

**Guide régional de soins critiques et  
de triage - adultes SARS-CoV-2  
(COVID-19)**

**Réseau de santé Vitalité**

**Le 18 janvier 2021**

## Table des matières

Préambule.....	3
La définition d'un cas suspect.....	3
IMPORTANT .....	3
1. Préparation initiale (en tout temps).....	5
2. Équipement de protection individuelle.....	5
3. Procédure d'admission d'un patient .....	5
A. Critères d'admission aux soins intensifs.....	6
B. Préparation .....	6
C. Admission du patient à l'unité des soins intensifs.....	6
4. Procédure de transport.....	6
5. Procédure de prise en charge des voies aériennes - cas suspects de COVID-19 sévère .....	7
6. Assistance respiratoire et bronchoscopie.....	7
7. Procédés et techniques stériles (voie centrale, canule artérielle, drain thoracique) .....	7
8. Prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire.....	8
9. Extubation .....	8
10. Prélèvements et laboratoires .....	11
11. Pharmacothérapie .....	11
12. Éthique.....	11
TRIAGE EN SOINS CRITIQUES.....	12

## Préambule

Le présent document est destiné aux hôpitaux régionaux du Réseau de santé Vitalité susceptibles de prendre en charge des cas de soins critiques qui sont confirmés ou suspects d'une infection à COVID-19. Le document est inspiré du guide de procédures techniques préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il s'agit d'un document générique qui ne saurait remplacer les travaux adaptés par les équipes de soins critiques et de prévention et de contrôle des infections (PCI) de tous les établissements individuels. La situation pandémique évoluant sur une base quotidienne, il est probable que ces lignes directrices devront être adaptées en fonction de l'évolution de la situation. Nous vous invitons à demeurer au fait de l'actualisation de ces données.

## La définition d'un cas suspect

*La définition d'un cas suspect pour les soins intensifs sera la même que celle fournie par la Santé publique du Nouveau-Brunswick. Pour le moment, tous les cas d'infections respiratoires sévères COVID-19 négatives sans étiologie demeurent en isolement COVID-19 et sont testés de nouveau après 48 heures. Si le second test est négatif, les patients doivent être traités en isolement contre la transmission par gouttelettes/contact jusqu'à l'identification de l'étiologie avec protection aérienne procédurale pendant les interventions produisant des aérosols (affiche MRS-CV).*

## IMPORTANT

Les procédés décrits dans ce document doivent être effectués directement par l'intensiviste ou sinon par la personne la plus familière avec ces procédés jusqu'à nouvel ordre. *Si l'intensiviste est absent ou non disponible et qu'aucun médecin n'est disponible sur place, les procédés sont effectués par le résident le plus senior disponible.*

**En tout temps, la sécurité du personnel  
hospitalier est la priorité.**

## 1. Préparation initiale (en tout temps)

Une chambre à pression négative est gardée libre en tout temps et prête à accueillir un cas gravement malade qui est confirmé ou suspect de SARS- CoV-2 (COVID-19) pour tout procédé à risque élevé d'aérosolisation (intubation, bronchoscopie, stabilisation).

- Si la chambre à pression négative est occupée ou non disponible, une mesure de rechange devrait être libre et disponible (chambre de rechange).
- Si aucune chambre à pression négative n'est disponible, un isolement aérien strict doit être appliqué pour tout procédé invasif à risque élevé, tel qu'il est décrit ci-haut.
- Le personnel vérifie quotidiennement la préparation adéquate des chambres à pression négative ou désignées, incluant :
  - Système à pression négative fonctionnel avec porte fermée;
  - Système de communication sans fil disponible et fonctionnel (exemple : moniteur de bébé);
  - Solution hydroalcoolique disponible à l'intérieur de la chambre, dans l'antichambre et à la sortie.
- L'équipement de protection individuelle (toutes les tailles) est disponible rapidement et à proximité de la chambre désignée en tout temps.
- Le personnel attitré est identifié en permanence pour s'occuper du premier cas pendant tous les relais de travail (un membre du personnel infirmier, un thérapeute respiratoire, un préposé au besoin).
- Une copie à jour de ce document est remise aux personnes suivantes :
  - Médecins des soins intensifs;
  - Infirmière gestionnaire et infirmière clinicienne;
  - Membres du personnel infirmier;
  - Thérapeutes respiratoires.

## 2. Équipement de protection individuelle

Vous référer à la [section 5a](#) du Plan de pandémie du Réseau.

## 3. Procédure d'admission d'un patient

### A. Critères d'admission aux soins intensifs

Les critères d'admission aux soins intensifs proposés incluent généralement :

- Détresse respiratoire significative;
- Instabilité hémodynamique persistante malgré une réanimation volémique adéquate;
- Altération de l'état de conscience;
- Patient intubé.

## B. Préparation

- Le médecin responsable d'un cas gravement malade qui est confirmé ou suspect de SARS-CoV-2 (COVID-19) appelle l'intensiviste de garde pour demander que le patient soit admis à l'unité des soins intensifs (USI).
- Un transfert initial à un hôpital régional (Edmundston, Campbellton, Bathurst et CHU Dr-Georges-L.-Dumont) doit être envisagé pour les cas confirmés si l'état clinique du patient le requiert.

## C. Admission du patient à l'unité des soins intensifs

- Le médecin responsable des soins intensifs autorise l'admission du patient et transmet les informations pertinentes nécessaires, notamment l'équipement nécessaire et la médication particulière requise à l'accueil du patient. Le médecin responsable des soins intensifs est chargé de la décision par rapport à l'admission aux soins intensifs, à un transfert à un autre établissement ou à un transfert à l'étage.
- Le patient est transféré de l'urgence avec le personnel attiré (équipe de l'urgence vs soins intensifs selon l'établissement) portant l'équipement de protection individuelle, dont l'infirmière, le thérapeute respiratoire et le préposé, au besoin.
- Le personnel non essentiel ne devrait pas être présent pour éviter toute exposition inutile. Le transport devrait être facilité pour éviter le plus possible les contacts avec le reste de la communauté hospitalière.

## 4. Procédure de transport

- Comme il constitue un risque de transmission, le transport des patients devrait être réduit au minimum.
- Par conséquent, la décision de procéder à des examens devrait être réfléchi :
  - Est-ce que l'examen a de grandes chances de répondre à une question clinique changeant la conduite à tenir? Avant le départ, considérer l'ensemble des imageries potentiellement nécessaires à la prise en charge du patient.
  - Les radiographies pulmonaires quotidiennes ne sont pas recommandées et devraient plutôt être faites à l'admission, puis au besoin selon l'état clinique du patient.
- Une procédure de transport des cas de COVID-19 devrait être mise en place dans chaque établissement pour diminuer l'exposition au personnel et à la communauté hospitalière.
- Déterminer le personnel nécessaire pour accompagner le patient hors de l'unité : l'infirmière, le thérapeute respiratoire, le préposé au besoin (portant tous l'équipement de protection individuelle).

## 5. Procédure de prise en charge des voies aériennes - cas suspects de COVID-19 sévère

Se référer au Guide régionale de prise en charge protégées des voies aériennes ainsi que le Guide régionale pour patients avec BPAP/CPAP et trachéostomie.

## 6. Assistance respiratoire et bronchoscopie

- Appliquer les normes les plus élevées de ventilation protectrice pour le SDRA (p. ex. ARDSnet).
- Thérapies de secours :
  - La ventilation en position ventrale peut être pratiquée et doit être appliquée selon les lignes directrices;
  - Les cas d'hypoxémie sévère réfractaire devraient être discutés rapidement avec des établissements ayant une expertise en SDRA sévère.
- **Un système de succion en circuit fermé doit être utilisé.**
- **Éviter autant que possible de débrancher le respirateur.**
  - Si le respirateur doit être débranché, clamber le tube endotrachéal au préalable et mettre le respirateur en attente.
- Si possible, tout le personnel doit quitter la chambre pendant la période désignée pour les échanges d'air selon la pièce-le temps que la charge en aérosols diminue.
- Une extubation accidentelle requérant une réintubation devrait être traitée comme une situation à risque élevé de produire des aérosols où la sécurité du personnel et des lieux est prioritaire.
- **Les bronchoscopies produisent beaucoup d'aérosols et doivent être évitées autant que possible :**
  - **La décision de les pratiquer doit être prise en tenant compte des bénéfices escomptés pour le patient (diagnostic alternatif qui ne peut être obtenu autrement);**
  - Elle doit être faite en pression négative;
  - La curarisation est encouragée pour la procédure.

## 7. Procédés et techniques stériles (voie centrale, canule artérielle, drain thoracique)

- Les procédés sont réalisés par l'intensiviste ou la personne la plus compétente disponible.
- Idéalement, l'habillage stérile à l'extérieur de la salle et les mouvements vers la salle de procédés se font à deux personnes, dont une non stérile qui facilite le maintien de l'asepsie de l'opérateur principal.
- Le personnel infirmier assiste le médecin.
- Préparer et réviser tout le matériel à l'avance pour réduire le nombre d'entrées et de sorties.
- Minimiser la quantité de matériel apporté dans la chambre.
- L'utilisation de l'échographie est encouragée.
- Les appareils d'échographie doivent être nettoyés selon les recommandations du fabricant et la politique et procédure après chaque procédé.

## 8. Prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire

Se référer au Guide de prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire à l'Unité COVID-19.

## 9. Extubation

**Lorsque les critères d'extubation sont atteints :**

\*Ne pas utiliser de tube en T pour le sevrage ventilatoire.

Tout patient ventilé chez qui le COVID 19 n'est pas suspecté/confirmé. Faire une extubation selon les standards normaux.

Tout patient ventilé avec suspicion du COVID 19 ou COVID 19 (+) (et/ou isolement COVID – Gouttelettes/contact (affiche MRS-CV)), le professionnel devrait suivre le protocole d'extubation pour patient COVID.

### **Plan et Préparation :**

1. S'assurer que le patient atteint les critères d'extubation.
2. Éviter l'extubation avec ventilation non invasive ou canule nasale à haut débit O<sub>2</sub>.
3. S'assurer d'avoir un médecin disponible à l'unité en cas de besoin de réintubation.

*Matériel à préparer dans la chambre à pression négative où l'extubation se déroulera:*

1. Piquet bleu jetable
  2. Ciseaux PRN
  3. Succion Yankauer
  4. Masque O<sub>2</sub> standard
  5. Seringue 10 mL
- Transférer le patient ventilé dans une chambre à pression négative.
  - Faire l'extubation dans une chambre à pression négative avec un masque N95, des gants, une blouse jetable de niveau 3 et une visière.
    1. Idéalement avoir seulement 2 personnes lors de l'extubation.
    2. Préoxygéner le patient avec 100% FiO<sub>2</sub>.
    3. Mettre le patient en position minimum de 30 degrés.
    4. Faire une succion douce au niveau buccal.
    5. Faire UNE succion fermée avec le ballonnet GONFLÉ.
    6. Faire un test de fuite selon le médecin\*\* selon son risque de stridor post-extubation.
    7. Enlever les attachements du tube endotrachéal (Anchor fast) et tenir le tube en place.
    8. Éteindre le ventilateur.
    9. Déconnecter la tubulure du ventilateur/sac ambu.



10. Dégonfler le ballonnet du tube endotrachéal avec la seringue de 10mL.
11. Enlever le tube endotrachéal SANS succion supplémentaire et NE PAS demander au patient de faire une toux volontaire lorsque le tube endotrachéal sera retiré.
12. Immédiatement mettre un masque O<sub>2</sub> (pour minimiser dispersion de gouttelette si le pt tousse) et ouvrir le flux O<sub>2</sub> selon le besoin.
13. Jeter le tube endotrachéal et le piquet bleu.
14. Mettre un masque chirurgical sur le masque d'O<sub>2</sub> lorsque le patient est prêt à être retransféré dans sa chambre (Idéalement, attendre la période désignée pour les échanges d'aire selon la chambre à pression négative pour que les particules aérosolisées soient déposées).

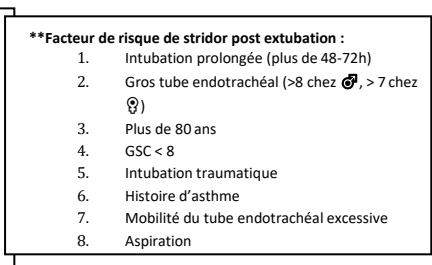
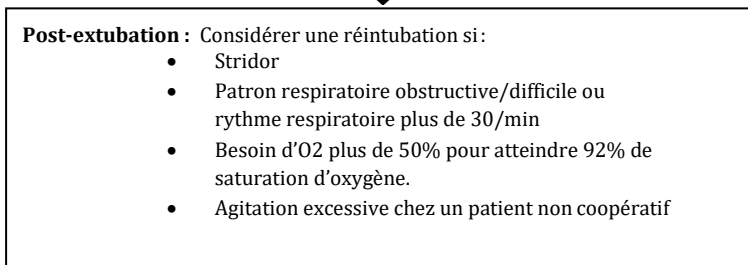
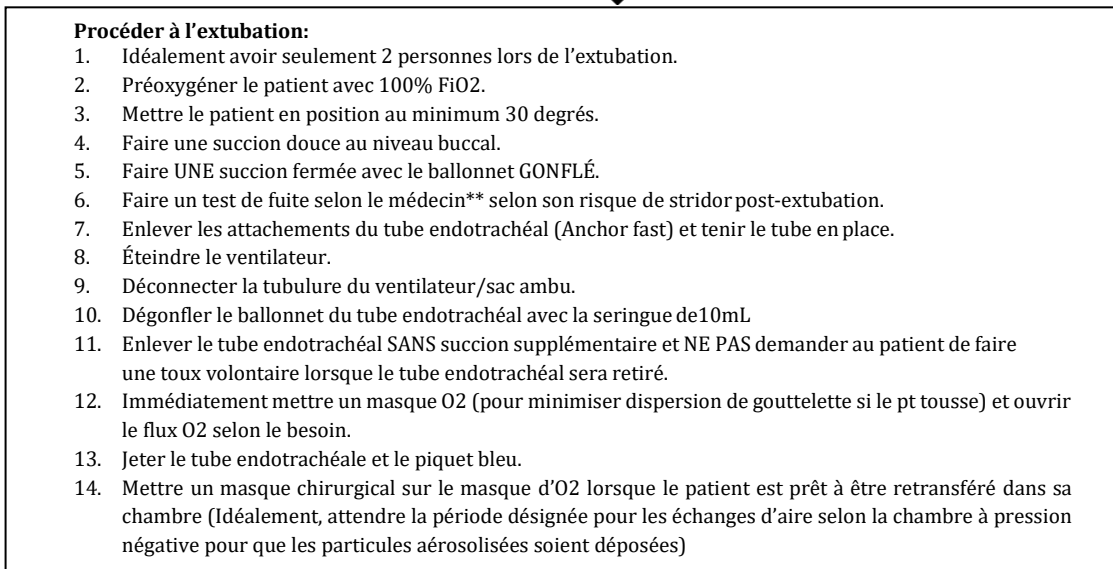
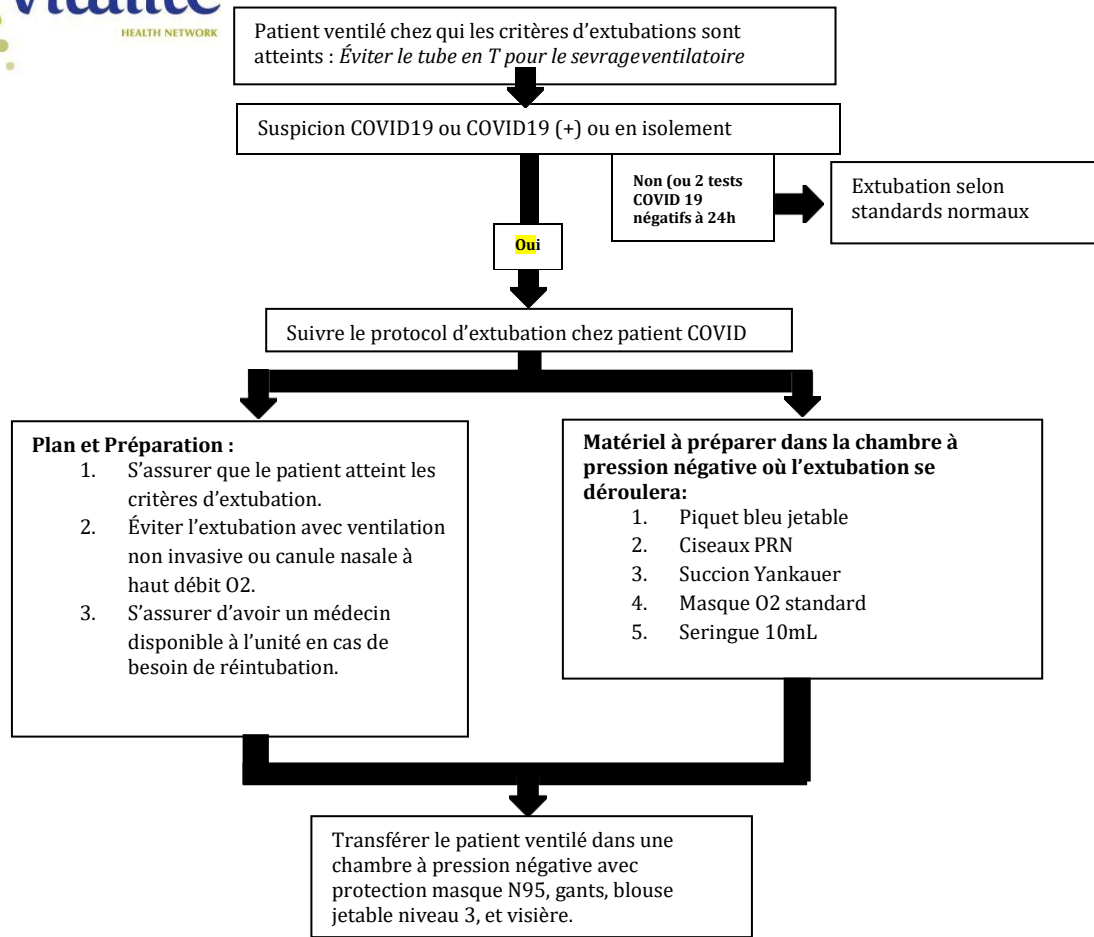
**Post-extubation :**

Considérer une réintubation si :

- Stridor
- Patron respiratoire obstructive/difficile ou rythme respiratoire plus de 30/min
- Besoin d'O<sub>2</sub> plus de 50% pour atteindre 92% de saturation d'oxygène
- Agitation excessive chez un patient non coopératif

**\*\*Facteurs de risque de stridor post extubation :**

1. Intubation prolongée (plus de 48-72h)
2. Gros tube endotrachéal (>8 chez homme, > 7 femme)
3. Plus de 80 ans
4. GSC < 8
5. Intubation traumatique
6. Histoire d'asthme
7. Mobilité du tube endotrachéal excessive
8. Aspiration



## 10. Prélèvements et laboratoires

- Limiter les prélèvements à ceux qui sont urgents et qui changeront la conduite à tenir.
- Les prélèvements seront manipulés selon les procédures institutionnelles en place.

## 11. Pharmacothérapie

- Dans l'état actuel des connaissances en la matière, le traitement de la COVID-19 est un traitement de soutien. Il n'y a pas de documentation à l'appui d'une approche pharmacologique standardisée. Veuillez-vous référer à l'application *Spectrum* qui se retrouve sur le site web du Réseau de santé Vitalité.

## 12. Éthique

- Veuillez consulter la politique sur l'éthique et les principes directeurs, section 1G; extrait du plan régional de pandémie - COVID-19 pour les considérations d'ordre éthique.
- Les modalités de soins de fin de vie doivent représenter une décision partagée qui tient compte de la dignité du patient, des volontés de la famille, du risque de contagion et des ressources disponibles.
- Il existe un document de triage qui pourra être utilisé selon les ressources disponibles.

## TRIAGE EN SOINS CRITIQUES

Durant une pandémie, il est fort possible que la demande en soins critiques et en ventilateurs augmente. Les hypothèses de modélisation prédictive relatives à la demande en ventilateurs et en soins critiques sont les suivantes :

- La proportion moyenne des patients admis atteints de la COVID-19 sera de 10 %;
- La proportion moyenne des patients admis atteints de la COVID-19 ayant besoin d'un ventilateur sera de 5%;
- La durée moyenne d'un séjour aux soins intensifs pour une maladie liée à la COVID-19 sera de 10-14 jours.

Un système équitable d'accès aux soins critiques doit être appliqué à tous les patients hospitalisés et non pas seulement aux patients atteints de la COVID-19. Lorsqu'il sera mis en place, ce système de triage doit s'appliquer dans toute la province du Nouveau-Brunswick. La mise en œuvre sera ordonnée par le COU provincial (Centre des opérations d'urgence). Les patients de la pédiatrie continueront d'être transférés à l'hôpital IWK dans la mesure du possible.

### **Processus décisionnel en matière de triage en soins critiques**

Le groupe de travail sur les soins critiques recommande le processus suivant pour l'application du protocole de triage en soins critiques :

- La coordination au niveau provincial doit être assurée par l'intermédiaire du Centre des opérations d'urgence afin de déclencher l'activation ou la désactivation du protocole de triage en soins critiques partout dans la province, simultanément. Cette coordination centralisée permettrait un accès équitable aux soins critiques dans toute la province dans la mesure de leur disponibilité, et ce, jusqu'à ce que les ressources atteignent leur pleine capacité et que le protocole de triage en soins critiques soit activé. De la même manière, la désactivation du protocole nécessitera également une coordination à l'échelle provinciale. Un processus décisionnel centralisé sera tributaire des déclarations effectuées par les anciennes RRS en ce qui a trait à la disponibilité des ressources en soins critiques.
- Après l'activation, le médecin traitant du patient appliquera le protocole de triage en soins critiques.
- En cas de difficultés dans les applications du protocole de triage en soins critiques, le médecin traitant peut consulter ses collègues dans la zone de travail ou ailleurs dans le Réseau de santé Vitalité, en utilisant les mécanismes de communication habituels. Il n'y aura pas d'équipe de garde qui offrira du soutien à cet effet dans l'ensemble de la Régie régionale de la santé A. Chaque zone devra prédéterminer un regroupement d'au moins trois personnes pour aider le médecin traitant dans les décisions souvent difficiles et effectuer quotidiennement le suivi des cas de soins intensifs.

- Il incombera au médecin de garde de consigner, dans le dossier du patient, l'information appropriée ayant trait à toute consultation effectuée auprès d'un collègue. Il est recommandé que toutes les autres personnes intervenant dans le dossier du patient tiennent à jour leurs propres documents relatifs à leur participation, aux propositions de décisions et aux conseils prodigués.

### **Évaluation clinique – Protocole de triage en soins critiques**

Le protocole de triage en soins critiques est décrit dans la section ci-dessous, accompagné d'un schéma illustrant le processus sous forme d'organigramme. Un outil de consignation des résultats des patients est également disponible (voir l'[outil 6.1](#)).

#### **1re étape – Évaluer le patient pour déterminer les critères d'inclusion.**

Pour répondre à ces critères, le patient doit présenter un critère A ou un critère B.

- A) Exigences en matière d'assistance ventilatoire invasive :
- Hypoxémie significative  $SPO_2 < 90\%$  avec canule à haut débit en oxygène ou masque sans réinspiration/ $FIO_2 > 0.85$ ;
  - Acidose respiratoire avec un  $pH < 7,2$ ;
  - Signes cliniques d'une insuffisance respiratoire imminente;
  - Incapacité de protéger voies respiratoires dégagées;
  - Altération de l'état de conscience.
- B) Hypotension :
- Hypotension ( $TAM < 65$  ou  $TAS < 90$ ) avec signes cliniques d'état de choc (altération de l'état de conscience, baisse de l'élimination d'urine ou autre insuffisance organique terminale) réfractaire au rétablissement du volume liquidien, nécessitant un traitement vasopresseur/inotrope qui ne peut pas être pris en charge dans le service.

Si le patient répond aux critères d'inclusion, passer à la deuxième étape.

Dans le cas contraire, réévaluer le patient ultérieurement en cas de détérioration de l'état clinique.

## 2<sup>e</sup> étape – Évaluer le patient pour déterminer les critères d'exclusion.

D'abord et avant tout, valider s'il y a des limitations par rapport au niveau de soins du patient (réanimation cardiaque, intubation et admission aux soins intensifs). Par la suite, si un critère d'exclusion est constaté, ne pas admettre le patient aux soins critiques. Poursuivre le niveau de soin actuel ou pallier selon les indications. Il est possible de réexaminer l'admissibilité d'un patient aux soins critiques à mesure de la disponibilité des ressources et de la désactivation du protocole de triage en soins critiques.

Les critères d'exclusion comprennent notamment :

- Arrêt cardiaque : sans témoin, récurrent (sauf pour torsades de pointes et hypothermie), réfractaire aux mesures courantes, lié à un traumatisme;
- Malignité métastatique avec pronostic vital < 1 an, à moins d'avoir commencé un traitement d'immunothérapie récemment et de souffrir de complications immunitaires de ce traitement;
- Néoplasie hématologique avec probabilité de mortalité  $\geq 80\%$  à 1 an;
- Brûlure grave – lorsque deux des trois critères suivants sont atteints, la mortalité aux soins intensifs est supérieure à 80 % : âge  $\geq 60$  ans, TBSA  $\geq 40\%$ , blessure sévère par inhalation;
- Traumatisme grave [utilisant le Revised Trauma Score (RTS) ou le TRISS avec mortalité prédite supérieure à 80 %];
- Démence modérée à sévère (incapable de nommer les proches connus même lorsque bien ou nécessitent aide quasi totale avec AVD/AVQ ou institutionnalisé);
- Patients frêles  $\geq 70$  ans chez qui on soupçonne qu'ils ne survivront pas à une admission aux soins intensifs (Clinical Frailty Scale  $\geq 7$ );
- Maladie neuromusculaire avancée ou non traitable (p. ex. SLA dépendant de la ventilation);
- Événement ou condition neurologique grave et irréversible (p. ex. AVC important du tronc cérébral, état neurovégétatif), sauf si un don d'organes est envisageable;
- N'importe quelle maladie chronique avec un pronostic vital < 1 an;
- Patient âgé de 80 ans ou plus;
- Insuffisance d'un organe qui répond aux critères suivants :
  - Cardiaque :
    - Choc cardiogène chez les patients  $\geq 75$  ans;
    - Classe fonctionnelle NYHA  $\geq 3/4$  présente depuis 6 mois chez des patients  $\geq 75$  ans;
  - Pulmonaire :
    - MPOC avec VEMS < 25 % ou O<sub>2</sub> dépendant;
    - Fibrose kystique avec VEMS < 30 %;
    - Fibrose pulmonaire idiopathique avec CVF < 50 % ou O<sub>2</sub> dépendants ou diffusion < 30 %;
    - Hypertension artérielle pulmonaire (groupe 1) qui nécessite prostaglandines IV ou avec classe fonctionnelle NYHA 4/4;
  - Foie :
    - Cirrhose avec score MELD  $\geq 25$  chez le patient qui n'est pas candidat à une greffe hépatique;
  - Reins :
    - Patient hémodialysé  $\geq 75$  ans.

Si un patient ne présente aucun des critères d'exclusion, passer à la troisième étape.

**N.B. :** Ces critères d'exclusion peuvent changer au cours de la pandémie à mesure de la disponibilité de l'information au sujet de la maladie.

### 3<sup>e</sup> étape : Évaluer le score SOFA (défaillance viscérale séquentielle)

**Avant l'admission du patient aux soins intensifs, son score SOFA doit être évalué (voir le tableau 6.1) et pris en considération au même titre que les critères d'inclusion et d'exclusion.**

Tableau 6.1 : Score de l'évaluation de la défaillance viscérale séquentielle (SOFA)

(Adapté de : F.I. Ferreira, D.P. Bota, A. Bross, C. Melot, J.L. Vincent (2001). « Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients », JAMA, vol. 286, p. 1754-1758.)

Variables	0	1	2	3	4
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> , mm Hg	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200	≤ 100
Plaquettes, x 10 <sup>9</sup> /L	> 0,150	≤ 0,150	≤ 0,100	≤ 0,050	≤ 0,020
Bilirubine, µmol/L	<20	20-32	33-100	101-203	> 203
Hypotension	Aucune	Tension artérielle moyenne (PAM) < 70 mm Hg	Dop ≤ 5	Dop > 5 ou épi ≤ 0,1 ou norépi ≤ 0,1	Dop > 15 ou épi > 0,1 ou norépi > 0,1
Échelle de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Créatinine, µmol/L	<106	106-168	169-300	301-433	>434

#### Notes pour le tableau 6.1 :

- Les doses de dopamine (dop), d'épinéphrine (épi) et de norépinéphrine (norépi) sont exprimées en µg/kg/min.

#### Explication des variables :

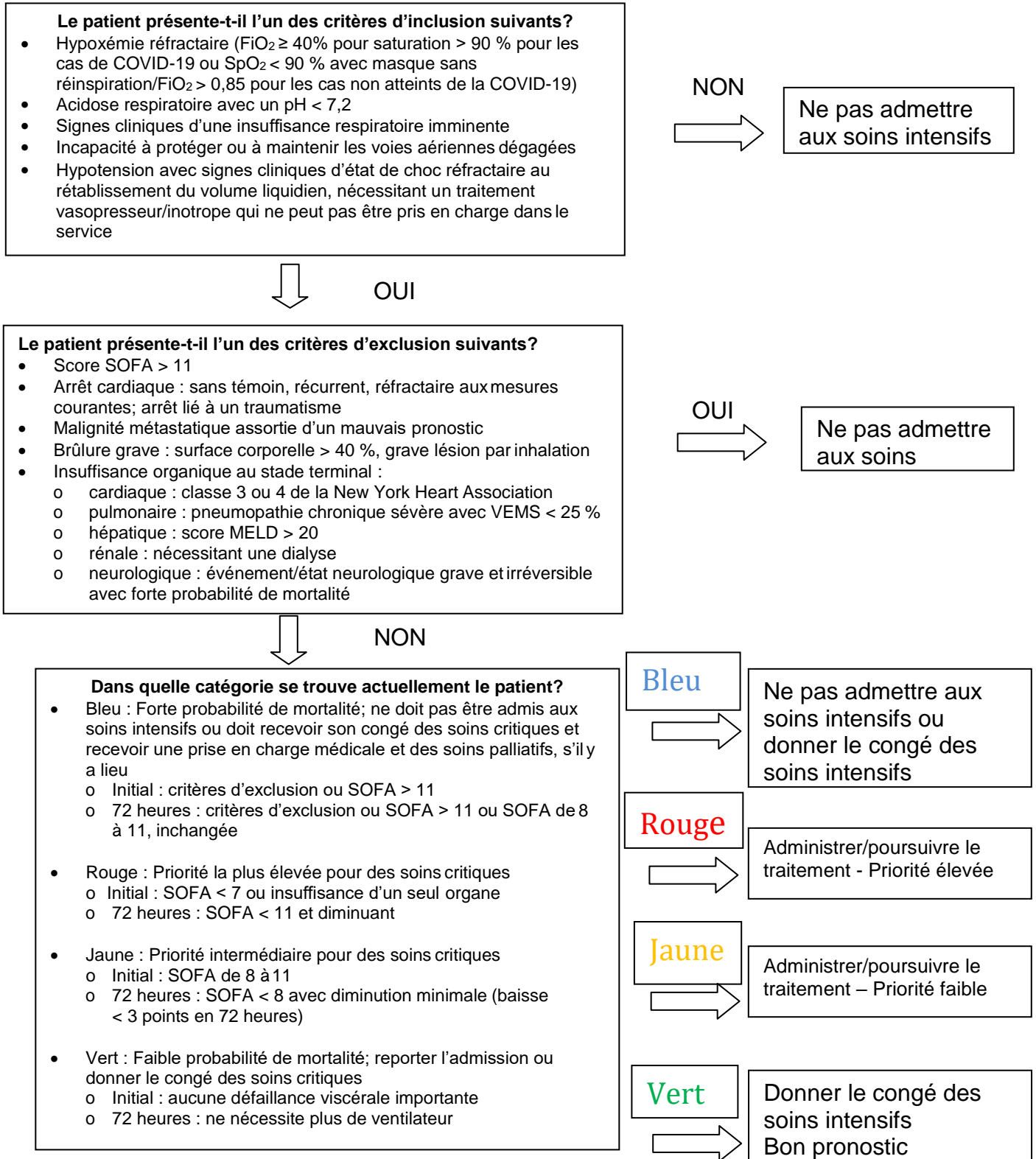
- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> indique le taux d'oxygène dans le sang du patient.
- Les plaquettes jouent un rôle essentiel dans la coagulation sanguine.
- La bilirubine se mesure par analyse sanguine et indique la fonction hépatique.
- L'hypotension indique une basse tension artérielle; des scores de 2, 3 ou 4 indiquent que la tension artérielle doit être maintenue à l'aide de médicaments puissants, notamment de la dopamine, de l'épinéphrine et de la norépinéphrine, nécessitant une surveillance à l'unité des soins intensifs.
- L'échelle de Glasgow est une échelle normalisée qui indique la fonction neurologique; un score faible indique une fonction médiocre.
- La créatinine se mesure par analyse sanguine et indique la fonction rénale.

Ensuite, le patient est affecté à une catégorie de traitement en fonction de ces résultats. Par ailleurs, le patient fait l'objet d'une évaluation à 72 heures après son admission aux soins intensifs, puis il est affecté à une nouvelle catégorie en fonction du rajustement des exigences SOFA de chaque catégorie.

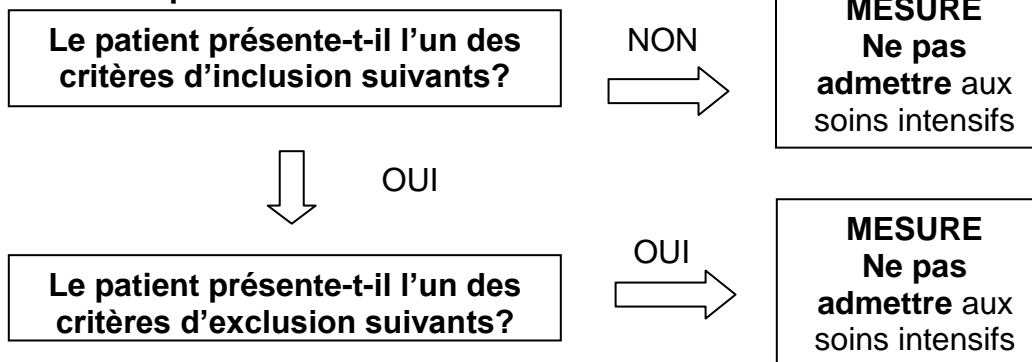
- **Bleu** : Forte probabilité de mortalité; ne doit pas être admis aux soins intensifs et doit recevoir une prise en charge médicale et des soins palliatifs, s'il y a lieu.
  - Initial : Critères d'exclusion ou SOFA > 11
  - 72 heures : Critères d'exclusion ou SOFA > 11 ou SOFA de 8 à 11, inchangé
- **Rouge** : Priorité la plus élevée pour des soins critiques
  - Initial : SOFA < 7 ou insuffisance d'un seul organe
  - 72 heures : SOFA < 11 et diminuant
- **Jaune** : Priorité intermédiaire pour des soins critiques
  - Initial : SOFA de 8 à 11
  - 72 heures : SOFA < 8 avec diminution minimale (baisse de < 3 points en 72 heures)
- **Vert** : Faible probabilité de mortalité; reporter l'admission ou donner le congé des soins critiques.
  - Initial : aucune défaillance viscérale importante
  - 72 heures : ne nécessite plus de ventilateur.



## Schéma 6.1 : PROTOCOLE DE TRIAGE EN SOINS CRITIQUES Pour tous les patients nécessitant un traitement à l'unité des soins intensifs, atteints ou non de la COVID-19



### Outil 6.1, 2<sup>e</sup> VOLET : Outil de triage en soins critiques



#### Dans quelle catégorie se trouve actuellement le patient?

	Initial	72 heures	Priorité
<b>BLEU</b>	Critères d'exclusion ou SOFA > 11	Critères d'exclusion ou SOFA > 11 ou SOFA < 8, inchangée	Forte probabilité de mortalité; ne doit pas être admis aux soins intensifs ou doit recevoir son congé des soins critiques et une prise en charge médicale et des soins palliatifs, s'il y a lieu.
<b>ROUGE</b>	SOFA < 7 ou insuffisance d'un seul organe	SOFA < 11 et diminuant progressivement	Priorité la plus élevée pour des soins critiques
<b>JAUNE</b>	SOFA de 8 à 11	SOFA < 8 avec diminution minimale (baisse de < 3 points en 72 heures)	Priorité intermédiaire pour des soins critiques
<b>VERT</b>	Aucune insuffisance organique importante	Ne nécessite plus de ventilateur	Faible probabilité de mortalité; reporter l'admission ou donner le congé des soins critiques