

5.1.30. Procédure d'accompagnement pour les déplacements internes des patients

HSE	HSJ	CMSSSSA	HML
√	√	√	√

Création	Révision	Adoption CECMDP
2013-11-06	2022-03-10	2024-11-04

1. Objectif

Assurer la sécurité du traumatisé qui doit être transféré dans l'éventualité d'un déplacement interne vers l'imagerie médicale, les soins intensifs ou le bloc opératoire à la suite de complications ou de difficultés quelconques. Le traumatisé est assuré de disposer d'une équipe de soins à son chevet.

2. Type d'utilisateurs

L'accompagnement est nécessaire pour les types d'utilisateurs suivants :

- Intubé, ou potentiel de compromis des voies respiratoires ;
- Avec moniteur cardiaque ;
- À risque de convulsion ;
- Instable hémodynamiquement ou potentiellement instable ;
- Avec produits sanguins ;
- Avec perfusion d'anti-arythmiques ou de vasopresseurs ;
- Tous traumatisés pédiatriques ;
- Glasgow 14 et moins ;
- À la discrétion du médecin.

3. Rôles des intervenants

3.1. Infirmière

- Donner un rapport verbal à l'infirmière qui prend en charge l'utilisateur ;
- Surveiller les signes vitaux et le monitoring ;
- Surveiller les signes neurologiques ;
- Surveiller les signes vasculaires ;
- Surveiller l'état psychologique ;
- Surveiller les cathéters, tubes ;
- Surveiller la fonction rénale, dosages ;
- Surveiller les perfusions ;
- Documenter l'état de l'utilisateur dans les notes aux dossiers ;
- Transmettre l'information aux autres intervenants ;
- Surveiller les pansements ;
- Mobiliser l'utilisateur.

3.2. Préposé aux bénéficiaires

- Présent pour effectuer le transport de l'usager ;
- Assister l'infirmière si une mobilisation en bloc est requise ;
- Aider au contrôle de l'usager advenant qu'il soit agité et qu'il risque de se blesser ;
- Assembler et s'assurer de faire suivre les effets personnels de l'usager, si ceux-ci n'ont pas été remis préalablement à la famille ;
- Aider au transport du matériel ;
- Aider au transfert sur civière ou sur table d'examen.

3.3. Inhalothérapeute

- Ventilation des usagers ;
- Surveillance des paramètres du ventilateur et de la perméabilité du tube endotrachéal ;
- Ajustement des paramètres de ventilation au besoin.

3.4. Infirmière de garde du bloc opératoire

- Aviser l'infirmière de l'urgence dès que le bloc opératoire est prêt à recevoir le traumatisé à risque et en assume la prise en charge selon l'état clinique.

3.5. Infirmière de soins intensifs

- Aviser l'infirmière de l'urgence dès que le lit aux soins intensifs est disponible selon l'état clinique.

3.6. Technologue en imagerie médicale

- Aviser l'infirmière de l'urgence dès que l'imagerie médicale est prête à recevoir le traumatisé à risque.

4. Politique de transfert pour une investigation radiologique

- Tout usager instable ou potentiellement instable, soit au plan hémodynamique ou au plan respiratoire, ne peut être transféré au département de radiologie.
- La majorité des investigations radiologiques nécessaires à l'évaluation initiale du polytraumatisé doivent être complétées dans l'aire de choc.
- Une fois le contrôle des voies aériennes assuré et stabilité hémodynamique confirmée, une investigation radiologique complémentaire peut-être envisagée (ex. : CT- Scan).



Avant de quitter pour le département de radiologie, les conditions suivantes doivent être réunies :

- Disponibilité immédiate de l'examen demandé afin de minimiser la durée du séjour au département de radiologie.
- Équipement nécessaire au transfert : monitoring portatif (cardiaque, TA, saturométrie et capnographe si intubé).

- Accès veineux perméables, oxygène au besoin, médication prescrite pour analgésie ou sédation au besoin, mesures de réchauffement externe en place.
- Accompagnement d'une infirmière et d'un préposé si l'utilisateur doit être mobilisé en bloc.
- Accompagnement d'un inhalothérapeute si intubé.
- Une fois au département de radiologie, on doit s'assurer de :
 - Assurer une surveillance constante et rapprochée des signes vitaux et de l'état de conscience de l'utilisateur si non intubé.
 - Aviser immédiatement le médecin responsable de tout changement du statut hémodynamique, respiratoire ou neurologique de l'utilisateur.
 - Retourner l'utilisateur sans délai au département de l'urgence dès que l'investigation radiologique est terminée et aviser le médecin traitant du retour.

5. Politique de transfert aux soins intensifs et au bloc opératoire de l'utilisateur polytraumatisé



Idéalement, seul l'utilisateur avec stabilité hémodynamique et ventilatoire sera transféré aux soins intensifs.



Avant de quitter pour les soins intensifs, les conditions suivantes doivent être réunies :

- Disponibilité immédiate du lit afin de minimiser les délais de transfert.
- Équipement nécessaire au transfert : Monitoring portatif (cardiaque, TA, saturométrie).
- Accès veineux perméables, oxygène au besoin, médication prescrite pour analgésie ou sédation au besoin, mesures de réchauffement externe en place.
- Accompagnement d'un infirmier (ère) et d'un préposé en tout temps.
- Accompagnement d'un inhalothérapeute si intubé.
- Une escorte médicale est indiquée pour tout usager ayant présenté une instabilité hémodynamique ou ayant nécessité une réanimation pendant son séjour à l'urgence.
- S'il y a détérioration de l'état hémodynamique ou respiratoire lors du transfert, l'utilisateur devrait être retourné au département d'urgence à moins qu'il ne soit déjà dans l'ascenseur ou à l'étage des soins intensifs. À ce moment, le médecin de l'urgence doit être immédiatement avisé et l'utilisateur doit être dirigé aux soins intensifs.



Avant de quitter pour le bloc opératoire, les conditions suivantes doivent être réunies :

- Disponibilité de l'équipe du bloc et de l'anesthésiste pour assurer la prise en charge de l'utilisateur.
- Équipement nécessaire au transfert : Moniteurs portatifs (cardiaque, TA, saturométrie).
- Accès veineux perméables, oxygène au besoin, médication prescrite pour analgésie ou sédation au besoin, mesures de réchauffement externe en place.
- Accompagnement d'un infirmier (ère) et d'un préposé en tout temps
- Accompagnement d'un inhalothérapeute si intubé.

- Une escorte médicale est indiquée pour tout usager ayant présenté une instabilité hémodynamique ou ayant nécessité une réanimation pendant son séjour à l'urgence.
- S'il y a détérioration de l'état hémodynamique ou respiratoire lors du transfert, l'usager devrait être retourné au département d'urgence à moins qu'il ne soit déjà dans l'ascenseur ou à l'étage du bloc opératoire. À ce moment, le médecin de l'urgence ainsi que l'anesthésiste doivent être immédiatement avisés et l'usager doit être dirigé en salle d'opération.

6. Trousse d'accompagnement

Médicaments	Fournitures
1 nitrolingual	10 seringue 10 ml
2 dopamine 400 mg total	5 seringue 5 ml
5 épinéphrine 1 mg/10 ml	5 seringue 3 ml
5 atrrpine 1mg319ml	5 seringue 1cc
5 lidocaine 2 % 100 mg/5 ml	2 seringue 30 ml
4 versed 10 mg/10 ml	4 angio de chaque #16 # 18 #20 # 22
5 amiodone iv 50 mg/ml	5 aiguille de chaque #18 # 20 #22
5 loprésor iv 1 mg/ml	2 tubulure soluté reg
5 lasix iv40mg	2 seringue 60 cc
5 gravol iv 50 mg/5 ml	1 soluté nacl 0.9 1000 ml
5 epinephrine iv 1 mg/ml	1 soluté nacl 0.9 500 ml
2 norepineprine 4 mg base/4ml	1 soluté dextrose 250 ml
5 valium iv 10 mg/ml	1 soluté nacl 0.9 100ml
soluté nacl 0,9 % ou lactate ringer	2 tubulure soluset jc7781
	2 tubulure dispositif secondaire jc7452
	2 tubulure continu jc5546
	5 nacl 10 ml
	5 eau stérile 10 ml
	2 roulette tape
	tampon alcool opsite
	1 garot
	2 poignet mouton gants



Le matériel d'intubation est sous la responsabilité de l'inhalothérapeute.