

TECH. 10 - MRSI**TECH. 10 – MRSI Oxygène/Saturométrie****1. Administration d'oxygène**

- a. **Avec FiO2 à 1 en circuit fermé au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :**

RÉANIMATION

REA. MRSI	Réanimation en cas de MRSI
REA. 7+9-MRSI	Insuffisance respiratoire – MRSI-COVID-19

- b. **À haute concentration au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :**

INDUSTRIELS

IND. 3	Inhalation de vapeurs ou de substances toxiques
--------	---

MÉDICAUX

MED. 2	Atteinte de l'état de conscience (patient à P ou U sur échelle AVPU)
MED. 5	Choc non traumatique
MED. 7	Convulsions actives

OBSTÉTRICAUX ET PÉDIATRIQUES

OBS. 5	Convulsion du 3 ^e trimestre – Éclampsie
PED. 1 à 5	Tous les protocoles pédiatriques, non traumatiques*.
TRAU. 5	Traumatisme pédiatrique.

- c. **Initiale d'oxygène à 4L/min en lunette nasale sous le masque de procédure au patient chez qui le ou les protocoles suivants s'appliquent :**

INDUSTRIEL ET ENVIRONNEMENTAUX

IND. 2	Exposition cutanée à des substances toxiques
ENV. 1	Accident de plongée
ENV. 2	Brûlure
ENV. 6	Hypothermie
ENV. 7	Submersion

MÉDICAUX

MED. 17	Réaction allergique/anaphylactique (lors d'anaphylaxie seulement)
---------	---

OBSTÉTRICAUX ET PÉDIATRIQUES

OBS. 2	Accouchement imminent.
OBS. 4	Appréciation et soins au nouveau-né, dans certaines situations.
OBS. 6	Procidence du cordon.
TRAU. 2	Traumatisme chez la femme enceinte.

Remarque – Patients requérants de l'oxygène à haute concentration :

*L'oxygénation du patient pédiatrique qui n'est pas inclus dans un protocole pédiatrique spécifique doit se faire selon le protocole adulte correspondant. (Si le patient adulte doit recevoir de l'oxygène, le patient pédiatrique doit recevoir un masque haute concentration)

2. Si le protocole spécifique demande un supplément d'oxygène, procéder de la façon suivante pour toutes les situations sauf les situations spéciales :

Si SpO₂ ≥ 94 % : ne pas administrer d'oxygène, sauf si dyspnée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 4 L/min sous le masque de procédure.

Si SpO₂ < 94 % : administrer de l'oxygène; viser une saturation entre 94 % et 96 %.

3. Situations spéciales**A. Patient ADULTE traumatisé :**

- **Instable/potentiellement instable et femme enceinte** : administrer de l'oxygène à 4L/min sous le masque de procédure sans documenter préalablement la saturation.
- **Stable** : administrer de l'oxygène selon le point 2 lorsque le saturomètre est disponible (ex. : une fois dans le véhicule ambulancier).

B. Patient réanimé post ACR :

- **État de conscience « A » ou « V »** : procéder selon le point 2.
- **État de conscience « P » ou « U » (sans ventilation assistée)** : administrer de l'oxygène avec lunette à 5L/min sous un masque de procédure;
- **État de conscience « P » ou « U » (avec ventilation assistée)** : administrer de l'oxygène avec FiO₂ à 1 en circuit fermé.

C. Patient MPOC non-oxygénodépendant :

- **Si SpO₂ ≥ 94 %** : ne pas administrer d'oxygène; si dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène par lunette nasale à 2 L/min sous le masque de procédure.
- **Si SpO₂ < 94 %** : Administrer la plus petite concentration d'oxygène possible jusqu'à ce que le patient soit confortable, viser une saturation de 94 %. Si présence d'une DTOCP ou AVC nouveau : administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

E. Patient MPOC oxygénodépendant :

- Maintenir le débit d'oxygène déjà en place en ajoutant un masque de procédure au patient.
- Si plainte de dyspnée augmentée, administrer de l'oxygène supplémentaire en donnant la plus petite concentration possible jusqu'à ce qu'il soit confortable sans dépasser une saturation de 94 %;
- Si présence d'une DTOCP ou AVC aigu, administrer de l'oxygène au besoin et viser une saturation de 94 %.

Remarques

Hormis les patients chez qui l'oxygène est administré à haute concentration et les patients MPOC, le TAP titre l'oxygène pour que la saturation se situe entre 94-96 %. Ceci implique que le TAP peut diminuer la FiO₂ administrée. Ceci est aussi applicable lorsque le TAP prend en charge un patient qui s'est vu administrer de l'oxygène par un premier intervenant ou premier répondant et que la saturation dépasse la cible dictée plus haut pour sa condition clinique. Si une lunette nasale doit être utilisée, le débit maximal acceptable est de 5L/min sous un masque de procédure pour éviter de générer des aérosols. Si un masque d'oxygène à haute concentration doit être utilisé, débiter à 10L et ajuster le débit au litrage minimal pour que le réservoir reste toujours gonflé.

Patients MPOC

Chez le patient MPOC, le TAP titre l'oxygène pour que la saturation soit toujours la plus basse possible en tenant compte du confort du patient. Il est important d'ajuster la concentration d'oxygène à la baisse si le patient avec les traitements (ex.: salbutamol) s'améliore cliniquement. Cet ajustement de la concentration d'oxygène est important et demande une surveillance constante de l'état clinique et de la saturation. Lorsque le patient MPOC oxygénodépendant ou non est traité principalement pour un traumatisme significatif ou un choc non traumatique, de l'oxygène à haute concentration doit être initialement administré. Le besoin du maintien de l'oxygène à haute concentration sera évalué dans le transport selon l'évolution de la condition clinique globale. Le patient asthmatique ne doit pas être inclus dans la catégorie des MPOC. Aux fins d'application de ce protocole, le patient asthmatique est défini de la façon suivante : diagnostiqué asthmatique et doit être âgé 40 ans et moins.