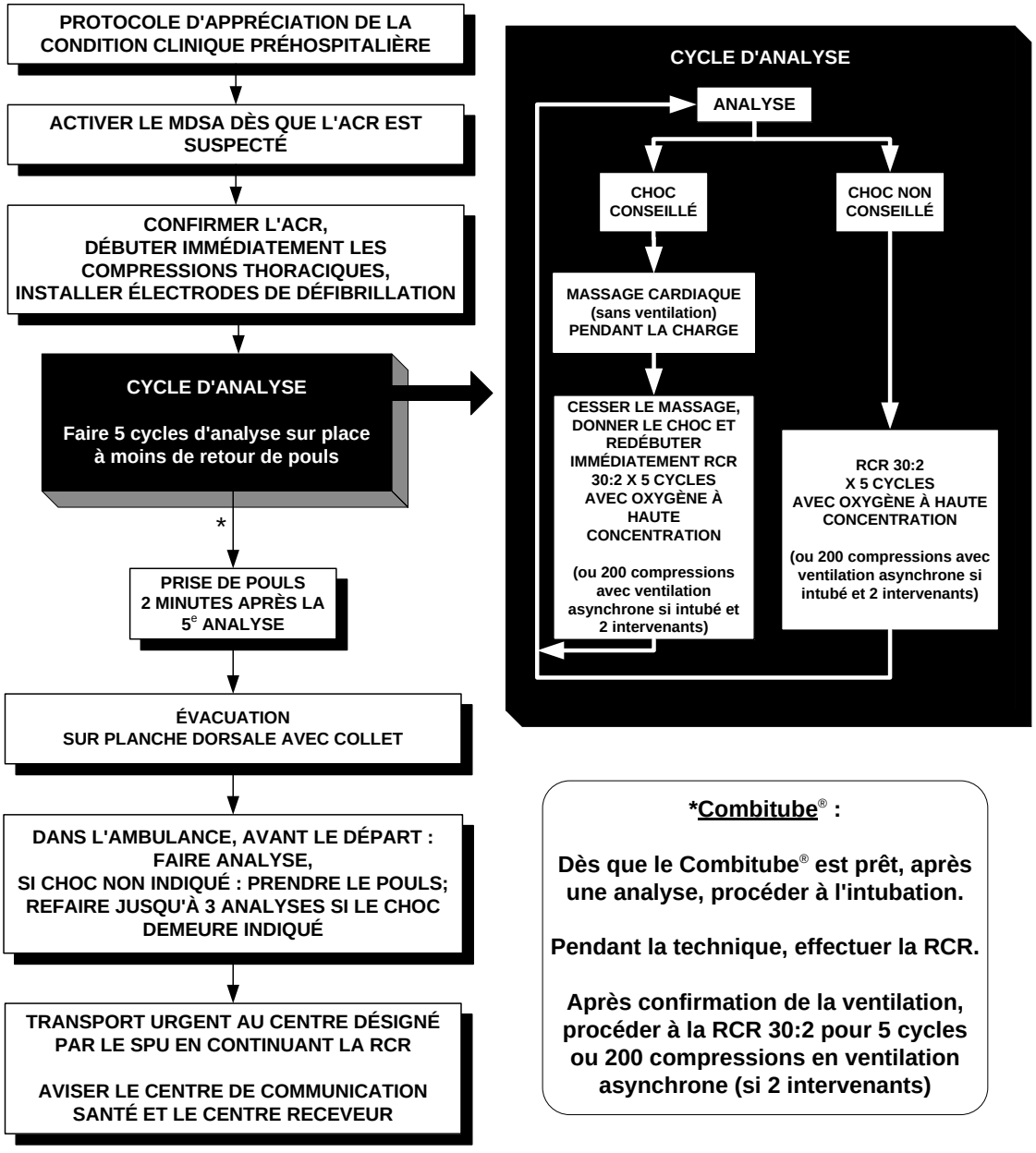
ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE - ADULTE



***Combitube® :**

Dès que le Combitube® est prêt, après une analyse, procéder à l'intubation.

Pendant la technique, effectuer la RCR.

Après confirmation de la ventilation, procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 200 compressions en ventilation asynchrone (si 2 intervenants)

RÉA. 1 Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte

Critère d'inclusion :

Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale (sans traumatisme à haute vélocité, sans traumatisme pénétrant ou sans exsanguination) chez le patient adulte (avec présence de signe(s) 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. 2 (Arrêt cardiorespiratoire avec réanimation impraticable - Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures).

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

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

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

   a) Activer le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) dès que l'ACR est suspecté;

   b) Confirmer l'ACR, débuter immédiatement les compressions thoraciques (sans ventilation) et procéder simultanément à l'installation des électrodes de défibrillation.

2. **Dès que les électrodes sont installées, procéder à l'analyse sans RCR :**

   a) Si « Choc non conseillé » : procéder à la RCR 30:2 avec oxygène à haute concentration pour 5 cycles (approximativement deux minutes) et terminer par les compressions;

   b) Si « Choc conseillé » : durant la charge, procéder au massage cardiaque (sans ventilation) et assurer la sécurité des intervenants. Une fois la charge complétée, donner le choc et débuter immédiatement la RCR avec oxygène à haute concentration pour approximativement deux minutes (5 cycles de 30:2) et terminer par les compressions (ou 200 compressions en ventilation asynchrone lorsque le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles).

3. **Répéter l'étape 2 jusqu'à ce que 5 analyses soient complétées (sur place) ou qu'il y ait retour de pouls.**

4. **Procéder à une prise de pouls après 2 minutes de RCR suite à la 5e analyse.**

5. **Procéder à l'évacuation du patient. Le patient doit être placé sur planche dorsale avec un collet cervical (et immobilisateurs de tête) pour l'évacuation.**

6. **Dans le véhicule ambulancier, avant le départ, procéder à une analyse, puis répéter l'étape 2 jusqu'à « Choc non conseillé » ou un maximum de 3 chocs additionnels. Dans le cas d'un « Choc non conseillé », effectuer une prise de pouls. Poursuivre la RCR si absence de pouls.**

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

Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale – Adulte (suite)

Dès que tous les équipements et que le Combitube® sont prêts, après une analyse, procéder à l'intubation (sans ventilation avant l'intubation). Pendant la technique, effectuer le massage cardiaque. Après la tentative, procéder à la RCR 30:2 pour 5 cycles ou 200 compressions en ventilation asynchrone si le patient est intubé et que 2 intervenants sont disponibles.

Remarques :

Protocole approprié :

Les ACR dont l'origine est l'asphyxie (pendaison, strangulation, noyade, incendie, etc.) doivent être inclus dans le protocole RÉA. 1. Les ACR dont la cause probable est une hémorragie massive doivent être traitées dans le protocole RÉA. 3.

Ventilation et intubation :

Lorsqu'une obstruction des voies respiratoires supérieures est identifiée et qu'il y a absence de pouls, il est indiqué de procéder au protocole RÉA. 1. Par contre, l'intubation au Combitube® ne doit être faite que lorsque l'obstruction a été levée.

Massage :

La RCR, pour une période d'environ deux minutes par séquence, s'effectue chez l'adulte avec un ratio de 30:2 (5 cycles) lorsque le patient n'est pas intubé ou qu'il est intubé mais qu'un seul intervenant est disponible, ou par une série de 200 compressions avec ventilation asynchrone si 2 intervenants sont disponibles et que le patient est intubé.

Déplacements :

Le déplacement du patient ne doit être initié que lorsque la prise de pouls, deux minutes après la 5e analyse a été effectuée. Les 2 techniciens ambulanciers-paramédics doivent demeurer au chevet du patient durant toute cette intervention.

Spécificités :

Lors d'un ACR dans le contexte d'une anaphylaxie, administrer une dose d'épinéphrine de 0,3 mg IM dans la cuisse aussitôt que possible après l'intubation.

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

Le protocole d'arrêt des manœuvres doit être considéré/confirmé après les 2 minutes de RCR suivant la 5e analyse.

Si le patient est réanimé et qu'il subit un nouvel arrêt cardiaque, recommencer le protocole au début.