

CODE BLEU PROTÉGÉ (RÉANIMATION ET INTUBATION) CHEZ UN USAGER ADULTE EN
CONTEXTE DE COVID-19 - MILIEU HOSPITALIER

Émetteur	Direction des soins infirmiers – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle	
Direction responsable	Direction générale adjointe - programme santé physique générale et spécialisée	
Destinataires	Communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	
Entrée en vigueur	2023-06-01	
Adopté par	Direction des soins infirmiers - Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle	Date 2022-04-26
	Direction adjointe des services multidisciplinaires - Qualité et évolution de la pratique	
	Direction adjointe des services professionnels – Soutien et qualité	
Signature	Document original signé	
	_____ Patricia Bourgault, Directrice des soins infirmiers	
	Document original signé	
	_____ Nathalie Bolduc, Directrice adjointe des services professionnels - Qualité et évolution de la pratique	
	Document original signé	
	_____ Dre Édith Grégoire, Directrice adjointe des services professionnels - Soutien et qualité	

Table des matières

1. Mise en contexte	2
2. Objectifs	2
3. Définition des termes.....	2
4. Champs d'application	2
5. Cadre théorique.....	3
6. Procédure	4
7. Rôles et responsabilités.....	11
8. Ouvrages consultés.....	11
9. Dispositions finales	12
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS	13
ANNEXE B - CONTENU DE LA BOÎTE DE RÉANIMATION ADULTE	14
ANNEXE C - CONTENU DES SACS DE VENTILATION ADULTE	15
ANNEXE D - AIDE A LA DECISION POUR LES PREMIERS REpondants DES UNITES EN MILIEU HOSPITALIER.....	16
ANNEXE E - LISTES DE VÉRIFICATION POUR INTUBATION HORS BLOC MRSI (VERSION 9.4)	19

1. Mise en contexte

Des cas de transmissions de Covid-19 au personnel de la santé sont survenus dans des situations d'urgence à risque de bris de procédure. Le code bleu représente une situation typique où le stress augmente de façon importante le risque de bris de procédure et d'auto contamination. Ainsi, l'objectif principal de cette procédure doit être **d'abord et avant tout la protection du personnel soignant**. Il faut donc que les intervenants puissent démontrer la maîtrise des aptitudes nécessaires au code bleu protégé et que les procédures soient suivies de façon intégrale.

2. Objectifs

Les objectifs de la présente procédure sont de :

- Mobiliser rapidement et de manière sécuritaire l'équipe de réanimation.
- Protéger le personnel soignant lors d'un code bleu protégé.
- Connaître les interventions pouvant générer des aérosols (IMGA) lors d'une réanimation cardiorespiratoire.
- Éviter le plus possible l'aérosolisation par émission de gouttelettes de sécrétions respiratoires.
- Éviter le contact direct avec du matériel contaminé par des gouttelettes infectieuses (certains virus peuvent vivre plusieurs jours sur une surface inerte).

3. Définition des termes

- **ACLS** : Advanced Cardiovascular Life Support
- **CSA** : Association canadienne de normalisation (anglais : Canadian Standards Association).
- **ÉPI** : Équipement de protection individuelle.
- **Filtre HEPA** : Les filtres HEPA représentent le moyen le plus efficace au monde pour filtrer l'air des saletés, pollens, bactéries et n'importe quelle particule dans l'air ayant une taille supérieure à 0,3 micron.
- **MRSI** : Maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée.
- **Trachcare** : Système clos d'aspiration trachéale permettant une aspiration protégée tout en maintenant les paramètres physiologiques et la ventilation des usagers intubés ou trachéotomisés sous ventilation mécanique.
- **Thérapie à haut débit** : Permet un ajustement du niveau d'oxygène tout en générant une pression positive dynamique des voies aériennes. (Ex : Optiflow, Airvo)
- **IMGA** : Interventions médicales générant des aérosols
- **Zone chaude** : regroupement de deux usagers ou plus, confirmés par laboratoire pour la COVID-19 au sein d'une même unité de soins/zone
- **Usager suspecté ou confirmé COVID-19** :
 - Confirmé : Résultat positif de COVID-19 et non rétabli.
 - Suspecté : usager présentant un tableau clinique compatible avec la COVID-19 selon le jugement clinique OU qui est en attente d'un résultat de test de laboratoire pour le SRAS-CoV-2.
- **Usager avec exposition à risque** :
 - Contact étroit d'un cas confirmé avec la COVID-19
 - Contact élargi (unité en éclosion)
- **Usager « froid »** :
 - Aucun symptôme de la COVID-19
 - Aucun critère d'exposition à la COVID-19

- Usager rétabli de la COVID-19 depuis moins de 3 mois

4. Champs d'application

Cette procédure s'adresse à l'ensemble du personnel soignant, infirmières, inhalothérapeutes, médecins et médecins-résidents séniors des soins intensifs et préposés aux bénéficiaires impliqués dans une procédure de code bleu et travaillant au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

5. Cadre théorique

5.1 Conditions d'application obligatoires

- La formation sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) et l'essai d'ajustement valide (fit-test) sont des prérequis obligatoires.
- Toute personne impliquée doit pouvoir démontrer les aptitudes nécessaires pour garantir sa propre sécurité et celle des autres travailleurs.
- Aucune personne ne doit entamer des manœuvres de réanimation dans le cadre d'un code bleu protégé si elle n'a pas été formellement entraînée pour cette procédure.
- La personne responsable assurant la coordination de l'équipe de réanimation à partir de l'extérieur de la chambre a l'autorité de refuser l'accès à toute personne jugée non sécuritaire.
- En situation de code bleu protégé, la sécurité du personnel est une considération aussi importante que l'issue finale de l'usager.

5.2 Conditions d'applications générales

- Le personnel soignant (infirmier, inhalothérapeute, médecin, etc.) assigné au code bleu protégé pour un usager atteint d'une COVID-19 se doit d'avoir été formé préalablement en ÉPI standard à la situation recommandé par la PCI, incluant un masque N95, protection oculaire, blouse et gants.
- Une personne doit assurer la coordination de l'équipe de réanimation à partir de l'extérieur de la chambre et veiller à l'application sécuritaire de la procédure et à la sécurité de l'équipe soignante. Celle-ci assumera le rôle de leader de la gestion non médicale du code.
- L'équipe médicale interne du code doit gérer la prise en charge médicale, en s'étant assuré auparavant de sa propre sécurité.
- Aucun intervenant ne devrait faire partie de l'équipe interne du code bleu protégé pendant plus de 20 minutes consécutives. Après 15-20 minutes, les risques de bris de procédure augmentent de façon considérable de même que le risque de transmission. Plus le temps de réanimation se prolonge, plus le pronostic de l'usager est pauvre et plus les risques de contamination du personnel augmentent.
- En contexte de pandémie, toute réanimation prolongée est à proscrire pour optimiser la gestion des ressources humaines et matérielles. Advenant une réanimation prolongée en dehors du contexte de pandémie, une deuxième équipe de réanimation doit se préparer à relayer les intervenants.
- Selon la littérature et ce, la plupart du temps, les arrêts cardiorespiratoires intrahospitaliers chez les patients COVID ont un mauvais pronostic. Dans de rares circonstances ciblées (exemple : arythmie qui pourrait mener à une défibrillation), des manœuvres pourraient être justifiées. Dans toutes les autres circonstances, la décision et l'intensité de la réanimation doivent être modulées en fonction du risque pour le personnel et le reste de la clientèle.
- Étant donné la complexité de cette procédure, un nombre restreint de membres du personnel devraient y être assignées. Ainsi, dès le déclenchement d'un code bleu protégé en contexte de

COVID-19, une équipe code se déplace à l'endroit de l'appel pour assister l'équipe sur place, et chaque membre désigné de l'équipe doit être libéré de ses tâches.

6. Procédure

- Avant d'entreprendre toute mesure de réanimation, il est essentiel de s'assurer que les manœuvres envisagées respectent le niveau de soins établi et qu'aucune ordonnance de non-réanimation n'existe au dossier.
- Les procédures à risque jugées absolument nécessaires et justifiées pour la condition des usagers suspectés ou confirmés COVID-19 doivent être faites :
 - Par des professionnels de la santé adéquatement protégés par un ÉPI adapté à la situation recommandé par la PCI (L'équipement requis peut inclure un masque de procédure ou un masque N95, une protection oculaire, une blouse à manche longue et des gants de nitrile).
 - Avec l'EPI requis qui est variable pour chaque type d'usagers (ex : suspecté, confirmé) et qui sera déterminé par la PCI avec des indications à l'entrée de l'unité ou de la chambre. Dans un contexte de code bleu protégé, le type d'EPI requis changera toutefois selon le type d'IMGA qui sera effectué.
 - Par les personnes les plus expérimentées et habilitées et avec le moins d'intervenants possible dans la chambre (voir plus loin la composition des équipes). La présence d'étudiants, de femmes enceintes et de personnes immunosupprimées est interdite.
 - Avec suffisamment de personnel disponible à l'extérieur afin d'assurer une supervision constante de l'observance des mesures de prévention et d'assurer les besoins en équipement supplémentaire.
 - Dans une chambre à pression négative si possible d'anticiper les détériorations. En cas d'arrêt non anticipé, une chambre à pression neutre avec une porte fermée est acceptable.
- L'utilisation d'un « compagnon » entraîné est obligatoire pour assister la personne à mettre et retirer l'ÉPI et superviser les entrées/sorties de la pièce. Celui-ci n'entre pas dans la pièce, mais supervise son compagnon de l'extérieur de la chambre ou du SAS et l'aide à l'entrée et à la sortie de la chambre. Il faut suivre les directives sur les affiches de la PCI pour mettre et retirer l'équipement de protection individuelle afin de s'assurer de respecter les étapes pour se protéger.
- La porte principale doit rester fermée autant que possible (sauf pour laisser entrer les gros équipements tel l'appareil de radiologie, etc.).

Les étapes de la présente procédure se déclinent de la façon suivante :

1. Mesures de prévention et spécificités
2. Composition de l'équipe de code bleu protégé en contexte de COVID-19
3. Intubation endotrachéale (IET) urgente ou semi-urgente
4. Réanimation cardiorespiratoire

6.1 Mesure de prévention et spécificités

Le massage cardiaque et la défibrillation ne sont pas considérés comme des interventions générant des aérosols (IMGA), il est donc possible de débiter les manœuvres (massage cardiaque et défibrillation) avec les précautions qui sont déjà en place selon les directives PCI à l'entrée de la chambre.

Note : Se référer au document des IMGA de la PCI dans Santé Estrie ([Section COVID-19 – Prévention et contrôle des infections > Procédures de PCI spécifiques par secteurs > Interventions générant des aérosols \(IMGA\)](#)).

Tableau des précautions additionnelles en fonction des IMGA

	AVEC précautions additionnelles ACO ou N95CO à l'entrée de la chambre (usagers suspectés ou confirmés COVID-19)	AVEC précautions additionnelles G-C-O à l'entrée de la chambre (exposition à risque)
Massage cardiaque et défibrillation	A-C-O	G-C-O
IMGA de groupe 1 (ex : Intubation, ventilation manuelle ou thérapie haut débit ex : Optiflow)	A-C-O Protection oculaire = Visière Utiliser filtre HEPA	G-C-O Protection oculaire = Lunette Pas d'obligation filtre HEPA
Si l'usager a des symptômes compatibles avec la Covid-19 ou en cas de doute, appliquer les précautions A-C-O lorsqu'on procède à des IMGA de groupe 1.		

A-C-O : Précautions Aériennes-Contact-Oculaire

G-C-O : Précautions Gouttelettes-Contact-Oculaire

N95CO : N95-Contact-Occulaire

G-O : Précautions Gouttelettes-Oculaire

G : Précautions Gouttelettes*

* Précautions Gouttelettes (G) est considéré comme étant SANS précaution additionnelle puisqu'actuellement il est requis d'avoir un masque de procédure en tout temps ce qui correspond à une protection gouttelettes.

Note : **Se référer aux directives émises par la PCI pour plus de détails concernant ces types de précautions**

6.1.1 Usager **AVEC** précautions additionnelles à l'entrée de la chambre (N95CO ou A-C-O)

- Le massage cardiaque, la défibrillation et les IMGA du groupe 1 peuvent être réalisés avec la précaution en place (A-C-O ou N95CO). Dans ces contextes, l'utilisation d'un filtre HEPA est nécessaire ainsi que l'utilisation d'une visière comme protection oculaire.
- Les usagers en isolement pour Covid-19 peuvent être en chambre à pression négative ou en chambre à pression neutre. Des manœuvres de réanimation peuvent être effectuées dans les deux types de chambres, à condition que l'ÉPI adapté soit porté par l'équipe.
 - Isolement ACO = chambre à pression négative
 - Isolement N95CO= chambre à pression neutre

6.1.2 Usagers **AVEC** précautions additionnelles à l'entrée de la chambre (G-C-O)

- Le massage cardiaque, la défibrillation et les IMGA du groupe 1 peuvent être réalisés avec la précaution en place (G-C-O). Dans ces contextes, l'utilisation d'un filtre HEPA n'est pas requis et les lunettes de protection sont suffisantes comme protection oculaire.

- Si l'usager a des symptômes compatibles (usager suspecté) ou en cas de doute avec la COVID-19, appliquer la précaution A-C-O lorsque IMGA de groupe 1 sont envisagés.

6.2 Composition de l'équipe de réanimation COVID-19

- Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, cette équipe est modelée sur l'équipe de « Code bleu » usuelle.
- Cas à l'urgence : géré par l'équipe de l'urgence ; selon l'instabilité de l'usager, les procédures peuvent être réalisées par l'équipe sur place ou un « code bleu protégé » peut être lancé pour mobiliser l'équipe.

6.2.1 Site Fleurimont (unités et soins intensifs)

- Intensiviste USIM-B (leader médical), résident sénior des soins intensifs médicaux (leader en l'absence de l'intensiviste), anesthésiste, infirmière pagette de code USIM, ASI USIM, inhalothérapeute x 2, préposé USIM + STAU x 2.
 - ❖ En contexte de plan de contingence, l'ASI de USIC accompagnera l'infirmière de code du USIM et son rôle consistera à fournir le matériel et médicaments nécessaires à l'extérieur de la chambre.
 - ❖ Une communication sera effectuée entre les ASI des soins intensifs à chaque début de quart de travail afin de confirmer la nécessité de la présence de l'ASI de USIC lors de code bleu.
- Le rôle de coordonnateur externe pour la gestion sera assuré par l'ASI de l'USIM.

6.2.2 Site Hôtel-Dieu (unités et soins intensifs)

- Urgentologue (leader médical), intensiviste, médecin-résident des soins intensifs, infirmière pagette de code USI, infirmière urgence, ASI USI, inhalothérapeute x 2, préposé USI + STAU x 2.
- Le rôle de coordonnateur externe pour la gestion sera assuré par l'ASI de l'USI.

6.2.3 Code bleu protégé pédiatrique

- Intensiviste pédiatre, anesthésiste, infirmière des soins intensifs pédiatriques, ASI de pédiatrie, inhalothérapeute x 2, préposé USIM + STAU x 2
- Le rôle de coordonnateur externe pour la gestion sera assuré par l'ASI de pédiatrie.

En ce qui concerne le code bleu protégé en pédiatrie, se référer à la procédure clinico-administrative PROCA-IF-002 disponible dans santeestrie.qc.ca (Soins et services > Conseils santé > Infections et maladies transmissibles > Coronavirus | COVID-19 > COVID-19 | Membres de la communauté interne > Soins et services COVID-19 > Outils cliniques et autres documents > Codes bleus protégés (réanimation et intubation)).

6.2.4 Autres sites du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

- Selon les équipes usuelles identifiées.

6.3 Intubation endotrachéale (IET) urgente ou semi-urgente

6.3.1 Évaluation de l'usager et indication d'IET

L'utilisation de la ventilation non invasive et la thérapie à haut débit (IMGA groupe 1) sont à considérer pour éviter une intubation, mais une utilisation adéquate des EPI doit être effectuée en respectant les directives de PCI.

6.3.2 Matériel

- Selon l'installation, un sac ou un cabaret contenant du matériel minimum pour le support respiratoire et contenant des filtres HEPA sera rapidement disponible sur les unités où sont hospitalisés des cas MRSI et aux soins intensifs via le chariot de réanimation.
- Pour l'installation Fleurimont ou Hôtel-Dieu, le contenu de ce sac est listé à la fin du présent document.
- Ces sacs ou cabarets sont disponibles dans les salles d'urgence, attachés ou sur les chariots de réanimation des soins intensifs ou réanimation des installations. Les chariots de réanimation contiennent également des boîtes d'intubation usuelles.

6.3.3 Préparation à l'intubation

- Doit se faire idéalement dans une chambre à pression négative. Si l'intubation est réalisée lors d'un code bleu protégé ou que la détérioration est soudaine et ne permet pas un transfert, la procédure peut être réalisée dans une salle à pression neutre avec une porte fermée et l'ÉPI adéquat.
- La personne la plus expérimentée doit procéder à l'intubation pour augmenter au maximum les chances d'intubation à la première tentative; l'intubation par des apprenants est à proscrire.
- Le personnel dans la chambre avec l'ÉPI doit être réduit au maximum (1 médecin, 1 infirmière, 1 inhalothérapeute).
- Pour l'inhalothérapeute, s'assurer d'avoir en sa possession tout le matériel approprié en fonction de l'usager avant d'entrer dans la chambre incluant le sac ou le cabaret contenant le réanimateur autogonflant jetable, les deux filtres HEPA, le filtre blanc et le Trachcare.
- Le matériel d'intubation de première ligne suggéré est :
 - Préoxygénation avec masque à haute concentration sans réinspiration (masque réservoir) ou ventilation manuelle avec réanimateur manuel autogonflant préparé avec ou sans filtre HEPA, mais s'assurer d'avoir la protection adéquate avant de l'utiliser selon la catégorie de l'usage
 - Vidéolaryngoscopie (C-Mac, Glidescope) en première intention, tube endotrachéal avec succion supraglottique (Hi-Lo Evac, Taperguard). Ne pas entrer toutes les lames disponibles dans la chambre.
- Du matériel d'intubation supplémentaire (exemple : chariot de code et d'intubation difficile) doit être accessible près de l'entrée du SAS avec une personne habilitée prête à fournir du matériel sur demande.

6.3.4 Intubation

- Préoxygénation passive (idéalement 5 minutes) ou à l'aide du réanimateur manuel autogonflant si ÉPI adéquat (se référer au point 6.1 pour ÉPI selon les types de précautions)
- Éviter l'utilisation de xylocaïne topique.
- Intuber en séquence rapide avec sédation et curarisation pour tous (éviter la toux). Le choix exact de la médication est laissé aux cliniciens en fonction de la situation.
- Utiliser la vidéolaryngoscopie, recouverte d'un sac de plastique ou dans son étui en tissus armé, en première intention.

- Proscrire l'intubation éveillée avec la fibre optique.
- S'assurer, si l'utilisation du réanimateur manuel est nécessaire, que le filtre HEPA est en place entre le réanimateur et le masque avec canule oropharyngée (canule de Guedel) en place et ventiler à 4 mains (inhalothérapeute et médecin).
- Gonfler le ballonnet dès le passage du tube :
 - Idéalement, et si accessible rapidement, brancher directement au ventilateur préalablement muni du Trachcare et du détecteur de CO₂, lorsque disponible. Ce dernier doit avoir un filtre blanc sur la branche inspiratoire et un filtre HEPA sur la branche expiratoire. Il faut s'assurer d'avoir préalablement ajusté les paramètres ventilatoires ainsi que les alarmes. En réanimation, privilégier la ventilation à pression positive à l'aide du réanimateur manuel (avec ou sans filtre HEPA selon la catégorie d'usagers) lorsque l'usager est intubé.
- Advenant la nécessité de débrancher l'usager du ventilateur, utiliser la pince hémostatique si ce dernier ne respire pas en spontané et mettre le ventilateur en mode «veille».

6.3.5 Post intubation

- Installer le tube nasogastrique/tube orogastrique.
- Procéder à un clamage du tube chez l'usager curarisé et mettre le respirateur en mode « Veille », avant chaque déconnexion du tube endotrachéal du respirateur.
- Utiliser en tout temps un système de succion en circuit fermé (type Trachcare).
- Brancher la succion continue sur le tube Hi-Lo Evac avant de sortir de la chambre. (excepté si l'usager doit être transféré rapidement postréanimation)
- Effectuer le pré nettoyage de la lame d'intubation en utilisant la technique appropriée
- Dans la mesure du possible, lorsque l'usager est suspecté ou confirmé COVID-19, tout le personnel devrait quitter la chambre pour attendre 35 minutes (si chambre à pression négative ou selon la durée recommandée en fonction du nombre de changements d'air à l'heure) avant toute autre procédure (RXP par exemple) pour laisser retomber l'aérosolisation. Si la situation clinique de l'usager nécessite de le transférer rapidement (ex. : instabilité) il est possible de le faire, mais le personnel devra porter l'EPI adapté selon les directives de la PCI. On tentera toutefois de respecter le délai avant d'amorcer la désinfection de la pièce après le départ de l'usager.
- Privilégier l'utilisation de matériel dédié et à usage unique et jetable pour les soins des usagers MRSI (laryngoscope, bronchoscope, etc.). Des procédures strictes de désinfection doivent être suivies pour la désinfection des appareils réutilisables (voir programme des mesures de contrôle et des infections COVID-19. Il faut s'assurer que le matériel à stériliser est bien identifié MRSI et préparé pour le transport immédiatement.

6.4 Réanimation cardiorespiratoire

- Appel « Code bleu protégé », comme stipulé au point 6.2 avec mobilisation de l'équipe.
 - Composition de l'équipe à l'intérieur de la chambre : 1 ou 2 médecins, 2 infirmières, 1 inhalothérapeute, 2 préposés aux bénéficiaires.
- Au moins deux « compagnons » doivent se retrouver à l'extérieur de la chambre (en plus du coordonnateur externe) pour assister l'équipe de réanimation.

6.4.1 Premier répondant (voir aide à la décision - annexe D)

Pour tous les usagers, utiliser l'EPI adéquat selon la situation pour débiter les manœuvres suivantes :

	AVEC précautions additionnelles ACO ou N95CO à l'entrée de la chambre (usagers suspectés ou confirmés COVID-19)	AVEC précautions additionnelles G-C-O à l'entrée de la chambre (exposition à risque)
Massage cardiaque et défibrillation	A-C-O	G-C-O
IMGA de groupe 1 (ex : Intubation, ventilation manuelle ou thérapie haut débit ex : Optiflow)	A-C-O Protection oculaire = Visière Utiliser filtre HEPA	G-C-O Protection oculaire = Lunette Pas d'obligation filtre HEPA
Si l'usager a des symptômes compatibles avec la Covid-19 ou en cas de doute, appliquer les précautions A-C-O lorsqu'on procède à des IMGA de groupe 1.		

Usager **SANS** précaution additionnelle à l'entrée de la chambre

1. Revêtir la protection adéquate selon les précautions en place (voir tableau 6.4.1).
2. Lance le code bleu
3. Mandate l'ASI de l'unité de valider le niveau de soins
4. Prend le pouls :
 - a. Si absence de pouls : Débuter RCR, massage et défibrillation dans les plus brefs délais. S'assurer d'avoir l'EPI G avant de débiter IMGA (Ex : Ventilation manuelle/intubation)
 - b. Si présence de pouls, évaluer la respiration
 - i) Si efforts respiratoires : Mettre un masque de haute concentration sans réinspiration à l'usager, assurer une évaluation en continu de la situation et intervenir en conséquence. Si ventilation manuelle envisagée, s'assurer d'avoir l'EPI G
 - ii) Si absence d'efforts respiratoires : Mettre EPI G avant de débiter la ventilation manuelle
5. Lorsque la protection est adéquate G poursuivre la réanimation habituelle selon l'ACLS

Usager **AVEC** précautions additionnelles à l'entrée de la chambre (G-C-O)

1. Revêtir la protection adéquate selon les précautions en place (voir tableau 6.4.1).
2. Lance le code bleu
3. Mandate l'ASI de l'unité de valider le niveau de soins
4. Prend le pouls :
 - a. Si absence de pouls : Débuter RCR, massage et défibrillation dans les plus brefs délais. S'assurer d'avoir l'EPI G-C-O avant de débiter IMGA (Ex : Ventilation manuelle/intubation)
 - b. Si présence de pouls, évaluer la respiration
 - i) Si efforts respiratoires : Mettre un masque de haute concentration sans réinspiration à l'usager, assurer une évaluation en continu de la situation

et intervenir en conséquence. Si ventilation manuelle envisagée, s'assurer d'avoir l'EPI G-C-O

- ii) Si absence d'efforts respiratoires : Mettre EPI G-C-O avant de débiter la ventilation manuelle

5. Lorsque la protection est adéquate G-C-O poursuivre la réanimation habituelle selon l'ACLS

Usager AVEC précautions additionnelles (ACO ou N95CO) à l'entrée de la chambre (usagers suspectés ou confirmés COVID-19)

1. Lance le code bleu protégé

2. Mandate l'ASI de l'unité de valider le niveau de soins

3. Prend le pouls :

a) Si absence de pouls, mettre un masque de procédure à l'usager ou garder le masque d'oxygène en place et initier la RCR (massage et défibrillation). *S'assurer d'avoir l'EPI A-C-O et filtre HEPA si ventilation manuelle, intubation, thérapie à haut débit (Ex : Optiflow)

b) Si présence de pouls, évaluer la respiration

i) Si efforts respiratoires : Mettre un masque de haute concentration sans réinspiration à l'usager, assurer une évaluation en continu de la situation et intervenir en conséquence. Si ventilation manuelle envisagée, s'assurer d'avoir l'EPI A-C-O et filtre HEPA lorsque IMGA de groupe 1 envisagé.

ii) Si absence d'efforts respiratoires : Mettre EPI A-C-O et filtre HEPA avant de débiter la ventilation manuelle (IMGA de groupe 1).

IMPORTANT

IMGA de groupe 1

(ex. : intubation, ventilation manuelle, thérapie à haut débit comme l'Optiflow)

= Protection A-C-O

6.4.2 Membres de l'équipe de code bleu protégé

1. Valider le niveau de soins préalablement établi.
2. Arrêt cardiorespiratoire sans témoin ou asystolie : considérer cesser sur-le-champ les manœuvres ou ne pas les initier en fonction du pronostic anticipé.
3. Porter l'équipement de protection individuelle approprié selon les précautions en place pour cet usager et les EPI recommandées.
4. Installer, si ce n'est pas déjà fait, le masque de procédure ou le masque à haute concentration sans réinspiration.
5. Initier/continuer le massage cardiaque, installer le moniteur-défibrillateur et identifier le rythme de base. Défibrillation le plus rapidement possible si indiquée.
6. Prioriser le massage cardiaque et la défibrillation, lorsqu'indiqués, ensuite procéder à l'intubation endotrachéale précoce en l'absence de réversibilité rapide de l'arrêt cardiorespiratoire (voir procédure au point 6.3).
7. Poursuivre la réanimation et administrer la médication selon les algorithmes usuels de l'ACLS.
8. Encourager, si disponible pour le massage cardiaque, l'utilisation d'un appareil à compression mécanique (type LUCAS ou AutoPulse).

6.4.3 Matériel

- Utiliser le matériel de réanimation (coffret à médicament) de l'antichambre ou au poste infirmier de l'unité concernée.
- Pour l'installation Fleurimont et Hôtel-Dieu : Sac de ventilation (annexe C)
- Les boîtes de réanimation (médication) (voir annexe B pour le contenu) pouvant entrer dans la chambre sont disponibles aux endroits suivants :
 - **Fleurimont** : urgence, soins intensifs pédiatriques, 9^e SIM
 - **Hôtel-Dieu** : urgence, 3^e USI
 - **Autres installations** : selon la procédure locale
- Les boîtes sont apportées à l'endroit du code par l'assistante au supérieur immédiat (ASI) des soins intensifs.
- Prendre le défibrillateur du dessus du chariot et le décrocher pour l'entrer dans la chambre.
- Usager **AVEC** précaution additionnelle à l'entrée de la chambre : Ne jamais entrer le chariot de réanimation dans la chambre, ni le chariot d'intubation difficile ou d'initiation.
 - Le chariot de réanimation est apporté par un préposé tout près de la chambre pour y prendre du matériel au besoin à donner individuellement à l'équipe dans la chambre. Le chariot d'intubation difficile est apporté par un deuxième inhalothérapeute.
 - Le chariot peut entrer dans les zones chaudes ou tièdes. Si tel est le cas, une désinfection des surfaces contacts extérieurs sera requise suite au code bleu, avant de sortir de la zone.
- Usager **SANS** précaution additionnelle à l'entrée de la chambre : Il est possible d'entrer le matériel dans la chambre. S'assurer de bien désinfecter le tout après l'utilisation.

7. Rôles et responsabilités

7.1 Personnel soignant

- Appliquer et respecter la présente procédure.

8. Ouvrages consultés

1. American Heart Association, Interim Guidelines for Healthcare Provider during COVID-19 Outbreak- 11 mars 2020.
2. Asselin, G. Nourissat, A. & Rhainds, M. (2020). Interventions médicales générant des aérosols (IMGA) : Manœuvres de compressions thoraciques dans le cadre d'une réanimation cardiorespiratoire. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Direction de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles (DQEEAI), CHU de Québec-Université Laval. 10 pages.
3. CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Directive INTERVENTIONS MÉDICALES GÉNÉRANT DES AÉROSOLS, 26 novembre 2020. 7 pages.
4. Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). COVID-19 Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins aigus : recommandations intérimaires - 10 avril 2020. 18 pages.
5. Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Interventions médicales générant des aérosols - 13 avril 2020. 4 pages.
6. Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Interventions médicales générant des aérosols - 2 novembre 2020. 11 pages.

7. Edelson, D.P., C. Sasson, et al. (2020). Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get With the Guidelines((R))-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association in Collaboration with the American Academy of Pediatrics, American Association for Respiratory Care, American College of Emergency Physicians, The Society of Critical Care Anesthesiologists, and American Society of Anesthesiologists: Supporting Organizations: American Association of Critical Care Nurses and National EMS Physicians. *Circulation*,
8. L'Espérance, S., Asselin, G., Nourissat, A. et Rhainds, M. (2020) Interventions médicales générant des aérosols (IMGA) Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMIS), CHU de Québec-Université Laval. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2960-interventions-aerosols-covid19>. 4.
9. MSSS. (2021). Directive ministérielle DGGMO-003-Directive sur la mise en œuvre de la gestion du risque d'exposition aux aérosols de SRAS-CoV-2 des travailleurs de la santé dans les milieux de soins. 2 pages.
10. Resuscitation Council UK. Guidance for the resuscitation of COVID-19 patients in hospital -27 mars 2020.
11. Sous-comité ministériel COVID-19 des soins critiques. Guide de procédures techniques – Soins intensifs et urgence - SARS-CoV-2 (COVID-19) (mise à jour du 6 avril 2020). MSSS 2020. 25 pages.

9. Dispositions finales

9.1 Version antérieure

La présente mise à jour remplace la version adoptée du 9 septembre 2022 (modifications surlignées en jaune).

9.2 Prochaine révision

La présente procédure doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date / Période
Création	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste Dr Marc-André Leclair, coordonnateur médical, soins intensifs CIUSSSE-CHUS Dre Louiselle Leblanc, médecin microbiologiste-infectiologue Dre Audrey-Anne Brousseau, urgentologue Dre Geneviève Rivard, anesthésiste Dr Sébastien Roulier, chef de service, soins intensifs pédiatrique DSI, Céline Jodar, coordonnatrice intérimaire compétences, soutien et encadrement clinique DSI, Véronique Leblond, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSM, Karine Grondin, coordonnatrice clinique en inhalothérapie - CHUS DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère-cadre clinicienne - Soins intensifs	2020-03-20
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère-cadre clinicienne - Soins intensifs	2020-03-27
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère-cadre clinicienne - Soins intensifs	2020-04-03
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère-cadre clinicienne- Soins intensifs DSI, Véronique Leblond, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSI, Myria Audet, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSI, Danielle Goupil, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSI, Sara Lemieux-Doutreloux, conseillère clinicienne en soins infirmiers	2020-04-23
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste Dre Catherine Allard, médecin microbiologiste-infectiologue DSI, Véronique Leblond, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSI, Myria Audet, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSI, Sara Lemieux-Doutreloux, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSM, Karine Grondin, coordonnatrice clinique en inhalothérapie -CHUS DSI, Marie-Pierre Plante, conseillère cadre clinicienne PCI	2020-10-28
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste Dre Catherine Allard, médecin microbiologiste-infectiologue DSI, Véronique Leblond, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSM, Karine Grondin, coordonnatrice clinique en inhalothérapie -CHUS DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère cadre clinicienne DSI, Marie-Pierre Plante, conseillère cadre clinicienne PCI	2020-11-30
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste DSI, Véronique Leblond, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSM, Karine Grondin, coordonnatrice clinique en inhalothérapie -CHUS DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère cadre clinicienne DSI, Huy Ling Ong, conseillère cadre clinicienne PCI	2021-02-15
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste DSI, Véronique Leblond, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSM, Karine Grondin, coordonnatrice clinique en inhalothérapie -CHUS DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère cadre clinicienne DSI, Marie-Pierre Plante, conseillère cadre clinicienne PCI	2022-05-09
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste DSI, Véronique Leblond, conseillère clinicienne en soins infirmiers DSM, Karine Grondin, coordonnatrice clinique en inhalothérapie -CHUS DSI, Sara Lemieux-Doutreloux, Conseillère cadre clinicienne (Intérim) DGA-PSPGS, Marie-Pierre Plante, conseillère cadre clinicienne PCI	2022-09-12
Modification	Dr Michael Mayette, médecin intensiviste DSI, Myria Audet, conseillère en soins infirmiers DSM, Karine Grondin, coordonnatrice clinique en inhalothérapie -CHUS DSI, Marie-Claude Rodrigue, conseillère cadre clinicienne DGA-PSPGS, Marie-Pierre Plante, conseillère cadre clinicienne PCI	2023-06-01

Annexe B - Contenu de la boîte de réanimation adulte

Nom générique	Nom commercial	Concentration	Quantité
Amiodarone	<u>Cordarone</u> [®]	50 mg/mL Fiole de 9 mL	3 fioles
Atropine	-	0,1 mg/mL Seringue de 5 mL	1 seringue
Bicarbonate (sodium)	-	0,9 mEq/mL Seringue de 50mL	1 seringue
Calcium (gluconate)	-	10% (100 mg/mL) Fiole de 10 mL	1 fiole
Dextrose 50%	-	50% Seringue de 50 mL	1 seringue
<u>Épinéphrine</u>	<u>Adrénaline</u> [®]	0,1 mg/mL (1:10 000) Seringue de 10 mL	2 seringues
<u>Épinéphrine</u>	<u>Adrénaline</u> [®]	1 mg/mL (1:1000) Ampoule de 1 mL	5 ampoules
<u>Etomidate</u>	<u>Amidate</u> [®]	20 mg/10 mL	2 ampoules
Fentanyl		50mcg/ml Ampoule de 2 ml	2 ampoules
Kétamine		50mg/ml Fiole de 2 ml	2 fioles
Magnésium (sulfate)	-	500 mg/mL Fiole de 10 mL	2 fioles
<u>Lidocaïne 2% (sans épinéphrine)</u>	-	100 mg/5 mL Seringue de 5 mL	2 seringues
<u>Metoprolol</u>	<u>Lopresor</u> [®]	1 mg/mL Fiole de 5 mL	1 fiole
<u>Midazolam</u>	<u>Versed</u> [®]	5 mg/mL Fiole de 10 mL	1 fiole
<u>Naloxone</u>	<u>Narcan</u> [®]	0,4 mg/mL Ampoule 1 mL	2 ampoules
<u>Nitroglycérine</u>	<u>Tridil</u> [®]	5mg/mL Fiole de 10 mL	1 fiole
<u>Norepinephrine</u>	<u>Levophed</u> [®]	1 mg/mL Fiole 1mL	2 fioles
<u>Phenylephrine</u>	<u>Néo-synephrine</u> [®]	10 mg/mL Fiole de 1 mL	1 fiole
<u>Propofol</u>	<u>Diprivan</u> [®]	10 mg/mL Fiole de 20 mL Fiole de 100 mL	1 fiole 20 mL et 1 fiole 100 mL
<u>Rocuronium</u>	<u>Zemuron</u> [®]	10 mg/mL Fiole de 5 mL	2 fioles

Produit	Quantité	Produit	Quantité
Seringues 3 mL avec aiguille	2	Cathéters IV #20	2
Seringues 10 mL avec aiguille	5	Cathéters IV #22	2
Tampons d'alcool	10	<u>Tegaderms</u> 4 x 4	2
Seringues NaCl 0.9% (pré-remplie) 10 mL	4	Compresses 4 x 4	4
Connecteurs sans aiguille (Clave)	4	Diachylon	1
Tubulure primaire (3 sites)	1	Garrot	1
Soluté NS 250 mL	1	Pincés hémostatique	2
Électrodes	6	Ciseau	1
Aiguilles 25G 5/8	2	Étiquettes rouge	4
Aiguilles 20G 1 ½	2	Robinetts 3 voies pour adénosine(2)	2
Aiguilles 19G 1 ½	2	Gants non stériles	4

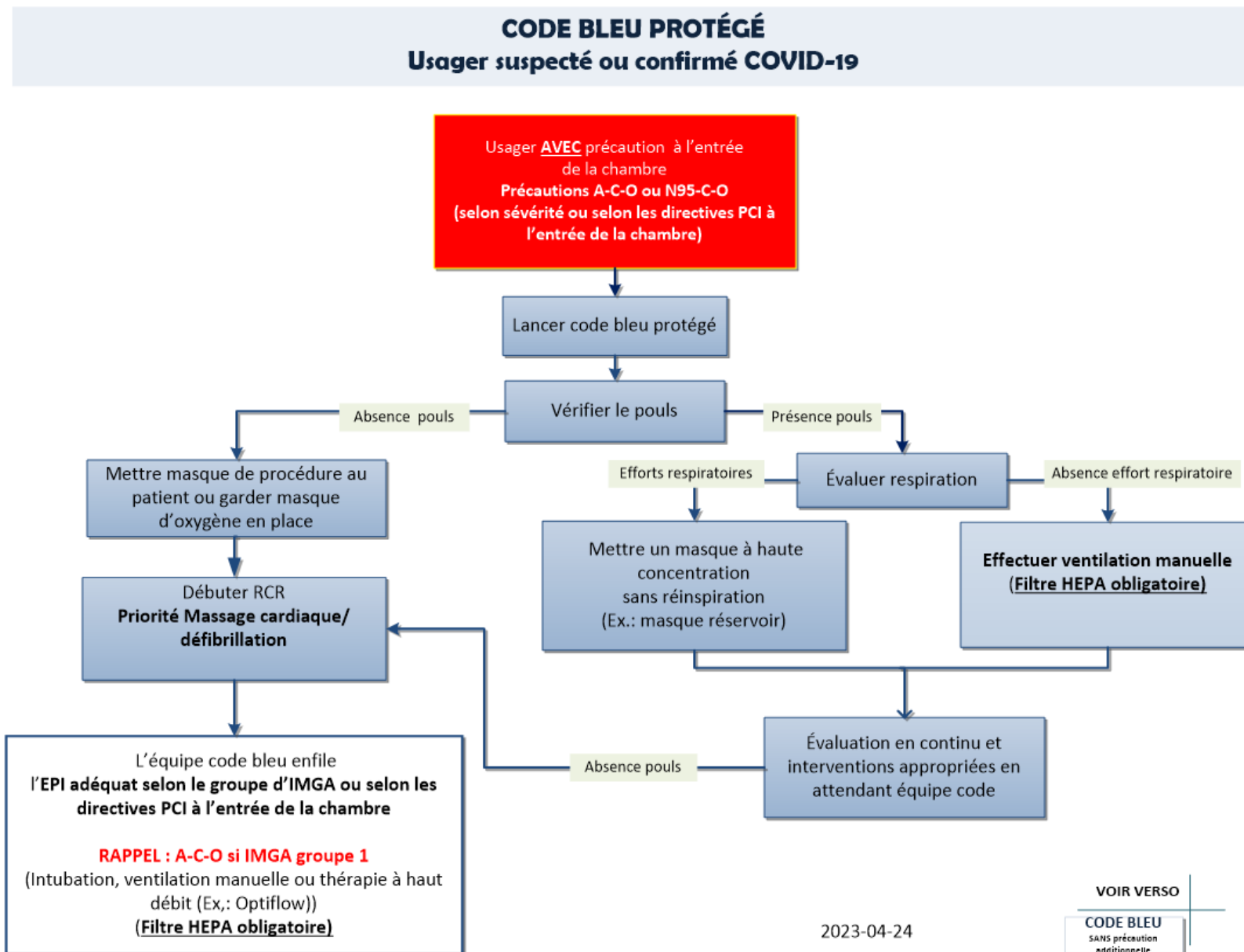
Annexe C - Contenu des sacs de ventilation ADULTE

MSRI suspecté ou confirmé **Liste de sac de ventilation ADULTE**

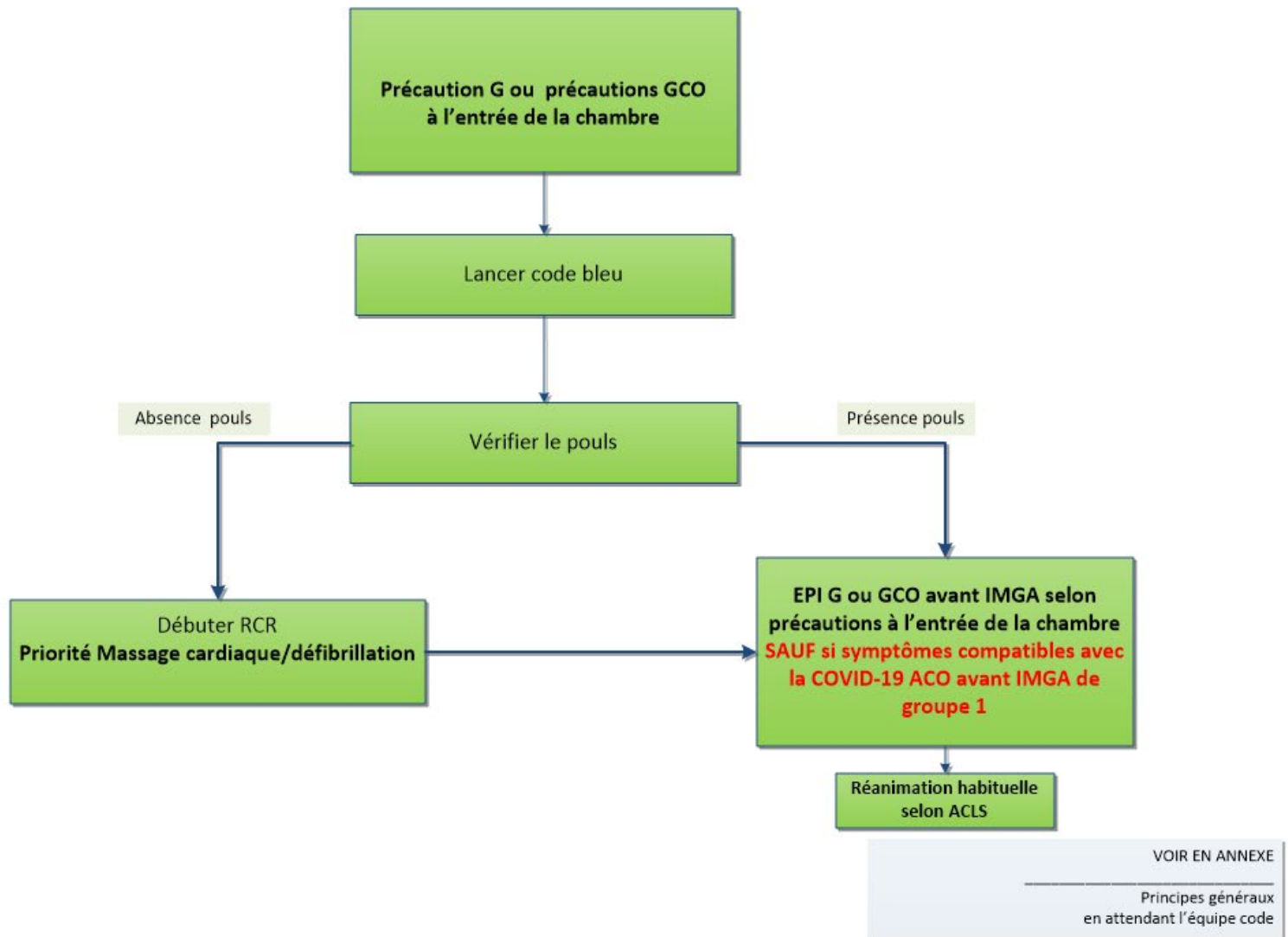
- (1) Réanimateur manuel autogonflant ADULTE (usager >20 kg)
NOTE : Il *N'EST PAS* nécessaire qu'il soit à usage unique
- (2) Filtres HEPA
- (1) Filtre blanc
- (1) Trach care® 14 FR
- (2) Sacs de plastiques identifiés MRSI
- (1) TET Hi-Lo EVAC 6.0 - 7.0 et 8.0 (en absence du 8.0 : 7.5)

Utiliser la valve de PEEP du cabaret intubation au besoin tout comme le reste du matériel nécessaire d'intubation

Annexe D - Aide à la décision pour les premiers répondants des unités en milieu hospitalier



CODE BLEU



PRINCIPES GÉNÉRAUX

Entrer le strict minimum de matériel (**Ne pas entrer les chariots ou cabaret complet d'inhalo lorsqu'il y a précaution additionnelle**)

AIC:

- Valide le niveau de soins
- S'assure de l'EPI adéquat

En attendant l'équipe de code bleu avec l'EPI adéquat

Autres membres selon activités réservées:

- Amener matériel nécessaire accessible (ex.: chariot d'initiation près de la chambre/ entrer planche de massage, banc de massage)
- Mettre masque de procédure aux autres patients dans la chambre
- Installer voie veineuse
- Installer la succion murale
- Aider les équipes à enfiler l'EPI

DÉFINITIONS

ACLS: Advanced Cardiovascular Life Support

MRSI : Maladie respiratoire infectieuse sévère

IMGA: Interventions médicales générant des aérosols
(IMGA groupe 1 ex: Intubation, ventilation manuelle ou Optiflow)

Massage cardiaque et la défibrillation ne sont plus considérés des IMGA

EPI: Équipement de protection individuelle

Filtre HEPA: Filtre n'importe quelle particule dans l'air ayant une taille supérieure à 0,3 micron.

Thérapie à haut débit : Permet un ajustement du niveau d'oxygène tout en générant une pression positive dynamique des voies aériennes
(Ex : Optiflow, Airvo)

A-C-O: Précautions Aériennes-Contact-Oculaire

G-C-O: Précautions Gouttelettes-Contact-Oculaire

G-O: Précautions Gouttelettes- Oculaire

N95-C-O: Précautions N95-Contact-Oculaire

Δ : Changer

Annexe E - Listes de vérification pour intubation hors bloc MRSI (version 9.4)

Préparation à l'extérieur de la salle à pression négative

Oui	Non	
		1. AIC : Vérifie la présence des affiches ÉPI A-C-O à l'intérieur et à l'extérieur de la salle.
		2. Médecin : Collecte des informations de l'usager et statut de réanimation pour l'intubation
		3. Inhalo : Amène le CABARET D'INTUBATION (dans le chariot de code) ou le chariot d'intubation à proximité de la salle et prendre le matériel requis (cf. liste)
		4. Infirmière : Prépare équipement de monitoring, accès vasculaires et administration de médicaments
		5. Médecin : Choisit les médicaments d'induction à séquence rapide selon les caractéristiques de l'usager.
		6. Médecin : Choisit un vasopresseur.
		7. Médecin : Choisit l'agent sédatif en perfusion
		8. Inhalo : Prépare le ventilateur mécanique avec capnographe, Trachare et filtre HEPA sur la branche expiratoire. Installe un filtre blanc sur la branche inspiratoire. Prépare un réanimateur manuel (AMBU) avec filtre HEPA en place.
		9. Médecin : Verbalise le plan de gestion des voies aériennes (<i>Plan ABC</i>)

Protection des intervenants contre l'infection

Oui	Non	
		10. Équipe : Revêt et vérifie l'équipement de protection individuel (ÉPI A-C-O) de tous les intervenants avant d'entrer en salle.
		11. Équipe : Entrée de l'équipe dans la salle avec le matériel (vidéolaryngoscope et Rx).

Induction et intubation

Oui	Non	
		12. Médecin et inhalo : Évaluent les voies aériennes afin d'anticiper les difficultés à l'intubation, réajuste le plan et le matériel au besoin.
		13. Équipe : Partage du plan des voies aériennes (<i>Plan ABC</i>)
		14. Inhalo : Préoxygène usager avec masque à haute concentration sans réinspiration 100 % pendant 5 minutes *ÉVITER VNI (Bi-PAP), nébulisation, LTA *
		15. Infirmière : Induction à séquence rapide sans ventilation et sans succion préalable. Attendre 60 secondes, puis fermer le débit et retirer le masque. → <i>Si on ne peut éviter la ventilation, considérer ventiler à l'Ambu avec Filtre HEPA à 4 mains (2 personnes).</i>
		16. Médecin : Vidéolaryngoscopie et intubation endotrachéale par le praticien le plus expérimenté (<i>lame 4 ou D-Blade</i>)
		17. Inhalo : Gonfle le ballonnet ET s'assure qu'un filtre HEPA soit installé sur le réanimateur (AMBU) ou le circuit du respirateur AVANT de débiter la ventilation manuelle ou mécanique.
		18. Équipe : Confirme la bonne position du TET avec la présence de CO ₂ expiré. Considérer l'auscultation seulement si nécessaire cliniquement, tout en respectant les procédures de double désinfection du matériel utilisé.
		19. Équipe : Assure la manipulation sécuritaire du matériel souillé (i.e. lame vidéolaryngoscope dans piqué)
		* CLAMPER le TET chez l'usager curarisé à la fin de l'expiration AVANT chaque déconnexion si nécessaire*

Sortie et décontamination

Oui	Non	
		20. Inhalo : Effectuer un pré-nettoyage à l'aide d'une compresse stérile et l'eau courante. Acheminer à l'URDM dans les 60 minutes selon la procédure usuelle de votre installation. Au besoin, valider les autres méthodes de pré-nettoyage disponibles.
		21. Équipe : Déshabillage selon protocole ÉPI A-C-O. *Idéalement sous observation*

LISTE DE MATÉRIEL SUGGÉRÉ POUR L'INTUBATION HORS-BLOC

(dernière mise à jour : 2020-03-27)

PRÉSENT	MATÉRIEL
À ENTRER DANS LA SALLE	
	Tube Hi-Lo EVAC de la taille appropriée.
	Seringue sans aiguille 10 cc
	Canule oropharyngée de grandeur appropriée
	Mandrin 14 fr ou mandrin à Glidescope
	Succion buccale
	Réanimateur manuel (AMBU) * avec filtre HEPA et masque approprié muni d'un tube d'O ₂ et d'une noix verte
	Lame 4 *ou D-Blade* (vidéolaryngoscope) une seule lame à la fois
	Pince hémostatique (pour clamber le tube)
	Comfit (ou autre dispositif pour fixer le tube endotrachéal)
	Respirateur, si disponible muni d'un Trachcare, dispositif quantitatif ou qualitatif de CO ₂ expiré et filtre HEPA sur la branche expiratoire déjà installés.
À LAISSER DANS L'INTERSALLE, MAIS PRÊT EN BACK-UP	
	Lames Mac 4 * ou D-Blade
	Manche de laryngoscope et lame appropriée
	Masque laryngé * #3-4-5 (Aura GAIN, I GEL ou autre)
	Bougie intubation

Annexe F - Liste de vérification de la boîte de réanimation adulte (coffre à pêche)

Mois : 2023

Date	Date	Date	Date	Date
Initiale	Initiale	Initiale	Initiale	Initiale

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

PRODUIT	CONCENTRATION	QUANTITÉ
Amiodarone (Cordarone®)	50 mg/mL-Fiole 9 mL	3 fioles
Atropine	0,1mg/mL-Seringue 5mL	1 seringue
Bicarbonate (Sodium)	0,9 mEq/mL - Seringue 50 mL	1 seringue
Calcium (Gluconate)	10% (100 mg/mL)- Fiole de 10 mL	1 fiole
Dextrose	50% - Seringue de 50 mL	1 seringue
Épinéphrine (Adrénaline®)	0,1mg/ml (1 :10 000) Seringue 10 mL	2 seringues
Épinéphrine (Adrénaline®)	1 mg/mL (1 :1000)- Ampoule 1mL	5 ampoules
Etomidate (Amidate®)	20mg/10mL	2 ampoules
Fentanyl	50mcg/mL - Ampoule 2 mL	2 ampoules
FLumazénil (Anexate®)	0,1 mg/mL - fiole 5 mL	2 fioles
Kétamine	50mg/mL - Fiole 2 mL	2 fioles
Lidocaïne 2% (sans épinéphrine)	100 mg/5mL	2 seringues
Magnésium (Sulfate)	500 mg/mL - Fiole 10 mL	2 fioles
Metoprolol (Lopresor®)	1 mg/mL - Fiole 5 mL	1 fiole
Midazolam (Versed®)	5mg/mL - Fiole 10 mL	1 fiole
Naloxone (Narcan®)	0,4mg/mL - Ampoule 1 mL	2 ampoules
Nitroglycérine (Tridil®)	5mg/mL - Fiole 10 mL	1 fiole
Norepinephrine(Levophed®)	1 mg/mL - Fiole 4 mL	2 fioles
Phénylephrine(Néo-Synéphrine®)	10 mg/mL - Fiole 1 mL	1 fiole
Propofol (Diprivan®)	10 mg/mL-Fiole 20 mL - Fiole 100 mL	1 fiole 20 mL 1 fiole 100 mL
Rocuronium (Zemuron®)	10 mg/mL - Fiole de 5mL	2 fioles

Seringues 3 mL avec aiguille	2
Seringues 10 mL avec aiguille	5
Tampons d'alcool	10
Seringues NaCl 0,9% (préremplie) 10 mL	4
Connecteurs sans aiguille (Clave)	4
Tubulure primaire (3 sites)	1
Soluté NS 250 mL	1
Électrodes	6

VERSO


Mois : 2023

Date	Date	Date	Date	Date
Initiale	Initiale	Initiale	Initiale	Initiale
↓	↓	↓	↓	↓

Aiguilles 25G 5/8	2
Aiguilles 20G 1 ½	2
Aiguilles 19G 1 ½	2
Cathéters IV #20	2
Cathéters IV #22	2
Tegaderms 4 x 4	2
Compresses 4 x 4	4
Diachylon	1
Garrot	1
Pincés hémostatiques	2
Ciseau	1
Étiquettes rouges	4
Robinetts 3 voies pour adénosine (2)	2
Gants non stériles	4