

Résumé des recommandations et procédures lors de la prise en charge d'un enfant critique ment malade avec un diagnostic suspecté ou confirmé d'infection au virus SARS-CoV-2 (COVID-19) dans la salle de réanimation de l'urgence du CHU Sainte-Justine

Préambule

Le document qui suit a été créé pour guider tous les professionnels de la santé et employés qui travaillent à l'urgence du CHU Ste-Justine dans la prise en charge des enfants à risque COVID ou confirmé COVID critique ment malade dans la salle de réanimation. Ce document est produit au meilleur des connaissances actuelles et a été produit à partir d'un consensus au sein d'un groupe de travail interdisciplinaire et interspécialité composé de pédiatres urgentistes, de pédiatres intensivistes, d'anesthésistes, d'infirmières, d'inhalothérapeutes, de pharmaciens du CHU Sainte-Justine et basé sur les recommandations et évidences de la littérature actuelle. Il sera mis à jour au fur et à mesure de l'évolution de la situation et des connaissances. Ce document ne remplace pas le jugement clinique.

Buts de ces recommandations

1. Éviter (si possible) les procédures produisant des aérosols (compression thoracique externe, ventilation manuelle, Ventimask, aspiration nasopharyngée, etc.)
2. Exposer le minimum de personnel au risque de contamination en limitant le nombre de personnes au chevet du patient, en désignant une équipe de réanimation COVID et en attribuant des rôles et des responsabilités dédiés à chaque membre de l'équipe.
3. Utilisation adéquate de l'équipement de protection individuel (EPI)
4. Sécuriser les voies aériennes d'emblée (ABC plutôt que CAB).
5. Minimiser la contamination du matériel et le gaspillage de ressource matérielle

Définition d'un cas suspecté

- La définition de cas suspectés pour les soins intensifs et l'urgence sera la même que celle fournie par la santé publique du Québec
- Tous les cas d'infections respiratoires sévères COVID-19 négatives sans étiologie demeurent en isolation COVID-19 jusqu'au résultat du test de dépistage.

Généralités

1. Une chambre à pression négative est nécessaire pour la prise en charge d'un patient suspecté ou diagnostiqué COVID-19 critique ment malade pour limiter l'aérosolisation causée par les procédures d'oxygénation et de ventilation et ainsi prévenir la contamination des équipes soignantes.

2. Nous aurons 4 chambres de réanimation en zone TIÈDE à l'urgence, dont deux à pression négative.
 - a. Voir le tableau en annexe pour la répartition des salles de réanimation à l'urgence du CHU Sainte-Justine en configuration pandémie COVID-19.
3. Lorsqu'un patient avec diagnostic suspecté ou confirmé de COVID-19 arrive à l'urgence et est critiqueusement malade, il doit être placé dans une des salles de réanimation de la zone TIÈDE à pression négative.
4. **CODE « C » en salle réanimation** doit alors être lancé par l'intercom par la commis de l'urgence en précisant dans laquelle des salles de réanimation de la zone TIÈDE l'équipe est attendue. Dans la salle de réanimation 4 (salle de décontamination), l'infirmière peut activer un bouton d'appel qui déclenche une alarme dans l'urgence.
 - a. Le rôle de chaque intervenant dans une des salles de réanimation de la zone TIÈDE est détaillé à l'annexe 2.
 - b. PPE dans une des salles de réanimation de la zone TIÈDE
 - i. Toujours se conformer aux recommandations en vigueur du service de la prévention des infections.
 - o Blouse
 - o Masque N95 si procédure aérosolisante prévue ou patient instable. Sinon, masque de procédure.
 - o Gants qui couvrent les poignets (nitrile)
 - La personne responsable du geste d'intubation devrait porter une double paire de gant. Retirer la première paire de gants une fois l'intubation complétée
 - o Protection oculaire (visière)
 - c. Équipement et matériel dans la salle de réanimation COVID
 - i. Apporter dans la salle de réanimation que le matériel nécessaire (pochettes de matériel selon le poids pour l'oxygénation, la perfusion, le bronchospasme et l'intubation).
 - ii. Ne pas faire entrer le chariot de code.
5. Tout matériel qui sera dans la salle de réanimation sera considéré comme contaminé et devra être soit stérilisé, soit jeté après le départ du patient.
6. Tenter de minimiser les ouvertures de la porte de la salle de réanimation pour la sécurité de tous surtout lors des procédures aérosolisantes.

7. Éviter (si possible en fonction de la condition clinique du patient) les procédures produisant des aérosols (compression thoracique externe (sans une intubation préalable), ventilation manuelle, Ventimask, aspiration nasopharyngée, etc.)
 - a. Favoriser l'oxygénation à l'aide de lunette nasale simple si celles-ci sont tolérées par le patient et que la saturation visée est acceptable.
 - b. Aspiration nasale (cathéter BBG) au lieu de l'aspiration nasopharyngée.
 - c. Intubation avant de débiter le massage cardiaque.
 - d. Éviter la ventilation au ballon-masque.
 - e. Éviter la VNI et la LNHD.

8. Importance de pouvoir communiquer adéquatement entre les membres de l'équipe à l'intérieur et à l'extérieur de la salle de réanimation.
 - a. Nouveaux téléphones ciscos à l'intérieur et 2 à l'extérieur mis sous haut parleur pour communication entre équipes à l'intérieur et à l'extérieur de la salle de réanimation.
 - i. Il est important de garder les interactions au minimum dans la salle de réanimation pour favoriser une communication en boucles, claire et concise.
 - b. Éventuellement, installation d'un système audiovisuel permettant d'améliorer la communication entre les deux équipes.

Prise en charge des voies aériennes et Intubation

1. Ventilation au masque :

- a. Oxygénation au masque génère aérosolisation à une distance limitée de 30-40cm.
- b. Patient peut donc être oxygéné dans la salle de réanimation OBS 37 (pression neutre) avec la porte fermée.
- c. Le personnel au chevet du patient doit porter un EPI avec un masque N95.
- d. Si doit être utilisé, ne pas humidifier ou réchauffer l'oxygène, car augmente l'aérosolisation.

- e. Toujours favoriser l'oxygénation avec une lunette simple si la condition du patient le permet.
- f. Viser une saturation >94% pour les cas sévères

2. Ventilation au ballon-masque

- a. Devrait être ÉVITÉE autant que possible, car entraîne une aérosolisation.

- i. Si doit être fait :



- À 4 mains
 - Filtre HEPA/Sterivent en place entre le ballon et le masque (auto-gonflables ou Ayres)
 - Guedel (si toléré par le patient, ne pas utiliser si risque de provoquer de la toux ou si ventilation facile)
 - Pour éviter les fuites, il faut limiter les pressions de ventilation et les volumes courants élevés.

- b. Éviter de ventiler au ballon avant et après l'intubation si possible.

3. VNI et LNHD :

- a. Les dispositifs de VNI et de LNHD génèrent de l'aérosolisation et doivent absolument être utilisés dans une salle à pression négative.

- i. Comme le transport intrahospitalier d'un patient sous VNI ou LNHD ne peut être réalisé de façon sécuritaire au CHU Sainte-Justine, la VNI ou la LNHD ne peuvent être débutées à l'urgence. Elle sont permises sous certaines conditions au SIP (voir protocole SIP)

- b. Favoriser une IET précoce pour les patients avec détresse respiratoire pour lesquelles l'O₂ au masque est insuffisant.

- i. Si un patient pouvant bénéficier d'une VNI est suffisamment stable pour permettre un transfert sécuritaire entre l'urgence et les soins intensifs, il est possible de transférer le patient sans support ventilatoire (avec oxygénation à la lunette nasale simple ou au ventimask si nécessaire) pour que la VNI soit débutée aux soins.

4. Pré-oxygénation avant intubation

- a. Si possible pré-oxygénation de 5 min au ventimask avec réservoir à 100% ou avec le montage ballon-filtre-masque (patient en respiration spontanée)

si le patient est très instable au niveau de l'oxygénation. Cesser toute oxygénation lors de la laryngoscopie.

5. Intubation endotrachéale

- a. Doit être réalisée par l'anesthésiste si celui-ci est disponible (#5668).
- b. Si l'anesthésiste n'est pas disponible, l'urgentologue ou le médecin des SIP (#3664) sera responsable de l'intubation.
 - i. Il est important que la personne la plus expérimentée soit celle qui réalise le geste d'intubation pour minimiser la durée du geste et maximiser sa réussite de façon sécuritaire.
- c. Si la condition clinique du patient le permet, et après discussion avec le consultant aux soins intensifs, considérer retarder l'intubation si l'oxygénothérapie par lunette nasale simple ou masque d'oxygène avec réservoir est suffisante jusqu'à l'admission au SIP où l'intubation pourra être réalisée.
- d. Toute intubation doit être faite dans une chambre à pression négative.
- e. Le premier choix pour l'intubation est l'utilisation du Glidescope (diminue les risques de contamination) ou d'un autre appareil de vidéolaryngoscopie. La laryngoscopie directe traditionnelle demeure une option acceptable.
- f. Placer un filtre HEPA/Stérivent sur ballon-masque (voir ventilation au masque)
- g. Le mandrin doit être en place dans le tube endotrachéal.
- h. Utiliser la lame Glidescope appropriée pour la taille selon la charte attachée au Glidescope (lame déjà dans la pochette intubation sélectionnée pour le poids de l'enfant).
- i. Pas de filtre sur le tube endotrachéal pendant l'intubation (car le filtre est trop lourd et risque de faire plier le tube endotrachéal).
- j. Le Trachcare ne peut pas être connecté d'emblée au TET durant l'intubation en raison de l'utilisation du mandrin, il faut donc le brancher par la suite.



- k. Placer la seringue sur le ballonnet pour que celui-ci soit prêt à être gonflé dès l'intubation réalisée. Une fois le tube dans la trachée, gonfler le ballonnet puis retirer le mandrin.
- l. Connecter le tube endotrachéal au respirateur avec en place le Trachcare et le dispositif de capnographie expiré (ETCO₂).
- m. Le respirateur dans la salle de réanimation doit être en mode stand-by avec les réglages appropriés. Un filtre HEPA/Stérivent doit être connecté à la branche expiratoire du circuit.
 - i. Si disponible, utiliser d'emblée le respiratoire Servo i des SIP pour minimiser les déconnexions du tube endotrachéal
 - ii. Paramètres initiaux suggérés (à adapter en fonction de l'état clinique et ventilatoire du patient)
 1. Volume 6 à 7 cc/kg (ajuster selon le poids idéal pour la taille si le patient présente un surpoids important)
 2. FiO₂ 100% initiale, puis titrer pour viser saturation ≥ 90%
 3. PEEP 5 à 8
 4. Pression de plateau inférieure à 30 cmH₂O
 5. Fréquence en fonction de l'âge : <1 an (20-30/min), 1-6 ans (20-25/min), 6-12 ans (15-20/min), >12 ans (12-20/min)
 6. Viser une saturation >94%
 - iii. Ne pas démarrer la ventilation sur le respirateur tant que l'ensemble du circuit n'est pas connecté
- n. Confirmer l'intubation endotrachéale à l'aide de la capnographie. L'auscultation du patient devrait être évitée ou minimisée pour réduire les risques de contamination.
- o. En cas d'échec d'intubation, un masque laryngé peut être utilisé momentanément chez ces patients en fonction du jugement du clinicien et du délai anticipé avant la prochaine tentative de laryngoscopie. Le masque laryngé de grandeur approprié pour le patient devrait être présent (dans un sac de plastique à part) dans la salle de réanimation lors du geste initial d'intubation. Si la ré-oxygénation se fait à l'aide de la ventilation au ballon-masque (avec filtre), celle-ci doit se faire selon la technique décrite ci-haut.

6. Médication (voir annexe 6)

- a. Médicaments d'intubation et de sédation/analgésie

- i. Curarisation pour l'intubation: pour diminuer le réflexe de toux. À moins d'une obstruction haute des voies aériennes, à discuter avec l'anesthésiste
- b. Ne pas utiliser d'agent topique (xylocaïne en spray).
- c. S'assurer que le patient est adéquatement curarisé avant de débiter la laryngoscopie pour éviter le réflexe de toux.
- d. En cas d'instabilité hémodynamique péri-intubation, il est suggéré d'utiliser des bolus d'épinéphrine ou de phényléphrine (voir annexe 6)
 - i. Si le patient requiert des doses répétées ou si l'état clinique le requiert, une perfusion d'amines doit être débutée.

7. Post intubation

- a. Préparer la sédation post intubation pour éviter la toux et l'asynchronie avec le respirateur et le confort du patient (Bolus midazolam et/ou fentanyl à favoriser, perfusions seront débutées aux SIP pour éviter gaspillage de médicaments qui sont en quantité limitée lors de la pandémie)
- b. Monitoring de l'ETCO2 quantitative en continu
- c. Radiographie pulmonaire pour confirmer l'emplacement du tube endotrachéale au chevet
 - i. Se conformer à la procédure en vigueur pour la radiologie au chevet des patients suspectés ou diagnostiqués COVID-19
- d. Ajuster les paramètres du respirateurs en fonction de l'état clinique du patient, de l'ETCO2 et des résultats de gaz veineux ou capillaires.
- e. Si une aspiration des sécrétions dans le tube endotrachéal est nécessaire, celle-ci devrait se faire à l'aide d'un circuit fermé (Trachcare)
- f. Minimiser les déconnexions du tube endotrachéal.
 - i. Si une déconnexion est nécessaire :
 - S'assurer d'être dans une salle à pression négative
 - Le personnel devrait porter l'EPI approprié avec un masque N95
 - Mettre le respirateur en stand-by avant la déconnexion
 - Envisager de clamper le tube

8. Transfert USI (voir annexe 4)

- a. Le personnel à l'intérieur de la salle lors de l'intubation doit changer de gants et de blouse avant de quitter la salle avec le patient et se laver les mains avant de se revêtir d'une nouvelle blouse et de nouveaux gants.
- b. Le masque et la visière peuvent être conservés à condition qu'ils ne soient pas souillés.
- c. S'assurer d'apporter les doses de médication nécessaires pendant le transport (analgésie/sédation, curare, épinéphrine, etc) selon l'état clinique du patient.
- d. Les ridelles de la civière et les poignée des pompes et du respirateurs doivent être essuyés.
- e. Mettre le dossier dans une enveloppe de plastique pour éviter la contamination du papier.
- f. Aviser les soins du départ du patient.
- g. Circulation du patient selon les parcours pré-désignés

9. Arrêt cardiorespiratoire

- a. Toujours revêtir l'EPI requis avant de s'occuper du patient.
- b. Ne pas débiter le massage cardiaque d'emblée. Le massage cardiaque devrait uniquement être effectué lorsque le patient est intubé.
- c. Éviter de ventiler le patient, favoriser l'intubation précoce pour que le massage cardiaque puisse débiter.
- d. Si un rythme choquable est identifié, la défibrillation peut être réalisée avant que le patient ne soit intubé.
- e. Le document du MSSS recommande la séquence suivante :
 - i. Mettre PPE avec N95
 - ii. Défibrillation (si appropriée)
 - iii. Intubation
 - iv. Massage cardiaque
 - v. Poursuivre la réanimation

Équipe ayant participé à la réalisation de ce document : Dr Laurence Alix-Séguin, Dr Arielle Lévy, Dr Nathalie Lucas, Dr Yasaman Shayan, Dr Géraldine Pettersen, Dr Chantal Hickey, Dr Florent Baudin, Dr Luc Panetta, Corinne Thériault Infirmière conseillère aux soins, Sylvain Morneau Inhalothérapeute, Ariane Daoust infirmière en prévention des infections, Christopher Marquis Pharmacien.

Annexe 1 - RÉORGANISATION DES SALLES DE RÉANIMATION URGENCE CHU SAINTE-JUSTINE EN CONFIGURATION PANDÉMIE COVID-19

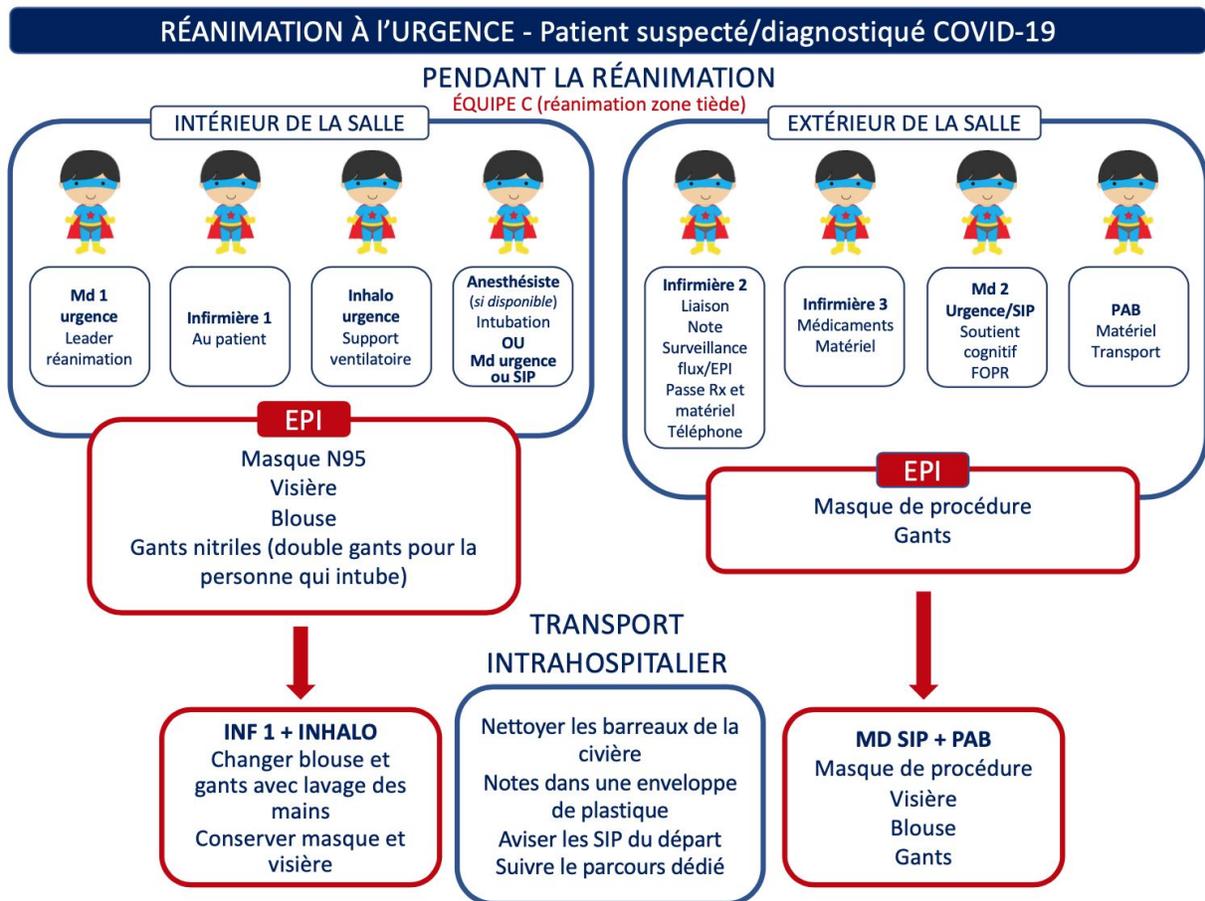
RÉORGANISATION DES SALLES DE RÉANIMATION URGENCE CHU HSJ - CONFIGURATION PANDÉMIE COVID-19

	ZONES	PRESSION	TYPES DE PATIENTS	PARTICULARITÉS
Salle de décontamination (RÉA 4 COVID)	TIÈDE	Négative	<ul style="list-style-type: none"> - Patients instables en zone TIÈDE à risque élevé de procédure aérosolisante invasive (intubation, ventilation au masque, manipulation voies aériennes, etc.) - Ex : Détresse respiratoire sévère, bronchiolite modérée à sévère, status epilepticus avec facteur de risque (FR) COVID, choc septique, méningococcémie, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - EPI avec masque N95 pour procédures aérosolisantes ou patient instable - Se référer au protocole IET COVID
Salle OBS 37	TIÈDE	Neutre	<ul style="list-style-type: none"> - Patients en zone TIÈDE ayant des critères pour être placés en salle de réanimation, mais ayant un faible risque de nécessiter une procédure aérosolisante (intubation, ventilation au masque, manipulation voies aériennes, etc.) - Ex : administration de MgSO₄, asthme modéré-sévère, anaphylaxie chez patient avec FR COVID, intoxication stable ayant besoin de monitoring avec FR COVID, hypoglycémie avec FR COVID, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si masque d'oxygène réservoir est requis par la condition clinique du patient (toujours favoriser lunette nasale simple si possible), la porte de la chambre doit être fermée et le personnel soignant doit porter un EPI avec masque N95. - Infirmière observation zone FROIDE fournit le matériel à l'infirmière au chevet du patient.
Salles EXAMEN 3	TIÈDE	Négative	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de procédure pour techniques aérosolisantes (nébulisation d'épinéphrine, aspiration NP, etc.) Peut servir de salle de réanimation à pression négative pour un patient instable en zone TIÈDE à risque de nécessiter des procédures aérosolisantes si la salle de décontamination n'est pas disponible. *** Si possible, laisser cette salle libre pour qu'elle puisse être utilisée pour les différentes procédures aérosolisantes, notamment pour les patients de l'observation. 	<ul style="list-style-type: none"> - EPI avec masque N95 pour procédures aérosolisantes ou patient instable

RÉORGANISATION DES SALLES DE RÉANIMATION URGENCE HSJ - CONFIGURATION PANDÉMIE COVID-19

	ZONES	PRESSION	TYPES DE PATIENTS	PARTICULARITÉS
Salle de RÉA 1	TIÈDE	Neutre	<p>- Salle de réanimation back-up pour zone TIÈDE *** Ne devrait être utilisé qu'exceptionnellement si les autres salles de réanimation de la zone TIÈDE (salle de décontamination, salle OBS 37 et salle examen 3) ne sont pas disponibles. <i>L'utilisation de cette salle pour la réanimation d'un patient suspect COVID entraîne une utilisation accrue du personnel infirmière et une contamination plus importante du matériel.</i></p> <p>- Patients en zone TIÈDE ayant des critères pour être placés en salle de réanimation, mais ayant un faible risque de nécessiter une procédure aérosolisante (intubation, ventilation au masque, manipulation voies aériennes, etc.)</p> <p>- Ex : administration de MgSO4, asthme modéré-sévère, anaphylaxie chez patient avec FR COVID, intoxication stable ayant besoin de monitoring avec FR COVID, hypoglycémie avec FR COVID, etc.</p>	<p>- Si masque d'oxygène réservoir est requis par la condition clinique du patient (toujours favoriser lunette nasale simple si possible), la porte de la chambre doit être fermée et le personnel soignant doit porter un EPI avec masque N95.</p> <p>- Une infirmière dans la salle de réanimation 2 (zone FROIDE) fournit le matériel nécessaire à l'infirmière au chevet du patient.</p>
Salle RÉA 2	FROIDE	Neutre	<p>- Patients en zone FROIDE nécessitant d'être placé en salle de réanimation</p> <p>- Ex : Status epilepticus afebrile, acidocétose diabétique, polytrauma, hypoglycémie, TSV, brûlure, etc.</p>	<p>*** Toujours s'assurer que le patient n'a pas de FR pour COVID ou d'indication de dépistage</p>
Prise en charge des P2 rouge	TIÈDE	Neutre	<p>- Les NN <1 mois avec fièvre, les neutropénie fébrile oncologique ou les patient anémie falciforme avec fièvre peuvent être placé directement dans une salle d'observation de la zone TIÈDE (22 à 30) pour une prise en charge dans la chambre.</p>	

Annexe 2 - RÉPARTITION DES RÔLES EN SALLE DE RÉANIMATION ZONE TIÈDE POUR UN PATIENT INSTABLE URGENCE CHU SAINTE-JUSTINE



Composition de l'équipe en charge d'un patient suspecté ou confirmé COVID-19 critiqueusement malade

Principes : LIMITER le nombre de personnes exposées afin de diminuer la contamination et limiter l'utilisation du matériel.

1. **Équipe patient :** Dans salle de réanimation avec le patient
 - a. Médecin urgence
 - b. Infirmière 1 (au patient)
 - i. Celle qui a fait le triage car déjà dans la salle avec PPE et matériel
 - c. Inhalothérapeute
 - d. Anesthésiste si disponible et intubation imminente, ou Md SIP ou deuxième urgentologue.

2. Équipe extérieure :

<u>Si salle de décontamination</u>	<u>Si salle d'examen 3</u>
<p><u>Dans le corridor</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Infirmière 2 :<ul style="list-style-type: none">▪ Contrôle flux des membres de l'équipe▪ Supervise PPE▪ Prends des notes▪ Passe le matériel à l'équipe patient- Infirmière 3 :<ul style="list-style-type: none">▪ Préparation des médicaments▪ Va chercher le matériel nécessaire- Médecin SIP ou urgentologue :<ul style="list-style-type: none">▪ Support cognitif▪ FOPR- Préposé aux bénéficiaires<ul style="list-style-type: none">▪ Va chercher le matériel nécessaire▪ Transport du patient	<p><u>Dans antichambre</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Infirmière 2 :<ul style="list-style-type: none">▪ Contrôle flux des membres de l'équipe▪ Supervise PPE▪ Prends des notes▪ Passe le matériel à l'équipe patient <p><u>Dans salle de réanimation 1</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Infirmière 3 :<ul style="list-style-type: none">▪ Préparation des médicaments▪ Va chercher le matériel nécessaire- Médecin SIP ou urgentologue :<ul style="list-style-type: none">▪ Support cognitif▪ FOPR- Préposé aux bénéficiaires<ul style="list-style-type: none">▪ Va chercher le matériel nécessaire▪ Transport du patient

Annexe 3 - AIDE-MÉMOIRE INTUBATION D'UN PATIENT SUSPECTÉ OU CONFIRMÉ COVID-19

INTUBATION À L'URGENCE - 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 Glidescope
- 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

Toujours intuber avant de débiter le massage cardiaque

Annexe 4 - AIDE-MÉMOIRE TRANSPORT INTRA HOSPITALIER D'UN PATIENT CRITIQUE ENTRE L'URGENCE ET LES SOINS INTENSIFS AU CHU SAINTE-JUSTINE

**TRANSFERT INTRA-HOSPITALIER –
URGENCE VERS SOINS INTENSIFS CHU SAINTE-JUSTINE**

- **NE PAS** transférer le patient sous VNI, LNHD ou ballon-masque
 - Le patient peut être transféré sous
 - LN simple (1er choix)
 - Masque d'oxygène avec réservoir
 - Intubé sous respirateur
 - Éviter les déconnexions de circuit
 - Le patient non intubé doit porter un masque procédural
- Monitoring du patient
 - Moniteur de transport
 - ETCO₂ pour les patients intubés
- Aviser les soins intensifs du départ du patient
- Mettre le dossier papier dans un sac de plastique pour éviter la contamination
- Nettoyer les ridelles de la civière et les poignées des appareils
- Accompagnement du patient – à risque de détérioration rapide
 - Infirmière au patient
 - Préposé
 - Inhalothérapeute + médecin des SIP selon la condition du patient
- EPI pour l'équipe de transfert – selon recommandations en vigueur
**** Pour l'équipe présente dans la salle de réanimation durant une procédure aérosolisante : changer de blouse et de gants et faire l'hygiène des mains. Le masque et la visière peuvent être conservés.*
- Parents accompagnateurs doivent porter masque procédural et blouse . Les effets personnels du patient doivent être placés dans un sac de plastique
- S'assurer d'avoir les médicaments nécessaires pour la durée du transfert et le matériel d'urgence
- Suivre le parcours dédié – accompagnement avec sécurité
 - Minimiser le contact avec l'environnement durant le déplacement

Annexe 5 - AIDE-MÉMOIRE TRANSPORT INTRA HOSPITALIER D'UN PATIENT CRITIQUE ENTRE L'URGENCE ET LA RADIOLOGIE OU LE BLOC OPÉRATOIRE AU CHU SAINTE-JUSTINE

TRANSFERT INTRA-HOSPITALIER D'UN PATIENT CRITIQUE VERS LA RADIOLOGIE OU LE BLOC OPÉRATOIRE

- Limiter les transports aux examens essentiels qui changeront la conduite clinique
- **NE PAS** transférer le patient sous VNI, LNHD ou ballon-masque
 - Le patient peut être transféré sous
 - LN simple (1er choix)
 - Masque d'oxygène avec réservoir
 - Intubé sous respirateur
 - Éviter les déconnexions de circuit
 - Le patient non intubé doit porter un masque procédural
- Monitoring du patient
 - Moniteur de transport
 - ETCO₂ pour les patients intubés
- Dossier patient
 - Éviter de le transporter si possible
 - Si essentiel, mettre dans un sac de plastique pour éviter la contamination
- Nettoyer les ridelles de la civière et les poignées des appareils
- Accompagnement du patient – à risque de détérioration rapide
 - Infirmière au patient
 - Préposé
 - Inhalothérapeute + médecin des SIP selon la condition du patient
 - Les parents ne devraient pas accompagner leur enfant en radiologie ni en salle d'opération
- EPI pour l'équipe de transfert – selon recommandations en vigueur
 - *** Pour l'équipe présente durant une procédure aérosolisante : changer de blouse et de gants et faire l'hygiène des mains. Le masque et la visière peuvent être conservés.*
- S'assurer d'avoir les médicaments nécessaires pour la durée du transfert et le matériel d'urgence
- Suivre le parcours dédié
 - Minimiser le contact avec l'environnement durant le déplacement

Annexe 6 - AIDE-MÉMOIRE DES MÉDICAMENTS D'INTUBATION POUR PATIENT SUSPECTÉ OU DIAGNOSTIQUÉ COVID-19 - URGENCE CHU SAINTE-JUSTINE

Préparer Phényléphrine au chevet dans la salle. Ne pas administrer d'emblée
L'utilisation de push-doses de Phényléphrine ou Épinéphrine doit être fait par ou sous supervision d'un médecin réanimateur expérimenté.

Si intubation avec Propofol, préparer dose de 4 mg/Kg, max 200 mg; l'anesthésiste ou médecin réanimateur ajustera selon l'état clinique entre 2-4 mg/Kg lorsqu'en salle.

PRÉMÉDICATION

Si utilisation de la kétamine ou en prévention des bradycardies :

Atropine _____ mg (0,02 mg/kg, max 0,4 mg) IV une dose

INDUCTION :

Kétamine _____ mg (2 mg/kg/dose, max 150 mg) IV une dose

OU

Propofol _____ mg (2-4 mg/kg/dose, max 200 mg) IV une dose

PARALYSIE

Rocuronium _____ mg (1,2 mg/kg/dose, max 120 mg) IV une dose

HÉMODYNAMIE

Si Hypotension :

PHENYLÉphrine _____ mcg (2 mcg/kg/dose, max 100 mcg) = _____ mL (0.02 mL/Kg, max 1 mL de la solution DILUÉE à 100 mcg/ml) IV une dose

Répétable PRN selon TA

Phényléphrine 100mcg/mL DILUÉ = 1 mL de Phényléphrine 10 mg/mL dans 100 mL de NaCl 0,9%

Préparer 5 mL d'emblée de Phényléphrine DILUÉE à 100 mcg/mL; Titration par anesthésiste ou médecin réanimateur.

Si patient pré-arrêt cardiaque ou si hypotension avec suspicion d'atteinte cardiaque:

NB : Les doses ci-dessous ne sont PAS les doses d'arrêt cardiaque

Épinéprine _____ mcg (1 mcg/kg/dose, max 20 mcg) = _____ mL (0.1 mL/Kg, max 2 mL de la solution DILUÉE à 10 mcg/ml) IV une dose

Répétable PRN selon TA

Épinéprine 10 mcg/mL DILUÉ = 1 mL d'Épinéprine 1 mg/mL dans 100 mL de NaCl 0,9%

Préparer 5 mL d'emblée d'Épinéprine DILUÉE à 10 mcg/mL; Titration par anesthésiste ou médecin réanimateur.

Si doses répétées de Phényléphrine ou Épinéprine nécessaires, envisager perfusion continue :

Norépinéprine (FOPRI-751 ou FOPRI-758) si mauvaise perfusion périphérique sans atteinte cardiogénique/choc chaud

Épinéprine (FOPRI-748 ou FOPRI-758) si atteinte cardiogénique/choc froid

SÉDATION ET ANALGÉSIE APRÈS INTUBATION

NOTE : Après l'intubation, prévoir sédation pour environ une heure après la procédure

FentaNYL _____ mcg (1 mcg/kg/dose, max 50 mcg) IV 2 doses

Midazolam _____ mg (0,05 mg/kg/dose, max 2 mg) IV 2-4 doses

SI DYSSYNCHRONIE avec VENTILATEUR malgré SÉDATION PROFONDE ou TRANSPORT VERS ÉTAGE

Rocuronium _____ mg (1 mg/kg/dose, max 100 mg) IV une dose au besoin

Pour renverser de Rocuronium en urgence:

Suggamadex _____ mg (2 mg/Kg) IV une dose en 10 secondes

Répétable au besoin

Ne pas préparer d'emblée à chaque intubation