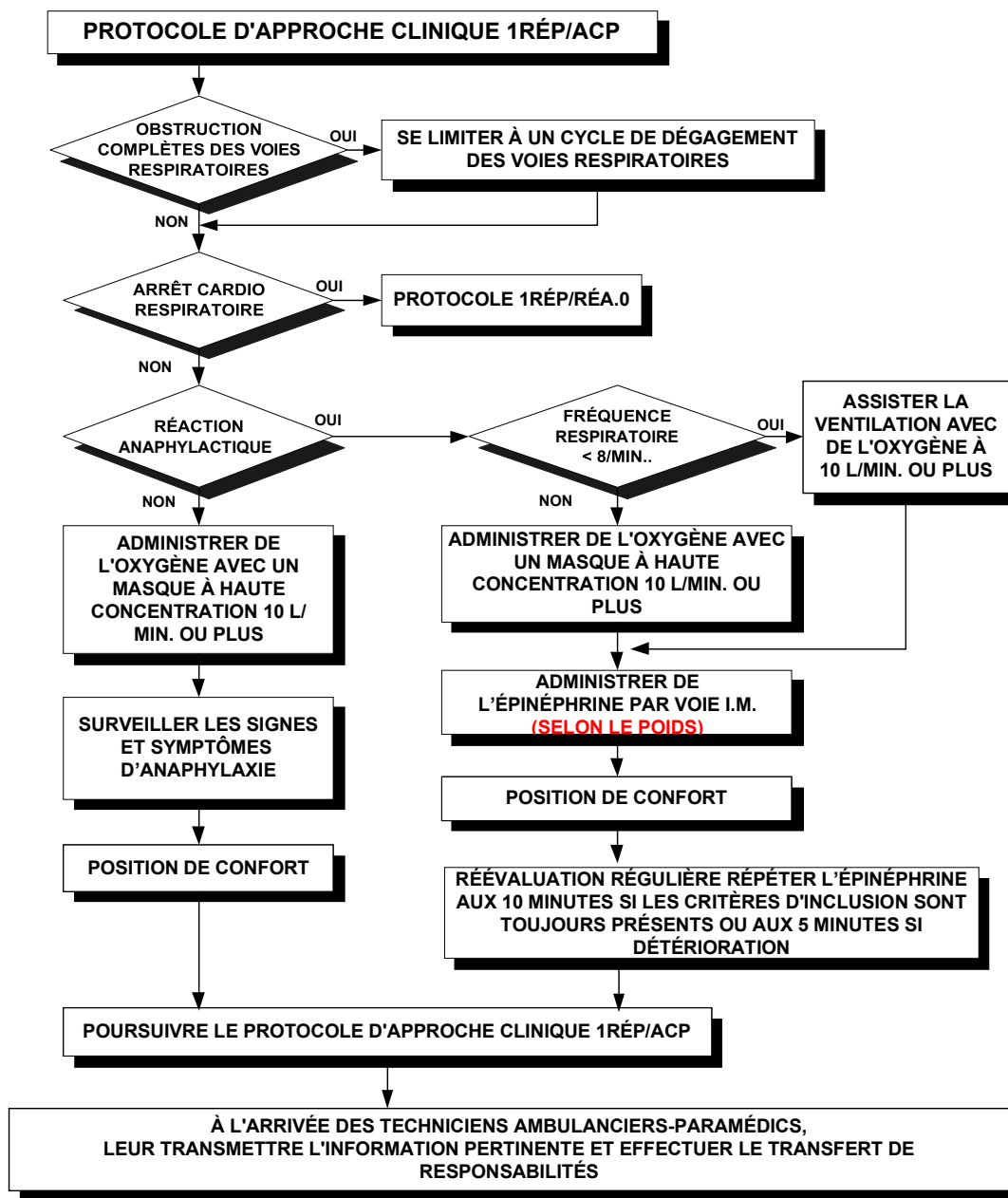
- 4 ans et plus : 3 mg IN

Critère d'exclusion au glucagon :

- Voie intramusculaire :
 - Allergie (anaphylaxie) connue au latex.
- Voie intranasale :
 - Congestion nasale importante, épistaxis
 - Allergie (hypersensibilité connue au glucagon)

L'administration de glucagon (IN ou IM) qui n'est pas prescrit pour le patient (trousse d'urgence) est réservé pour les PR3-Élargi formés à cet effet.

1RÉP/MED. 17 Réaction allergique/anaphylactique



1RÉP/MED. 17 Réaction allergique/anaphylactique (PR-1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Toute exposition à un agent causal connu ou suspecté dans les dernières 24 heures et présence d'un ou plusieurs signes ou symptômes d'allergies.

Critères d'inclusion à la section sur la réaction anaphylactique :

Contact allergique connu ou suspecté dans les 4 heures précédant le début des symptômes ET

Une des deux (2) situations suivantes

- I. La présence d'une détresse respiratoire ou d'une défaillance circulatoire (signe de choc).
- II. Présence de 2 des 4 présentations cliniques suivantes :
 - Urticaire ou angioédème;
 - Difficulté respiratoire;
 - Défaillance circulatoire (ex; grande faiblesse);
 - Symptômes gastro-intestinaux.

Critères d'exclusion : AUCUN

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (approche clinique préhospitalière).
2. Si OVR complète, se limiter à un cycle de dégagement des VR.
3. Si ACR, se référer au protocole 1RÉP/RÉA 0.
4. Si la **ventilation est inadéquate**, assister la ventilation avec O₂ à 10L/min ou plus.
5. Si la **ventilation est adéquate**, administrer de l'O₂ avec masque haute concentration à 10L/min ou plus, **ou selon 1RÉP/TECH. 10.**
6. Si réaction anaphylactique :
 - a) Administrer l'épinéphrine par voie intramusculaire dans la cuisse :
 - Pour les victimes de 25 kg et plus, le dosage est de 0.3 mg d'épinéphrine;
 - Pour les victimes de 50 kg et plus, le dosage est de 0.5 mg d'épinéphrine (si disponible);
7. Position de confort.
8. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (approche clinique préhospitalière).
9. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

1RÉP/MED. 17 Réaction allergique/anaphylactique (suite)

Répéter l'épinéphrine :

- aux 5 minutes, si le patient présente une détérioration.
- aux 10 minutes si il n y a aucune amélioration.
- aux 10 minutes s'il y a amélioration, mais que les critères d'inclusion sont encore présents.

Remarque :

Détresse respiratoire :

Difficulté respiratoire (dyspnée) sévère associée à un ou plusieurs des signes suivants :

- Augmentation du rythme respiratoire (tachypnée);
- Respiration bruyante;
- Incapacité à faire des phrases complètes;
- Utilisation des muscles accessoires à la respiration (tirage);
- Peau bleutée (cyanose);
- Atteinte de l'état de conscience («V», «P», «U»).

Défaillance circulatoire (choc) :

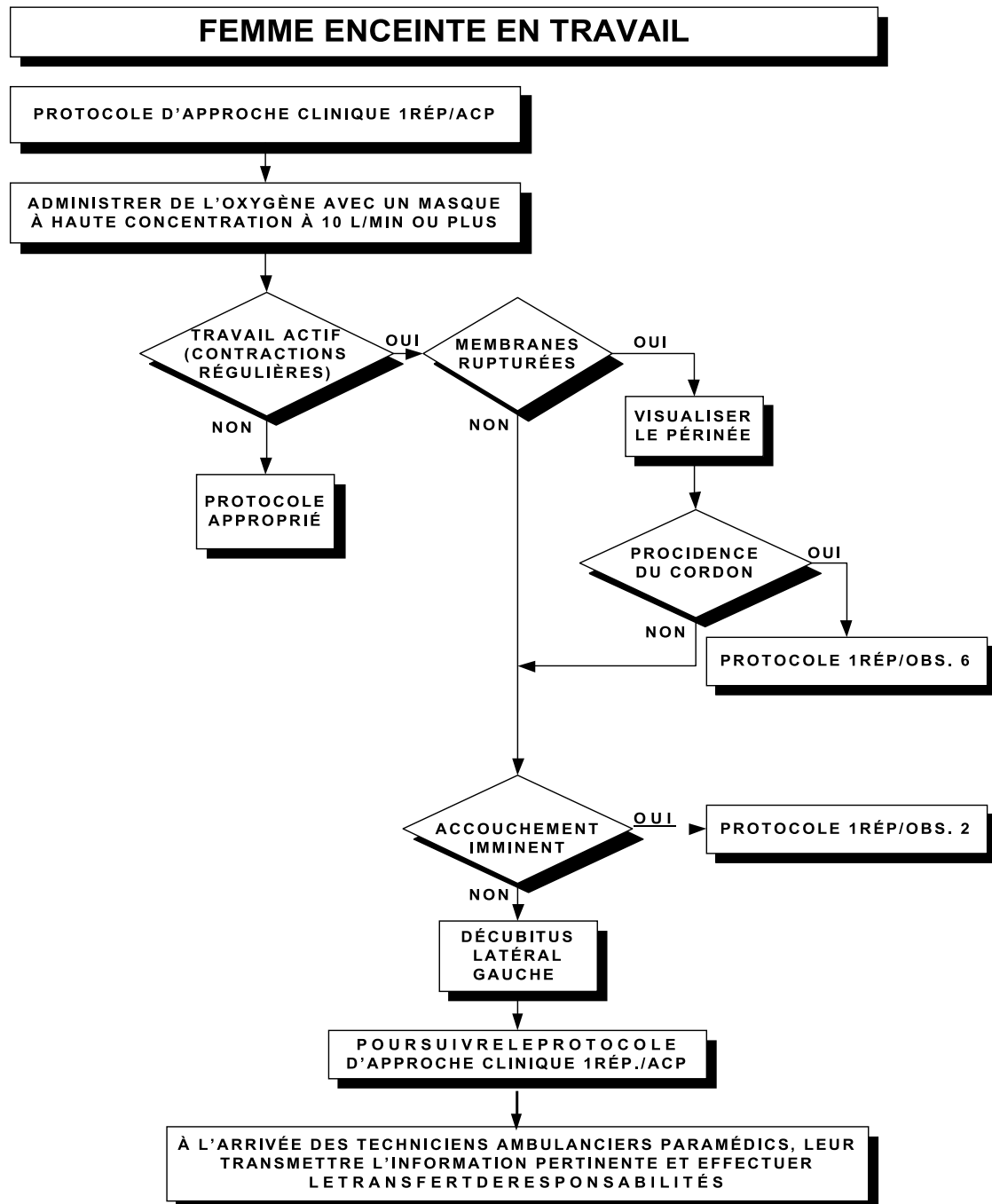
Présence de deux ou plusieurs des signes suivants:

- Augmentation du rythme cardiaque (tachycardie);
- Augmentation du rythme respiratoire (tachypnée);
- Anxiété et agitation;
- Peau froide, pâle et moite;
- Absence de pouls radial bilatéralement;
- Atteinte de l'état de conscience («V», «P», «U»).

Si le patient a reçu une dose d'épinéphrine avant votre arrivée, la dose peut être répétée immédiatement si les critères d'inclusion sont encore présents.

PROBLÈMES OBSTÉTRICAUX

1RÉP/OBS. 1 Femme enceinte en travail

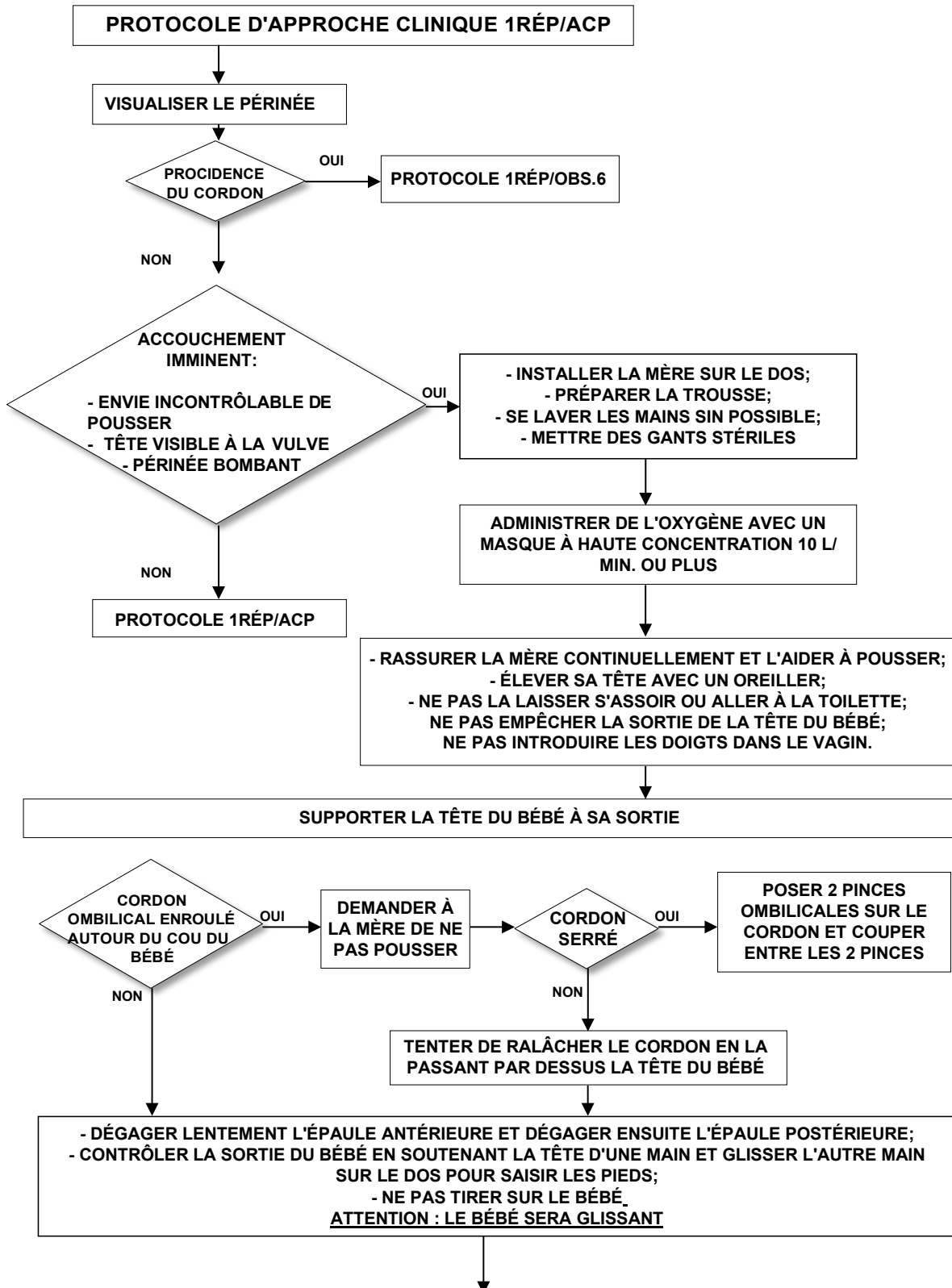


1RÉP/OBS. 1 Femme enceinte en travail (PR-3)

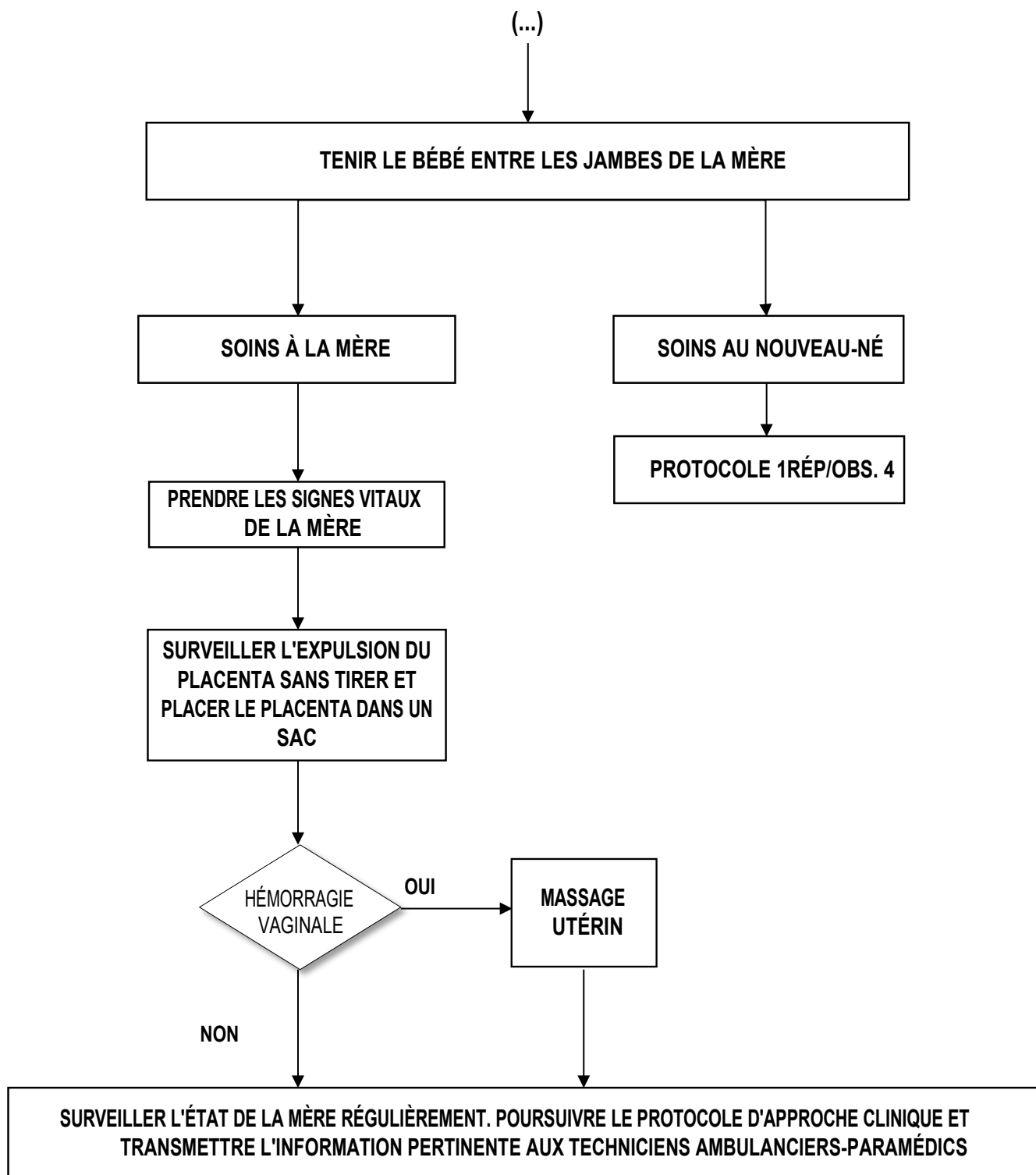
Pour tous les protocoles obstétricaux, la sage-femme a priorité au niveau des directives et de la prise en charge de la patiente.

1. **Se référer au protocole 1REP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Administer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
3. **Si le travail est actif et que les contractions sont régulières, évaluer s'il y a rupture des membranes (demander à la patiente si elle a ressenti un écoulement de liquide chaud).**
4. **En présence de membranes rupturées, visualiser le périnée afin de déceler une procidence du cordon. Si procidence du cordon, se référer au protocole 1RÉP/OBS. 6 (Procidence du cordon).**
5. **En l'absence de procidence du cordon, évaluer l'imminence de l'accouchement.**
6. **Si accouchement imminent (envie incontrôlable de pousser, tête ou autre structure visible au niveau de la vulve ou périnée bombant), se référer au protocole 1RÉP/OBS. 2 (Accouchement imminent).**
7. **Position de décubitus latéral gauche.**
8. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
9. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

1RÉP/OBS. 2 Accouchement imminent



1RÉP/OBS. 2 Accouchement imminent (suite)



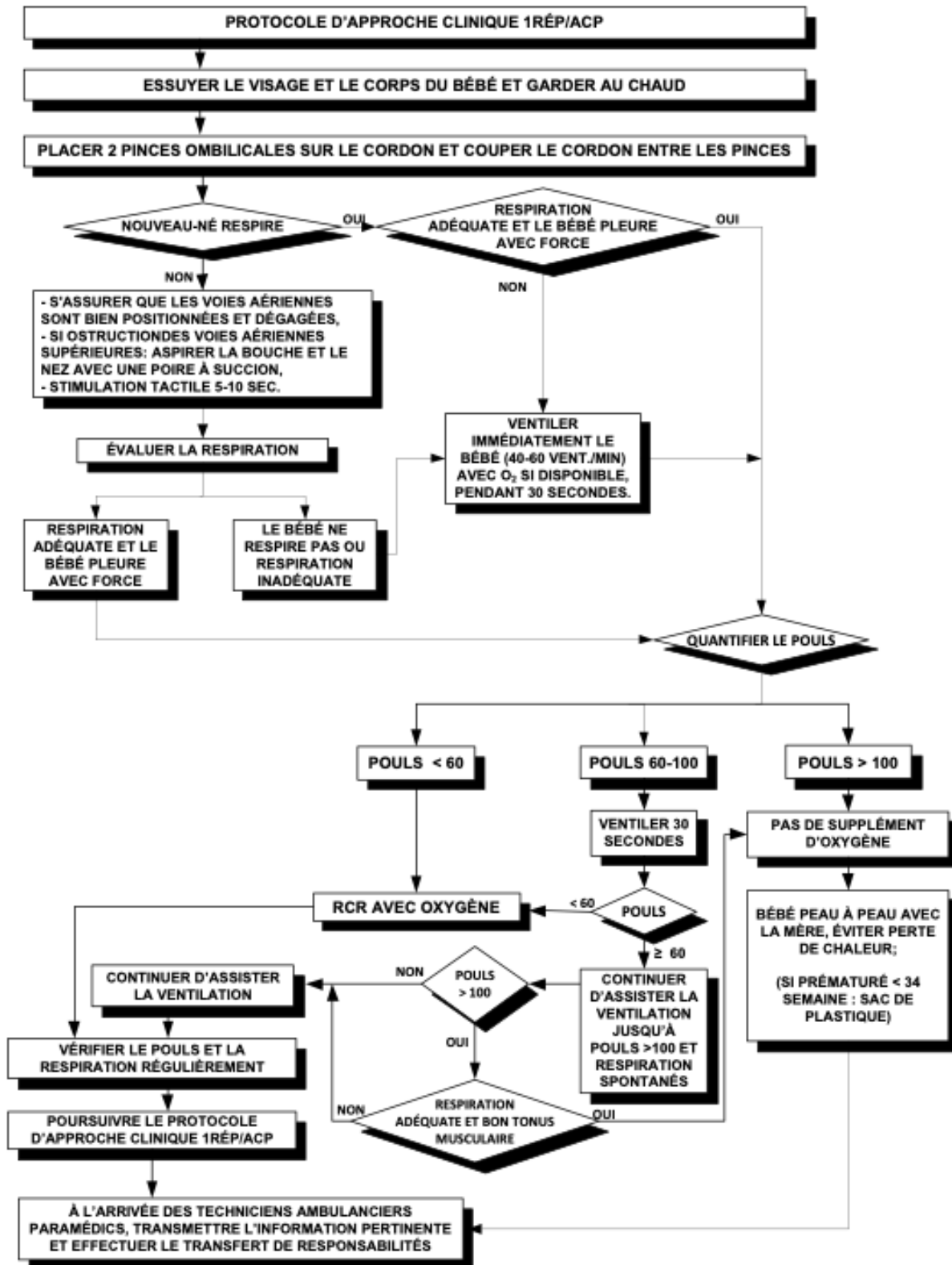
1RÉP/OBS. 2 Accouchement imminent (PR-3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Visualiser le périnée.
3. Si procidence du cordon, se référer au protocole 1RÉP/OBS. 6 (Procidence du cordon).
4. Si envie de pousser incontrôlable, tête ou autre structure visible au niveau de la vulve, ou périnée bombant, se préparer pour l'accouchement. Sinon, attendre les techniciens ambulanciers paramédics.
5. Si accouchement en cours, installer la mère sur le dos, préparer la trousse, se laver les mains et revêtir l'équipement de protection contre les liquides biologiques incluant des gants stériles.
6. Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
7. Rassurer la mère continuellement, l'aider à pousser, ne pas empêcher la sortie de la tête, ne pas empêcher la sortie de la tête et ne pas introduire la main dans le vagin.
8. Supporter la tête du bébé à sa sortie.
9. Vérifier si le cordon est enroulé autour du cou du bébé :
 - a) Demander à la mère de ne pas pousser afin de faire cette vérification;
 - b) Si relâché, dérouler le cordon autour du cou;
 - c) Si serré, poser 2 pinces sur le cordon et couper entre les 2 pinces.
10. Dégager lentement l'épaule antérieure et par la suite, l'épaule postérieure. Contrôler la sortie du bébé en soutenant la tête et glisser la main libre sur le dos pour saisir les membres inférieurs après l'expulsion. Pour les soins au nouveau-né, se référer au protocole 1RÉP/OBS. 4 (Appréciation et soins au nouveau-né).
11. Documenter les signes vitaux de la mère.
12. Surveiller l'expulsion du placenta, ne pas tirer sur le cordon, placer le placenta dans un sac et le remettre aux techniciens ambulanciers paramédics.
13. Surveiller l'état de la mère régulièrement et poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
14. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Remarque :

Si le bébé, lors de l'accouchement prématuré, est expulsé dans le sac amniotique, le sac doit être ouvert pour donner les soins nécessaires au bébé.

1RÉP/OBS. 4 Appréciation et soins au nouveau-né



1RÉP/OBS. 4 Appréciation et soins au nouveau-né (PR-3)

Critères d'inclusion :

Tout nouveau-né de 23 semaines de grossesse et plus ou qui démontre des signes de vie.

- 1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 2. Tenir le nouveau-né entre les jambes de la mère. Essuyer le visage et le corps et garder au chaud.**
- 3. Poser une pince ombilicale à 15 cm de l'ombilic et une deuxième environ 5 cm plus loin et couper entre les deux pinces ombilicales.**
- 4. Évaluer la respiration dans les 60 secondes suivant l'accouchement :**
 - a) Si le nouveau-né respire adéquatement et pleure ou crie avec force : surveiller la respiration puis passer à l'étape no 6;
 - b) Dans les autres cas :
 - S'assurer que les voies aériennes sont bien positionnées et dégagées;
 - Si obstruction des voies respiratoires supérieures par des sécrétions (méconium ou autre), aspirer la bouche et le nez avec une poire à succion;
 - Stimulation tactile 5 à 10 secondes.
 - Évaluer ensuite la respiration et le pouls.
 - Si le nouveau-né respire adéquatement et pleure ou crie et que son pouls est > 100/minute : passer à l'étape 5;
 - Si le pouls est < 60/minute : débiter la RCR avec oxygène.
 - Si le pouls est entre 60 et 100 par minute : ventiler pendant 30 secondes et remesurer le pouls :
 - Si le pouls est < 60/minute : débiter la RCR avec oxygène;
 - Si le pouls est de 60/minute ou plus, continuer l'assistance ventilatoire avec oxygène jusqu'à l'obtention d'un pouls >100/minute et respiration spontanée puis passer au point 5.
- 5. Si prématuré (< 34 semaines), envelopper le bébé dans un sac de plastique (food grade) dans lequel un orifice permettra le passage de la tête.**
- 6. Installer le bébé peau à peau sur le thorax/ventre de la mère avec le visage du bébé exposé pour permettre de suivre son évolution clinique. Couvrir la tête du bébé pour limiter la possibilité d'hypothermie. Envelopper la mère et l'enfant dans une couverture chaude.**
- 7. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 8. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

1RÉP/OBS. 4 Appréciation et soins au nouveau-né ^(PR-3) (suite)

Remarques :

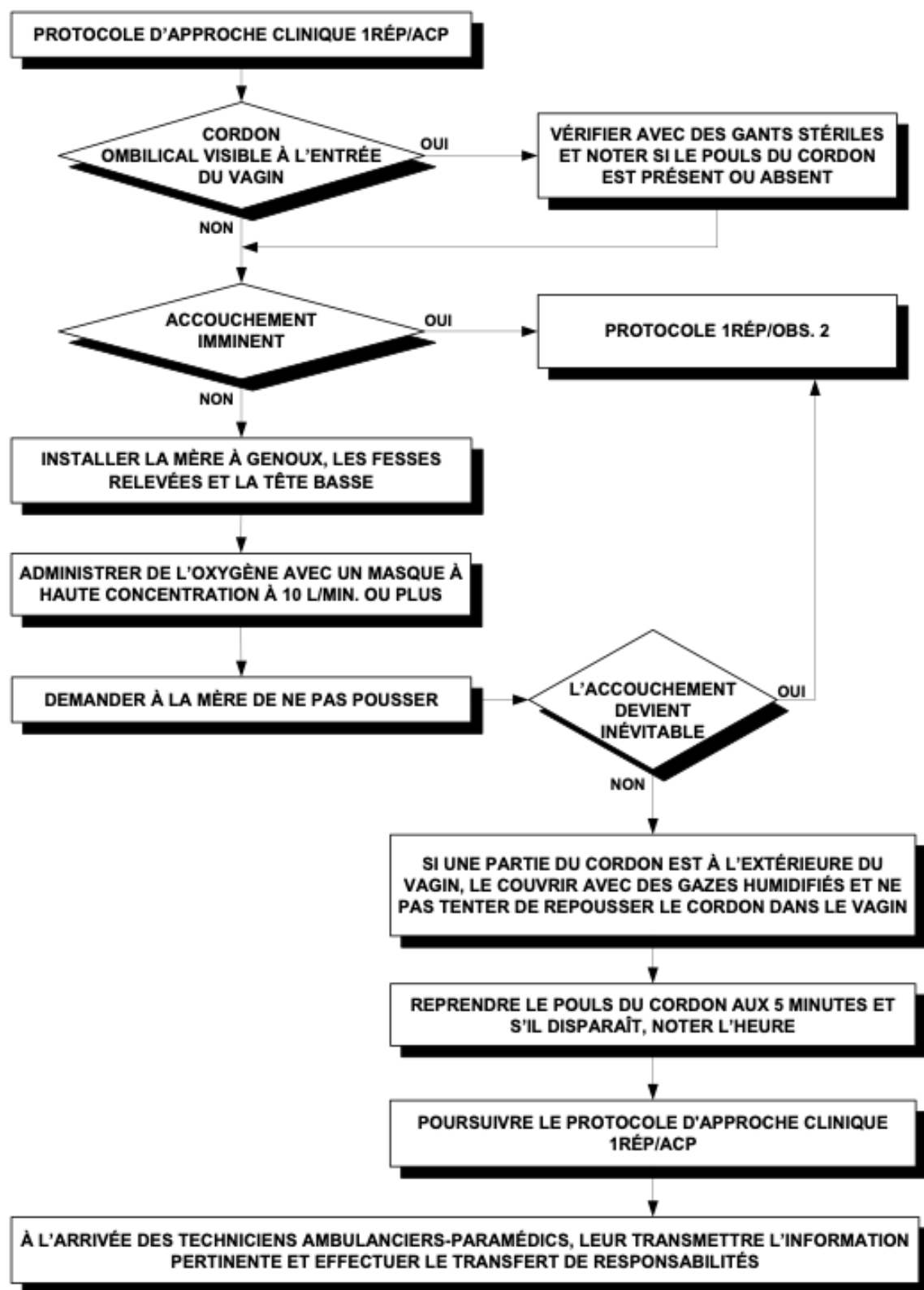
Avant de débiter la RCR chez le nouveau-né, le premier répondant doit s'être assuré que la ventilation initiale effectuée est efficace.

La technique de RCR recommandée pour les nouveau-nés, lorsque deux intervenants sont disponibles, est la technique d'encerclement de la poitrine. Le ratio de compressions/ventilation est 3:1, pour une fréquence de 90 compressions et 30 ventilations par minute.

La ventilation seulement se fait à une vitesse de 40 à 60 ventilations par minute.

Aucune électrode de défibrillation ne doit être installée sur un nouveau-né, puisque celui-ci n'est pas inclus dans le protocole de réanimation avec DEA

1RÉP/OBS. 6 Procidence du cordon



1RÉP/OBS. 6 Procidence du cordon (PR-3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Si le cordon ombilical est visible à l'entrée du vagin, vérifier avec une main gantée stérile si le pouls du cordon est présent ou absent et noter.
3. Si accouchement imminent, se préparer à procéder à l'accouchement et se référer au protocole 1RÉP/OBS.2 (Accouchement imminent).
4. Installer la mère à genoux, les fesses relevées et la tête basse.
5. Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.
6. Demander à la mère de ne pas pousser.
7. Maintenir cette position jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics.
8. Ne pas tenter de repousser le cordon dans le vagin.
9. Minimiser les manipulations du cordon et le couvrir avec des gazes stériles humidifiées (NaCl 0,9 %).
10. Reprendre le pouls du cordon aux 5 minutes si possible et le noter.
11. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
12. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

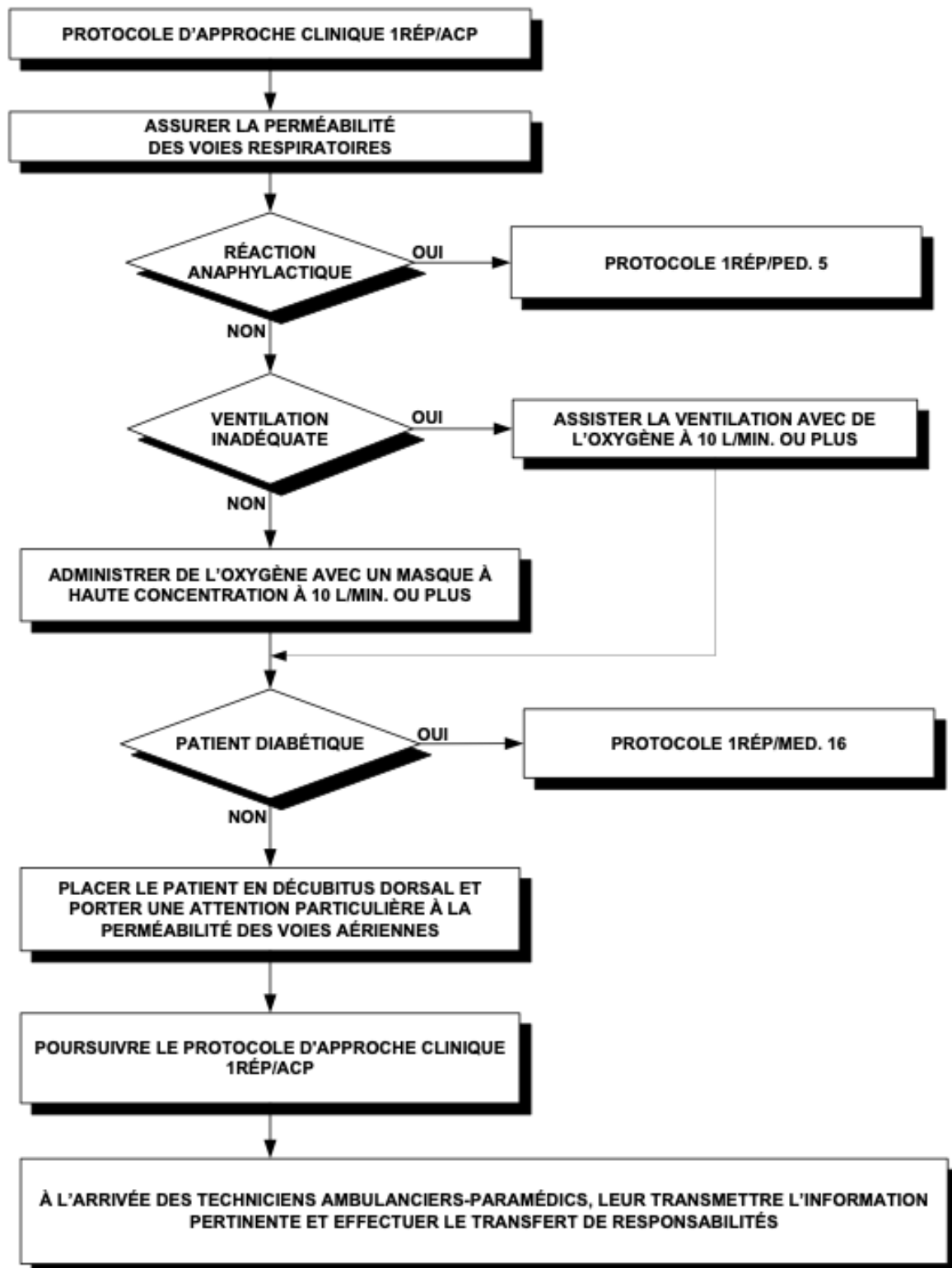
PROBLÈMES PÉDIATRIQUES

Généralités sur les problèmes pédiatriques

1. Les protocoles pédiatriques s'adressent à tout individu morphologiquement non adulte de moins d'un mètre cinquante (1,50 m) ou cinq pieds (5 pi) sauf lorsqu'un protocole donné le spécifie autrement.
2. La ventilation en pédiatrie peut s'évaluer en termes de fréquence respiratoire, mais également en fonction des critères suivants :
 - a) L'amplitude respiratoire;
 - b) L'état de conscience;
 - c) Le remplissage capillaire;
 - d) La cyanose;
 - e) Le soulèvement du thorax.
3. L'appréciation de la ventilation en pédiatrie devrait tenir compte de ces critères.
4. La bradycardie est un signe d'hypoxie sévère chez l'enfant.
5. La ventilation en pédiatrie devrait se faire avec un masque de poche à membrane souple.
6. Une taille de 1,22 m (quatre pieds) correspond à environ 8 ans et 25 kg.
7. La perfusion en pédiatrie peut s'évaluer en absence de tension artérielle systolique mesurée en fonction des critères suivants :
 - a) L'état de conscience;
 - b) Le remplissage capillaire;
 - c) La coloration de la peau;
 - d) La froideur des extrémités.

Âge	Respiration	Pouls
Nouveau-né	40-60/min	100-205/min
< 1an	24-38/min	100-190/min
1 an à 3 ans	20-30/min	70-140/min
> 3 ans – 10 ans	15-20/min	70-140/min
> 10 ans	15-20/min	60-100/min

1RÉP/PED. 1 Atteinte de l'état de conscience



1RÉP/PED. 1 Atteinte de l'état de conscience (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Patient avec niveau de conscience « V », « P » ou « U » ou confusion aiguë ou faiblesse généralisée.

1. **Se référer au protocole d'approche clinique préhospitalière.**
2. **Assurer la perméabilité des voies respiratoires. Étant donné que les enfants sont plus fragiles à l'hypoxie, le maintien des voies respiratoires est essentiel.**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique si présence d'un agent causal suspecté ou confirmé. Se référer au protocole 1RÉ/PED. 5 (Réaction allergique/anaphylactique).**
4. **Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
5. **Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus.**
6. **(PR 3) Considérer le risque d'hypoglycémie. Se référer au protocole 1RÉ/MED. 16 (Problèmes diabétiques – Hypoglycémie) au besoin.**
7. **Si aucune évidence de traumatisme, placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies aériennes.**
8. **Poursuivre le protocole 1RÉ/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
9. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Renseignements requis :

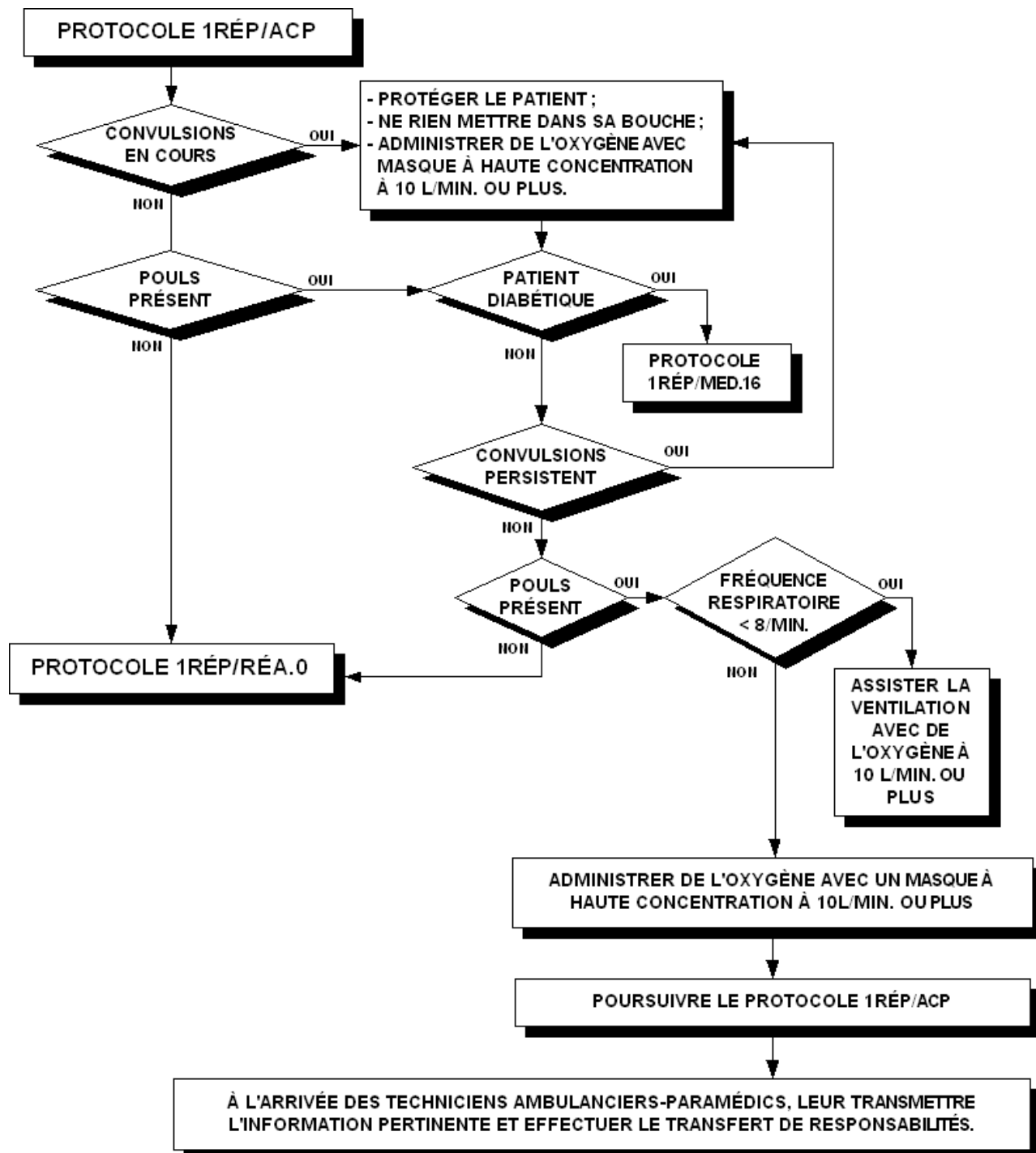
- Circonstances de l'évènement.
- Antécédents médicaux.

Remarques :

On entend par faiblesse généralisée un état de grand épuisement, un manque d'énergie et de l'asthénie. Le terme faiblesse n'est pas utilisé dans ce protocole comme étant une diminution de force motrice à un membre.

Ne pas procéder à l'hyperextension du cou ou de la tête chez les enfants pour libérer les voies aériennes. Une hyperextension peut obstruer les voies respiratoires.

1RÉP/PED. 2 Convulsions



1RÉP/PED. 2 Convulsions (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Altération de l'état de conscience associée à des mouvements toniques ou cloniques localisés ou généralisés.

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**2. Si convulsions en cours :**

- a) Protéger le patient pour éviter qu'il ne se blesse;
- b) Ne rien mettre dans la bouche;
- c) Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- d) Si le patient est diabétique, demander aux proches si une glycémie capillaire a été mesurée récemment et considérer la possibilité d'hypoglycémie. (PR 3) Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problème diabétique – Hypoglycémie) au besoin.

3. Dès que les convulsions cessent :

- a) Refaire l'ABC;
- b) En absence de pouls; débiter le protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale);
- c) Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;
- d) Si la ventilation est adéquate, poursuivre l'administration d'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min;
- e) Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies respiratoires;
- f) Si le patient est diabétique, demander aux proches si une glycémie capillaire a été mesurée récemment et considérer la possibilité d'hypoglycémie. (PR 3) Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problème diabétique – Hypoglycémie) au besoin.

4. Si les convulsions ont cessé à votre arrivée :

- a) Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à haute concentration à 10 L/min ou plus;
- b) Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min;
- c) Placer le patient en décubitus dorsal et porter une attention particulière à la perméabilité des voies respiratoires.
- d) Si le patient est diabétique, demander aux proches si une glycémie capillaire a été mesurée récemment et considérer la possibilité d'hypoglycémie. (PR 3) Se référer au protocole 1RÉP/MED. 16 (Problème diabétique – Hypoglycémie) au besoin.

5. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).

1RÉP/PED. 2 Convulsions (suite)

6. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Renseignement requis :

- Circonstances entourant la convulsion.

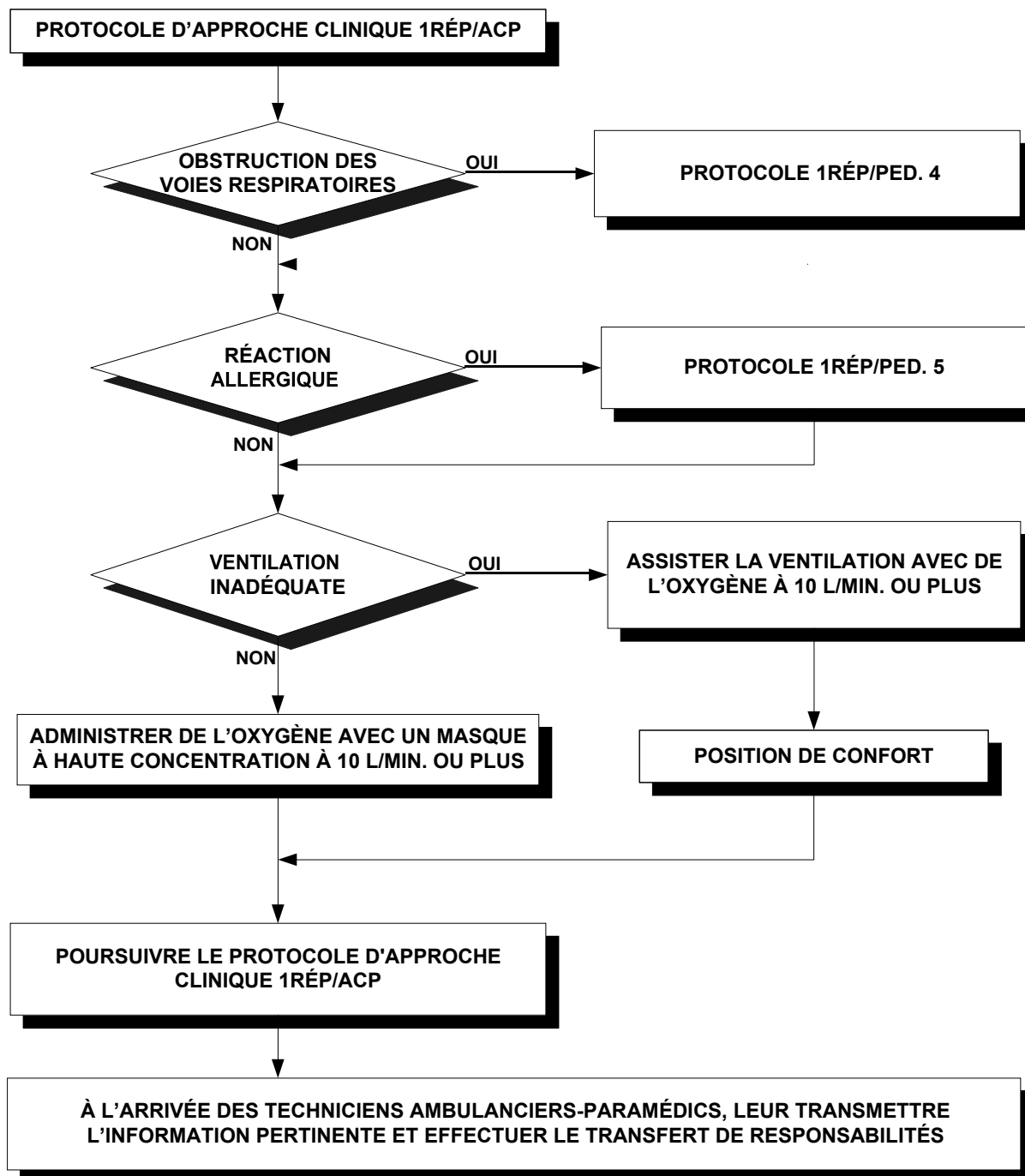
Remarques :

Ne pas procéder à l'hyperextension du cou ou de la tête chez les enfants pour libérer les voies aériennes. Une hyperextension peut obstruer les voies respiratoires.

Chez le patient de moins de 5 ans, les convulsions peuvent être provoquées par de l'hyperthermie. Il faut donc couvrir le patient le moins possible.

Chez le bébé, la convulsion peut se manifester par une altération de l'état de conscience, une perte de tonus musculaire (flaccidité) ou une révulsion des yeux sans mouvement tonique ou clonique.

1RÉP/PED. 3 Difficulté respiratoire



1RÉP/PED. 3 Difficulté respiratoire (PR-3)

Critères d'inclusion (un des critères suivants doit être présent) :

- Patient avec difficulté respiratoire avouée (dyspnée);
- Patient avec difficulté apparente (tirage ou utilisation des muscles accessoires, battements des ailes du nez);
- Bradypnée ou tachypnée selon l'âge;
- Patient présentant des bruits respiratoires audibles.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Si obstruction des voies respiratoires, se référer au protocole 1RÉP/MED. 13 ou 1RÉP/PED. 4 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger).**
3. **Évaluer la possibilité d'une réaction anaphylactique. Si présence d'un agent causal suspecté ou confirmé, se référer au protocole 1RÉP/PED. 5 (Réaction allergique/anaphylactique).**
4. **Lorsque les interventions prescrites par le protocole 1RÉP/MED. 13 ou 1RÉP/PED. 4 (Obstruction des voies respiratoires par corps étranger) et 1RÉP/PED. 5 (Réaction allergique/Anaphylactique) sont en cours ou terminées, on peut revenir au protocole 1RÉP/PED. 3 (Difficulté respiratoire) s'il y a encore difficulté respiratoire.**
5. **Si la ventilation est inadéquate, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.**
6. **Si la ventilation est adéquate, administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus en positionnant le masque de manière à ne pas effrayer l'enfant.**
7. **Position de confort.**
8. **Minimiser les contacts physiques avec l'enfant pour éviter l'agitation.**
9. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
10. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

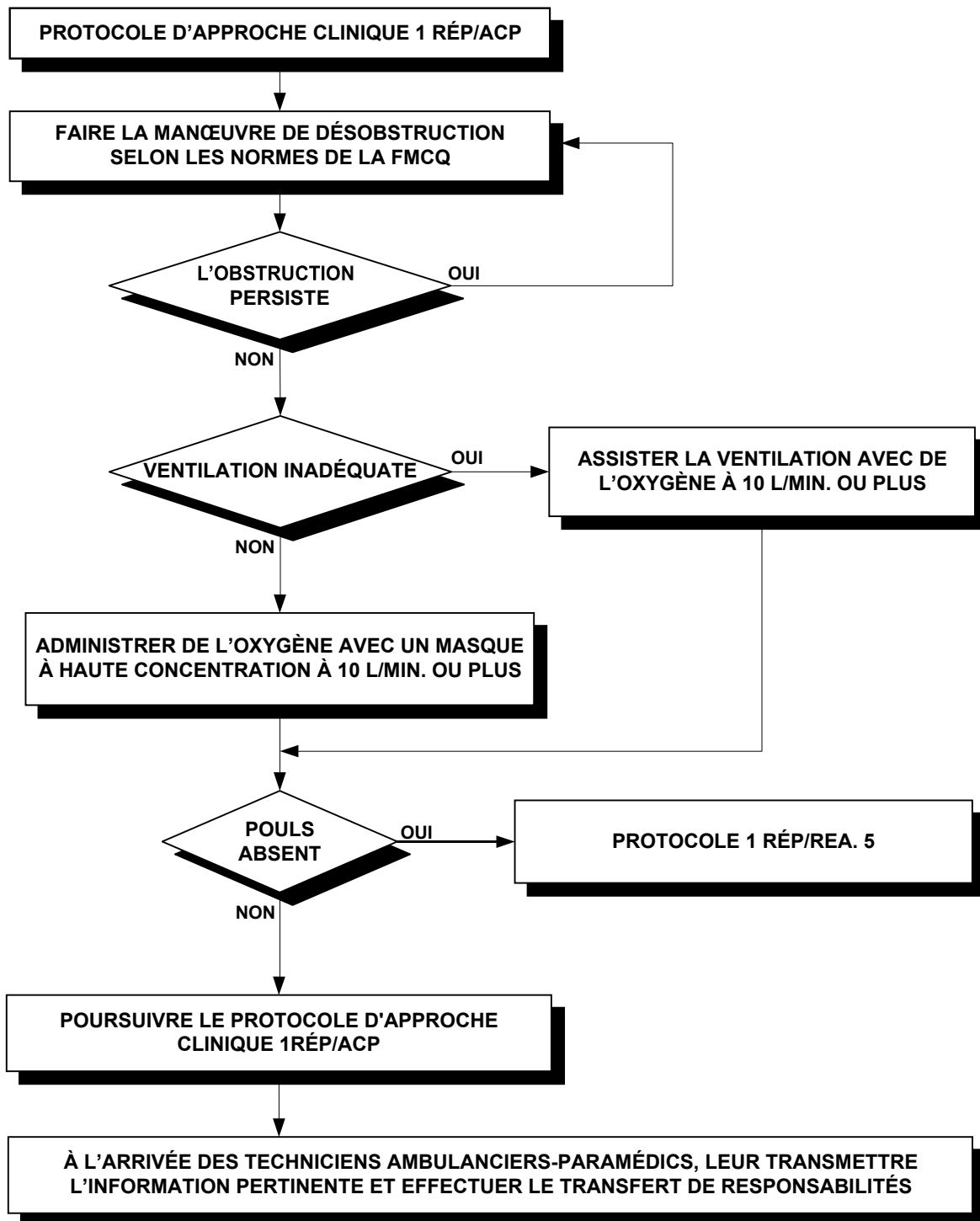
Remarques :

Si l'enfant salive exagérément ou a de la difficulté à avaler ou a l'air anxieux et est assis, ne pas essayer de vérifier dans la bouche à cause des dangers d'épiglottite.

Signes de détérioration de l'état de l'enfant : altération de l'état de conscience, fatigue, pâleur, mouvement de la tête de haut en bas à chaque respiration, rétraction des muscles du thorax, battement des ailes du nez.

La bradycardie est un signe d'hypoxie sévère chez l'enfant.

1RÉP/PED. 4 Obstruction des voies respiratoires par corps étrangers - Pédiatrie



1RÉP/PED. 4 Obstruction voies respiratoires par un corps étranger – Pédiatrie (PR-DEA, 1, 2, 3)

- 1. Appliquer les techniques de désobstruction des voies respiratoires (se référer au protocole de la Fondation des maladies du cœur du Québec) avec les spécificités suivantes :**
 - a) Si l'obstruction des voies respiratoires persiste, continuer les techniques de désobstruction des voies respiratoires jusqu'au dégagement ou jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics;
 - b) Si désobstruction efficace et ventilation inadéquate;
 - Assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus.
 - c) Si désobstruction efficace et ventilation efficace;
 - Administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - Surveillance continue de la respiration.
- 2. Si ACR, ou pouls < 60 et état de conscience à P ou U, se référer au protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).**
- 3. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
- 4. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

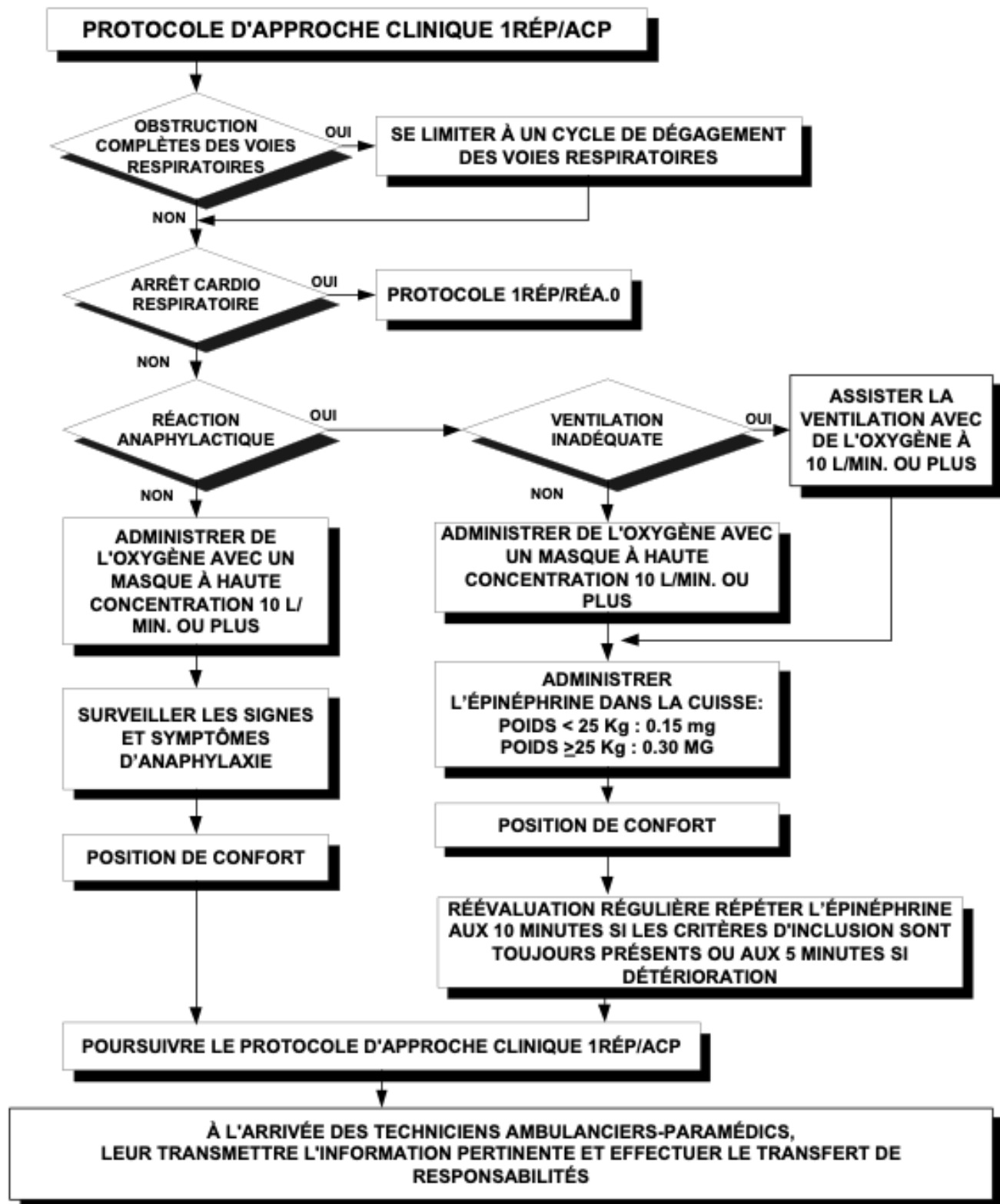
Remarques :

Se référer aux normes de la Fondation des maladies du cœur du Québec pour la ventilation.

Surveiller les complications associées à l'obstruction de voies respiratoires telles que :

- Vomissements et aspiration;
- Obstruction complète des voies respiratoires;
- Arrêt respiratoire;
- Arrêt cardiorespiratoire.

1RÉP/PED. 5 Réaction allergique/anaphylactique



1RÉP/PED. 5 Réaction allergique/anaphylactique (PR-1, 2, 3)

Critères d'inclusion :

Toute exposition à un agent causal connu ou suspecté dans les dernières 24 heures et présence d'un ou plusieurs signes ou symptômes d'allergies.

Critères d'inclusion à la section sur la réaction anaphylactique :

Contact allergique connu ou suspecté dans les 4 heures précédant le début des symptômes ET

Une des deux (2) situations suivantes

- I. La présence d'une détresse respiratoire ou d'une défaillance circulatoire (signe de choc).
- II. Présence de 2 des 4 présentations cliniques suivantes :
 - Urticaire ou angioédème;
 - Difficulté respiratoire;
 - Défaillance circulatoire (ex; grande faiblesse);
 - Symptômes gastro-intestinaux.

Critères d'exclusion : AUCUN

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (approche clinique préhospitalière).
2. Si OVR complète, se limiter à un cycle de dégagement des VR.
3. Si ACR, se référer au protocole 1RÉP/RÉA 0.
4. Si la **ventilation est inadéquate**, assister la ventilation avec O₂ à 10L/min ou plus.
5. Si la **ventilation est adéquate**, administrer de l'O₂ avec masque haute concentration à 10L/min ou plus, **ou selon 1RÉP/TECH. 10.**
6. Si réaction anaphylactique :
 - a) Administrer l'épinéphrine par voie intramusculaire dans la cuisse :
 - Pour les victimes de moins de 25 kg, le dosage est de 0.15 mg d'épinéphrine;
 - Pour les victimes de 25 kg et plus, le dosage est de 0.3 mg d'épinéphrine.
 - Pour les victimes de 50 kg et plus, le dosage est de 0.5 mg d'épinéphrine (si disponible);
7. Position de confort.
8. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP (approche clinique préhospitalière).
9. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

1RÉP/PED. 5 Réaction allergique/anaphylactique (PR-1, 2, 3) (suite)**1. Répéter l'épinéphrine :**

- aux 5 minutes, si le patient présente une détérioration.
- aux 10 minutes si il n y a aucune amélioration.
- aux 10 minutes s'il y a amélioration, mais que les critères d'inclusion sont encore présents.

REMARQUES :**Détresse respiratoire :**

Difficulté respiratoire (dyspnée) sévère associée à un ou plusieurs des signes suivants :

- Augmentation du rythme respiratoire (tachypnée);
- Respiration bruyante;
- Incapacité à faire des phrases complètes;
- Utilisation des muscles accessoires à la respiration (tirage);
- Peau bleutée (cyanose);
- Atteinte de l'état de conscience («V», «P», «U»).

Défaillance circulatoire (choc) :

Présence de deux ou plusieurs des signes suivants:

- Augmentation du rythme cardiaque (tachycardie);
- Augmentation du rythme respiratoire (tachypnée);
- Anxiété et agitation;
- Peau froide, pâle et moite;
- Absence de pouls radial bilatéralement;
- Atteinte de l'état de conscience («V», «P», «U»).

Si le patient a reçu une dose d'épinéphrine avant votre arrivée, la dose peut être répétée immédiatement si les critères d'inclusion sont encore présents.

PROBLÈMES MÉDICAUX-LÉGAUX

1RÉP/MED.-LEG. 1 Enfant maltraité (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'inclusion (basés sur la Loi sur la protection de la jeunesse - LPJ) :

Présence d'un ou plusieurs des éléments suivants :

- a) Abandon;
- b) Négligence;
- c) Mauvais traitements psychologiques;
- d) Abus sexuels;
- e) Abus physiques;
- f) Troubles de comportements sérieux.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Se référer au protocole approprié selon les signes et symptômes en présence.**
3. **Si le premier répondant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens des paragraphes d et e du deuxième alinéa de l'article 38 (abus sexuel ou abus physique) de la LPJ, il est tenu de signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse. C'est l'OBLIGATION du premier répondant de signaler tout cas répondant à ces critères même si plusieurs intervenants sont impliqués dans le dossier (exemple : médecin, infirmières, techniciens ambulanciers paramédics, policiers, etc.).**
4. **Si le premier répondant a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens des paragraphes a, b, c ou f (voir les critères d'inclusions au protocole) du deuxième alinéa de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1 de la LPJ, il peut signaler la situation au directeur.**
5. **Le premier répondant est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un enfant qui désire saisir les autorités compétentes d'une situation compromettant sa sécurité ou son développement, ceux de ses frères et soeurs ou ceux de tout autre enfant.**
6. **Donner le maximum d'informations aux techniciens ambulanciers paramédics (circonstances, comportement des parents ou du gardien, état du logement, etc.)**

Téléphone de la DPJ de votre région :

Renseignements requis :

- Circonstances;
- Comportement des parents;
- État du logement.

1RÉP/MED.-LEG. 2 Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable (mort obscure ou non, datant de plusieurs heures) (PR-DEA, 1, 2, 3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Mettre le défibrillateur sous tension dès l'arrivée sur les lieux de l'intervention.
3. Comme la priorité est l'accès à l'usager, les policiers doivent permettre immédiatement cet accès aux ressources préhospitalières. En cas de refus, les premiers répondants doivent expliquer l'importance de cette priorité aux policiers et quitter les lieux si le refus est maintenu.
4. **Constater l'arrêt cardiorespiratoire :**
Lorsque :
 C = absence de pouls

 ET

 A+B = impossibilité d'ouvrir les mâchoires et de ventiler en raison d'une rigidité cadavérique

 Aucune manœuvre de réanimation
5. Si possibilité de ventiler le patient, se référer à 1RÉP/RÉA. 0 (Intervention globale – Arrêt cardiorespiratoire).
6. Apporter le support à la famille en attendant les techniciens ambulanciers paramédics.
7. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.
8. Toute situation problématique doit être soumise au directeur médical régional pour suivi du dossier.

**1RÉP/MED.-LEG. 2 Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable
(mort obscure ou non, datant de plusieurs heures) (suite)**

Remarques :

Sur les lieux d'une scène de crime ou d'une scène suspecte :

- a) Prendre garde de ne pas déplacer ou manipuler des objets au moment d'une intervention;
- b) Ne pas utiliser le téléphone du patient;
- c) Demander l'intervention des ressources policières si elles ne sont pas présentes sur la scène.
 - Observer et détailler la scène;
 - Protéger la scène et éviter que des curieux ne s'approchent;
 - Ne pas fouiller les lieux afin de trouver des informations relatives au patient (identification, médicaments, etc.);
 - Ne pas répondre aux questions des journalistes et ne jamais dévoiler l'identité du patient.

1RÉP/MED.-LEG. 3 Directives de non-initiation de la réanimation (PR-DEA, 1, 2, 3)

Critères d'exclusion :

Suicide, homicide.

1. **Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).**
2. **Mettre le défibrillateur sous tension dès l'arrivée sur les lieux de l'intervention.**
3. **Dictier un rapport verbal succinct de la situation sur la bande audio du défibrillateur si disponible.**
4. **Demander l'attestation de non-initiation de la réanimation. Vérifier que le document a été signé par l'utilisateur ou son représentant légal.**
5. **En l'absence d'une ordonnance écrite de non-initiation de la réanimation, une ordonnance verbale de non-initiation de la réanimation doit être respectée au même titre qu'une ordonnance écrite. L'ordonnance verbale peut-être émise dans l'ordre par un tuteur, un curateur, un mandataire, un conjoint légal, un membre de la famille ou toute personne ayant un lien significatif avec l'utilisateur.**

Dans un tel cas, inscrire clairement sur le RIP le nom de la personne ayant signifié l'ordonnance de non-initiation de la réanimation ainsi que son lien avec l'utilisateur.

6. **S'il y a désaccord parmi les proches de la famille sur l'ordonnance verbale de non-initiation de la réanimation, procéder au protocole 1RÉP/RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte) après confirmation de l'arrêt cardiorespiratoire.**
7. **S'il y a une ordonnance écrite de non-initiation de la réanimation et qu'un des proches insiste pour qu'il y ait des manœuvres, débiter le protocole 1RÉP/RÉA. 1 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Adulte).**
8. **Apporter le support aux proches en attendant les techniciens ambulanciers paramédics.**
9. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**
10. **Toute situation problématique doit être soumise au directeur médical régional pour suivi du dossier.**
11. **Bien documenter le dossier en tout temps.**

Remarque :

S'il s'agit d'un suicide sans suspicion d'homicide chez un patient qui était déjà dans un contexte de maladie dégénérative, terminale ou incurable, la demande de non-réanimation peut être respectée s'il y a consensus des représentants du patient et aucune objection policière.

1RÉP/MED.-LEG. 4 Mort évidente (PR-DEA, 1, 2, 3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière).
2. Théoriquement, les services préhospitaliers ne devraient pas être appelés si la personne décédée présente une des caractéristiques suivantes :
 - a) Ossements;
 - b) Décapitation;
 - c) Sectionnement complet du corps;
 - d) Compression totale du crâne;
 - e) Évidement du crâne;
 - f) Putréfaction avancée;
 - g) Adipocire;
 - h) Momification;
 - i) Calcination.
3. Lorsque les services préhospitaliers d'urgence sont appelés sur les lieux où une personne présente l'une des caractéristiques énumérées en 2, à la suite d'une appréciation de l'état du patient, ne pas faire de manœuvres de réanimation. L'utilisation du défibrillateur n'est pas applicable.
4. Apporter le support aux proches en attendant les techniciens ambulanciers paramédics.
5. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.
6. Toute situation problématique doit être soumise au directeur médical régional pour suivi du dossier.

1RÉP/MED.-LEG. 5 Présence de médecin/sage-femme sur les lieux (PR-DEA, 1, 2, 3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP (Approche clinique préhospitalière)
2. Prendre charge de l'usager selon les protocoles habituels. Aviser le médecin/sage-femme que les premiers répondants agissent selon des protocoles approuvés par les directions médicales nationales et régionales.
3. Si le médecin/sage-femme veut prendre en charge l'usager, noter au dossier son nom et numéro de pratique au Québec.
4. Offrir une assistance au professionnel sur place et attendre les techniciens ambulanciers paramédics.
5. Toute situation problématique doit être soumise au directeur médical régional pour suivi du dossier.

Remarque :

Seul un médecin avec un permis de pratique au Québec peut rédiger un constat de décès au Québec.

PROBLÈMES TRAUMATIQUES

Informations sur les problèmes traumatiques

Introduction

Les protocoles inhérents aux problèmes traumatiques doivent toujours tenir compte des principes suivants :

- a) Assurer la sécurité du site d'intervention y compris la sécurité des intervenants;
- b) Reconnaître et documenter adéquatement les mécanismes du traumatisme avec la participation des témoins et autres intervenants (policiers, pompiers, etc.).

Les exemples qui suivent constituent des **impacts à haute vitesse**, ce qui indique que les patients sont à risque de blessures possiblement non évidentes, lors de la prise en charge :

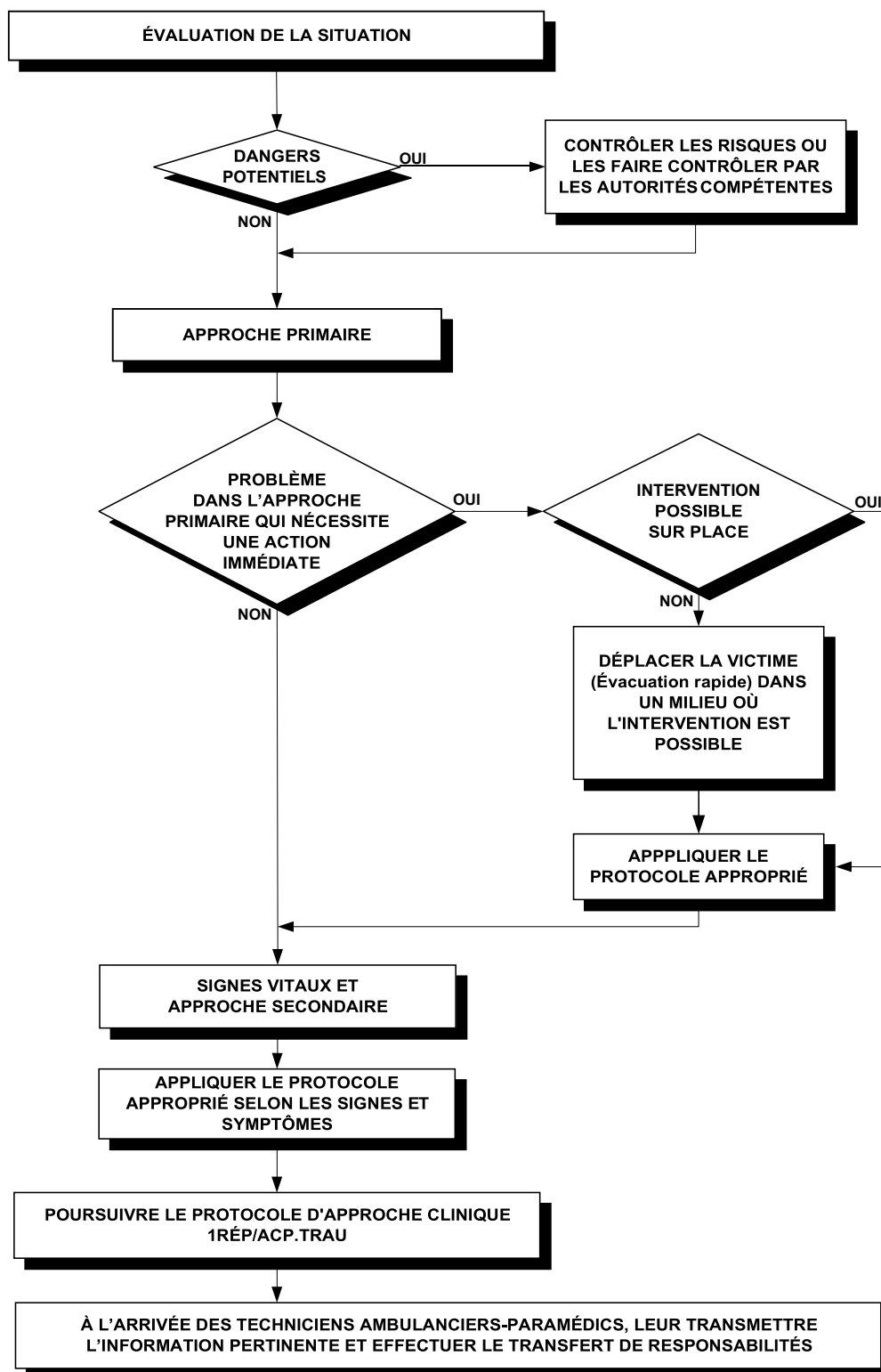
- Vitesse d'impact > 64 km/h;
- Déformation de la voiture sans intrusion;
- Temps de désincarcération > 20 minutes;
- Tonneaux;
- Marque de la tête dans le pare-brise;
- Motocycliste qui chute sans casque.

Il est à noter que certains types de mécanismes de traumatisme sont propices à entraîner des blessures sérieuses. Ces exemples constituent des **cinétiques à risque** :

- Chute de plus de 6 mètres chez l'adulte ou plus de 3 mètres chez l'enfant (ou 2 à 3 fois sa hauteur);
- Intrusion dans l'habitacle incluant le toit :
 - > 30 cm dans l'espace patient;
 - > 45 cm ailleurs dans l'habitacle.
- Éjection (partielle ou complète) hors du véhicule;
- Décès d'un occupant dans l'habitacle où se trouvait le patient;
- Piéton/cycliste renversé ou écrasé par une voiture, ou impact significatif (> 30 km/h);
- Accident de motocyclette à plus de 30 km/h.

- c) Ne rien donner par la bouche.

1RÉP/ACP.TRAU Approche clinique préhospitalière en traumatologie



1RÉP/ACP.TRAU Approche clinique préhospitalière en traumatologie (PR-DEA, 1, 2, 3)

Dès qu'un patient présente une atteinte de ses fonctions vitales (approche primaire ou signes vitaux), il faut procéder immédiatement à l'intervention appropriée.

1. Évaluation de la situation :

- a) Sécuriser les lieux (risques potentiels);
- b) Évaluer le nombre de patients (mécanisme de l'accident, triage, etc.);
- c) Sécuriser les espaces de travail;
- d) Demander les ressources supplémentaires nécessaires;
- e) Noter tous les détails pertinents sur l'intervention des premiers intervenants;
- f) Appliquer les protections universelles. Lorsque le patient présente une maladie infectieuse avec risque de transmission ou que le TAP identifie que le patient présente un risque spécifique, les mesures appropriées de protection contre les infections doivent alors être respectées.

2. Approche primaire :

- L' :** (État de conscience) présence ou absence de réaction – appliquer une protection cervicale.
- A :** (Airway) ouverture des voies respiratoires.
- B :** (Breathing) respiration.
- C :** (Circulation) pouls et saignement actif.
- D :** (Disability) désordre neurologique, niveau de conscience « AVPU ».
- E :** (Expose) découvrir la partie affectée seulement.

En présence d'atteinte des fonctions vitales, se référer au protocole approprié. Si l'intervention est impossible sur place, déplacer le patient dans un endroit où l'intervention est possible.

3. Prendre les signes vitaux.

4. Approche secondaire :

L'approche secondaire se fait uniquement dans les cas de traumatismes. Elle consiste en un examen physique rapide de la tête aux pieds afin de déterminer les déformations ou lésions évidentes. Elle doit être pratiquée dans un temps maximal d'une minute. Dans les cas d'un traumatisme isolé, seule la partie affectée fait l'objet d'un examen.

5. Stabilisation :

Application du protocole approprié selon les signes et symptômes du patient.

6. Surveillance continue en attente des techniciens ambulanciers paramédics :

- a) Répéter le protocole 1RÉP/ACP.TRAU (Approche clinique préhospitalière en traumatologie);
- b) Prise des signes vitaux aux cinq (5) minutes.

1RÉP/ACP.TRAU. Approche clinique préhospitalière en traumatologie (suite)

7. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP.TRAU (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).
8. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

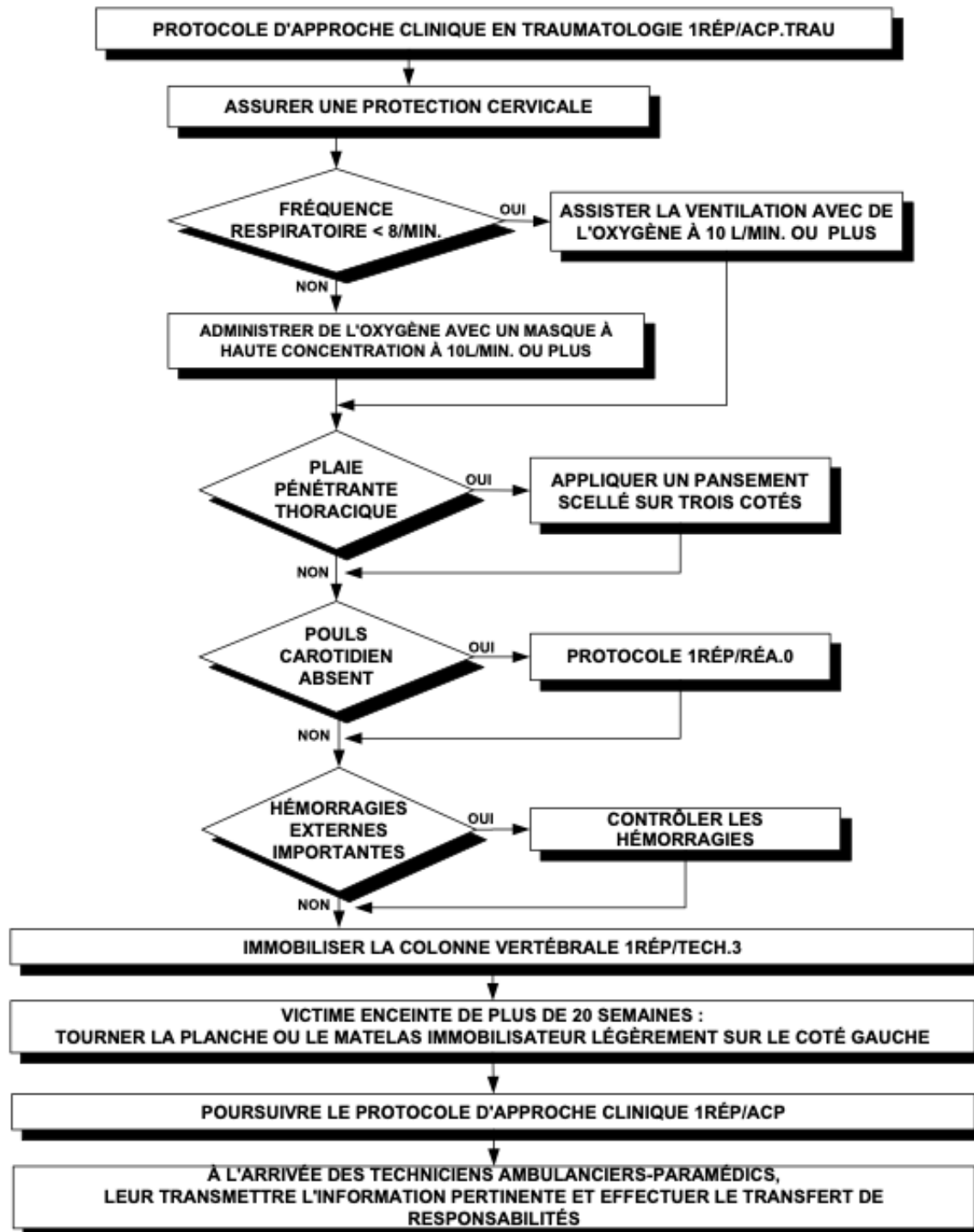
Remarques :

Indications pour une évacuation rapide vs une évacuation d'urgence* :

- a) Situations nécessitant une évacuation rapide;
 - Patient instable;
 - Arrêt cardiorespiratoire;
 - Obstruction des voies respiratoires qui ne peuvent être dégagées par des méthodes simples;
 - Détresse respiratoire;
 - Blessure thoracique ou des voies respiratoires nécessitant une ventilation ou une assistance ventilatoire (défaillance respiratoire);
 - Hémorragie impossible à contrôler;
 - Absence de pouls radial;
 - Niveau de conscience « P » ou « U »;
 - Traumatisme pénétrant.
 - Accès requis à un patient instable.
- b) Situations nécessitant une évacuation d'urgence.
 - Situations à risques non contrôlables.
 - Incendie ou danger immédiat d'incendie;
 - Danger d'explosion;
 - Véhicule submergé;
 - Véhicule instable qui risque de se déplacer;
 - Exposition continue à un produit toxique.

***Les évacuations d'urgence sont considérées comme étant des sauvetages et ne sont pas du ressort du premier répondant.**

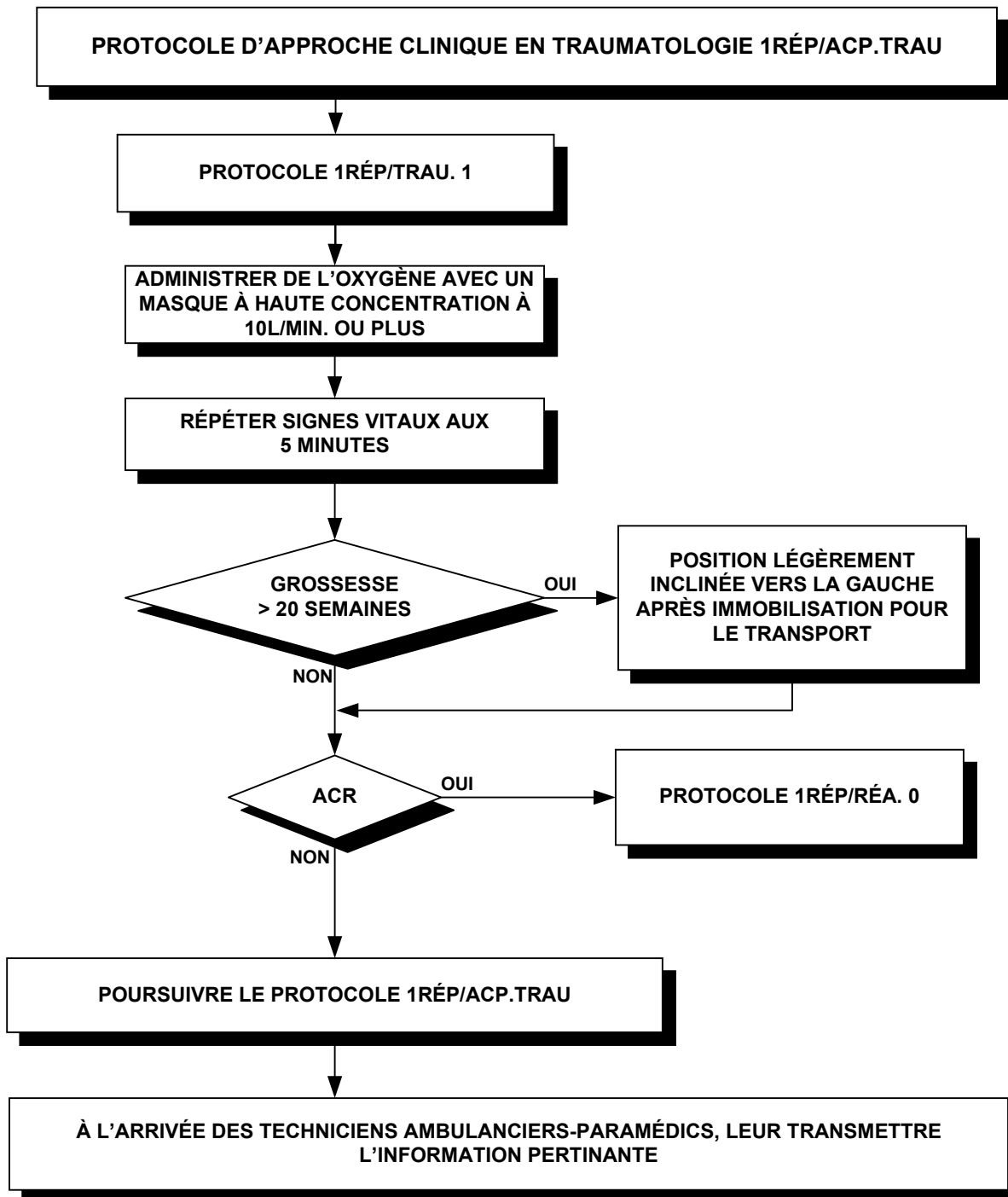
1RÉP/TRAU. 1 Traumatisme adulte (incluant traumatisme thoracique et abdominal)



1RÉP/TRAU. 1 Traumatisme adulte (incluant traumatisme thoracique et abdominal) (PR-2, 3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP.TRAU (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).
2. Appliquer une protection cervicale.
3. Vérifier la fréquence respiratoire et intervenir selon a), b) ou c) :
 - a) **Si fréquence respiratoire < 8/min**, assister la ventilation avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;
 - **Si plaie pénétrante thoracique**, appliquer un pansement scellé sur trois faces;
 - **Si pouls carotidien absent**;
 - Appliquer le protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Intervention globale – Arrêt cardiorespiratoire).
 - **Si pouls carotidien présent**;
 - Contrôler les hémorragies externes importantes.
 - b) **Si fréquence respiratoire ≥ 8 /min**, administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - **Si plaie pénétrante thoracique**, appliquer un pansement scellé sur trois faces;
 - **Si pouls carotidien présent et pouls radial absent**.
 - Contrôler les hémorragies externes importantes.
 - c) **Si fréquence respiratoire et fonction circulatoire adéquates avec altération de l'état de conscience**.
 - Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - Contrôler les hémorragies externes importantes;
 - En présence de vomissements, positionner le patient légèrement incliné vers la gauche.
4. **Si présence d'éviscération, appliquer des compresses abdominales humides avec une solution saline et envelopper les viscères avec un pansement occlusif. Ne pas tenter de repousser les viscères.**
5. **Immobiliser la colonne vertébrale. Se référer au protocole 1RÉP/TECH. 3 (Protection spinale adulte).**
6. **Prendre les mesures nécessaires pour éviter la perte de chaleur corporelle et manipuler avec soin si risque d'hypothermie.**
7. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP.TRAU. (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).**
8. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

1RÉP/TRAU. 2 Traumatisme chez la femme enceinte



1RÉP/TRAU. 2 Traumatisme chez la femme enceinte (PR-2, 3)

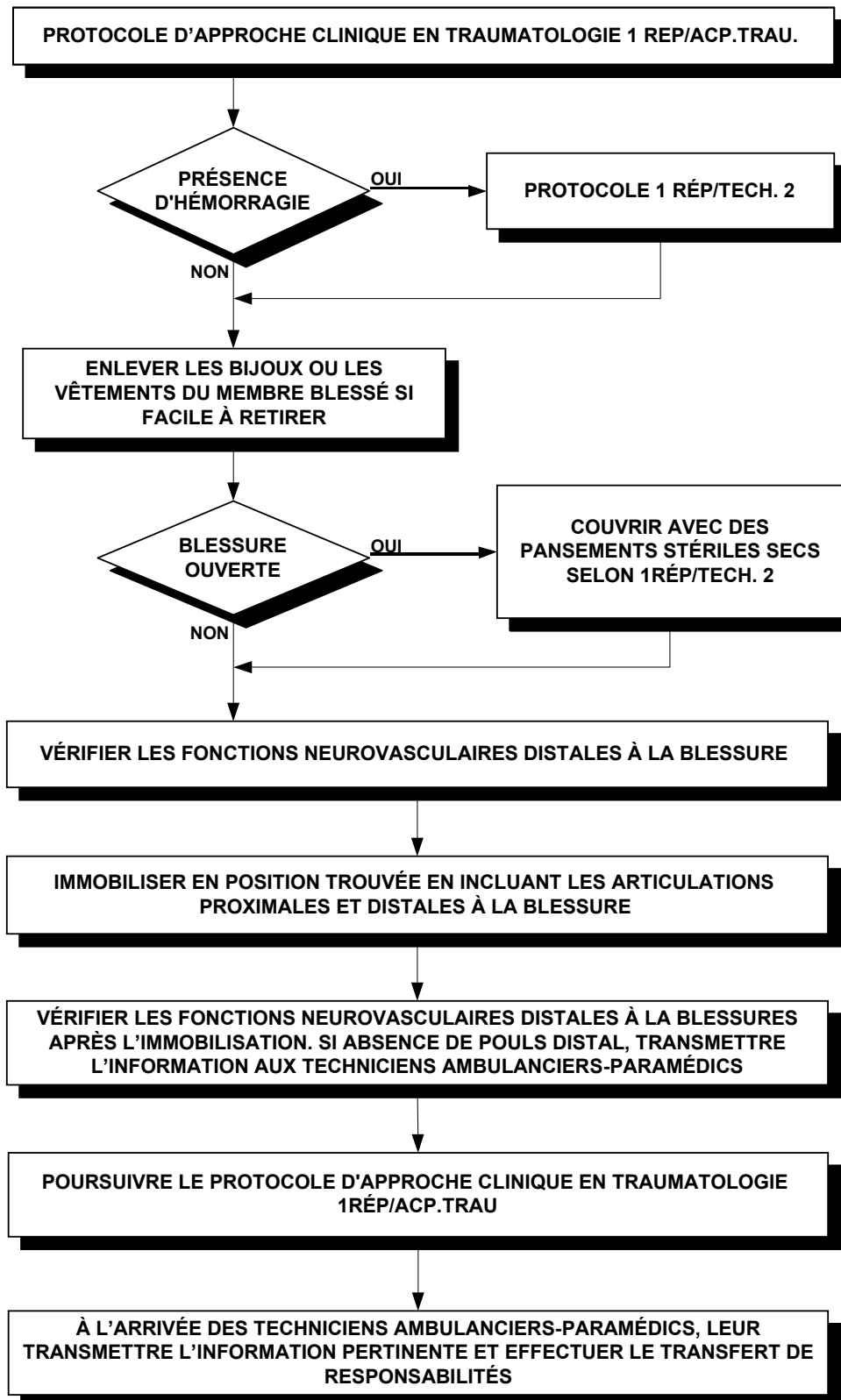
1. Les protocoles 1RÉP/ACP.TRAU (Approche clinique préhospitalière en traumatologie) et 1RÉP/TRAU. 1 (Traumatisme adulte) sont applicables dans leur totalité chez la femme enceinte avec les considérations suivantes :
2. L'administration de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10L/min ou plus est essentielle pour l'oxygénation fœtale.
3. Il est important de répéter les signes vitaux aux 5 minutes, car un état de choc décompensé peut survenir rapidement.
4. En présence d'une patiente enceinte ≥ 20 semaines : position légèrement inclinée vers la gauche après l'immobilisation en ajoutant 10-15 cm de rembourrage du côté droit (sous le matelas immobilisateur).
5. Dans les situations d'arrêt cardiorespiratoire traumatique, se référer à 1RÉP/RÉA. 0 (Arrêt cardiorespiratoire – Intervention globale).
6. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP.TRAU. (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).
7. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

**Le volume sanguin de la femme enceinte est augmenté pendant la grossesse.
En situation d'hémorragie, une altération des signes vitaux peut survenir tardivement.**

Remarque :

Les priorités de réanimation de la patiente polytraumatisée ont toujours préséance sur le traitement spécifique.
Se référer au protocole approprié.

1RÉP/TRAU. 3 Traumatisme isolé des extrémités



1RÉP/TRAU. 3 Traumatisme isolé des extrémités (PR-2, 3)

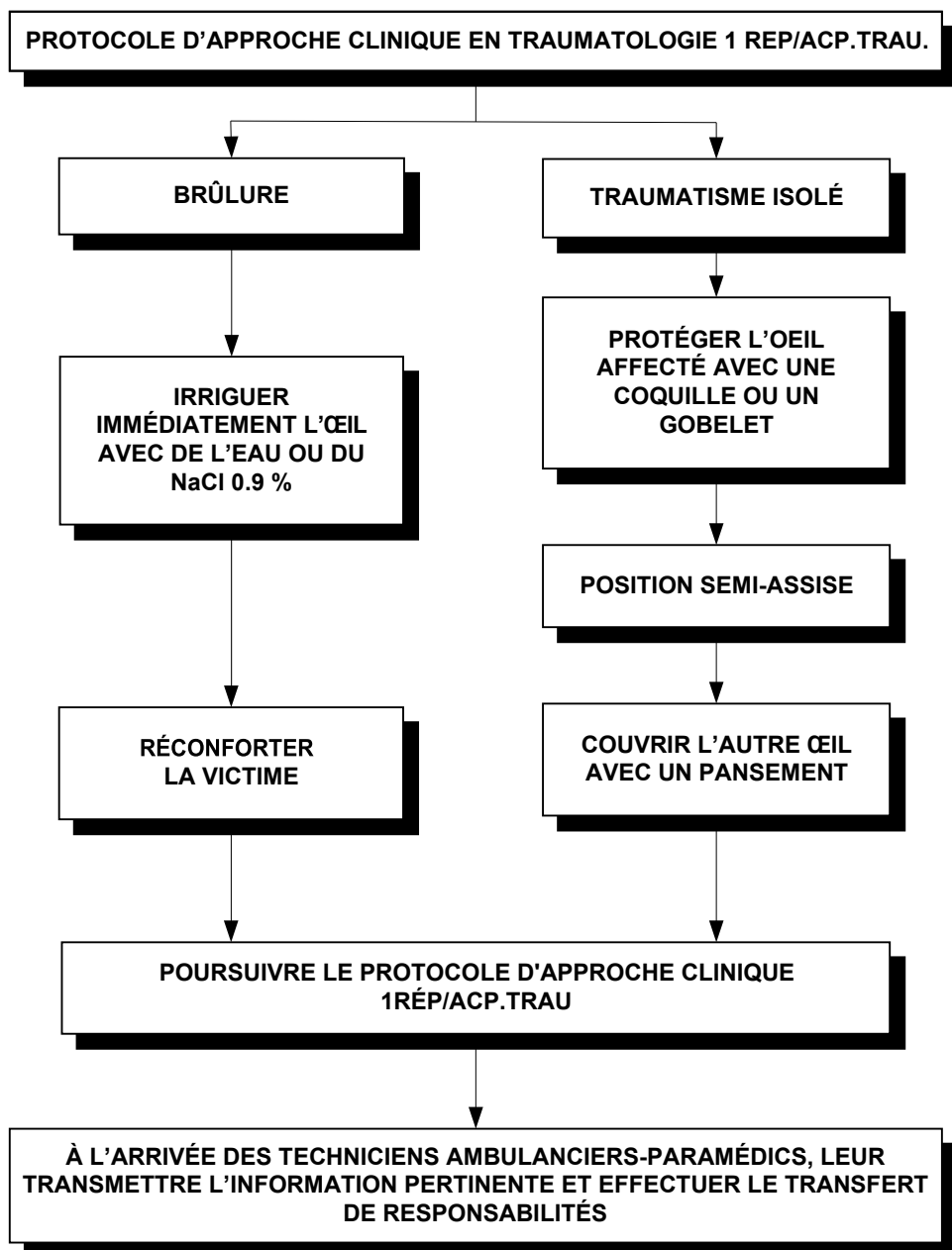
1. Se référer au protocole d'approche clinique préhospitalière en traumatologie.
2. Si présence d'hémorragie, se référer au protocole 1RÉP/TECH. 2 (Contrôle d'hémorragie);
3. Vérifier les fonctions neurovasculaires distales à la blessure avant l'immobilisation.
4. Enlever les bijoux ou les vêtements du membre blessé (seulement si faciles à retirer).
5. Couvrir les blessures ouvertes avec des pansements stériles secs selon la technique 1RÉP/TECH. 2 (Contrôle d'hémorragie).
6. Immobiliser en position trouvée en incluant les articulations proximales et distales à la blessure.
7. Répéter la vérification des fonctions neurovasculaires distales à la blessure après l'immobilisation. Si absence de pouls distal, transmettre l'information aux techniciens ambulanciers paramédics.
8. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP.TRAU. (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).
9. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Remarques :

La vérification des fonctions neurovasculaires comprend : motricité, sensibilité, pouls, coloration et température.

Les priorités de réanimation du patient polytraumatisé ont toujours préséance sur le traitement spécifique. Se référer au protocole approprié.

1RÉP/TRAU. 4 Traumatisme ou brûlure oculaire



1RÉP/TRAU. 4 Traumatisme ou brûlure oculaire (PR-2, 3)

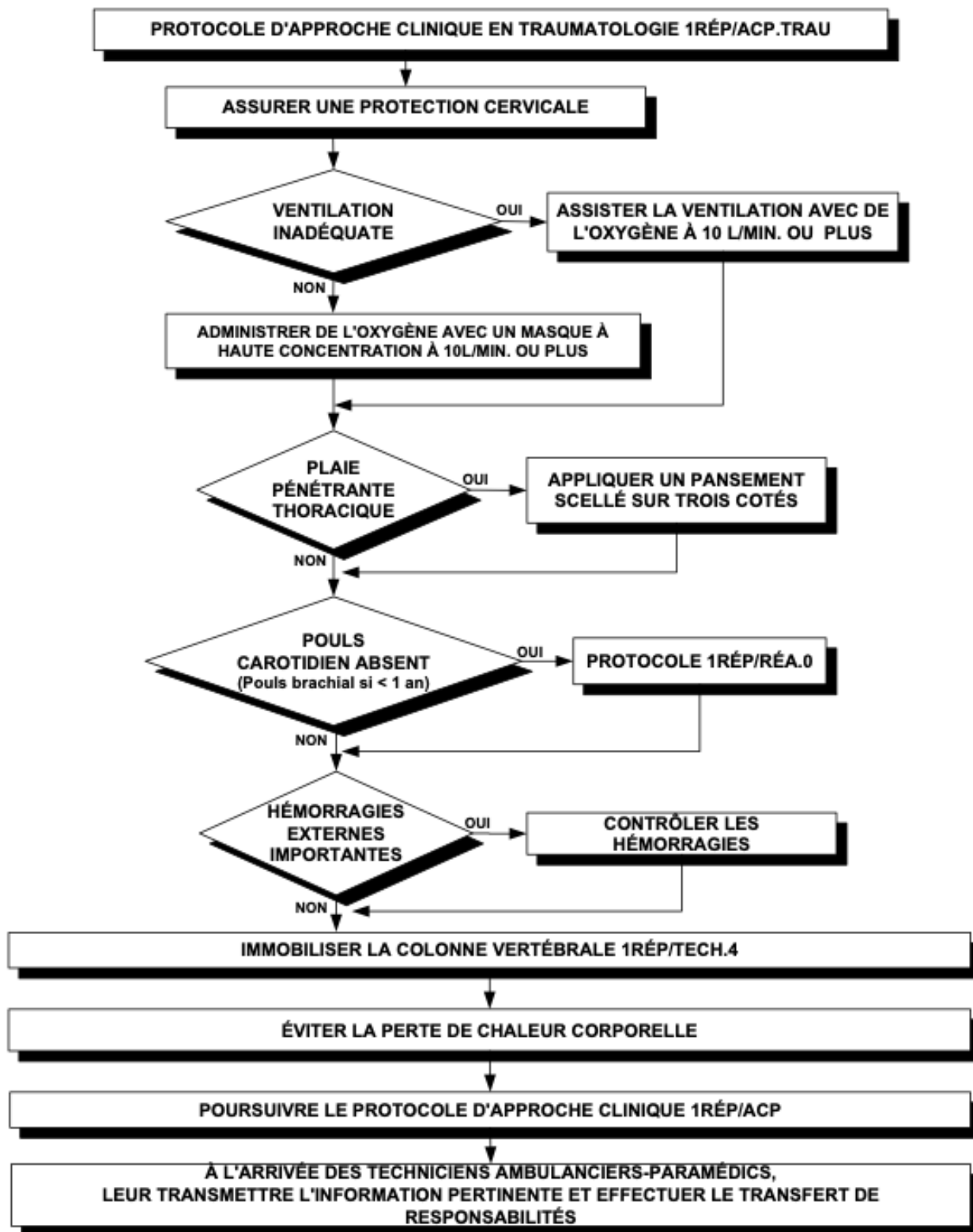
1. **Se référer au protocole 1RÉP.ACP.TRAU. (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).**
2. **Brûlure**
 - a) Laver immédiatement l'œil avec de l'eau ou du NaCl 0,9%;
 - b) Continuer l'irrigation jusqu'à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics.
3. **Trauma isolé :**
 - a) Protéger l'œil affecté avec une coquille ou un gobelet et couvrir l'autre œil avec un pansement afin de limiter les mouvements oculaires;
 - b) Position semi-assise.
4. **Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP.TRAU. (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).**
5. **À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.**

Ne jamais retirer un corps étranger pénétrant de l'œil

Remarque :

Les priorités de réanimation du patient polytraumatisé ont toujours préséance sur le traitement spécifique. Se référer au protocole approprié.

1RÉP/TRAU. 5 Traumatisme pédiatrique



1RÉP/TRAU. 5 Traumatisme pédiatrique (PR-2, 3)

1. Se référer au protocole 1RÉP/ACP.TRAU. (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).
2. Appliquer une protection cervicale.
3. Vérifier la ventilation et intervenir selon a), b) ou c) :
 - a) **Si la ventilation est inadéquate**, assister la ventilation et avec de l'oxygène à 10 L/min ou plus;
 - **Si plaie pénétrante thoracique**, appliquer un pansement scellé sur trois faces;
 - **Si pouls carotidien (ou brachial si < 1 an) absent**, ou < 60/min avec état de conscience à « P » ou « U »;
 - Appliquer le protocole 1RÉP/RÉA. 0 (Intervention globale – Arrêt cardiorespiratoire).
 - **Si pouls carotidien (ou brachial si < 1 an) présent et > 60/min**
 - Contrôler les hémorragies externes importantes.
 - b) **Si ventilation adéquate**, administrer de l'oxygène avec masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - **Si plaie pénétrante thoracique**, appliquer un pansement scellé sur trois faces;
 - **Si pouls carotidien (ou brachial si < 1 an) présent.**
 - Contrôler les hémorragies externes importantes.
 - c) **Si ventilation et fonction circulatoire adéquates avec altération de l'état de conscience.**
 - Administrer de l'oxygène avec un masque à haute concentration à 10 L/min ou plus;
 - Contrôler les hémorragies externes importantes;
 - En présence de vomissements, positionner le patient légèrement incliné vers la gauche.
4. Immobiliser la colonne vertébrale. Se référer au protocole 1RÉP/TECH. 4 (Protection spinale pédiatrique).
5. Prendre les mesures nécessaires pour éviter la perte de chaleur corporelle et manipuler avec soin si risque d'hypothermie.
6. Poursuivre le protocole 1RÉP/ACP.TRAU. (Approche clinique préhospitalière en traumatologie).
7. À l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, leur transmettre l'information pertinente et effectuer le transfert de responsabilités.

Remarque :

Chez l'enfant de moins d'un an, prendre le pouls brachial au lieu du pouls carotidien.

TECHNIQUES

1RÉP/TECH. 1 Retrait du casque protecteur (PR-2, 3)

Patient debout :

1. **Le PR # 1 approche le patient de face, demande à celui-ci de ne pas bouger et il maintient la tête du patient en étau :**
 - Une main posée sur la base de l'occiput;
 - Une main posée sur le maxillaire inférieur.
2. **Demander au patient de retirer lui-même son casque protecteur (si possible).**

Sinon suivre la procédure suivante (retirer le casque de manière sécuritaire).
3. **Le PR # 2 se place devant le patient et s'informe auprès de lui afin de savoir s'il n'y a pas d'objet qui peut nuire au retrait du casque (ex. : boucles d'oreille).**
4. **Retrait du casque selon a) ou b) par le PR # 2 :**
 - a) Casque avec mentonnière rigide couvrant le visage (intégral);
 - Tout en écartant légèrement les côtés du casque, effectuer une légère bascule vers l'arrière jusqu'au moment où vous percevez le nez du patient;
 - Effectuer ensuite une bascule vers l'avant en retirant le casque;
 - S'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
 - b) Casque sans mentonnière rigide.
 - Tout en écartant légèrement les côtés du casque, retirer celui-ci avec un mouvement vers l'avant;
 - S'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
5. **Le PR # 2 reprend l'immobilisation de la tête et la maintient en position neutre.**
6. **Le PR # 1 mesure et installe un collet cervical rigide.**
7. **Les PR procèdent à la descente rapide du patient selon 1RÉP/TECH. 3 (immobilisation de la colonne chez l'adulte) sur planche.**
8. **Remettre le casque aux techniciens ambulanciers paramédics.**

Patient couché :

1. **Le PR # 1 se place parallèlement au patient, stabilise manuellement la colonne cervicale du patient et ouvre la visière du casque (si présente).**
2. **Le PR # 2 se place à la tête du patient et prend la relève de l'immobilisation manuelle.**

1RÉP/TECH. 1 Retrait du casque protecteur (suite)

3. Si le patient n'est pas déjà en position couchée sur le dos, les PR placent le patient en position de décubitus dorsal, préférablement, directement sur l'équipement d'immobilisation spinale si l'état du patient le permet en limitant les mouvements de la tête.
4. Le PR # 1 détache ou coupe la sangle de retenue du casque.
5. Le PR # 1 maintient la tête en étau en position neutre :
 - Une main posée sur la base de l'occiput;
 - Une main posée sur le maxillaire inférieur.
6. Retrait du casque selon a) ou b) par le PR # 2 :
 - a) Casque avec mentonnière rigide couvrant le visage (intégral);
 - Tout en écartant légèrement les côtés du casque, effectuer une légère bascule vers l'arrière en portant une attention particulière au nez;
 - Effectuer ensuite une bascule vers l'avant en retirant le casque;
 - S'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
 - b) Casque sans mentonnière rigide.
 - Tout en écartant légèrement les côtés du casque, retirer celui-ci avec un mouvement vers l'avant;
 - S'assurer de l'immobilité de la tête lors de la manœuvre.
7. Le PR # 2 reprend l'immobilisation de la tête et la maintient en position neutre.
8. Le PR # 1 mesure et installe un collet cervical rigide.
9. Compléter l'immobilisation de la colonne vertébrale selon 1RÉP/TECH. 3 (immobilisation de la colonne chez l'adulte).
10. Remettre le casque aux techniciens ambulanciers paramédics.

Remarque :

S'assurer de conserver la position neutre de la colonne vertébrale particulièrement lorsque le patient porte des épaulettes.

1RÉP/TECH. 2 Contrôle d'hémorragie (PR-2, 3)

1. Localiser l'hémorragie.
 2. Si plusieurs sites d'hémorragie, prioriser le contrôle du saignement le plus abondant.
 3. Noter la nature de l'hémorragie et la présence d'un corps étranger si visible.
 4. En présence d'un corps étranger :
 - a) De façon générale;
 - Ne pas retirer l'objet;
 - Immobiliser l'objet si nécessaire;
 - Exercer une pression indirecte.
 - b) Si le corps étranger se situe au visage ou au cou et que.
 - L'assistance ventilatoire est compromise;
OU
 - L'oxygénation du patient est compromise;
OU
 - Le corps étranger se situe au thorax/dos et que le patient est en ACR.
- Retirer l'objet pour pouvoir procéder à la réanimation cardiorespiratoire.
5. Si l'hémorragie est située au niveau du cou :
 - Exercer une pression directe;
 - Faire une compression indirecte si corps étranger;
 - S'assurer de la perméabilité des voies respiratoires;
 - Faire immobilisation cervicale si indiqué (et si possible).

1RÉP/TECH. 2 Contrôle d'hémorragie (suite)

6. Si l'hémorragie est située au niveau des membres :

- Exercer une pression directe;
- Faire un pansement compressif.

7. Si suspicion de fracture ou présence de corps étranger :

- Exercer une pression indirecte;
- Éviter les mouvements du membre;
- Couvrir la plaie;
- Immobiliser.

8. Si l'hémorragie est située au niveau de la tête :

- Exercer une pression directe;
- Faire un pansement compressif (sauf en présence de déformation ou d'instabilité de la boîte crânienne. La pression doit être la plus légère possible pour contrôler le saignement.);
- Immobilisation cervicale si indiquée (et si possible).

9. Si l'hémorragie est située au niveau du tronc :

- Exercer une pression directe;
- Appliquer un pansement compressif;
- Attention de ne pas nuire à la respiration;
- En présence d'éviscération ou plaie aspirante, voir 1RÉP/TRAU. 1 (Traumatisme adulte).

10. Hémorragie non contrôlée :

- Ajouter un nouveau pansement compressif par-dessus le précédent;
- Comprimer l'artère proximale adjacente à la blessure si l'hémorragie persiste.

11. Hémorragie non contrôlée sur un membre :

- Si après l'application de deux pansements compressifs et une pression de l'artère proximale l'hémorragie n'est pas contrôlée, appliquer un tourniquet;
- Toujours inscrire l'heure de l'application du tourniquet.

1RÉP/TECH. 3 Protection spinale adulte (PR-2, 3)

GÉNÉRALITÉS

1. Mobilisation adulte (8 ans et plus) :

a) Patient trouvé debout (descente rapide) :

- Demander au patient de ne pas bouger;
- Immobiliser la tête manuellement en position neutre;
- Mesurer et installer un collet cervical rigide;
- Placer la planche debout et l'adosser au patient;
- Tout en maintenant la tête, descendre lentement le patient adossé à la planche;
- Transférer le patient sur matelas immobilisateur (se référer à la section 2 – matelas immobilisateur).

b) Patient trouvé par terre (décubitus dorsal)

- Demander au patient de ne pas bouger;
- Immobiliser la tête manuellement en position neutre;
- Mesurer et installer un collet cervical rigide;
- Tout en maintenant la tête alignée avec le tronc, tourner le patient en bloc vers soi;
- Placer le matelas immobilisateur parallèle au patient;
- Retourner le patient sur le matelas immobilisateur et procéder à l'immobilisation (se référer à la section 2 – matelas immobilisateur).

c) Patient trouvé (allongé) dans une autre position :

- Demander au patient de ne pas bouger;
- Immobiliser la tête manuellement;
- Positionner le matelas immobilisateur de façon appropriée (se référer à la section 2 – matelas immobilisateur);
- Installer le patient en position de décubitus dorsal sur le matelas tout en tentant de réaligner l'axe de la tête en position neutre (si applicable);
- Mesurer et installer un collet cervical rigide;
- Immobiliser dans le matelas immobilisateur (se référer à la section 2 – matelas immobilisateur).

1RÉP/TECH. 3 Protection spinale adulte (suite)

2. Matelas immobilisateur (1,22 mètre ou 4 pieds et plus) :

a) Installation du matelas immobilisateur – patient au sol;

- Étendre le matelas et dispenser les billes de façon uniforme;
- Placer un drap sur le matelas;
- Installer la pompe, faire un demi-vider et fermer la valve;
- Tout en maintenant la tête alignée avec le corps, tourner le patient en bloc vers soi;
 - Placer le matelas immobilisateur parallèlement au patient en prenant soin de replier par en dessous le rebord adjacent au patient;
 - Toujours garder le matelas immobilisateur complètement au sol (ne pas soulever le matelas pour l'adosser au patient);
 - Déposer doucement le patient sur le matelas immobilisateur et repositionner latéralement au besoin.
- Ouvrir la valve;
- Fixer les courroies du matelas immobilisateur en commençant par la partie supérieure du thorax et en terminant par les pieds (placer une couverture entre les jambes du patient pour remplir l'espace vide au besoin);
- Moulage du matelas immobilisateur aux épaules et à la tête tout en maintenant l'immobilisation manuelle de celle-ci. Replier les rebords du matelas vers l'extérieur (respecter le champ de vision du patient);
- Faire le vide d'air à l'aide de la pompe. La forme des billes doit être visible à la surface du matelas ou une complète rigidité de la surface. Refermer la valve;
- Réajuster les courroies (attention de ne pas nuire à la respiration);
- Immobiliser la tête avec du ruban adhésif en commençant par le front et en terminant par le menton;
- Transporter le patient à deux personnes ou plus à l'aide des poignées latérales. Ne pas transporter en tenant le matelas par ses extrémités (tête aux pieds).

1RÉP/TECH. 3 Protection spinale adulte (suite)

3. Planche dorsale :

- a) À l'aide des courroies, immobiliser d'abord le thorax, la tête et les pieds en dernier.
- Immobiliser le thorax à l'aide de deux courroies posées en « X ».
 - Demandé au patient (si conscient) de prendre une grande inspiration avant d'ajuster les courroies;
 - Si le patient est inconscient ou non coopératif, coordonner l'ajustement des courroies avec l'inspiration du patient (si possible). Attention de ne pas nuire à l'amplitude respiratoire;
 - Immobiliser les hanches à l'aide d'une courroie posée horizontalement. S'assurer que les points d'appui de la courroie soient situés sur la partie osseuse du bassin et non sur l'abdomen;
 - Immobiliser la tête à l'aide d'une couverture ou de l'équipement approprié;
 - Immobiliser les jambes à l'aide d'une courroie simple en « 8 » et remplir les espaces creux au besoin;
 - Maintenir les mains jointes à l'aide d'une bande triangulaire (au besoin).

4. KED (Kendrick's extraction device) :

- a) Installation du KED.
- Immobiliser la tête du patient manuellement par l'arrière (PR # 1);
 - Mesurer et installer un collet cervical rigide (PR # 2);
 - Reprendre l'immobilisation de la tête. Maintenir en position neutre en étau (PR # 2) :
 - Une main posée sur la base de l'occiput;
 - Une main posée sur le maxillaire inférieur.
 - Incliner le tronc et la tête du patient vers l'avant en maintenant l'axe spinal;
 - Évaluer le dos du patient (PR # 2);
 - Glisser le KED derrière le patient (PR # 1);
 - Centrer le KED avec la colonne vertébrale;
 - Tout en maintenant l'immobilisation en étau (maintien de la tête et du tronc), adosser le patient au KED.

1RÉP/TECH. 3 Protection spinale adulte (suite)

- Ramener les courroies latérales inférieures (jambes) en bas de chaque côté du patient. Ne pas installer immédiatement;
- Ramener les rabats thoraciques vers l'avant et boucler les courroies du centre et du bas seulement (ne pas serrer immédiatement). Pour les grossesses évidentes, ramener les rabats vers l'extérieur pour ne pas appliquer de pression sur l'abdomen;
- Amener la partie supérieure des rabats thoraciques sous les aisselles du patient en utilisant les poignées de soulèvement;
- Resserrer les deux courroies préalablement bouclées (pour les personnes obèses, faire prendre une grande inspiration avant de resserrer);
- Passer les courroies inférieures sous les jambes du patient de l'extérieur vers l'intérieur et boucler chacune dans les boucles femelles du même côté (lorsqu'il y a suspicion de trauma au bassin et/ou fémur, ne pas installer les courroies inférieures);
- Remplir l'espace entre l'arrière de la tête et le KED au besoin, à l'aide d'accessoires spongieux (fournis ou improvisés);
- Fixer les bandes frontales et mentonnières en ramenant chacun des rabats supérieurs au niveau de la tête (en maintenant la tête en position neutre) en commençant par le front et terminant par le menton;
- Ajuster toutes les courroies de bas en haut;
- Ajuster et boucler la courroie thoracique en demandant au patient d'inspirer profondément;
- S'assurer que toutes les courroies soient ajustées adéquatement.

Remarque :

En présence de douleur ou si résistance à l'immobilisation de la tête, immobiliser en position trouvée.

1RÉP/TECH. 4 Protection spinale pédiatrique (PR-2, 3)

1. Mobilisation et immobilisation pédiatrique (0 à 4 ans) – siège de bébé :

Si le siège de bébé présente une atteinte à la rigidité de sa structure, le bébé devra être immobilisé sur un dispositif d'immobilisation spinale.

- a) Transfert d'un bébé sur le dispositif d'immobilisation (si le bébé présente de l'instabilité ou que l'intégrité du siège est touchée);
 - Sortir l'enfant de l'auto sans le siège en immobilisant la tête et le tronc en bloc (étau).
- b) Immobilisation dans le siège de bébé (si le bébé ne présente pas d'instabilité).
 - Installer un collier cervical, si possible, selon la mesure;
 - Maintenir la tête en position neutre;
 - Combler tous les creux;
 - Fixer le tronc;
 - Fixer la tête au niveau du front;
 - Fixer solidement le siège du bébé sur la civière.

Remarque :

Éviter de provoquer une restriction respiratoire lors de l'installation de courroies thoraciques. Si le bébé est trop agité et qu'il y a difficulté d'intervention, ne pas forcer par l'immobilisation.

1RÉP/TECH. 4 Protection spinale pédiatrique (suite)

2. Installation et retrait du bébé dans une attelle sous vide :

a) Installation de l'attelle sous vide;

- Protection cervicale;
 - Immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - Mesurer et installer un collier cervical rigide si possible.
- Préparation de l'attelle sous vide;
 - Étendre l'attelle de type « jambe adulte » et disperser les billes de façon uniforme;
 - Placer un drap stérile dans l'attelle;
 - Installer la pompe;
 - Faire le demi-vide (2 à 3 coups de pompe) et fermer la valve. Des coussinets peuvent être utilisés sur le dispositif d'immobilisation afin de combler les espaces creux pouvant mettre en jeu la stabilité de l'immobilisation et la neutralité de la position de la colonne vertébrale (des épaules jusqu'au bassin) afin d'éviter la flexion cervicale;
 - Placer l'attelle parallèlement au patient et mettre la partie la plus large à la tête du patient.
- Transfert du bébé sur le dispositif d'immobilisation.
 - Un PR maintient la tête du bébé avec les mains (attention aux fontanelles);
 - Le deuxième PR maintient le tronc avec les deux mains (attention pour ne pas comprimer la cage thoracique);
 - De façon coordonnée, les deux PR transfèrent le bébé sur le dispositif d'immobilisation (la personne située à la tête dirige les manœuvres).

1RÉP/TECH. 4 Protection spinale pédiatrique (suite)

2. Immobilisation du bébé dans l'attelle sous vide (suite) :

- Ouvrir la valve;
- Bien mouler l'attelle autour du bébé;
- Fixer les courroies de l'attelle en commençant par la partie supérieure du thorax et en terminant par les pieds;
- Mouler l'attelle aux épaules et à la tête, tout en maintenant l'immobilisation manuelle de celle-ci. Replier les rebords de l'attelle vers l'extérieur;
- Faire le vide d'air à l'aide de la pompe, la forme des billes doit être visible à la surface de l'attelle et/ou une complète rigidité de la surface;
- Refermer la valve;
- Réajuster les courroies (attention de ne pas gêner la respiration);
- Immobiliser la tête avec du ruban adhésif en commençant par le front et en terminant par le menton.

Contre-indication :

Bébé mesurant plus de 48 pouces ou 122cm.

Remarques :

Utiliser l'attelle sous vide de type « jambe adulte » (mesurant environ 24 pouces de large/48 pouces de long ou 61 cm de large/122 cm de long).

L'utilisation de coussinets permet de conserver une position neutre de la tête et du cou. Une flexion antérieure de la tête peut entraîner un compromis respiratoire.

Éviter de provoquer une gêne respiratoire lors de l'installation de la courroie thoracique.

Ne jamais déplacer le patient en utilisant les extrémités de l'attelle sous vide.

1RÉP/TECH. 4 Protection spinale pédiatrique (suite)

3. Mobilisation pédiatrique (1 à 7 ans) :

- a) Enfant trouvé en position debout;
 - S'approcher calmement de l'enfant;
 - Demander de ne pas bouger;
 - Immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - Mesurer et installer un collet cervical rigide (si applicable);
 - Positionner la planche dorsale pédiatrique debout et bien adossée au patient;
 - Descendre lentement l'enfant adossé à la planche dorsale pédiatrique (type « Pedi-Pac ») jusqu'au sol;
 - Immobiliser l'enfant selon le point 4.
- b) Enfant couché par terre (décubitus dorsal);
 - S'approcher calmement de l'enfant;
 - Demander de ne pas bouger;
 - Immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - Mesurer et installer un collet cervical rigide (si applicable);
 - Tout en maintenant la tête bien alignée avec le tronc, tourner le patient en bloc vers soi;
 - Placer le dispositif d'immobilisation (planche ou « Pedi-Pac ») parallèlement au patient;
 - Un coussinet doit être placé sous le tronc (des épaules jusqu'au bassin) afin d'éviter la flexion de la colonne cervicale (au besoin);
 - Retourner l'enfant sur le dispositif d'immobilisation;
 - Immobiliser l'enfant selon le point 4.
- c) Enfant couché par terre dans une autre position.
 - S'approcher calmement de l'enfant;
 - Demander de ne pas bouger;
 - Immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - Positionner le dispositif d'immobilisation de façon appropriée;
 - Installer le patient en position neutre de décubitus dorsal tout en tentant de réaligner l'axe de la tête en position neutre (si applicable);
 - Mesurer et installer un collet cervical rigide, si applicable;
 - Immobiliser l'enfant selon le point 4.

1RÉP/TECH. 4 Protection spinale pédiatrique (suite)

3. Mobilisation pédiatrique (1 à 7 ans) (suite) :

- a) Enfant trouvé en position assise;
 - S'approcher calmement de l'enfant;
 - Immobiliser la tête manuellement en position neutre;
 - Mesurer et installer un collet cervical rigide si applicable;
 - Positionner la planche dorsale pédiatrique près du patient afin de pouvoir le déplacer (glisser et/ou retourner). Idéalement derrière le patient;
 - Mobiliser le patient en bloc pour allonger sur la planche dorsale pédiatrique;
 - Immobiliser l'enfant selon le point 4.

4. Immobilisation d'un enfant sur une planche dorsale pédiatrique de type « Pedi-Pac » :

- a) Technique d'immobilisation sur la planche dorsale pédiatrique.
 - Maintenir la tête de l'enfant en position neutre;
 - Immobiliser d'abord le thorax, le bassin, les membres inférieurs puis la tête de l'enfant avec les courroies situées sur la planche dorsale pédiatrique;
 - Maintenir les mains jointes à l'aide des courroies prévues à cette fin ou d'une bande triangulaire;
 - Transporter le patient sécuritairement sur la civière.

Remarques :

La planche dorsale pédiatrique peut recevoir un enfant mesurant de 71 cm à 137 cm (28 pouces à 54 pouces) et pesant de 9 kg à 40 kg (20 lb à 90 lb).

La planche dorsale pédiatrique est déjà munie de coussinets permettant de conserver la tête et le cou en position neutre.

S'assurer que les coussinets sont déjà en place sur la planche dorsale pédiatrique de type « Pedi-Pac » sinon en appliquer au moment de l'utilisation.

Éviter de provoquer une restriction respiratoire lors de l'installation de courroies thoraciques.

Si l'enfant est trop agité et qu'il y a difficulté d'intervention, ne pas forcer l'immobilisation.

En présence de douleur ou de résistance à l'immobilisation de la tête, immobiliser en position trouvée.

L'utilisation de coussinets permet de conserver une position neutre de la tête et du cou. Une flexion antérieure de la tête peut entraîner un compromis respiratoire.

1RÉP/TECH. 5 Immobilisation des extrémités (PR-2, 3)

1. Considérer tout traumatisme à une extrémité comme une fracture possible.
2. Minimiser les mouvements de la partie blessée.
3. Évaluer les fonctions neurovasculaires distales.
4. Maintenir le membre en position trouvée en le soutenant par les parties distale et proximale à la fracture.
5. Utiliser une attelle qui soutient le membre et le maintien en position adéquate.
6. Combler l'intérieur de l'attelle à l'aide de coussinets au besoin.
7. Immobiliser l'articulation proximale et distale.
8. Soutenir le membre immobilisé à l'aide de bandes triangulaires au besoin.
9. Réévaluer les fonctions neurovasculaires distales.

Situations exceptionnelles :

- Impossibilité d'immobiliser en position trouvée;
- Compromis neurovasculaire.

Dans ces situations, tenter de réaligner le membre sans force excessive (une tentative) pour permettre l'immobilisation.

Réévaluer les fonctions neurovasculaires distales et documenter.

1RÉP/TECH. 6 Transport d'un membre amputé (PR-2, 3)

Critères d'inclusion :

Tout membre ou partie de membre amputé.

- 1. Récupérer la partie amputée.**
- 2. Recouvrir la partie exposée du membre amputé de compresses stériles humidifiées avec du NaCl 0,9 %.**
- 3. Placer à l'intérieur d'un sac de plastique de l'eau avec de la glace.**
- 4. Mettre des compresses humides sur la plaie du membre amputé. Ensuite, recouvrir d'un bon nombre de compresses sèches puis maintenir le tout en place avec du « Kling ».**
- 5. Isoler le membre dans un sac imperméable.**
- 6. Remettre le membre aux techniciens ambulanciers paramédics en spécifiant le contenu et le temps écoulé depuis l'amputation.**
- 7. Si l'amputation est partielle, la partie amputée doit être remise dans l'axe normal. Appliquer un pansement humide et immobiliser avec un sac de glace placé sur le pansement stérile.**

Remarques :

Le délai d'intervention est très important. Il est primordial d'intervenir rapidement et efficacement.

Une dent devrait être transportée dans la bouche du patient (si son état de conscience est « A » sur l'échelle « AVPU » ou dans du lait.

1RÉP/TECH. 10 Oxygène et saturométrie (PR-3 avec formation spécifique)

Ce protocole ne s'applique qu'aux services de PR 3 qui sont dotés d'un saturomètre et qui ont été formés à son utilisation.

1. Situations nécessitant de l'oxygène à haute concentration :

Administrer de l'oxygène avec une FiO_2 (fraction d'oxygène inspirée) à 1,0 ou avec un masque à haute concentration (MHC) pour la durée complète de l'intervention (indépendamment de la valeur de la saturométrie), pour tout patient présentant l'une des situations cliniques suivantes :

- 1RÉP/IND. 2 Exposition cutanée à des substances toxiques.
- 1RÉP/RÉA. 0,1,2,8,10 Toutes les situations d'arrêt cardiorespiratoire
- 1RÉP/ENV. 1 Accident de plongée.
- 1RÉP/MED. 2 Atteinte de l'état de conscience. Seulement état de conscience = « P » ou « U ».

2. Autres situations :

Titrer l'oxygène¹ pour atteindre la saturation (SpO_2) cible selon les clientèles suivantes :

○ Clientèle MPOC (O_2 dépendant ou non) :

- Valeurs cibles : 88-92%;

○ Autres clientèles :

- Valeurs cibles : 94-98%.

Si la valeur de SpO_2 n'est pas disponible ou qu'elle est jugée comme non fiable en présence d'un patient présentant un critère d'instabilité ou des signes d'hypoxémie, initier immédiatement l'administration d'oxygène avec masque à haute concentration (MHC). Après l'obtention d'une valeur fiable, titrer l'oxygène dès que possible, en fonction des valeurs cibles.

Remarques :

1. Titrer l'oxygène :

- a) Le débit doit être ajusté avec le plus bas litrage possible en fonction de l'outil utilisé pour atteindre/maintenir la saturation cible, ce qui implique de diminuer, d'augmenter ou de cesser l'administration d'oxygène;
- b) Chez le patient présentant une $SpO_2 < 85\%$, il est approprié de commencer avec un MHC pour atteindre la valeur cible. Il faudra ensuite titrer le débit de l'oxygène (avec le plus bas litrage possible en fonction de l'outil) pour conserver cette valeur;
- c) En pédiatrie, si la morphologie faciale du patient ne permet pas l'installation d'une lunette nasale, installer un MHC;
- d) Un changement de débit devrait modifier la SpO_2 en moins d'une minute.

2. Patient MPOC oxygéo-dépendant.

- a) Maintenir le débit d'oxygène déjà en place;
- b) Si plainte de dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène supplémentaire en donnant la plus petite concentration possible jusqu'à ce qu'il soit confortable sans dépasser une saturation de 92 %.

3. Disponibilité/fiabilité de la valeur de SpO₂ :

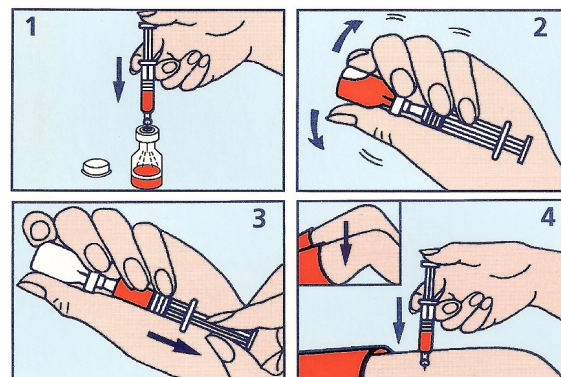
- a) La valeur de SpO₂ doit être analysée en relation avec le contexte clinique, puisque dans certaines circonstances, celle-ci peut être erronée. Cependant, de façon générale, elle peut être considérée comme fiable si :
 - Le capteur est approprié à l'âge du patient et s'il est installé selon les recommandations du fabricant;
 - L'indicateur de pulsation correspond au pouls du patient et s'il est en corrélation avec une courbe appropriée de SpO₂.
- b) La valeur de SpO₂ doit être jugée comme non disponible notamment lorsque le saturomètre n'est pas au chevet du patient ou en présence d'autres priorités de soins.

1RÉP/TECH. 14 Administration de la trousse d'urgence de Glucagon (PR-3)

Critères d'inclusion :

Glycémie capillaire connue et mesurée dans les 30 dernières minutes et < 4 mmol/L.

1. Vérifier le contenu et la date d'expiration de la trousse d'urgence de Glucagon (une trousse comprend une seringue de solvant et une fiole de poudre comprimée de Glucagon).
2. Ouvrir la fiole de Glucagon en retirant le capuchon de plastique pour exposer le bouchon de caoutchouc.
3. Nettoyer le bouchon de caoutchouc de la fiole avec un tampon d'alcool.
4. Enlever le capuchon protecteur de l'aiguille de la seringue de solvant, insérer l'aiguille dans le centre du bouchon de caoutchouc de la fiole et injecter le solvant dans la fiole de Glucagon en poussant sur le piston (Figure 1).
5. Tout en gardant l'aiguille de la seringue piquée dans la fiole, agiter délicatement la fiole jusqu'à ce que la poudre soit complètement dissoute et le liquide parfaitement limpide (Figure 2).
6. Aspirer la quantité de Glucagon nécessaire dans la seringue. ATTENTION : Ne pas tirer trop sur le piston pour éviter que le piston sorte hors de la seringue (Figure 3).
7. S'il y a de l'air dans la seringue, l'expulser comme suit :
 - a) Diriger la seringue avec l'aiguille vers le haut;
 - b) Donner des « chiquenaudes » sur le cylindre de la seringue pour faire monter les bulles d'air au-dessus de la solution de Glucagon;
 - c) Chasser l'air en poussant lentement sur le piston jusqu'à ce qu'une goutte de liquide apparaisse au bout de l'aiguille.
8. Nettoyer la peau avec de l'alcool.
9. Injecter la solution en intramusculaire dans la cuisse (Figure 4).



Reproduite avec l'autorisation des Laboratoires

**1RÉP/TECH.15 Ventilation avec précautions de MRSI
(PR-1, 2, 3)****1RÉP/TECH. 15**

Critères d'inclusion (doivent être tous présents) :

Applicables :

Lors de situations où une assistance ventilatoire est requise dans les protocoles PICPR.

Dans un contexte de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI) ou selon la directive ministérielle, ou régionale en vigueur.

Lors de la disponibilité de l'équipement et formation préalable requise.

- 1. Revêtir les équipements de protection individuelle (EPI) incluant le masque N95 au début de l'intervention.**
- 2. Monter le circuit avec précautions de MRSI:**
 - Masque à membrane souple ;
 - Filtre HEPA ;
 - Ballon-masque relié à la source d'oxygène.
- 3. Installer une canule oropharyngée ou nasopharyngée.**
- 4. Optimiser la position du patient afin de favoriser une ventilation optimale.**
- 5. Installer le masque sur le visage du patient en utilisant la technique du « C/E » pour garder l'étanchéité et dégager les voies respiratoires. Favoriser le double « C/E » si 2 intervenants sont disponibles.**
- 6. Tenir le masque en place en tout temps (expiration comprise) lorsque possible.**
- 7. Éviter toute pression de ventilation excessive (limiter le volume de la ventilation à la levée du thorax).**

Remarque :

Dans les situations où le maintien de l'étanchéité du masque est impossible (ex. RCR à une personne, évacuation, etc.) couvrir le visage du patient avec un masque à oxygène à haute concentration. Ces périodes doivent être les plus courtes possible.

LEXIQUE

Accident vasculaire cérébral :	Événement neurologique aigu secondaire à une interruption de la perfusion sanguine d'une région du cerveau.
Adipocire :	Transformation du corps humain après le décès en une substance d'un gris jaunâtre, molle et grasse au toucher (saponification) lorsqu'un cadavre a séjourné longtemps dans l'humidité.
Aphasie :	Absence de langage parlé.
Apnée :	Absence de respiration.
Arythmie :	Trouble du rythme cardiaque.
Bradycardie :	Fréquence cardiaque inférieure à 60/min
Bradypnée :	Fréquence respiratoire anormalement lente et ici définie comme inférieure à 8/min chez l'adulte.
Calcination :	État du corps humain après le décès où le cadavre est complètement brûlé. Le corps est non identifiable et les structures anatomiques sont souvent difficiles à reconnaître.
Céphalée :	Mal de tête.
Choc :	Hypoperfusion des tissus secondaires à une hypovolémie, une dysfonction cardiaque ou une infection majeure. Les signes et symptômes du choc sont variables selon la sévérité de celui-ci : tachypnée, anxiété, tachycardie, hypotension et altération de l'état de conscience.
Compression totale du crâne :	Compression tellement importante du crâne qu'il peut être difficile de reconnaître les structures anatomiques du visage et de la tête.
Cyanose :	Coloration bleutée de la peau (aux extrémités), de la langue ou des lèvres secondaires à un manque d'oxygénation.
Décapitation :	Séparation complète ou partielle de la tête du restant du corps impliquant un bris de l'axe vertébral.
Décubitus dorsal :	Position couchée sur le dos.
Décubitus latéral :	Position couchée sur le côté.
Détresse respiratoire :	Difficulté respiratoire sévère impliquant l'utilisation significative des muscles accessoires sans besoin de ventilation assistée immédiate. L'absence de bruits respiratoires à l'auscultation ou la présence de stridor associée à la difficulté respiratoire sévère doit amener le TAP à considérer la situation comme grave et à agir promptement.
Diaphorèse :	Sudation profuse froide.
Dysarthrie :	Trouble du langage dû à une difficulté à prononcer.
Dysfonction neurologique aiguë :	Récente perte de fonction du système nerveux pouvant inclure paralysie, parésie, paresthésie, aphasie, dysphasie et dysarthrie.

Dysphasie :	Trouble du langage consistant en une mauvaise coordination des mots en raison d'une lésion cérébrale.
Électrisation :	Accident électrique causant des blessures non mortelles.
Électrocution :	Accident électrique causant la mort.
Évidemment du crâne :	Matière cérébrale (cerveau) partiellement ou complètement sortie du crâne. Ceci suppose la présence de lacérations majeures associées à une ou des fractures du crâne.
Éviscération :	Sortie des organes abdominaux par une plaie ouverte au niveau de l'abdomen.
Hypoglycémie :	Baisse de la concentration sanguine de glucose et ici définie comme inférieure à 4 mmol/L.
Hypotension :	Tension artérielle systolique définie par les PICPR comme étant inférieure à 100 mmHg chez l'adulte.
Hypoxémie :	Diminution de la pression partielle d'oxygène dans le sang.
Hypoxie :	Diminution de la quantité d'oxygène dans les tissus.
Ischémie :	Souffrance tissulaire secondaire à l'arrêt ou diminution de l'apport sanguin dans un organe ou un tissu.
Momification :	Transformation du corps humain après le décès où les tissus se dessèchent sans putréfaction. La peau est fine et friable, les tissus graisseux ont presque complètement disparu. La peau est accolée au squelette. Cette transformation a lieu dans un environnement sec.
Palpitations :	Sensation de pulsations cardiaques rapides, irrégulières ou de force augmentées.
Paralyse :	Disparition de la motricité d'un ou plusieurs groupes musculaires.
Parésie :	Faiblesse d'un ou de plusieurs groupes musculaires.
Paresthésies :	Trouble de la sensibilité qui se manifeste par des sensations anormales.
Plaie aspirante :	Plaie ouverte au thorax qui aspire l'air extérieur lors de l'inspiration.
Putréfaction avancée :	Forme de décomposition du corps humain causée par les bactéries impliquant la présence de suintement, gonflement et friabilité des tissus, tissus noirâtres et/ou bleutés, odeur nauséabonde caractéristique et possibilité de présence d'insectes nécrophages. Une seule partie du corps peut être décomposée de telle façon pour rencontrer la définition.
Respiration agonale :	Respiration non volontaire régulière ou non qui persiste même en état d'arrêt cardiaque à la suite de la présence de réflexes au niveau du tronc cérébral.

Sectionnement complet du corps :	Section complète ou partielle du tronc impliquant un bris de l'axe vertébral.
Sinistre :	Événement majeur dont l'ampleur dépasse la capacité des ressources à le gérer de façon habituelle.
Submersion :	Situation lors de laquelle les voies aériennes se retrouvent sous un liquide, habituellement de l'eau, et qui potentiellement entraîne une asphyxie.
Syncope :	Perte de conscience temporaire subite et complète.
Tachycardie :	Fréquence cardiaque supérieure à 100/min
Tachypnée :	Fréquence respiratoire rapide et définie par les PICTAP comme 24 respirations/minute ou plus chez l'adulte.
Viscère :	Organe situé à l'intérieur de l'une des principales cavités du corps.