ORDONNANCE COLLECTIVE
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MRC-DE-COATICOOK

ORDONNANCE COLLECTIVE EXERCER UNE SURVEILLANCE CLINIQUE DE MONITORAGE DE LA CONDITION DES USAGERS DONT L'ÉTAT DE SANTÉ PRÉSENTE DES RISQUES		***CODE DE CLASSIFICATION*** OC-MONITORAGEURGCOA092008
RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE : X OUI **TITRE : PROTOCOLE DE SURVEILLANCE MONITORAGE**	***DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :*** 17 SEPTEMBRE 2009	***DATE DE RÉVISION PRÉVUE***
PROFESSIONNELS VISÉS PAR L'ORDONNANCE ET SECTEUR(S) D'ACTIVITÉ(S) : PERSONNEL INFIRMIER DE LA SALLE D'URGENCE		
GROUPE DE PERSONNES VISÉES OU SITUATION CLINIQUE VISÉE : USAGER A LA SALLE D'URGENCE POUR LEQUEL LE MONITORAGE EST REQUIS OU SOUHAITABLE		
ACTIVITÉS RÉSERVÉES : ÉVALUER LA CONDITION PHYSIQUE ET MENTALE D'UNE PERSONNE SYMPTOMATIQUE; EXERCER UNE SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA CONDITION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT DE SANTÉ PRÉSENTE DES RISQUES, INCLUANT LE MONITORAGE ET LES AJUSTEMENTS DU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER; INITIER DES MESURES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, SELON UNE ORDONNACE; APPLIQUER DES TECHNIQUES INVASIVES.		

INDICATION :

LORSQU'UN USAGER DE LA SALLE D'URGENCE PRÉSENTE LES CRITÈRES DÉTERMINANT QUE LE MONITORAGE EST SOIT OBLIGATOIRE OU SOUHAITABLE (CRITÈRES : VOIR DIRECTIVE CI-DESSOUS).

CONDITION :

LE PERSONNEL INFIRMIER DOIT :

- POSSÉDER LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES, LES COMPÉTENCES REQUISES ET LE JUGEMENT CLINIQUE.
- ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AVANT D'APPLIQUER UNE ORDONNANCE COLLECTIVE.
- CONNAÎTRE LES RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ.
- POUVOIR SE RÉFÉRER AU MÉDECIN TRAITANT QUANT AU SUIVI DE L'USAGER ET AU MÉDECIN RÉPONDANT QUANT AU CONTENU SCIENTIFIQUE DE L'ORDONANNANCE COLLECTIVE.

INTENTION THÉRAPEUTIQUE :

1. DIMINUER LA MORTALITÉ;
2. DIMINUER LA MORBIDITÉ;
3. ACCROÎTRE LA CAPACITÉ DIAGNOSTIQUE;
4. AMÉLIORER L'AJUSTEMENT THÉRAPEUTIQUE.

OBJECTIF VISÉ :

- ASSURER À L'USAGER UNE SURVEILLANCE CONSTANTE DE SON RYTHME CARDIAQUE, DE SA TENSION ARTÉRIELLE ET DE SA SATURATION.
- DÉTECTER RAPIDEMENT LES TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE.

CONTRE-INDICATION :

ORDONNANCE MÉDICALE INDIVIDUELLE OU ORDONNANCE MÉDICALE VERBALE DE CESSATION.

LIMITES / ORIENTATION VERS LE MÉDECIN :

ORIENTATION VERS LE MÉDECIN APRÈS CHAQUE 4 HEURES SOUS MONITORAGE POUR RÉÉVALUATION AFIN DE DÉTERMINER LA NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE LA SURVEILLANCE CLINIQUE DE MONITORAGE.

DIRECTIVE :

PROCÉDER À UNE SURVEILLANCE CLINIQUE DE MONITORAGE LORSQU'UN USAGER DE LA SALLE D'URGENCE PRÉSENTE LES CRITÈRES DÉTERMINANT QUE LE MONITORAGE EST SOIT OBLIGATOIRE OU SOUHAITABLE.

MONITORAGE OBLIGATOIRE

- Choc (anaphylactique, cardiogénique, volumique, septique).
- Infarctus aiguë du myocarde prouvé ou présumé.
- Syncope (ou pré-syncope) présumée d'origine cardiaque.
- Angine instable à haut risque (histoire typique, changements observés à l'ECG, troponine élevée, etc.) souvent sous héparine et/ou nitro i.v.
- Hyperkaliémie (K+ > 6 mmol/l).
- Arythmie maligne ou potentiellement dangereuse, prouvée ou présumée.
- Médication nécessitant une surveillance étroite : procaïnamide i.v., diltiazem i.v., dilantin (première heure), digitaline (premières 8 à 12 h), nitroglycérine i.v., dopamine i.v., opiacés i.v. ou benzodiazépines administrés à haute dose ou à répétition, etc.
- Intoxication pouvant altérer l'hémostase respiratoire, neurologique centrale ou métabolique, le système cardiovasculaire (ex. : lithium, antidépresseurs tricycliques, bêtabloqueurs, etc.).
- Usager intubé sous ventilation assistée (sous compresseur CPAP ou ventilateur BiPAP).
- Insuffisance respiratoire aiguë avec hypoxémie (ex. : odème aiguë du poumon, asthme sévère, etc.).
- Électrisation gardée sous observation pour cette raison.

MONITORAGE SOUHAITABLE *

- Douleur thoracique, possiblement liée à un syndrome coronarien aigu, avant l'obtention de deux bilans sanguins à 8 heures d'intervalle.
- Syncope (ou pré-syncope) présumée d'origine non cardiaque, avant l'obtention du diagnostic étiologique établi avec certitude.
- Angine instable à bas risque (absente au repos ou durant la nuit, sans changement à l'ECG ou troponine normale).
- Trouble métabolique sévère (calcémie, natrémie, kaliémie, glycémie, problème thyroïdien, désordre acido-basique, etc.).
- Détresse respiratoire cardiogénique (OAP) ou, quelques fois, non cardiogénique.
- Arythmie connue ou détectée par hasard, stable et sans rapport direct avec la raison de la consultation (ex. : FA avec réponse ventriculaire contrôlée).
- Contusion myocardique soupçonnée (traumatisme thoracique fermé).
- Accident vasculaire cérébral en phase aiguë.
- Intoxication.
- Administration de médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central.

* Le monitorage pourrait n'être pas essentiel, la pertinence d'avoir recours au monitorage s'appuie alors sur le jugement médical.

Référence aux méthodes de soins : s/o

Sources :

Guide de gestion de l' urgence (2006), chapitre B.2, p. 62 et suivantes.

MÉDECIN RÉPONDANT
DOCTEUR STEVEN MONETTE

PROCESSUS D'ÉLABORATION	
RÉDIGÉE PAR : CARINE FORTIN, COORD. ET NICOLE DENIS, A.I.C. URGENCE	
CONSULTATION : DR STEVEN MONETTE	
VALIDÉE PAR : JEANNE DION	8 JUILLET 2008
DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS	DATE

PROCESSUS D'APPROBATION	
APPROUVÉE PAR : COMITÉ DE GESTION DU CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	
PIERRE-ANDRÉ RAINVILLE	LE 15 JUILLET 2008
DIRECTEUR GÉNÉRAL	DATE
APPROUVÉE PAR : RÉSOLUTION DU CMDP DU CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	
DR BERNARD FRENETTE	LE 16 SEPTEMBRE 2008
PRÉSIDENT DU CMDP	DATE
APPROUVÉE PAR : CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK	
# 1047	LE 16 SEPTEMBRE 2008
RÉSOLUTION DU CA	DATE