

POINTS IMPORTANTS

- Un encodage (10-10) doit s'effectuer au chevet du patient.
- La thrombolyse cérébrale sera disponible à l'hôpital de Granby.
- Un transfert en P2 peut être quand même demandé si le patient nécessite une thrombectomie.
- Vous référer à votre protocole MED 14 de votre PICTAP. Voir la feuille d'encodage en annexe.

Service de thrombolyse et téléthrombolyse au centre hospitalier de Granby

Collègues,

Le 22 mai prochain, la clientèle ayant des signes et symptômes d'AVC pourra être prise rapidement en charge à l'urgence du centre hospitalier de Granby. Cette prise en charge rapide fera en sorte que l'équipe de neurologues de garde pourra ordonner la thrombolyse cérébrale afin de limiter les séquelles chez les patients.

Advenant une découverte en neurologie, la téléthrombolyse sera disponible avec le centre tertiaire AVC. Tout dépendant du résultat du scan, le patient pourra être traité seulement par thrombolyse à Granby. Cependant, le résultat pourrait demander à ce que le patient soit transféré pour une thrombectomie qui ne peut être effectuée que dans un centre tertiaire de façon urgente. Dans cette situation, un transfert de haute priorité (P2) sera demandé par l'équipe de l'urgence pour que le neurologue du CHUS puisse prendre en charge le patient.

Puisqu'il s'agit d'une situation chronodépendante, nous devons effectuer l'encodage (10-10) au chevet du patient afin d'aviser le centre hospitalier receveur d'un patient potentiellement foudroyé par un AVC aigu. Ainsi, l'équipe de radiologie sera mise sous tension afin de procéder au scan de tête dès notre arrivée à l'hôpital.

Bien que les heures entre le début des symptômes d'AVC et l'arrivée du patient à l'urgence soient sujettes à changements, nous devons tout de même faire notre préavis au chevet afin d'optimiser chaque minute pour notre patient.

Formulaire d'encodage (10-10, 10-100)

Comme vous avez pu le constater, le formulaire d'encodage a été mis à jour et bonifié, selon les protocoles préhospitaliers (actuels et à venir). Les centres hospitaliers de notre région devraient l'utiliser et seront en mesure de suivre notre histoire lorsque nous défilerons les informations en lien avec les cas cliniques. SVP, en prendre note et l'utiliser au maximum lors de vos quarts de travail. Bien que non-inscrit dans le formulaire, il est important de mentionner la prise d'anticoagulants, le cas échéant.

Merci de votre habituelle collaboration.

Pour le directeur médical régional,



Michel Demeo, TAPAQ

Services préhospitaliers d'urgence de la Montérégie

DESTINATAIRES : À toutes les personnes impliquées dans l'implantation de la thrombolyse | téléthrombolyse à l'Hôpital de Granby
Sylvain Samson, responsable du continuum de services AVC,
Direction des soins infirmiers

EXPÉDITEURS : Maryse Grégoire, conseillère cadre
Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle,
Direction des soins infirmiers

DATE : 16 mai 2018

OBJET : **Implantation des services mixtes thrombolyse | téléthrombolyse pour la clientèle AVC à l'urgence de l'Hôpital de Granby**

Attention ! Bonne nouvelle !

À compter du **mardi 22 mai 2018, 8 h**, l'urgence de l'Hôpital de Granby offrira les services de thrombolyse | téléthrombolyse pour tout patient âgé de 18 ans et plus, victime d'un AVC, se présentant sur pied ou en ambulance au triage de l'urgence.

Il s'agit d'un **nouveau service de proximité** à la population de Granby et ses environs que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est très heureux d'offrir.

Nous tenons à remercier chaleureusement les équipes de l'Hôpital de Granby, du CHUM et du CUSM pour leur collaboration à l'élaboration des protocoles et la mise en place de ce service.

SS-MG/ld



**MISE EN TENSION DE LA SALLE
D'URGENCE PAR LES SPU (10-10, 10-100)**

DATE : ____ / ____ / ____ HEURE : ____ h ____
 N° VÉHICULE : _____
 COMPAGNIE : _____
 LIEU D'APPEL : _____

1. SEXE ET ÂGE

Féminin Masculin Âge : _____

2. RAISON DE L'ENCODAGE

ACR médical ACR traumatique Heure : _____
 Agressivité Agitation
 Contention Intoxication
 Altération de l'état de conscience (A-V-P-U)
 AVC Dyspnée
 Réaction anaphylactique
 Traumatisé
 Événement avec victimes multiples (inscrire le nombre)
 ROUGE : ____ JAUNE : ____ VERT : ____ NOIR : ____

3. ÉTAT NEUROLOGIQUE / AVC

A V P U

AVC au réveil ou plus de 5 h

AVC aigu moins de 5 h (entre le début des symptômes et l'arrivée à l'urgence) **Attention aux critères de reperfusion endovasculaire!**

- ▶ Âge 16 ans et plus Oui Non
- ▶ A V P U = A - V
- ▶ Glycémie supérieure ou égale à 3 mmol / L
- ▶ Patient n'est pas dans une condition où il reçoit des soins de fin de vie

Test Cincinnati : ____ / 3 Glasgow : ____ / 15

4. SIGNES VITAUX

Fréquence respiratoire : ____ / min GCS : ____
 Fréquence cardiaque : ____ / min AVPU : ____
 T. A. : ____ / ____
 SpO₂ : ____ % air ambiant
 ____ % avec O₂ à ____ L / min
 ETCO₂ : ____
 Glycémie capillaire : ____ mmol / L

5. CARDIO / IPIM

Douleur thoracique : ____ / 10 ou Asymptomatique
 Infarctus confirmé / Nom du médecin : _____
 Hôpital de destination : _____
 Interprétation de l'ECG : _____
 Numéro d'identification de l'ECG : _____

6. EQPT (échelle québécoise triage préhospitalier trauma)

Étapes (encerclez) : 1 2 3 4 5
 Critères : _____

7. HISTOIRE

8. TRAITEMENT(S) DONNÉ(S) OU EN COURS PAR LES SPU

Assistance ventilatoire
 Combitube
 Contrôle d'hémorragie : _____
 CPAP : ____ cm H₂O ou ____ L / min
 RCR / Défibrillation / n^{bre} de choc(s) : _____

9. MÉDICAMENT(S) DONNÉ(S) OU EN COURS PAR LES SPU

Glucagon : _____
 Salbutamol : _____
 Fentanyl : _____
 Narcan : _____
 Épinéphrine : _____
 Midazolam : _____
 AAS : _____
 TNT : _____
 Autres : _____

10. ESTIMATION DU TEMPS D'ARRIVÉE (ETA)

_____ minutes

11. ORIENTATION PATIENT

Triage
 Salle de réanimation
 Autre (spécifiez) : _____

SIGNATURE
