

ACR et U V I H

21 Mai 2008

Groupe Coordonnateur

Sandra DELEULE

Fabienne COQUET

Cercle des Urgentistes de FC

Réunion du 21 mai 2008

- 34 réponses au questionnaire en ligne .

Belfort	5
Besançon	14
Champagnole	1
Dole	8
Gray	1
Vesoul-Lure-Luxeuil	3
Lons le Saunier	3

PRISE EN CHARGE DES ACR

- 55 ACR/100000 personnes
- En Franche Comté 1,160 millions d'Habitants

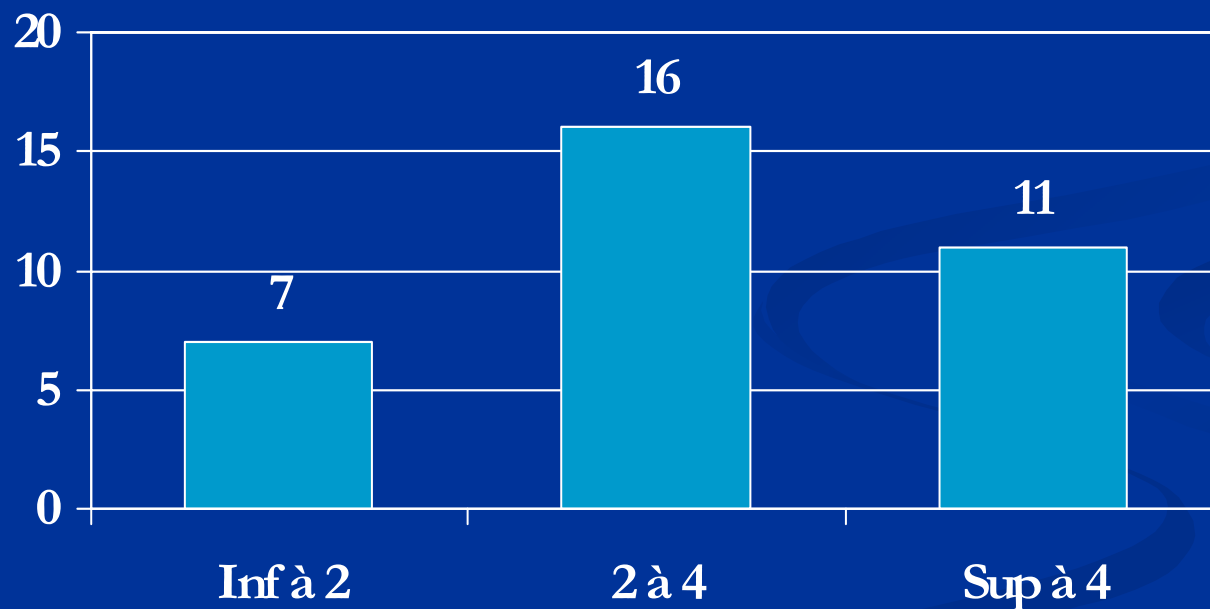
Donc environ **600 ACR** par an

Ou 12 ACR par semaine

- 50% en extra hospitalier donc 50 % en intra hospitalier ...

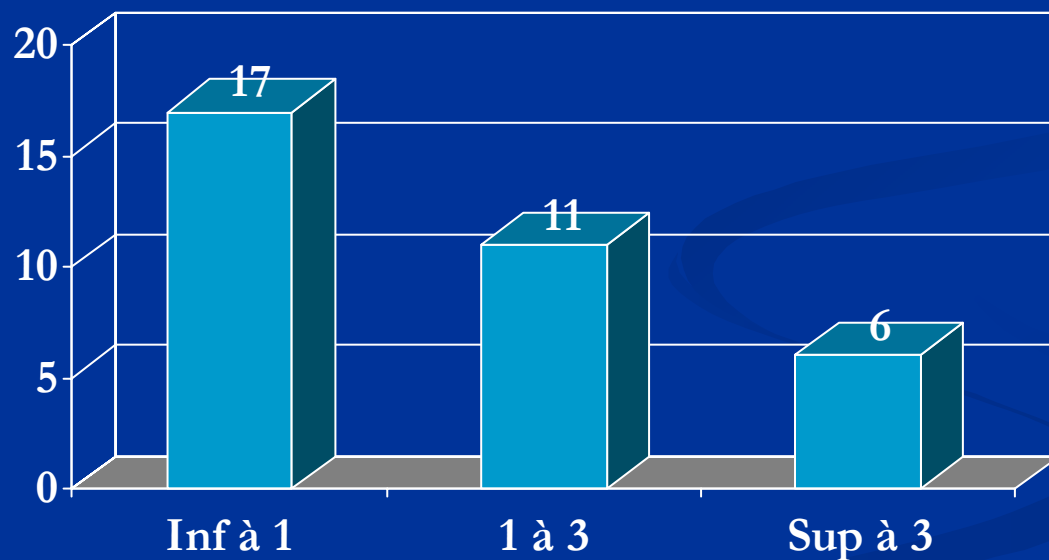
PRISE EN CHARGE DES ACR

Nombre d'ACR pris en charge par votre
Smur par semaine



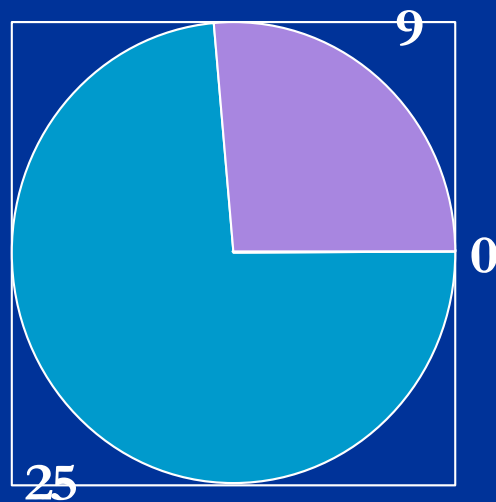
PRISE EN CHARGE DES ACR

Nombre d'ACR pris en charge par vous
même par mois



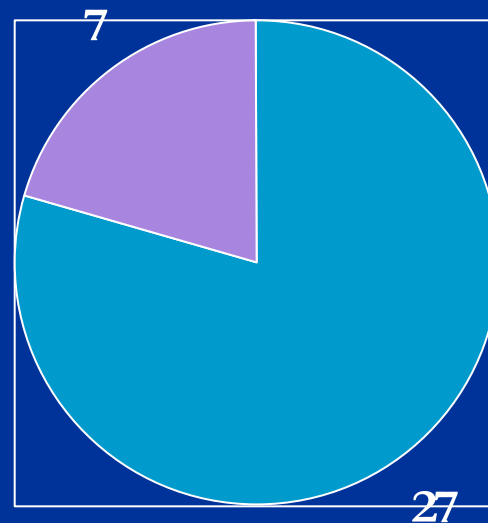
PRISE EN CHARGE DES ACR

Favoriser vous le MCE ou
la ventilation ?



PRISE EN CHARGE DES ACR

Si un DSA a été mis en place



■ DSA laissé en place
■ DSA retiré

PRISE EN CHARGE DES ACR

Conférence de Consensus sfmu 2007

- 100% des médecins ayant répondu connaissent les dernières recommandations pour la prise en charge des ACR.
- 6% ne les appliquent pas (1 personne car les protocoles de son service sont différents des recommandations).

PRISE EN CHARGE DES ACR

Les changements dans votre pratique

- Adrénaline : dosage , rythme, utilisation en cas de FV persistante.
- CEE : rythme, intensité.
- Utilisation de la Cordarone.
- MCE : rythme à 30/2, à favoriser, masser entre les CEE, limiter les pauses.

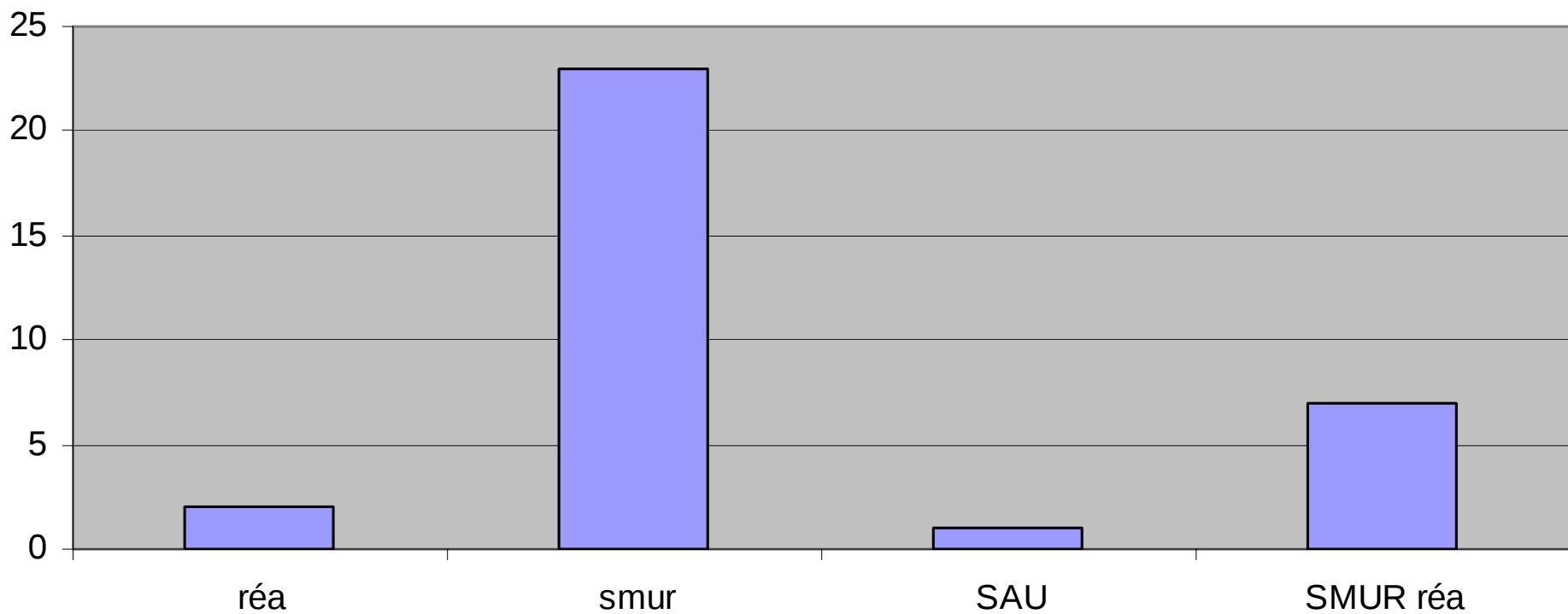
PRISE EN CHARGE DES ACR

Difficultés recommandations/pratique

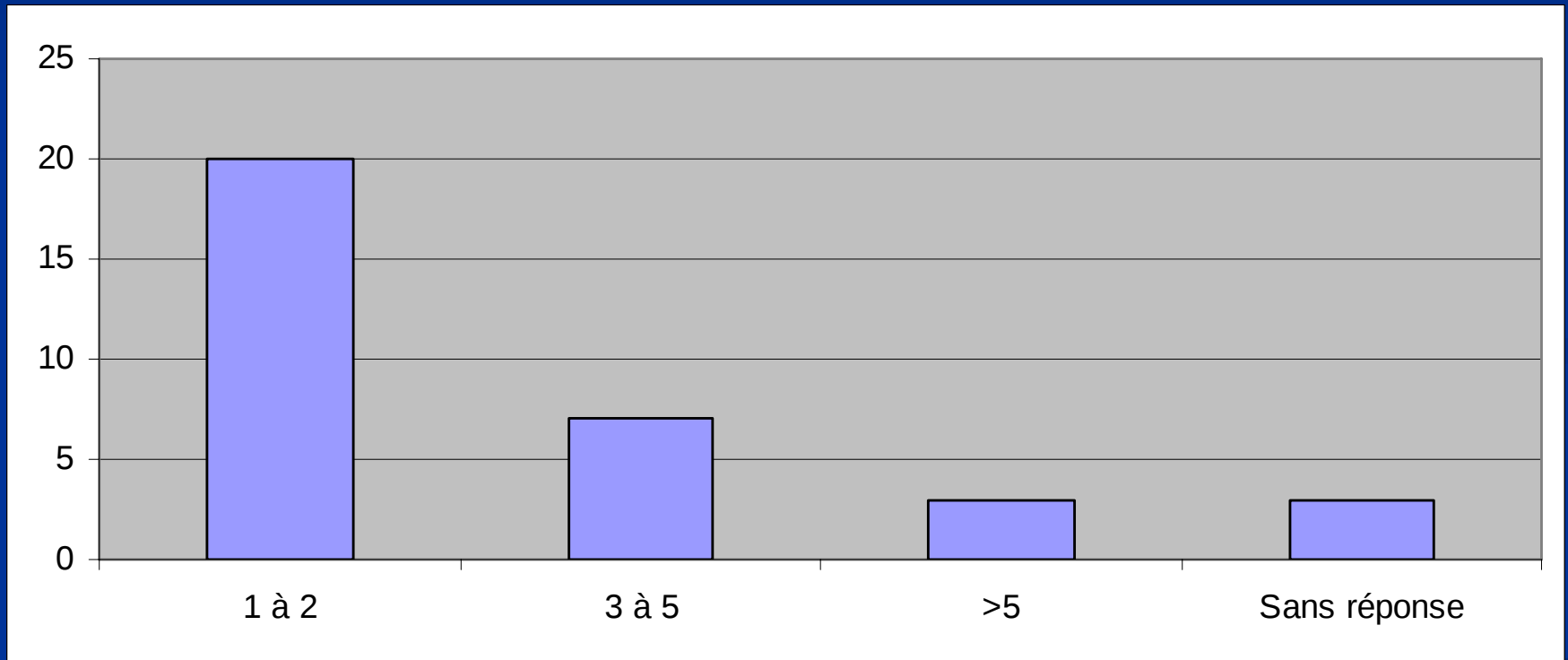
- Méconnaissance des nouveautés par les IADE, et les pompiers.
- Le contexte de l'ACR est déterminant dans notre attitude.
- C'est plus fatigant.

PRISE EN CHARGE DES URGENCES VITALES INTRAHOSPITALIERES

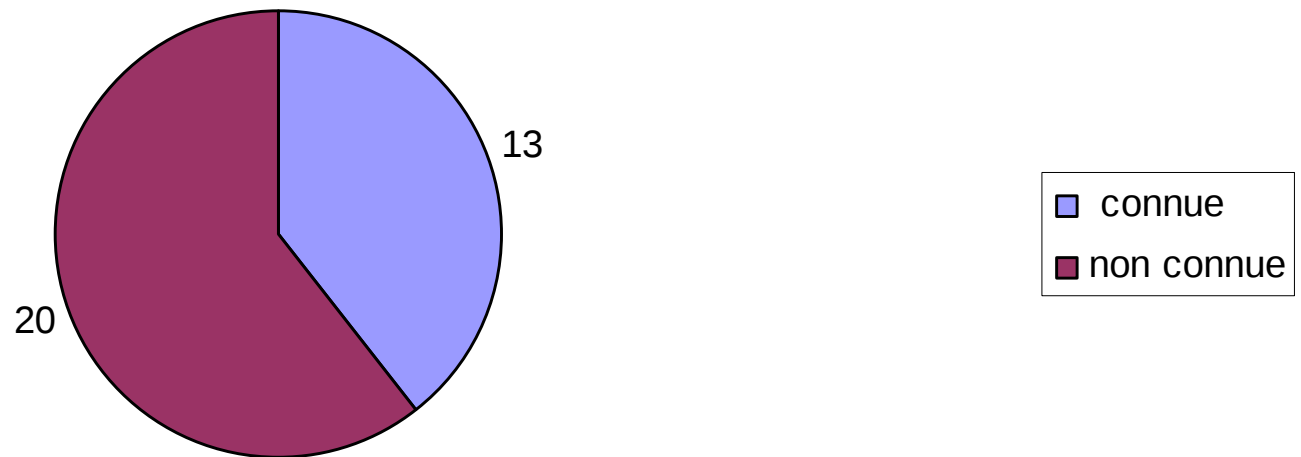
Qui se déplace ?



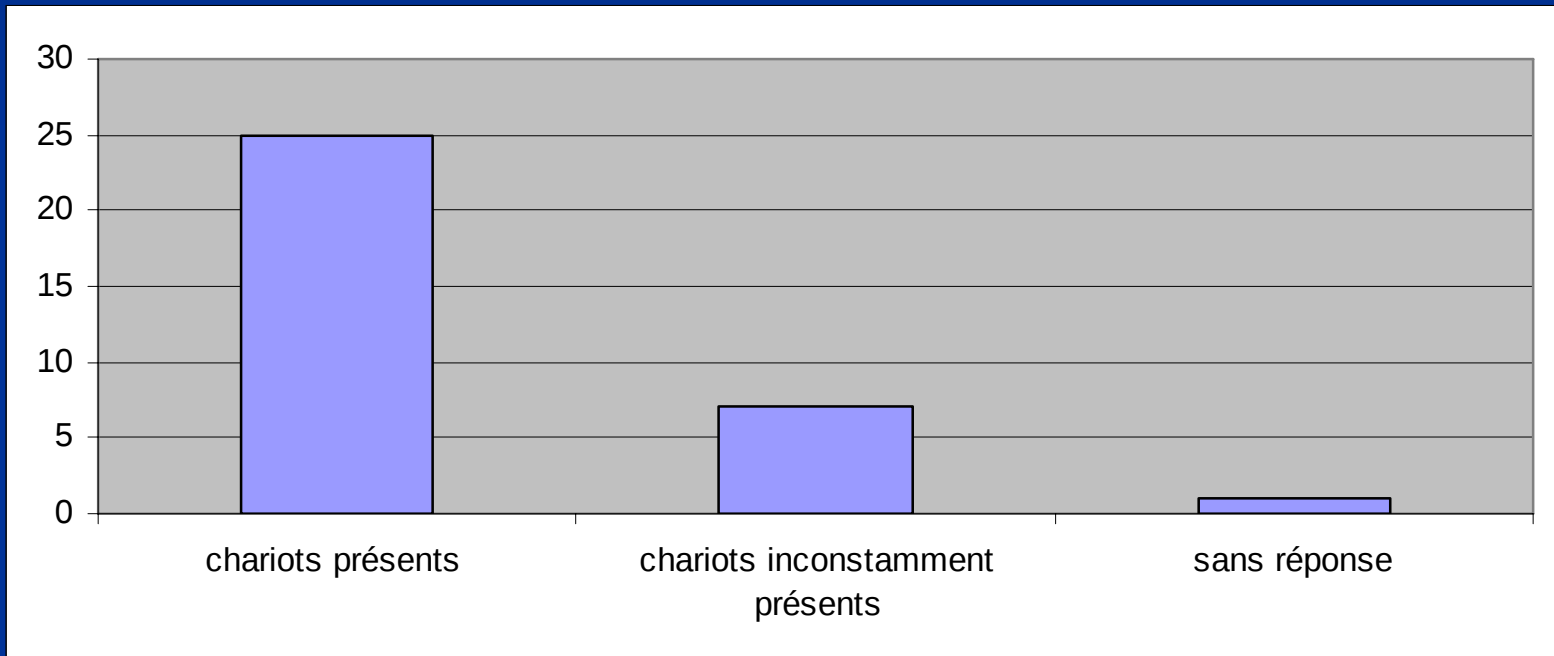
Nombre d'interventions par semaine



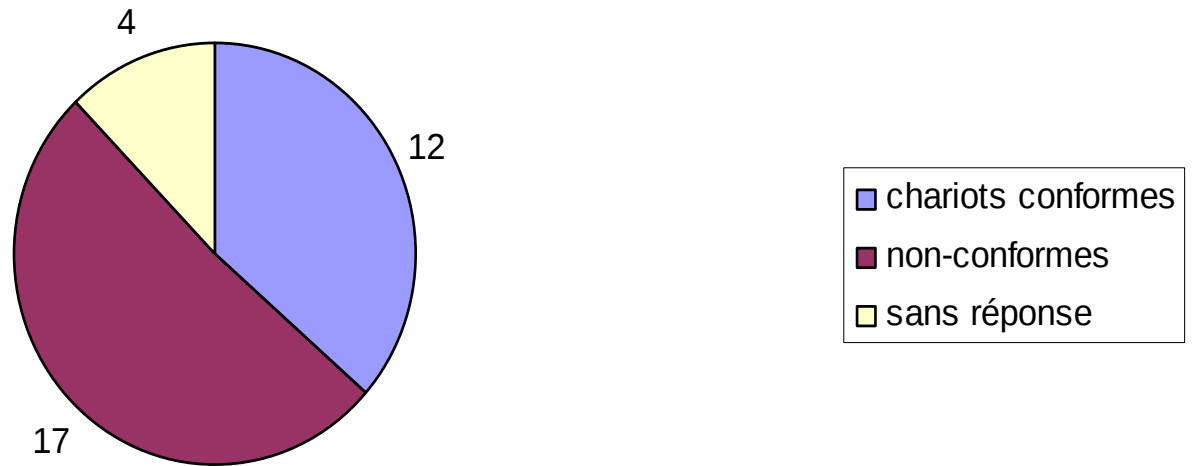
Connaissez-vous la conférence d'experts ?



Chariots dans chaque service ?



Contenu uniforme ?



Difficultés rencontrées ? (1)

- Manque de formation des personnels
- Motivations des personnels et formations insuffisantes
- Méconnaissance du contenu du chariot d'urgence par le personnel ,chariot incomplet
- Absence de réactivité de certains de nos confrères
- Vérification du matériel du Chariot d'urgence des services
- Une uniformisation du chariot sur tous les services est en cours par un médecin des urgences. C'est une priorité de notre hôpital pour cette année
- Formation des infirmiers et soignants (y compris des médecins) de tous les services est en cours par les médecins du CESU.

Difficultés rencontrées ? (2)

- Difficulté de faire une réa si un autre médecin présent!
- Difficulté de recherche d'infos sur les limitations de soins anticipées
- Interférences entre les réa et les urgentistes pour cette PEC

Difficultés rencontrées ? (3)

- on se déplace avec un sac spécial urgences vitale intra hospitalières
- DSA pas toujours mis en place ,
- Je ne gère pas les chariots d'urgence des services.
- maintenance et mise en pratique de RCP de base dans l'attente de arrivée du SMUR intra

Votre question ?

- DSA , quid de son réel bénéfice hors témoin lambda présent sur place et secouriste de base ? Quid du DSA en réanimation spécialisée ? Les pompiers perdent un temps fou avec cet instrument
!!
- En extrahospitalier, je ne laisse pas la DAE des pompiers mais j'utilise leur branchement (palettes et connectique) pour se mettre sur le LP 12.
- quand arrêter la réa?