

Réseau de santé Vitalité

Guide du cheminement des patients COVID 19 à l'urgence HSQ

Le présent document est destiné à la salle d'urgence de l'Hôpital de Saint-Quentin susceptible de prendre en charge des patients suspectés ou atteints d'une infection COVID-19. Il est le résultat d'un travail de collaboration entre l'urgence et des médecins de l'hôpital de Saint-Quentin et la région Nord-Ouest. La situation pandémique évolue rapidement et il est probable que les lignes directrices devront être adaptées en fonction de l'évolution.

En tout temps, la sécurité du personnel hospitalier est la priorité. Il est prérequis pour tout le personnel qui participera directement aux soins d'un patient COVID-19 suspecté de bien maîtriser l'utilisation de l'équipement de protection individuelle et avoir un essai d'ajustement (« fit-test ») valide pour le masque N95 disponible.

1- LE PATIENT AMBULATOIRE (qui arrive à l'urgence en auto/ à pied)

2- LE PATIENT QUI ARRIVE PAR AMBULANCE

SCÉNARIO A: Non intubé; stable VS instable, arrêt cardio-respiratoire (Critères dépistages COVID +/-, connu COVID +)

SCÉNARIO B : Patient détourné vers Edmundston

3- LE TRANSPORT DU PATIENT SUSPECT OU CONFIRMÉ COVID-19

URGENCE——> TRANSFERT À EDMUNDSTON

URGENCE——> ADMISSION À L'UNITÉ MULTI

URGENCE——> RADIOLOGIE / RADIOLOGIE EDMUNDSTON

4- LE TRANSPORT DU PATIENT DÉCÉDÉ

LE PATIENT AMBULATOIRE:

- § Accueil à la porte de l'urgence par personne désignée (peut être préposée, infirmière-auxiliaire ou autre). Elle est habillée gouttelette/contact. Elle pose les questions du questionnaire de dépistage À JOUR (doit être vérifié à chaque jour)
- § Un patient symptomatique qui remplit les critères de dépistage et qui vient uniquement pour se faire dépister sera retourné à domicile avec les conseils d'usage et les instructions pour auto-confinement, et référé à la clinique de dépistage directement avec un RV prévu. (***) Le patient doit être en bon état général)
- § Un patient symptomatique qui remplit les critères de dépistage qui désire être évalué par le médecin devra se mettre un masque et se laver les mains avec la solution hydro-alcoolisée. L'infirmière dehors devra téléphoner au poste de l'urgence pour aviser l'infirmière de l'urgence. Celle-ci devra s'habiller avec ÉPI et ira rejoindre le patient à la porte pour le ramener à la salle désignée de l'urgence. Seulement une personne peut accompagner le patient pédiatrique (<16 ans) et doit aussi porter un masque de procédure en tout temps. On doit demander au reste de la famille de retourner à la maison. Une fois à la salle, l'infirmière pourra trier le patient;
 - Si le patient est en bon état général et qu'il est ambulant, le patient demeure dans la salle désignée (**salle # 2**) en attendant l'évaluation initiale du médecin. Si le patient est congédié de l'urgence, le médecin de l'urgence doit aviser la clinique de dépistage, en remplissant l'outil de dépistage, qu'un patient devra avoir un dépistage COVID.
 - Si le patient a des symptômes légers sans aucun signe de sévérité (Critères de sévérité = RR \geq 30/min, SaO₂ < 93%) mais qu'il doit être couché pour une condition autre que le COVID-19, il est transféré sur une civière à l'endroit désigné COVID (**salle d'observe #4**).
Scénarios :
 - 1 : Mettre ce patient en premier lieu en observation dans la **salle d'observation #4**.
 - 2 : Si l'observation #4 est prise, mettre le patient en **observation #8** (dans Meditech) et monter le patient en **observation dans la chambre 24** à l'unité Multi.
 - 3 : En dernier lieu, si la salle d'observation #4 et la chambre 24 sont prises, mettre le patient dans la **salle de traitements mineurs**.
 - Si le patient est en mauvais état général, (RR \geq 30/min ou plus, SaO₂ <93% à l'air ambiant) il devra être couché sur une civière à l'endroit désigné (**salle traitement mineur**).
 - Si le patient est instable et qu'on envisage la possibilité d'intubation, il doit être dirigé le plus rapidement possible vers la (**salle traitements mineurs**) et administrer l'oxygène avec le masque non-rebreathing 100%. (Les consignes doivent être respectées afin de minimiser l'aérosolisation)
 - **L'infirmier(ère) doit aviser le médecin de l'urgence de la présence d'un cas COVID-19 suspecté. Le patient doit être vu par le médecin de façon prioritaire.**
- § Un patient symptomatique qui ne remplit pas les critères de dépistage devra se mettre un masque et se laver les mains avec la solution hydro-alcoolisée et suivre les démarches usuelles, c'est-à-dire s'asseoir dans la salle d'attente pour le triage.
- § Un patient asymptomatique mais qui présente des facteurs de risques épidémiologiques de COVID-19 selon la définition de cas doit être identifié avec le code COVID et mis en isolement contact/gouttelettes usuel avec surveillance des symptômes, **si demande d'hospitalisation**.

§ Au besoin, le médecin de l'urgence peut consulter le microbiologiste de garde

LE PATIENT QUI ARRIVE PAR AMBULANCE :

- § Accueil au garage de l'ambulance par une infirmière. Elle est habillée gouttelettes/contacts. Elle pose les questions du questionnaire de dépistage À JOUR (doit être vérifié à chaque jour) et effectue son triage (CTAS).
- § Un patient pour lequel les critères de dépistages sont négatifs devra être orienté pour être vu par un médecin selon la procédure usuelle ou redirigé en communauté si possible.
- § Un patient pour lequel les critères de dépistages sont positifs et qui n'a pas besoin de voir un médecin, sera référé à la clinique de dépistage sur rendez-vous.
- § Un patient pour lequel les critères de dépistages sont positifs qui a besoin de voir un médecin et qui a un **état stable** (score NEWS2 0-4) sera dirigé à la salle désignée (**salle #2**) :
 - Si le patient nécessite un transport par civière, procéder à l'échange de civières dans le garage.
 - Le patient est vu par le médecin, peut obtenir son congé et est référé à la clinique de dépistage sur rendez-vous.
 - Le patient est suspicion COVID, évalué par le médecin et nécessite une admission. Sera admis à l'unité multi selon la procédure établie et y sera dépisté pour le COVID. Si obtention d'un résultat positif au test, le patient sera transféré à l'unité COVID à HRE.
 - Le patient est suspicion COVID ou COVID +, évalué par le médecin et doit être gardé en observation pour une raison reliée au COVID ou non, sera gardé à l'endroit désignée (**salle d'observe #4**). Scénarios :
 - 1 : Mettre ce patient en premier lieu en observation dans la **salle d'observation #4**.
 - 2 : Si l'observation #4 est prise, mettre le patient en **observation #8** (dans Meditech) et monter le patient en **observation dans la chambre 24** à l'unité Multi.
 - 3 : En dernier lieu, si la salle d'observation #4 et la chambre 24 sont prises, mettre le patient dans la **salle de traitements mineurs**.
 - Le patient est connu COVID, évalué par le médecin et nécessite une admission. Sera transféré et admis à l'unité COVID à HRE selon la procédure établie.
- § Un patient pour lequel les critères de dépistages sont positifs qui a besoin de voir un médecin et qui a un **état instable** sera dirigé à la salle désignée (**salle traitement mineur**) :
 - Procéder à l'échange de civières dans le garage. Recouvrir la civière et le patient d'une couverture.
 - Le patient nécessite une **intubation**. Les intervenants portent leur ÉPI + masque N95 (ÉPI spécifique pour le MD ou l'inhalothérapeute qui fait l'intubation). La porte de la salle doit demeurer fermée en tout temps. Le matériel d'intubation qui doit être utilisé est celui du contenant bleu. Une fois intubé, le patient doit être branché sur l'ambubag + filtre HEPA (vert). **Le patient ne doit en aucun cas être branché sur le ventilateur de transport (sauf avis contraire de l'inhalothérapeute)**. Le patient sera par la suite transféré vers HRE selon la procédure établie.
 - Le patient est suspicion COVID ou confirmé COVID et en **arrêt cardiaque**. Les intervenants portent leur ÉPI + masque N95 (ÉPI spécifique pour le MD ou l'inhalothérapeute qui fait l'intubation). S'assurer que la bouche du patient en arrêt cardiaque soit recouverte avec un masque ou une barrière physique. Arrêter le massage cardiaque pour le trajet du garage à la salle de traitements mineurs. La porte de la salle doit demeurer fermée en tout temps. Une fois dans la salle de traitements mineurs, fermer la porte et **débuter le massage cardiaque**. Vérifier le rythme cardiaque le plus tôt possible. Le patient peut être défibriller si approprié. Le matériel d'intubation qui doit être utilisé est celui du contenant bleu. Une fois intubé, le patient doit être branché sur l'ambubag + filtre HEPA (vert). **Le patient ne doit en aucun cas être branché sur le ventilateur de transport (sauf avis contraire de l'inhalothérapeute)**. Une fois intubé, l'ACLS peut être suivie. Le patient sera par la suite transféré vers HRE selon la procédure établie ou dirigé vers la morgue selon la procédure établie.
 - Si le patient arrive intubé avec le IGel, le IGel peut être gardé pour la durée de la réanimation. S'il y

a RCS (retour à la circulation spontanée = réanimation du patient) **et** que le patient est toujours inconscient, il faut procéder à la ré intubation du patient de façon conventionnelle. Le patient sera par la suite transféré vers HRE selon la procédure établie.

ANNEXE DE L'ALGORITHME A (SQ) : OUTIL DE SCORING NEWS2

Chart 1: The NEWS scoring system

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Chart 2: NEWS thresholds and triggers

NEWS score	Clinical risk	Response
Aggregate score 0–4	Low	Ward-based response
Red score Score of 3 in any individual parameter	Low–medium	Urgent ward-based response*
Aggregate score 5–6	Medium	Key threshold for urgent response*
Aggregate score 7 or more	High	Urgent or emergency response**

* Response by a clinician or team with competence in the assessment and treatment of acutely ill patients and in recognising when the escalation of care to a critical care team is appropriate.

**The response team must also include staff with critical care skills, including airway management.

ANNEXE DE L'ALGORITHME B

Réponse à la demande d'action d'Ambulance Nouveau-Brunswick

La demande suivante a été reçue d'ambulance NB.

POUR ACTION : Exiger un résumé provincial des établissements qui détournent les ambulances des patients COVID potentiels vers d'autres établissements. Un tel détournement peut se produire parce que certaines installations n'ont pas de chambres à pression négative (isolation inverse) ou n'ont pas les ressources appropriées pour accueillir ces ça. ANB est avisé de façon officielle du côté Horizon et attends notre position pour avoir une vue d'ensemble afin de planifier l'augmentation de la durée des transports 911.

Ce document a été préparé par Dr Danny Godin, Chef service d'urgence CHUDUMONT et médecin de surveillance médicale pour la région Est. Cette consigne a été discuté avec tous les chefs de service des urgences de Vitalité, le comité de cheminement clinique COVID-19.

Réseau de santé Vitalité

Protocole de détournement des ambulances lié aux patients suspects de COVID-19

1. Important - Ceci est basé sur l'hypothèse essentielle selon laquelle Ambulance NB effectue un triage actif de tous les appels.

2. Pour les appels où le patient a répondu OUI à au moins une question sur l'outil de dépistage et / ou est un patient COVID suspect ou positif et est transporté à l'hôpital pour des problèmes non respiratoires

A. ANB doit communiquer avec le service d'urgence de destination par téléphone ou par radio pour l'informer qu'il a un patient à dépistage positif sans problème respiratoire et que le patient est en route.

B. Transporter le patient selon le protocole normal

C. Précautions de gouttelettes à utiliser

3. Pour les appels où le patient a répondu OUI à au moins une question sur l'outil de dépistage et / ou est un patient COVID suspect ou positif et présente des symptômes respiratoires qui peuvent nécessiter une procédure générant des aérosols ou qui sont gravement malades (ceci exclut les arrêts cardiaques) :

A. ANB doit contourner l'hôpital Hôtel-Dieu St-Joseph de St-Quentin, l'hôpital Stella-Marie-de-Kent, l'hôpital général de Grand-Sault, l'hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet et l'hôpital de Tracadie et se rendre au site régional le plus proche.

B. ANB doit contacter le service d'urgence de destination par téléphone ou par radio pour l'informer qu'il a un patient à dépistage positif ayant des problèmes respiratoires et que le patient est en route. ANB doit fournir une heure d'arrivée estimée (ETA).

C. Le personnel des urgences mettra des EPI (Précautions complètes) et rencontrera l'ambulance dans la baie de l'ambulance. Le personnel des urgences évaluera le patient et accompagnera le personnel de l'ANB dans la zone de soins aux patients assignée.

LE TRANSPORT DU PATIENT : URGENCE —> TRANSFERT À EDMUNDSTON

Cas suspects COVID-19 admis à l'unité Multi : seront gardés isolés contacts/ gouttelettes et ce jusqu'à obtention du résultat du COVID.

Les cas confirmés positifs seront transférés à Edmundston à l'unité dédiée COVID-19

Transport du patient COVID confirmé vers l'unité COVID HRE:

- Planifier un transfert directement à l'unité COVID-19 sans transiter par l'urgence.
- Appeler le médecin de garde responsable de l'Unité COVID-19 pour planifier un transfert inter hospitalier vers l'Unité COVID-19.
- Advenant que le patient COVID doit être admis pour un problème médical qui n'est pas lié à une complication du COVID-19. Il faudra aussi que le spécialiste de garde en lien avec le problème médical soit appelé afin de planifier certaines considérations avant le transfert (salle d'op, monitoring cardiaque, interventions autres).
- Aviser Ambulance NB de planifier le transfert, et de prendre les mesures EPI nécessaires. (Si ANB prévoit un délai pour le transport du patient, installer le patient dans la salle désignée (**salle d'observe #4 et si occupé salle traitements mineurs**)).
- Le secteur d'accueil doit être informé des précautions à prendre et de l'arrivée du patient.
- Un drap ou une couverture propre doit recouvrir la civière et le patient.
- Le patient doit pratiquer l'hygiène des mains avant de sortir de la chambre, si possible.
- Le patient doit porter un masque de procédure. Si le patient a besoin d'oxygène et ne peut porter un masque de procédure, l'oxygène est administré à l'aide du masque non-rebreathing 100%.
- Les travailleurs de la santé responsables de transporter le patient doivent porter l'EPI approprié (un écran facial, un masque chirurgical/de procédure, une jaquette et des gants). Advenant circonstance exceptionnelle un N95 pourrait s'avérer nécessaire.
- Après le départ du patient, le personnel de l'urgence doit entreprendre des démarches pour faire nettoyer et désinfecter la salle par l'entretien ménager.
- À l'arrivée à l'hôpital régional, acheminer le patient directement à l'Unité COVID-19 (ne pas arrêter à l'urgence, ni l'admission) à moins que ceci soit déterminé autrement, par exemple pour salle d'opération.

Transport du patient COVID non-confirmé vers HRE:

(Seulement si le patient nécessite une hospitalisation à HRE due à une condition particulière sous les soins d'un médecin spécialiste.)

- Planifier un transfert directement à l'unité COVID-19 sans transiter par l'urgence.
- Appeler l'urgentologue du centre hospitalier régional, afin de planifier un transfert vers l'unité/lits désignés pour les patients avec suspicion COVID-19 pour lequel le résultat du test n'est pas encore disponible.
- Aviser Ambulance NB de planifier le transfert, et de prendre les mesures EPI nécessaires. (Si ANB prévoit un délai pour le transport du patient, installer le patient dans la salle désignée (**salle d'observe #4 et si occupé salle traitements mineurs**)).
- À l'arrivée à l'hôpital régional, acheminer le patient directement à l'unité/lits désignés pour les patients avec suspicion COVID-19 pour lequel le résultat du test n'est pas encore disponible, à moins que ceci soit déterminé autrement, par exemple pour salle d'opération.
- Une fois le patient sur place, le médecin traitant de ce patient sera le médecin ayant accepté le transfert (médecin de l'urgence n'est pas le médecin responsable du patient, mais peut épauler le médecin traitant).
- Une fois le résultat du test COVID-19 disponible, procéder à l'admission dans le secteur ou unité appropriée.

LE TRANSPORT DU PATIENT : URGENCE —> UNITÉ MULTI

Cas suspects COVID-19 qui nécessite une admission en **ATTENTE de résultat du dépistage COVID.**

Transport du patient suspect COVID vers l'unité MULTI : sera gardé isolé contacts/gouttelettes et ce jusqu'à obtention du résultat du COVID.

- Appeler le médecin hospitaliste pour planifier une admission.
- Le secteur d'accueil doit être informé des précautions à prendre et de l'arrivée du patient.
- Un drap ou une couverture propre doit recouvrir la civière et le patient.
- Le patient doit pratiquer l'hygiène des mains avant de sortir de la chambre si possible.
- Le patient doit porter un masque de procédure. Si le patient a besoin d'oxygène et ne peut porter un masque de procédure, l'oxygène est administré à l'aide du masque non-rebreathing 100%.
- Les travailleurs de la santé responsables de transporter le patient doivent TOUS porter l'EPI approprié (un écran facial, un masque chirurgical/de procédure, une jaquette et des gants).
- **Aucune autre personne n'est permise dans l'ascenseur sauf s'ils portent EPI approprié.**
- Après le départ du patient, le personnel de l'urgence doit entreprendre des démarches pour faire nettoyer et désinfecter la salle par l'entretien ménager.
- À l'arrivée du patient à sa chambre, le personnel doit : nettoyer et désinfecter la civière/ le fauteuil roulant avant de le retirer de l'unité.

LE TRANSPORT DU PATIENT : URGENCE —> RADIOLOGIE

* Il est entendu afin de minimiser le risque de propagation de l'infection que la **radiographie simple** devrait être fait au chevet à la salle d'urgence. Les précautions nécessaires doivent être prise afin de minimiser le risque d'infection. Le/la technicienne doit porter ÉPI et un sac mis sur la cassette avant d'entrée dans la chambre du patient. À la sortie, le technicien lave la machine et la cassette et retire l'ÉPI.

- Le patient doit porter un masque de procédure. Si le patient a besoin d'oxygène et ne peut porter un masque de procédure, l'oxygène est administré à l'aide du masque non-rebreathing 100%.

LE TRANSPORT DU PATIENT : URGENCE —> RADIOLOGIE HRE

Le secteur d'accueil doit être informé des précautions à prendre et de l'arrivée du patient.

*Pour la **scinti V/Q** une consultation en MD Interne ou pneumo doit être fait avant de demander cet examen étant donné le risque relié. (Seulement la phase de perfusion sera faite).

LE PATIENT DÉCÉDÉ: URGENCE —> MORGUE

- * Étant donné la pandémie, pour la durée de celle-ci, le patient décédé devrait être dépisté COVID.
- * Procédure usuelle pour mettre le corps dans le sac.
- * Laver le sac à la sortie de la chambre avant de le mettre sur la civière dédiée.
- * Transporter à la morgue de façon usuelle + gants et se laver les mains ensuite.