

Prise en charge d'un patient à la SAUV

IMV

Traumatisé sévère

Intubé

Brûlé grave

Sepsis sévère

Douleur Thoracique

Œdème Aigu du Poumon

Hémorragie Digestive

Crise Convulsive, état de mal épileptique

Crise d'Asthme sévère

Filière AVC

Prise en charge Aide-Soignante adaptée pour toute entrée en SAUV

- Vérifier l'identité du patient (bracelet d'identification obligatoire)
- Installation du patient (décubitus dorsal, demi assis, PLS...) selon sa pathologie
- Déshabillage complet (+/- sous-vêtements) et chemise d'hôpital
- Scoper le patient et relever toutes les constantes à son arrivée en SAUV (TA, FC, FR, Saturation, Température, EN)
- Noter l'état de conscience du patient (Normal, Réveillable, Somnolent...)
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR, EN) sauf si patient instable
- Inventaire (faire un coffre pour les objets de valeurs)
- Protection si nécessaire (Vérification toutes les 2h)

IMV

- Installation du patient (allongé, demi assis si nausées ou vomissements dans le cas d'un patient conscient, PLS si patient inconscient)
- Conscience (Réveillable, Somnolent....)
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR et EN)
- Vérification des pupilles, surveillance neurologique horaire
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2h)
- Mise en place d'une protection en cas de patient inconscient, somnolent ou incontinent et vérification de la protection (toutes les 2 h), surveillance diurèse

Traumatisé sévère

- Installation du patient (allongé impérativement avec un collier cervical sur un plan dur ou éventuellement dans un matelas coquille, mobilisation monobloc à 3 sur le côté en cas de vomissements)
- Vérifier le bon positionnement du collier cervical et demander au médecin si l'on peut le repositionner à plusieurs en cas de mauvais positionnement de celui-ci
- Conscience (Réveillable, Somnolent...), pupilles et surveillance neurologique horaire
- TA aux 2 bras pour la 1ère prise de constantes
- Constantes toutes les 15 min (TA, Saturation, Température, FC, FR) et EN horaire
- Enlever les bijoux ou les couper (notamment en cas de fractures membres supérieurs)
- Toilette succincte du patient sans le mobiliser pour voir l'étendue des plaies et d'éventuelles déformations et mettre le patient au propre
- Faire une petite toilette du patient au Dakin avant la pose de SAD par l'IDE puis réaliser une BU afin de détecter la présence de sang dans les urines (sauf si contre-indication ! Ex : suspicion de fracture du bassin)
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection et vérification de la protection (toutes les 2 h), surveillance diurèse

Intubé

- Installation du patient (allongé impérativement pour intubation puis position demi-assise 30°, décubitus dorsal si suspicion traumatisme du rachis)
- Constantes toutes les 15 min (TA, Saturation, EtCO2, Température, FC, FR) si stable, toutes les 5 min si instable. Fréquence des constantes à revoir avec médecin en fonction de l'évolution de l'état hémodynamique du patient.
- Pendant la phase d'intubation, se positionner à la tête du patient, vers le médecin, vérification préalable du bon fonctionnement de l'aspiration, brancher et utiliser la sonde endobuccale dans la bouche du patient (aspiration sur demande du médecin), pression cricoïdienne à la demande du médecin
- Mettre le gel larmes et fermer les yeux du patient après l'intubation (prévention ulcère de cornée)
- Faire petite toilette du patient au Dakin avant la pose de SAD par l'IDE puis faire une BU et une ECBU
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h avec prévention d'escarres aux points d'appuis)
- Mise en place d'une protection et vérification de la protection (toutes les 2 h), surveillance diurèse
- Faire soin de bouche (toutes les 2 h)

Brûlé grave

- Installation du patient (demi assis 30°, surélévation des membres inférieurs si hypotension, décubitus dorsal si IOT prévue)
- Surveillance horaire de la conscience (Normal, Agité....)
- Scoper le patient en peau saine dans la mesure du possible
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR, EN)
- Patient sous O2 : vérifier toutes les heures qu'il n'y a pas de marques aux points d'appuis (nez, oreilles, pommettes, cou)
- Enlever les bijoux ou les couper (si impossible à retirer sur la zone brûlée)
- Demander au médecin la conduite à tenir concernant les vêtements adhérents qui se situent sur la zone de la brûlure, enlever les vêtements non adhérents
- Préparer le matériel nécessaire à l'IDE afin de nettoyer et protéger les plaies (gants stériles, eau stérile, champs stériles, set à pansement, compresses stériles, bandes, Flammazine, tulle gras, sparadrap). Lavage et enveloppement champs stériles uniquement en cas de transfert sur service de grands brûlés
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Couverture de survie si atteinte étendue (prévention hypothermie), couverture chauffante si hypothermie
- Mise en place d'une protection en cas de patient incontinent et vérification de la protection (toutes les 2 h), surveillance diurèse

Sepsis sévère

- Installation du patient (allongé jambes surélevées quand hypotension, allongé ou demi-assis 30° quand normotendu)
- Conscience (Normal, Agité....)
- Constantes toutes les 10-15 min (TA, Saturation, Température, FC, FR et EN)
- Patient sous O2, Vérifier toutes les heures qu'il n'y a pas de marques aux points d'appuis (nez, oreilles, pommettes, cou)
- Regarder si marbrures (membres inférieurs et abdomen)
- Faire petite toilette du patient au Dakin avant la pose de SAD par l'IDE puis faire une BU et une ECBU (présence de leucocytes et de nitrites en faveur d'une infection urinaire)
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection et vérification de la protection (toutes les 2 h), surveillance diurèse
- Masque chirurgical sur patient si suspicion de maladie contagieuse par voie aérienne ou gouttelettes (grippe, tuberculose, méningite...), à changer dès que mouillé

Douleur Thoracique

- Installation du patient
- Conscience (Normal, Agité....)
- Rassurer le patient, évaluation régulière EN et évolution douleur, le notifier au médecin et consigner dans le dossier
- Scoper le patient (positionner les électrodes avec externe pour réalisation d'un ECG 17 Dérivations)
- TA aux 2 bras pour la 1ère prise de constantes
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR et EN)
- Si patient sous O2, Vérifier toutes les heures qu'il n'y a pas de marques aux points d'appuis (nez, oreilles, pommettes, cou)
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection en cas de patient incontinent et vérification de la protection (toutes les 2 h)

Œdème Aigu du Poumon

- Installation du patient (demi assis ou assis jambes pendantes)
- Conscience (Normal, Agité....)
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR et EN)
- Patient sous O2, Vérifier toutes les heures qu'il n'y a pas de marques aux points d'appuis (nez, oreilles, pommettes, cou)
- Regarder si marbrures (membres inférieurs et abdomen)
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection si patient incontinent et vérification de la protection (toutes les 2 h), surveillance diurèse (bilan entrées/sorties avec IDE)

Hémorragie Digestive

- Installation du patient (demi assis en cas d'hématémèse ou allongé avec jambes surélevées si TA basse)
- Conscience (Normal, Agité....)
- TA aux 2 bras pour la 1ère prise de constantes puis TA toutes les 15 min si symétrique
- Constantes horaires (Saturation, Température, FC, FR, EN), à adapter en fonction de l'état hémodynamique du patient
- Patient sous O2, Vérifier qu'il n'y a pas de marques aux points d'appuis (nez, oreilles, pommettes, cou)
- Surveillance des téguments : pâleur cutanée et des muqueuses, marbrures (membres inférieurs et abdomen)
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection et vérification de la protection (toutes les 2 h)
- Faire attention à la présence de sang dans les selles (sang rouge vif = rectorragies ou signe d'aggravation si arrive après méléna, sang noir digéré = méléna)

Crise Convulsive, état de mal épileptique

- Installation du patient (allongé pendant la crise avec protection du patient puis en PLS pour un patient inconscient en phase post critique, puis position demi-assise 30° quand retour à la conscience), barrières en permanence
- Conscience (Réveillable, Somnolent....), surveillance neurologique horaire
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR, EN)
- Désaturation pendant convulsions avec indication oxygénothérapie MHC 15L, à réévaluer une fois crise cédée. Si persistance oxygénothérapie vérifier toutes les heures qu'il n'y ait pas de marques aux points d'appuis (nez, oreilles, pommettes, cou)
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection et vérification de la protection (toutes les 2 h)

Crise d'Asthme sévère

- Installation du patient (demi assis ou assis)
- Conscience (Normal, Agité....)
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR et EN)
- Réaliser un peak flow
- Patient sous O2, Vérifier qu'il n'y a pas de marques aux points d'appuis (nez, oreilles....)
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection en cas de patient incontinent et vérification de la protection (toutes les 2 h)

Filière AVC

- Installation du patient (allongé ou à 30°)
- Conscience (Normal, Somnolent ou Agité...), pupilles, surveillance neurologique horaire
- Constantes horaires (TA, Saturation, Température, FC, FR, EN)
- Eviter de prendre la TA du côté hémiplégique (risque de TA faussée)
- Prendre la TA à la jambe pour éviter d'endommager la perfusion du côté non hémiplégique
- Dextro à réaliser à l'arrivée du patient puis dextro horaire si patient diabétique
- Réinstallation régulière du patient (toutes les 2 h)
- Mise en place d'une protection si patient somnolent... et vérification de la protection (toutes les 2 h)