

Guide de gestion des arrêts cardiorespiratoires sur les unités de soins non critiques ou hors de l'Unité COVID-19

- Ce guide vise les unités non critiques (par exemple : étages d'hospitalisation, cliniques externes, radiologie, hémodialyse, etc.). Ce guide exclut cependant les unités COVID-19, les unités de soins critiques (urgence, soins intensifs, salle d'op, salle de réveil) qui ont leur propre guide de gestion de réanimation.
- L'ordonnance de réanimation doit être déterminée ou validée pour tous les patients, dès l'admission à l'hôpital, par les médecins traitants.
- Les codes bleus aux unités COVID-19 sont gérés par les équipes de réanimation qui sont responsables des codes bleus pour le reste de l'hôpital (le plus souvent l'urgentologue). Quant à la participation des équipes de soins infirmiers et de thérapie respiratoire, on recommande que ceci soit déterminé selon les pratiques locales.

Pour un patient suspecté COVID-19, pour lequel le résultat du **test est en ATTENTE** OU pour un patient **COVID-19 positif confirmé, mais qui n'est pas sur une unité COVID-19** ou dans une unité de soins critiques OU pour un patient **sans histoire clinique (visiteur)**.

Les patients d'une zone orange ou rouge sont soupçonnés COVID-19. Veuillez vous référer à l'[Aide-mémoire sur les niveaux d'alerte](#).

- Le grand principe dans le contexte de réanimation d'un patient COVID-19 ou suspecté COVID-19 est que l'on doit faire la réanimation de façon STANDARD, tout en mettant des mesures pour protéger le personnel soignant.
- Si le patient fait un arrêt cardiaque dans sa chambre ou dans tout autre milieu, on initie la réanimation sur le lieu de l'arrêt. On doit dégager les autres patients et le personnel non essentiel à la réanimation de la pièce où se trouve le patient en arrêt.
- Le personnel qui répond aux codes bleus, comme les technologues en ECG, les phlébotomistes ou autres, devrait se rendre disponible à l'extérieur de la pièce où se trouve le patient.
- En attendant l'équipe de réanimation, le personnel soignant peut placer des canules nasales avec 15 L d'oxygène et recouvrir d'un masque chirurgical. Le défibrillateur peut également être branché et le patient défibrillé au besoin. Le personnel soignant peut initier le massage cardiaque en autant que tous portent l'ÉPI approprié, incluant un respirateur N95. Il n'est pas recommandé de faire de la ventilation manuelle.
- Les respirateurs N95 ne pourront pas se trouver sur tous les endroits où un arrêt cardiaque pourrait survenir. Cependant, des mesures devraient être prises dans les centres hospitaliers afin de rendre disponibles et accessibles les respirateur N95 dans les étages et lieux où se retrouvent un patient atteint ou suspecté de COVID-19.

- L'équipe de réanimation pour un code bleu devrait se limiter aux personnes suivantes:
 - Dans la chambre où se trouve le patient :
 - médecin responsable de la réanimation;
 - 2 infirmières d'expériences;
 - 1 thérapeute respiratoire;
 - 1 préposé pour le RCR.
 - Dans l'antichambre ou à l'extérieur de la chambre :
 - infirmière messagère;
 - deuxième thérapeute respiratoire;
 - deuxième médecin s'il y en a un qui est disponible.
- Lors de la réanimation, les individus qui entreront dans la chambre de réanimation devront se vêtir à l'entrée de la chambre avec l'ÉPI approprié, y compris d'un masque N95 dès que disponible.
- L'intubation et la mise en place d'un Ambu muni d'un filtre viral devront être prioritaires dès que le médecin responsable de l'intubation est disponible. La ventilation du patient sera initiée une fois le patient intubé seulement.

Pour les patients sans suspicion de COVID-19, ou ayant été dépistés pour COVID-19 avec résultat négatif :

- On doit mener la réanimation avec les pratiques standard.
- On doit considérer qu'un patient qui a eu un test négatif est véritablement négatif, et les mesures d'ÉPI spécifiques au COVID-19 ne s'appliquent pas.

Référence :

1. *Edelson et al.: Interim Guidance for Life Support for COVID-19.*