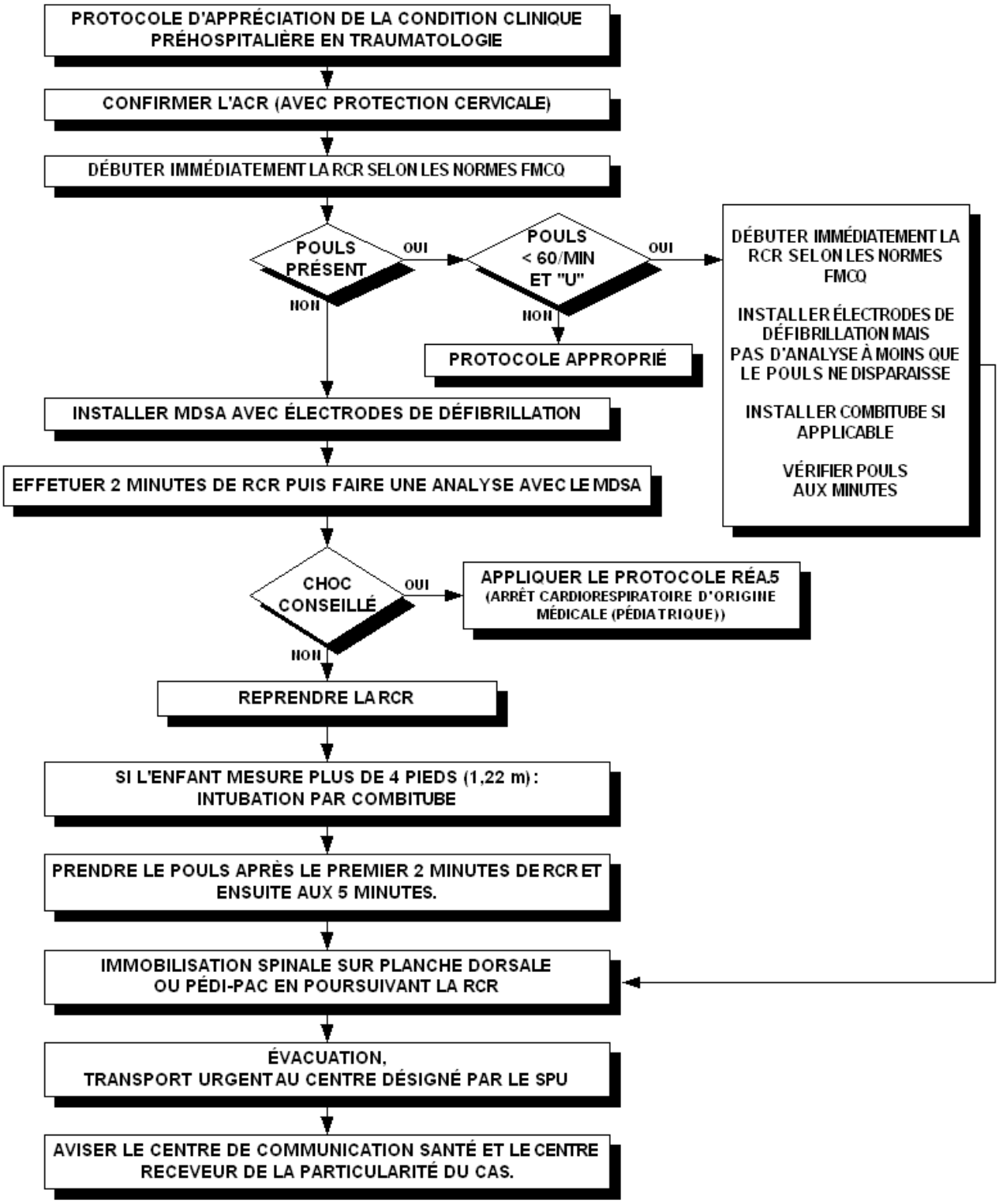
ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE D'ORIGINE TRAUMATIQUE OU HÉMORRAGIQUE (PÉDIATRIQUE)



RÉA. 6 Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté)

Critère d'inclusion :

Tout arrêt cardiorespiratoire dans un contexte traumatique avec impact à haute vélocité ou traumatisme pénétrant chez le patient pédiatrique (absence de signe de puberté).

Sera aussi inclus tout ACR dont la cause probable est une hémorragie interne[i] ou externe avec ou sans traumatisme à haute vélocité.

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. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable – Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

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

1. **Se référer au protocole d'appréciation de la condition clinique préhospitalière en traumatologie.**

2. **Confirmer l'ACR avec protection cervicale.**

3. **Débuter immédiatement la RCR selon les normes de la FMCQ :**

   a) pour les enfants avec pouls palpable dont la fréquence est < 60/min et dont l'état d'éveil (sur l'échelle AVPU) est à U, procéder immédiatement à la RCR avec oxygène à haute concentration selon les normes de la Fondation des maladies du cœur du Québec et installer les électrodes de défibrillation. Intuber le patient avec Combitube® si applicable (étape 6) et procéder ensuite à l'étape 8 en vérifiant la présence du pouls à toutes les minutes;

   b) pour les enfants sans pouls, procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation et passer à l'étape suivante.

4. **Demander une analyse après avoir effectué 2 minutes de RCR :**

   - si présence de rythme défibrillable « Choc conseillé », se référer à RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale – Pédiatrique);

   - si absence de rythme défibrillable « Choc non conseillé », procéder à l'étape suivante.

5. **Débuter à nouveau la RCR.**

6. **Si l'enfant mesure plus de 4 pieds (1,22 m), préparer le Combitube® approprié et procéder à l'intubation immédiatement lorsque celui-ci est prêt.**

[i] Voir Remarques

Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique – Pédiatrique (0 à puberté) (suite)

7. **Prendre le pouls après le premier 2 minutes de RCR et ensuite à toutes les 5 minutes.**

8. **Procéder à l'immobilisation spinale complète du patient sur planche dorsale ou Pedi-Pac® en poursuivant la RCR.**

9. **Procéder à l'évacuation du patient.**

10. **Transport URGENT au centre désigné par le SPU en poursuivant la RCR, si le patient n'est pas réanimé.**

Remarques :

Spécificités pédiatriques et traumatiques :

Pour inclure le patient dans le protocole RÉA. 6 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique), l'hémorragie doit être significative (hématémèse ou rectorragies abondantes, lacération avec saignement significatif, etc.) et clairement documentée, autrement le protocole RÉA. 5 (Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale) doit être appliqué.

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

Le protocole d'arrêt des manœuvres ne peut être appliqué pour les patients de moins de 18 ans.