
Critères d'inclusion :

Patient âgé de **18 ans et plus**.

ET une des présentations suivantes :

- Plainte principale ou secondaire : douleur (de tout type: serrement, brûlement, indigestion, etc.) ou malaise persistant ou disparu dans la région entre l'ombilic et la mâchoire incluant le dos et les bras ou douleur angineuse habituelle ayant été à l'origine de l'appel;
- Bradycardie, tachycardie ou palpitations;
- Syncope ou quasi-syncope.

OU

Patient âgé de **65 ans et plus**

ET une des présentations suivantes :

- Plainte principale : faiblesse ou diaphorèse, soudaine et inexplicée;
- Dyspnée soudaine inexplicée.

Critères d'exclusion (un des critères suivants) :

- Situation où la plainte principale est d'origine traumatique;
- État de conscience à « P » ou « U »;
- Détresse/insuffisance respiratoire;
- Patient réanimé post ACR.

1. Positionner adéquatement le patient en position couchée ou semi-assise. La position choisie doit permettre au patient de prendre une position confortable.

2. Exposer de façon respectueuse le thorax du patient.

3. Préparer la peau et brancher les fils aux électrodes.

4. Positionner les électrodes des membres (voir remarque pour le choix de la technique) :

a) Technique standard :

- Positionner les électrodes des membres sur la face interne des poignets et des chevilles (juste au-dessus des articulations) à moins de directive régionale contraire (technique standard).

b) Technique NEP (New Electrode Placement) :

- Positionner les électrodes des membres supérieurs sur la face latérale des biceps, immédiatement sous la ligne horizontale de V4;
- Positionner les électrodes des membres inférieurs 3 pouces (7,6 cm) sous la ligne horizontale de l'ombilic et 2 pouces (5 cm) de chaque côté de la ligne verticale de l'ombilic. La distance entre les deux électrodes est de 4 pouces (10 cm).

5. Positionner les électrodes précordiales :

a) Identifier :

- L'angle de Louis qui correspond à la 2^e côte;
- Le 2^e espace intercostal sous la 2^e côte;
- Le 4^e espace intercostal (sous la 4^e côte);

b) Positionner :

- V1 à droite du sternum et V2 à gauche du sternum au 4^e espace intercostal;
- V4 à la croisée de la ligne mi-claviculaire et du 5^e espace intercostal;
- V3 entre V2 et V4 sur la 5^e côte;
- V6 sur la ligne mi-axillaire, à la même hauteur que V4;
- V5 à la même hauteur que V4 entre V4 et V6 (sur la ligne axillaire antérieure).

6. Faire l'acquisition de l'ECG 12D (favoriser la relaxation/immobilité du patient).

7. Suite à l'acquisition d'un ECG 12D de qualité (permettant une bonne identification informatique), prendre connaissance de l'interprétation du logiciel.

- a) Si l'ECG est positif pour un IAMEST, suivre la politique régionale de transport/avis des victimes d'IAMEST, installer les électrodes de défibrillation et considérer l'administration de l'AAS et de la nitroglycérine en se référant à MED.10;
- b) Si l'ECG initial est négatif pour un IAMEST ET que le patient présente encore une douleur
 - Répéter l'ECG dans l'ambulance avant le départ vers le CH;
 - Répéter l'ECG pendant le transport si un changement de trajectoire vers un CH avec intervention coronarienne percutanée (ICP) est possible.

Remarques :

Viser l'obtention d'un ECG en 12 dérivations dans les 10 minutes suivant l'arrivée auprès du patient.

La saisie d'ECG sériée en transport doit être effectuée dans des conditions appropriées à l'obtention d'un ECG de qualité. Pour éviter de prolonger le temps de transport, se limiter à deux ECG sériées en transport au maximum (à intervalle d'au moins 10minutes).

Si présence d'artéfacts, vérifier la position du patient, l'adhérence des électrodes, l'entrecroisement des fils et les interférences possibles

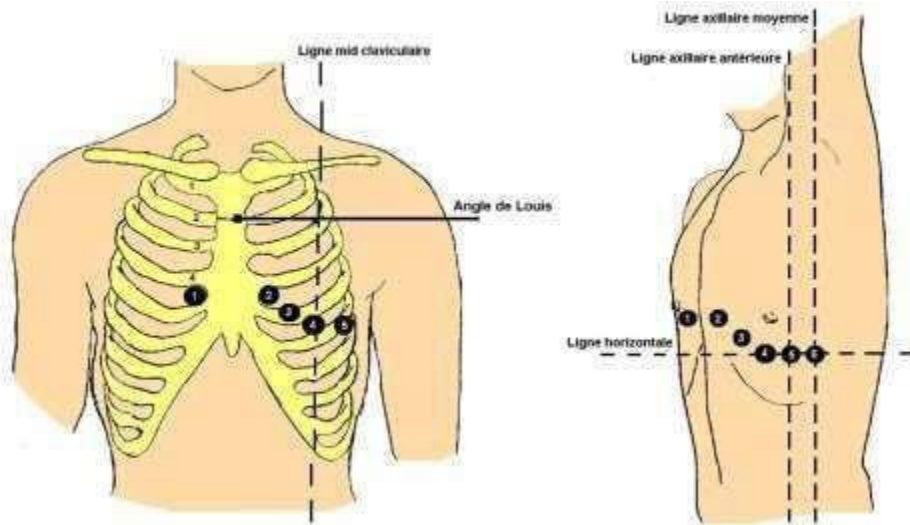
Chez la femme adulte, certaines électrodes précordiales devront être placées sous le sein gauche.

Éviter de compter les espaces intercostaux en débutant sous les clavicules (espace interclaviculo-costal) car V1-V2 risque d'être positionnés trop haut.

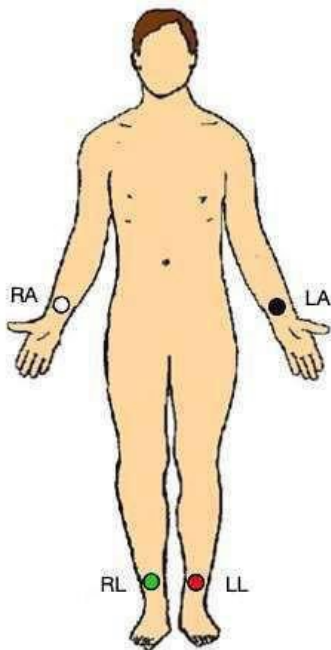
Toujours favoriser la technique standard. La technique NEP peut être utilisée après une tentative échouée de saisie avec la technique standard ou en présence de facteurs indiquant un échec probable à la technique standard.

La technique NEP peut s'avérer moins performante dans certains contextes précis tels qu'un mouvement abdominal important (ex. détresse respiratoire). De plus, les électrodes des membres supérieurs peuvent interférer avec la prise de tension artérielle. Il est recommandé de retirer le brassard afin d'installer ces électrodes. Finalement, chez les patients avec un tablier adipeux important, favoriser la position en décubitus dorsal.

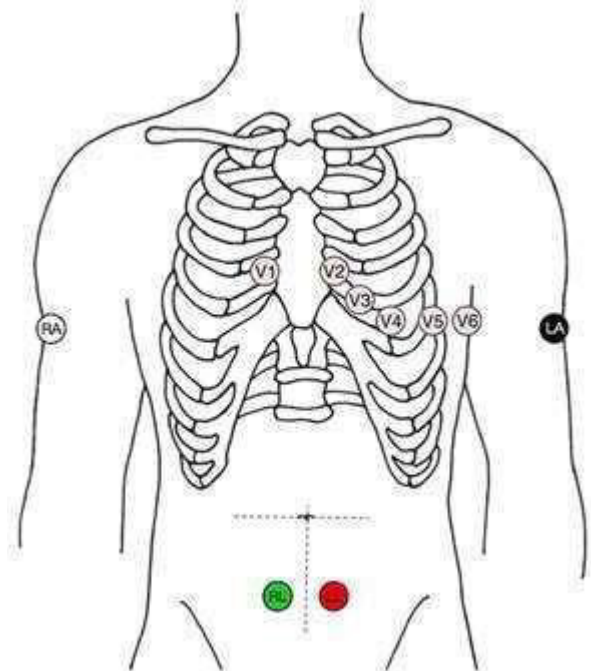
Électrodes précordiales



Technique standard



Technique NEP



source: KHAN, G. A new electrode placement method for obtaining 12-lead ECGs, Openheart, mai 2015, modifié