Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

Procédure

Titre	**Réanimation cardiorespiratoire (RCR) et intubation endotrachéale chez la clientèle adulte dans un contexte de pandémie au virus SARS-CoV-2 en milieu hospitalier - Code bleu N95**	
N°		
En vigueur le	2020-03-31	
Révisée le	2021-03-01	
Approbation	2021-01-20	Comité de direction du CISSS des Laurentides
Validation	2021-01-28	Comité aviseur du CISSS des Laurentides
Diffusion	2021-02-03	Dépôt sur l'intranet du CISSS des Laurentides
Responsable de l'application	2021-01-28	Direction générale adjointe – programme santé physique générale et spécialisée
Application et personnes concernées	Personnel soignant Infirmières Inhalothérapeutes Médecins Préposés aux bénéficiaires	
Remplace	« Ne s'applique pas »	
Document(s) initiateur(s)	« Ne s'applique pas »	
Document(s) en découlant	« Ne s'applique pas »	

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Table des matières

1. Préambule 3
2. Domaine d'application 3
3. Objectifs 3
4. Définition des termes 3
5. Principes 4
6. Rôles et responsabilités 4
7. Déroulement de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) – Code bleu N95. **Erreur ! Signet non défini.**
8. Fin de la réanimation 9
Annexe 1 : Documents de référence 10
Annexe 2 : Historique des versions 11
Annexe 3 : Liste de matériel « Kit COVID-19 » 13
Annexe 4 : Algorithme Code bleu N95 14
Annexe 5 : Algorithme adapté - Soins avancés en réanimation cardiaque (SARC) 15

N.B. Le genre masculin est utilisé comme générique,
dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. Préambule

Dans le contexte de la COVID-19, les meilleures pratiques de réanimation cardiorespiratoire (RCR) doivent tenir compte de certains principes importants : éviter la propagation du virus, protéger la santé des intervenants tout en assurant les meilleures chances de survie pour la victime.

La transmission communautaire est présentement le principal moyen de transmission du SARS-CoV-2 au Québec.

La réanimation cardiorespiratoire (RCR) est considérée comme une intervention pouvant générer des aérosols, mais lorsqu'évaluée par composante, les manœuvres de ventilation et d'intubation seraient les plus à risque de produire des aérosols. Les compressions thoraciques et la défibrillation présentent un risque incertain et seraient davantage considérées comme pouvant produire des gouttelettes.

La protection des intervenants et des travailleurs de la santé est la priorité en temps de pandémie. La présence d'étudiants, de femmes enceintes et de personnes immunosupprimées est interdite.

Dans le contexte d'une infection hautement virulente, avec un mauvais pronostic dans la population frêle et âgée, la détermination du niveau d'intervention médical (NIM) doit être établie tôt avec l'usager et ses proches, tout en respectant les principes éthiques de disponibilité des ressources, de futilité de soins et d'utilitarisme.

Une gestion du risque de contamination versus les bénéfices escomptés pour l'usager (pronostic fonctionnel) est la base des décisions cliniques qui devront être prises.

2. Domaine d'application

Cette procédure s'adresse à l'ensemble du personnel soignant, infirmières, inhalothérapeutes, médecins et préposés aux bénéficiaires impliqués dans une procédure de Code bleu en milieu hospitalier et travaillant au sein du CISSS des Laurentides.

3. Objectifs

- Protéger le personnel soignant de la contamination susceptible de survenir lors d'interventions en situation d'urgence.
- Favoriser la prise en charge optimale et sécuritaire d'un usager lors d'un arrêt cardiorespiratoire ou d'une intubation.
- Éviter la propagation du virus SARS-CoV-2 lors d'interventions médicales générant des aérosols (IMGA) en situation d'urgence.

4. Définition des termes

- **Code bleu N95 :** Compte tenu du contexte actuel de pandémie, toutes les réanimations cardiorespiratoires doivent être effectuées selon cette procédure de « Code bleu N95 » destinée aux centres hospitaliers de courte durée. Ainsi, toutes les mesures de

protection sont les mêmes que la probabilité de COVID-19 soit faible, élevée ou inconnue. Un statut de COVID-19 confirmé ou inconnu doit être géré de la même façon.

- **ÉPI** : Équipement de protection individuelle.
- **Filtre antiviral HEPA** : Les filtres HEPA représentent le moyen le plus efficace connu pour filtrer l'air des saletés, pollens, bactéries, virus et n'importe quelle particule dans l'air ayant une taille supérieure à 0,3 micron.
- **IMGA** : Interventions médicales pouvant générer des aérosols.
- **Trach-care** : Système clos d'aspiration trachéale permettant une aspiration protégée tout en maintenant les paramètres physiologiques et la ventilation des patients intubés ou trachéotomisés sous ventilation mécanique.

5. Principes

La formation sur l'utilisation de l'ÉPI et l'essai d'ajustement valide (fit-test) des masques N-95 sont des prérequis obligatoires.

Le personnel soignant (infirmiers, inhalothérapeutes, médecins, etc.) assigné au code bleu N95 se doit d'avoir été formé préalablement en **ÉPI aérien/contact +** à la situation recommandée par l'équipe de PCI, incluant : un masque N95, une protection oculaire (visière), une blouse imperméable et des gants non stériles (formation par vidéo ou participation à une simulation clinique).

Il n'y a pas de temps maximum pour demeurer dans la chambre, l'ÉPI demeure fonctionnel et sécuritaire même après plusieurs heures si son étanchéité est préservée. Différents intervenants n'auront pas la même tolérance selon le degré d'activité dans la pièce. Le remplacement des membres de l'équipe doit être ajusté en fonction des circonstances individuelles.

La personne responsable assurant la coordination de l'équipe de réanimation à partir de l'extérieur de la chambre a l'autorité de refuser l'accès à toute personne jugée non sécuritaire.

Un minimum de matériel doit être entré dans la chambre (des cabarets/kits pré faits devront être disponibles avec le strict nécessaire) (voir annexe 3).

6. Rôles et responsabilités

Dès la reconnaissance d'un arrêt cardiorespiratoire, les membres de l'équipe clinique de l'unité de soins sur place doivent entreprendre des actions en attendant l'arrivée de l'équipe de réanimation Code bleu N95 soit :

1. Vérifier le niveau d'intervention médicale (NIM)
2. Lancer le code bleu N95 selon la procédure et mentionner à la téléphoniste :
    - Code bleu N95 le secteur concerné l'aile « X », l'étage « Y » **ET** le numéro de chambre « Z »

<table>
<tr><th colspan="2">INITIATION DE LA RÉANIMATION PAR LE PERSONNEL
DES UNITÉS D'HOSPITALISATION</th></tr>
<tr><td>USAGER FROID
AUCUNE affiche d'isolement
« Gouttelette/contact + » ou
« Aérien/contact + » (mauve ou rouge)</td><td>USAGER TIÈDE/CHAUD
PRÉSENCE affiche d'isolement
« Gouttelette/contact + » ou
« Aérien/contact + » (mauve ou rouge)</td></tr>
<tr><td colspan="2">**CONFIRMATION DE L'ARRÊT CARDIAQUE :
PRISE DE POULS CAROTIDIEN 10 SECONDES MAX**
Si le pouls est présent : attendre l'arrivée de l'équipe de code bleu N95 en maintenant les voies respiratoires dégagées</td></tr>
<tr><td colspan="2">**LANCER LE CODE BLEU N95 ET ALLER CHERCHER LE DEA**
(Prioriser le DEA sur l'initiation du massage cardiaque si une seule personne disponible)</td></tr>
<tr><td>• **ÉPI requis** : Minimalement protection oculaire et masque de procédure et revêtir l'ÉPI le plus rapidement possible en « Gouttelette/contact + »
• Fermer la porte de la chambre *
• Mettre le masque de procédure à l'usager
• Mettre la planche dorsale
• Débuter les compressions thoraciques</td><td>• **ÉPI requis** : « Aérien/contact + »
• Fermer la porte de la chambre *
• Mettre le masque de procédure à l'usager
• Mettre la planche dorsale
• Débuter les compressions thoraciques

N.B. Pour les usagers tièdes ou chauds, les intervenants peuvent débuter le massage cardiaque avec minimalement la protection oculaire et le masque de procédure en « Gouttelette/contact + » mais doivent le plus rapidement possible changer pour l'ÉPI « Aérien/contact + ».</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mettre un masque à haute concentration sans ré-inspiration (masque réservoir à 100 %) à l'usager **ET** un masque de procédure par-dessus

Dès que l'isolement « Aérien/contact + » est respecté par tous les intervenants, la ventilation au ballon-masque peut être initiée si cliniquement indiquée</td></tr>
</table>

3.

*

- Si en pression négative : fermer la porte lors des manœuvres
- Si en chambre privée : fermer la porte lors des manœuvres
- Si en chambre multiple : sortir les autres usagers de la chambre **OU** si impossible (ex. : une chambre à 4 usagers), placer un masque de procédure dans le visage des autres usagers de la chambre en fermant leurs rideaux

DÈS L'ARRIVÉE DU MONITEUR DÉFIBRILLATEUR OU DU DEA
L'intervenant formé vêtu d'un masque de procédure et d'une protection oculaire doit : ▪ Ne procéder à aucune manœuvre à risque (ventilation au ballon-masque, etc.) ▪ Entrer le DEA ou défibrillateur dans la chambre ▪ Mettre le masque de procédure à l'usager ▪ Installer les électrodes de défibrillation au bon endroit ▪ Analyser le rythme **OU** suivre les messages vocaux du DEA ou du mode semi-automatique du moniteur/défibrillateur ▪ Délivrer un choc **si FV ou TV sans pouls au besoin** ▪ Installer la planche dorsale ▪ Initier la RCR selon les règles énoncées si haut, selon la classification de l'usager froid, tiède ou chaud. ▪ Répéter l'administration du choc au besoin selon la recommandation du DEA

Membres de l'équipe interne - Code bleu N95	
ÉPI requis en tout temps pour l'équipe interne Code bleu « Aérien/contact + »	
Membre de l'équipe code bleu	**Rôle/Responsabilités**
Médecin leader (le plus expérimenté)	▪ Prend les décisions thérapeutiques ▪ Évalue le pronostic de l'usager en continu ▪ Communique avec l'infirmière responsable des notes au dossier à l'aide d'une méthode de communication avec l'extérieur ▪ S'assure que les rôles sont respectés et que les décisions sont appliquées ▪ Procède à l'intubation endotrachéale ▪ Alterne pour le massage cardiaque (au besoin) ▪ Installe l'intraosseuse au besoin
Inhalothérapeute	▪ Si cliniquement indiqué, débute la ventilation au ballon-masque avant l'intubation de l'usager ▪ Collabore à l'intubation endotrachéale puis procède à la ventilation invasive selon les directives médicales

Infirmière # 1	▪ Apporte le défibrillateur et applique les électrodes autoadhésives (si non fait) ▪ Installe la voie intraveineuse (IV) (2 essais maximum) ▪ Prépare et administre la médication ▪ Alterne pour le massage cardiaque aux 2 minutes
Infirmière # 2 (selon la situation)	▪ Revêt l'ÉPI, sert de lien physique entre l'équipe qui réanime à l'interne et l'équipe externe ▪ Demeure dans l'antichambre lorsque celle-ci est disponible, ou bien le plus près de la porte à l'intérieur de la chambre s'il n'y a pas d'antichambre ▪ Fait office de soutien pour donner le matériel manquant en cours de réanimation (ex. : NaCl, infusions de médicaments, pompes avec soluté primaire intraosseuses, etc.) ▪ Prépare la médication qui n'est pas disponible dans la chambre

Membres de l'équipe clinique à l'extérieur de la chambre ou l'antichambre	
Membre de l'équipe clinique	**Rôle/Responsabilités**
Infirmière #3 (selon la situation)	▪ Prépare et fournit la médication et le matériel au besoin ▪ Supporte l'équipe interne à l'aide d'un système de communication efficace ▪ Prend les notes d'évolution ▪ Répond aux questions du médecin leader concernant l'histoire de maladie actuelle ou toute autre question concernant l'usager ▪ En l'absence d'un 2e inhalothérapeute, elle apporte un support à l'inhalothérapeute interne
Inhalothérapeute # 2 (selon les installations)	▪ Offre une assistance externe si besoin de matériel ou autres nécessités
Assistante infirmière-chef et/ou coordonnateur des activités hospitalières	▪ S'assure en tout temps qu'il n'y a pas de bris de procédure et d'autocontamination des intervenants à l'intérieur de la chambre
Préposé aux bénéficiaires	• Offre une assistance externe en cas de besoin de matériel ou autre nécessité.

4. **Pour les aires communes (ex. : cafétéria) :** les premiers intervenants doivent avoir obligatoirement revêtu la protection adéquate soit un **ÉPI « Aérien/contact + », considérant le statut du risque COVID-19 inconnu de l'usager. Suivre les indications précédentes.**

7. Intervention de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) par l'équipe de Code bleu N95

1. Entrer dans la salle avec l'équipement de protection « **Aérien /contact +** »
2. Vérifier le pouls carotidien durant un maximum de 10 secondes, pour confirmer l'arrêt cardiorespiratoire
3. Valider la qualité du massage cardiaque en cours
4. Tous intervenants qui demeurent avec une protection « Gouttelette/contact + » doivent quitter la chambre pour revêtir la protection « **Aérien /contact +** »
5. Installer le moniteur-défibrillateur en utilisant les électrodes autoadhésives au bon endroit
6. Identifier le rythme :
   - Procéder à une défibrillation immédiate si un rythme choquable est identifié. La défibrillation peut être réalisée avant que l'usager ne soit intubé (selon l'ordonnance collective de l'installation ou sous ordonnance médicale verbale)
7. Installer une voie intraveineuse. Après deux échecs d'installation, installer une voie intraosseuse si disponible
8. Procéder à l'intubation endotrachéale

   Cesser le massage cardiaque pendant l'intubation endotrachéale :

   a) Médecin (tube endotrachéal [TET] avec succion supra-glottique) :
      1) vidéolaryngoscopie (glidescope)
      2) laryngoscopie directe
      3) masque laryngé

   b) Inhalothérapeute : s'assurer qu'un filtre antiviral de type HEPA est installé, gonfler le ballonnet puis brancher rapidement au ballon-masque (réanimation en cours) avant de débuter la ventilation manuelle **OU** au ventilateur préalablement muni du Trach-care et du détecteur de CO_2 avant de débuter la ventilation mécanique

   c) Confirmer la bonne position du TET avec la présence de CO_2 expiré
      CLAMPER le TET à chaque déconnexion.

9. Poursuivre la réanimation selon l'algorithme ajusté du *Soins avancés en réanimation cardiaque* (SARC) une fois intubé (voir annexe 5)

   Une fois la réanimation terminée, retirer l'ÉPI :

   - Le retrait de l'ÉPI est le moment où le risque de contamination est le plus élevé. Un système de surveillance avec « compagnon » doit être établi afin de minimiser les risques de contamination.

8. Fin de la réanimation

- Lorsque l'usager est intubé et connecté sur un circuit fermé avec un filtre HEPA, il cesse de générer des aérosols. Le délai nécessaire à l'élimination de 99,9 % des particules dépend du type de ventilation de la salle utilisée. Le délai doit être validé pour chacune des salles dans les installations.

- À la fin de la procédure, limiter les entrées et sorties non essentielles dans la chambre pour la durée recommandée par les protocoles de l'équipe de PCI (ex. : radiologie), afin de minimiser l'exposition du personnel aux aérosols en suspension (temps inversement proportionnel au nombre de changements d'air par heure de la pièce).

- Dans la mesure du possible, du matériel à usage unique et jetable sera utilisé pour les soins des usagers COVID (laryngoscope, bronchoscope, etc.).

- Un débreffage rapide (5 min), post-code devrait être considéré. Le but est un partage d'expériences pour optimiser le processus en temps réel. La réflexion se veut constructive, tous les intervenants doivent mettre l'accent sur la recherche de solutions plutôt que sur les problèmes.

Annexe 1 : Documents de référence

Centre intégré Universitaire de la Santé et des Services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie (2020). Milieu hospitalier - code bleu protégé (réanimation et intubation) chez un patient avec maladie respiratoire infectieuse sévère (MRSI) suspectée/confirmée/cas contact (incluant procédure code bleu chez un patient asymptomatique, non suspect covid-19). Procédure clinico-administrative (PROCA-IF-001). Direction des soins infirmiers. Version 24 avril 2020.

Centre Intégré Universitaire de la Santé et des Services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire CODE BLEU PROTÉGÉ- Installations avec prévalence COVID-19 significative (Personne non COVID-19 ET personne COVID-19 suspecté ou confirmé). Version du 13 mai 2020.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). COVID-19 Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires - 10 avril 2020. 18 pages.

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Interventions médicales générant des aérosols - 13 avril 2020. 4 pages.

Edelson et al. (2020). Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19. American Heart Association. Repéré à : https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2020). Covid-19 : Mesures préventives et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires. Le 27 mars 2020. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020, avril 22). ANNEXE 6 : Prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire extrait du Guide de procédures techniques SOINS INTENSIFS ET URGENCE SARS-CoV-2 (COVID-19). Sous-comité ministériel COVID-19 des soins critiques. Repéré à : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/2020-04-22-annexe-6-prise-charge-arret-cardio-respiratoire.pdf

Annexe 2 : Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date/Période
Création	François Bédard, Conseiller cadre en soins infirmiers (soins critiques) Dre Michèle Lecours, Médecin de l'urgence, Saint-Jérôme Dre Laurence Lamy, Médecin de l'urgence, Saint-Jérôme Dre Marie-Josée Caron, Médecin anesthésiologiste, Saint-Jérôme Dre Colette D. Lachaîne, Chef du service de l'urgence, hôpital Laurentien et chef (intérim) de la médecine d'urgence régionale Dr Francis Paquette, Chef du service des soins intensifs, Mont-Laurier Dr Lino Birri, Médecin interniste et Chef du service des soins intensifs, LDDM Dr Michel Bielinski, Médecin intensiviste, Saint-Jérôme Dre Isabelle Lord-Poitras, Médecin de l'urgence, LDDM Dre Audrey Villeneuve, Médecin anesthésiologiste, LDDM Dr Éric Auger, Médecin anesthésiologiste, LDDM Dre Audrey McSween, Médecin anesthésiologiste, Saint-Jérôme Marie-Lyne Lemieux, Conseillère en soins infirmiers, soins critiques Véronique Nantel, Conseillère en soins infirmiers, urgence Sarah Campeau, Conseillère en soins infirmiers, urgence Sandra Savery, Prévention et contrôle des infections Service d'inhalothérapie de Saint-Jérôme Chantale Séguin, Conseillère cadre en soins infirmiers, (développement de la pratique)	2020-03-30
Modification	François Bédard, Conseiller cadre en soins infirmiers (soins critiques) Dre Laurence Lamy, Médecin de l'urgence, Saint-Jérôme Dre Colette D. Lachaîne, Chef du service de l'urgence, hôpital Laurentien et chef (intérim) de la médecine d'urgence régionale Dre Karine Plouffe, Co-chef du service d'urgence, LDDM Dre Véronique Busque, Médecin intensiviste, Saint-Jérôme Dr Francis Paquette, Chef du service des soins intensifs, Mont-Laurier Dr Lino Birri, Médecin interniste et Chef du service des soins intensifs, LDDM Dr Alain Lamontagne, Médecin anesthésiologiste et directeur adjoint médical intérimaire des services professionnels - Programme de chirurgie et projets de modernisation Annick Charbonneau, Coordonnatrice service inhalothérapie, LDDM Anick Poirier, Coordonnatrice service inhalothérapie, Saint-Jérôme Benoit St-Denis, Chef du programme de prévention contre les infections	2020-05-26
2e modification	Sylvain Pomerleau, Directeur général adjoint, Santé physique générale et spécialisée, de l'enseignement et de la recherche Isabelle Yelle, Directrice soins infirmiers François Bédard, Directeur adjoint aux pratiques professionnelles par intérim	2020-01-19

	Véronique Nantel, Conseillère cadre en soins infirmiers (soins critiques) par intérim Dr Michel Bielinski, Médecin intensivistes, Saint-Jérôme Dre Laurence Lamy, Médecin de l'urgence, Saint-Jérôme Dre Colette D. Lachaîne, Chef du service de l'urgence, hôpital Laurentien Dre Karine Plouffe, Co-chef du service d'urgence, LDDM Dre Véronique Busque, Médecin intensiviste, Saint-Jérôme Dr Francis Paquette, Chef du service des soins intensifs, Mont-Laurier Dr Lino Birri, Médecin interniste et Chef du service des soins intensifs, LDDM Annick Charbonneau, Coordonnatrice service inhalothérapie, LDDM Anick Poirier, Coordonnatrice service inhalothérapie, Saint-Jérôme Pastel Bernêche, Chef du programme de prévention et contrôle des infections	

Annexe 3 : Liste de matériel « Kit COVID-19 »

Le but est de couvrir les 10 premières minutes du code en minimisant les entrées-sorties (minimiser risques de contamination) avant de prendre une décision selon l'évolution de l'usager.

Type de kit	Matériel
Kit IV	▪ 4 x cathéters intraveineux (2 x no 20, 2 x no 18) ▪ 2 x Garrots ▪ 5 x Tampons alcool ▪ 2 x Pellicules transparentes (opsites) ▪ 2 x Bouchons membranes (saline-lock) ▪ 2 x Compresses stériles 4x4 cm ▪ 2 x Seringues pré-remplies NaCl (irrigation) ▪ 3 x Aiguilles no 20 x 1po ▪ 2 x Seringues de 10 mL avec aiguille ▪ 1 x Soluté de NaCl 0.9 % 1L ▪ 1 x Tubulure à soluté
Kit médication de base	▪ 3 x Épinéphrine 1 : 10 000 ▪ 2 x Amiodarone 50 mg/mL inj. 3 mL150 mg ▪ 2 x Atropine 1 mg : 2 doses ▪ 2 x Rocuronium 50 mg (10 mg/mL) ▪ 2 x Bicarbonate de sodium (NaHCO3) 50 meq ▪ 2 x Chlorure de calcium 1 g ▪ 1 x D50 % 50 mL ▪ 2 x Kétamine 50 mg ▪ 1 x Propofol bouteille de 100 mL : pour débuter perfusion PRN ▪ 1 x Propofol 10mL ▪ 1 x Phénylephrine pour push dose IET ▪ 1 x Lévophed 1mg/1 mL fiole de 4 mL
Kit intubation Code bleu N95	▪ Venti-masque 100 % ▪ Succion rigide + tubulure pour succion ▪ Mandrin 14 fr jetable (si disponible) ▪ Mandrin de glidescope ▪ Guédel #8 et #10 ▪ Trompette #28 et #32 ▪ Gel lubrifiant « muco » ▪ Lame MAC #3 et MAC #4 jetable (si disponible) ▪ Lame glidescope jetable MAC #3 et MAC #4 et D-Blade (si disponible) ▪ Manche laryngoscope jetable (et batterie) (si disponible) ▪ Filtre antiviral HEPA ▪ Trach-care ▪ Seringue 10 mL (gonfler ballonnet) ▪ Fixateur à tube endotrachéal ▪ Pince hémostatique ▪ Tube endotrachéal : 7,0, 7,5, 8,0 et 8,5 ▪ Capteur CO_2 jetable ▪ Ambu jetable avec valve de PEEP ▪ Stéthoscope jetable ▪ Bougie d'intubation ▪ Masque laryngé #3 et #4 (IGel ou autre)

Annexe 4 : Algorithme Code bleu N95 – Usager tiède/chaud

Code bleu N 95

Lancer le code

Transférer le patient dans une chambre à pression négative si disponible ou dans une chambre individuelle
Mettre un masque de procédure au patient pendant le transfert

EPI - aérien -contact

Masque **N95**
Jaquettes imperméables
Gants longs
Visière

Défibrillation

Si FV/TV

RCR

Débuter le massage cardiaque
Débuter la ventilation au ballon-masque si cliniquement indiqué
Se préparer à intuber

Intubation

Faire pause RCR

Plan A : vidéolaryngoscopie si disponible

Plan B : laryngoscopie directe

Plan C : masque laryngé

Connecter le tube avec un filtre anti-viral de type HEPA, gonfler le ballonnet puis connecter au ballon-masque avec ETCO2 ou directement au respirateur si disponible

Reprendre RCR

Ventilation 10/min
RCR 100/ min
Voie IV/IO
Vérification rythme q 2min
Épinéphrine q3-5 min
Amiodarone si rythme défibrillable après 3 chocs
Rechercher les causes réversibles

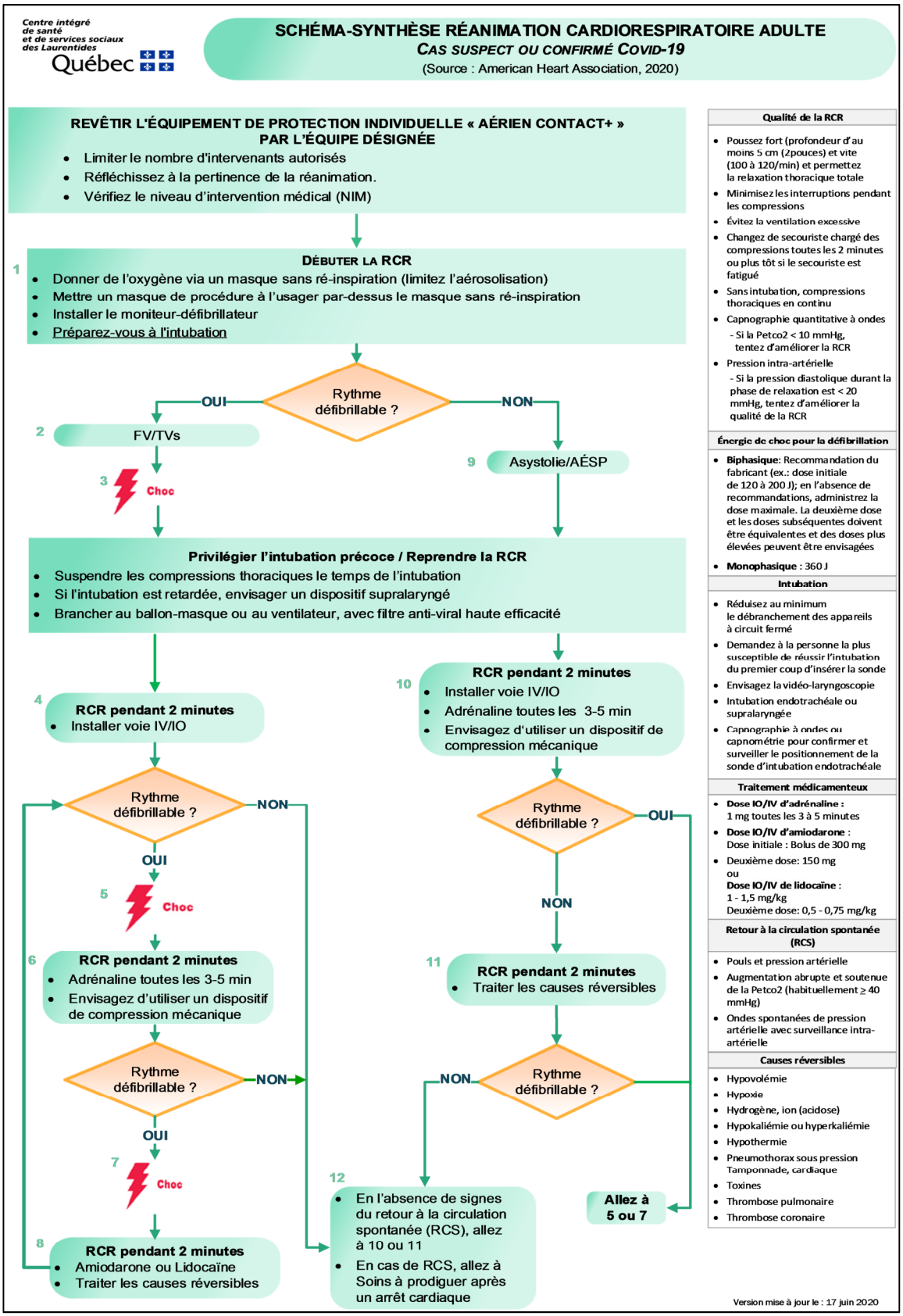
EPI

Intérieur de la salle	SAS	Hors Salle
Md leader Infirmière #1 Inhalo Infirmière #2 PRN Ou PAB	2e md PRN Infirmière #3 Inhalo #2	Runner

Version 14 juin 2020

Révisée le 3 février 2021

powered by PIKTOCHART

Source : Dre Karine Plouffe, Co-chef du service d'urgence Hôpital de St-Eustache

Annexe 5 : Algorithme adapté - Soins avancés en réanimation cardiaque (SARC)