

INTUBATION À L'URGENCE CHU HSJ - Patient suspecté/diagnostiqué COVID-19

ATTENTION

- Salle à pression négative
- EPI avec N95 et doubles gants pour la personne qui intube
- Intubation par l'anesthésiste (#5668) si disponible
- Aviser les SIP (#3164)
- **Minimiser**
 - Le personnel dans la salle
 - Le matériel dans la salle
 - L'ouverture de la porte
- Boucles de communication avec l'extérieur

AVANT L'INTUBATION

- Préparer le vidéolaryngoscope
- Préparer médicaments d'intubation (FOPR) et de sédation/analgésie post intubation
- Pré-oxygénation avec VM 100% x 5min si possible
- Sac plan B dans la salle (laryngo directe, ML)
- **ÉVITER ventilation au masque-ballon:**
 - Si doit être fait:
 - 4 mains
 - Filtre HEPA/Stérivent
 - Guedel si toléré par le patient
 - Petits volumes et basses pressions

PENDANT L'INTUBATION

- Respirateur en stand-by avec réglages appropriés
- Intuber avec le mandrin dans le TET
- S'assurer d'une bonne curarisation avant de débiter la laryngoscopie
- Dès que le TET est en place, gonfler le ballonnet
- Connecter d'emblée le patient au respirateur
 - Filtre HEPA/Sterivent sur branche expi
 - Trachcare
 - EtCO₂
- Confirmer l'intubation à l'aide de l'EtCO₂
- Éviter de ventiler au ballon

APRÈS L'INTUBATION

- Analgésie/sédation adéquate
- Installer TNG/OTG avant RXP
- Retrait de la deuxième paire de gants pour la personne qui a intubé
- Changer gants et blouse pour accompagner le patient aux SIP

SI ARRÊT CARDIAQUE

Intubation précoce

En pédiatrie, débiter VPP avec filtre HEPA/Stérivent et massage cardiaque avant l'intubation