# La REANIMATION

## Pour les ~~nuls~~ débutants

IFSI Vinatier
Février 2025
A BUFFIN

# Sommaire

- Les différents monitorages en réanimation et les abords vasculaires centraux
. L’intubation
- La ventilation mécanique
- Les soins infirmiers aux patients intubés ventilés
. La surveillance de la fonction respiratoire.
- Le DV

# Les différents monitorages en réanimation

Ou comment surveiller son patient

# Le monitorage ECG

- Le rythme est dit sinusal lorsque l'activité du cœur est issue du noud sinusal

- Toute activité électrique née en dehors de cette chronologie précise aboutira à un trouble du rythme

- Toute lésion importante interrompant ce circuit aboutira à un trouble plus ou moins grave de la conduction auriculo-ventriculaire

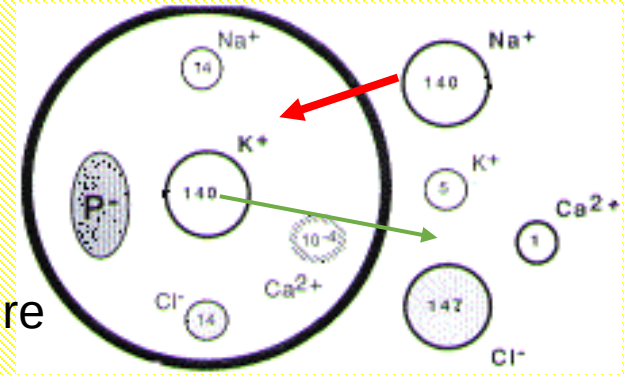
**Rappel électro-physiologique**

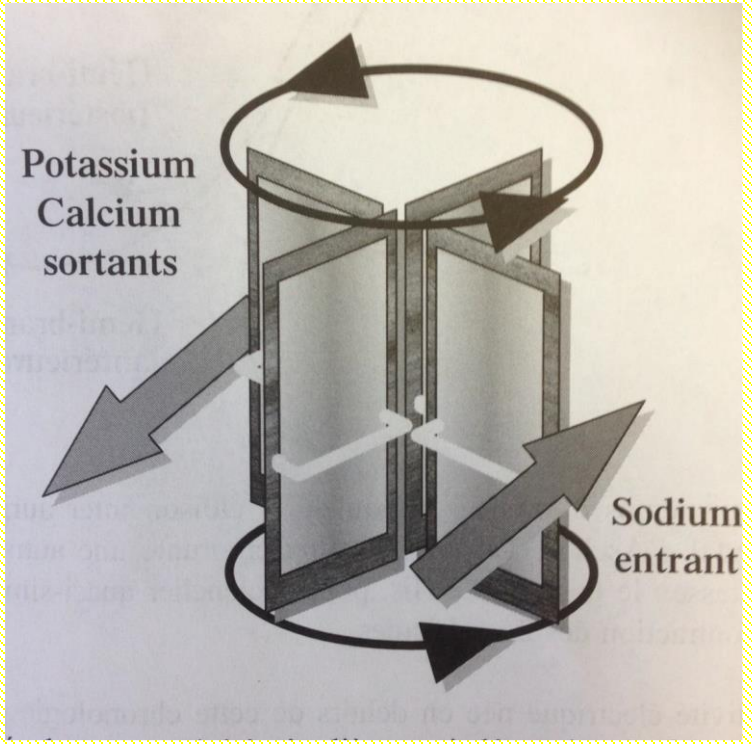
•L'électrocardiogramme (ECG) est l'enregistrement et la **représentation visuelle de l'activité électrique** globale du coeur, au moyen d'un électrocardiographe.

•Les cellules cardiaques = piles électriques

•Alternance de mouvements de décharge (**dépolarisation**) et de recharge (**repolarisation)**sous l'influence de mouvements ioniques

•Tourniquet cellulaire :
entrée de sodium // sortie de potassium et de calcium



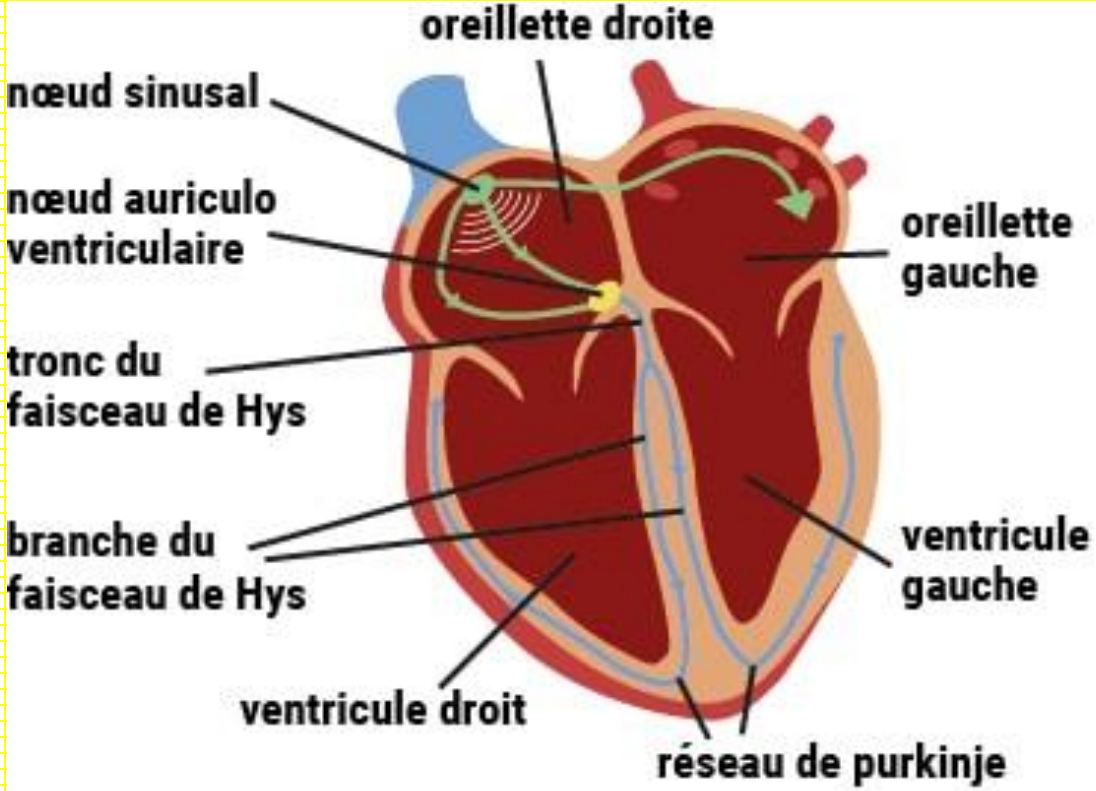

-équilibre hydrique
-contraction musculaire
-maintien de la TA
-transmission de l'influx nerveux

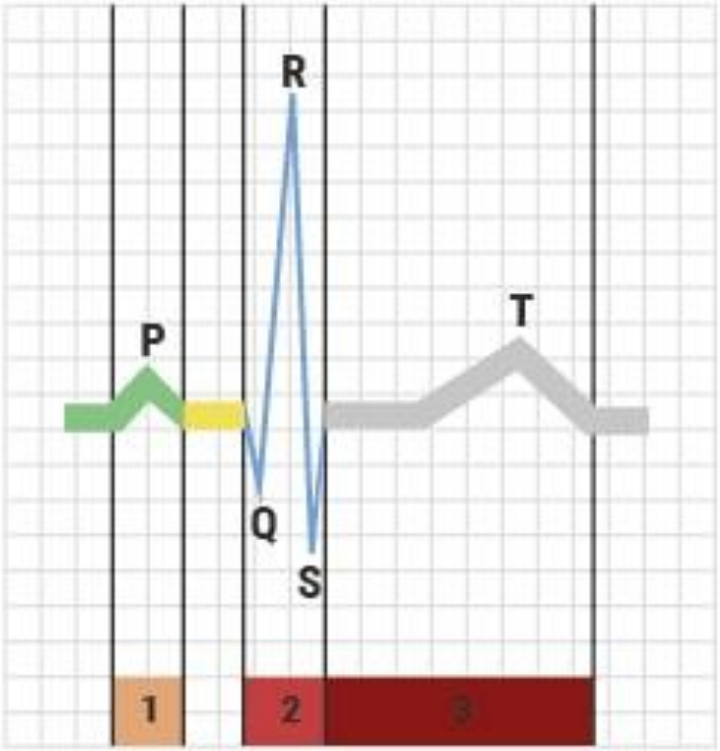
•Le tissu nodal = cellules spécialisées dotées d'une activité autonome indépendante des centres nerveux

•Départ de l'influx nerveux au niveau du **noeud sinusal**(oreillette droite)

•Il gagne **le noeudde Tawara (auriculo-ventriculaire**)emprunte le **faisceau de His «autoroute à grande vitesse»** au niveau de la cloison interventriculaire

•Déclenchement de la contraction quasi simultanée des 2 ventricules(**réseau de Purkinje)**




1 contraction des oreillettes
2 contraction des ventricules
3 repolarisation des ventricules

# ECGtracé de base

Onde P = dépolarisation des oreillettes
Complexe QRS = dépolarisation des ventricules
Onde T = repolarisation ventriculaire
Espace PR = temps que met l'influx électrique
pour aller des oreillettes aux ventricules
Segment ST = temps qui sépare la fin de la dépolarisation
du début de la repolarisation ventriculaire
Onde P précèdent
chaque complexe QRS

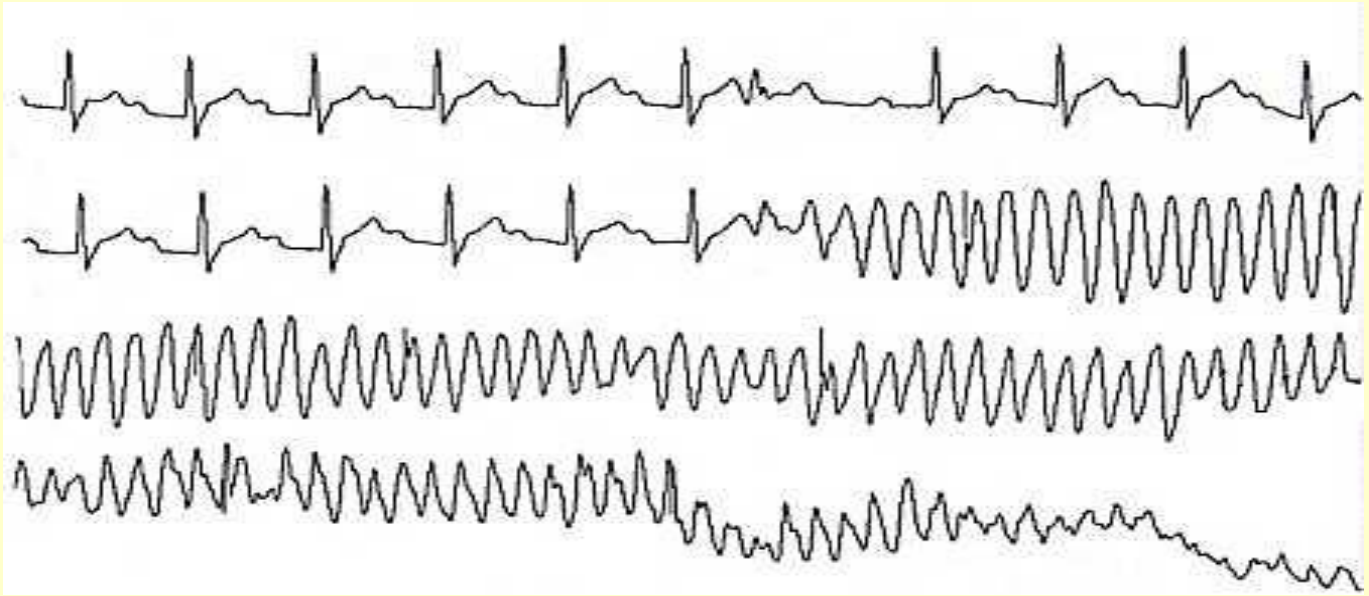
La dépolarisation d'une cellule désigne le passage transitoire du potentiel de membrane d'une valeur négative dite de repos vers une valeur positive

# Rythme sinusal normal :

. Fréquence : 60 à 90 bpm
. Rythme sinusal
. Complexe complet
. Intervalles normaux

# TROUBLES DU RYTHME VENTRICULAIRES

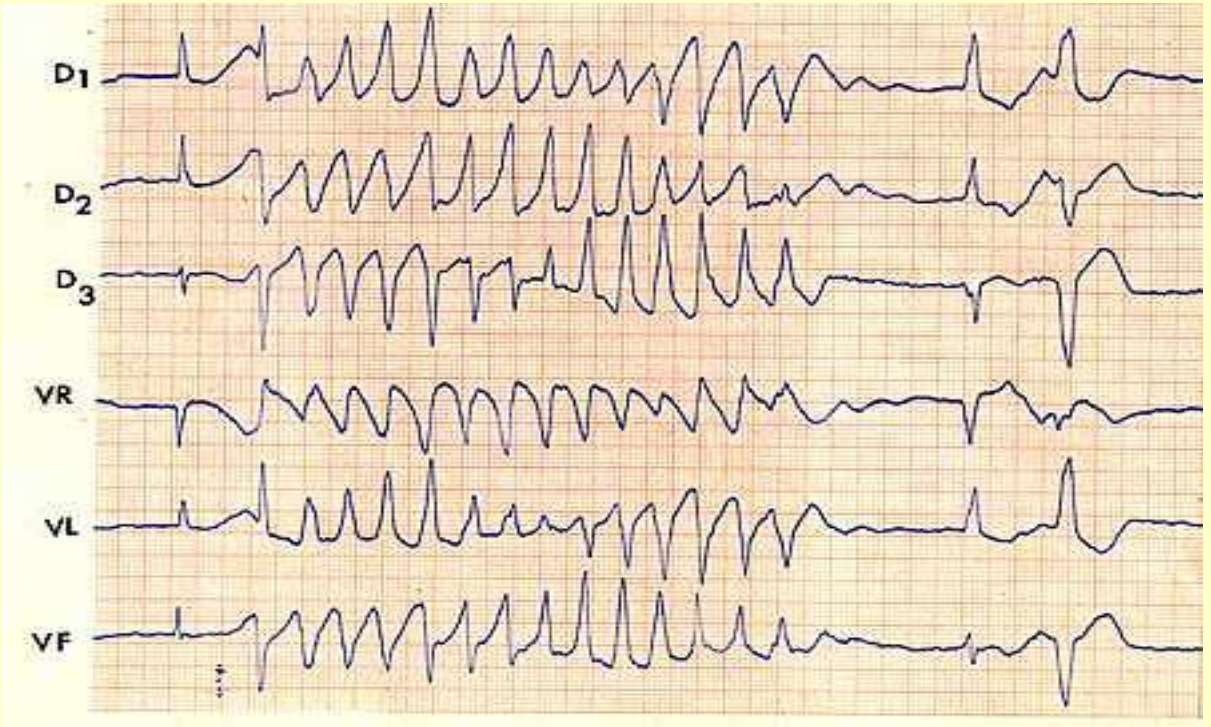
- **FIBRILLATION VENTRICULAIRE:** équivalent d'un **arrêt circulatoire**
- Tracé désorganisé à complexes QRS élargis, fréquence cardiaque impossible à déterminer
- CEE immédiat et RCP



# TROUBLES DU RYTHME VENTRICULAIRES

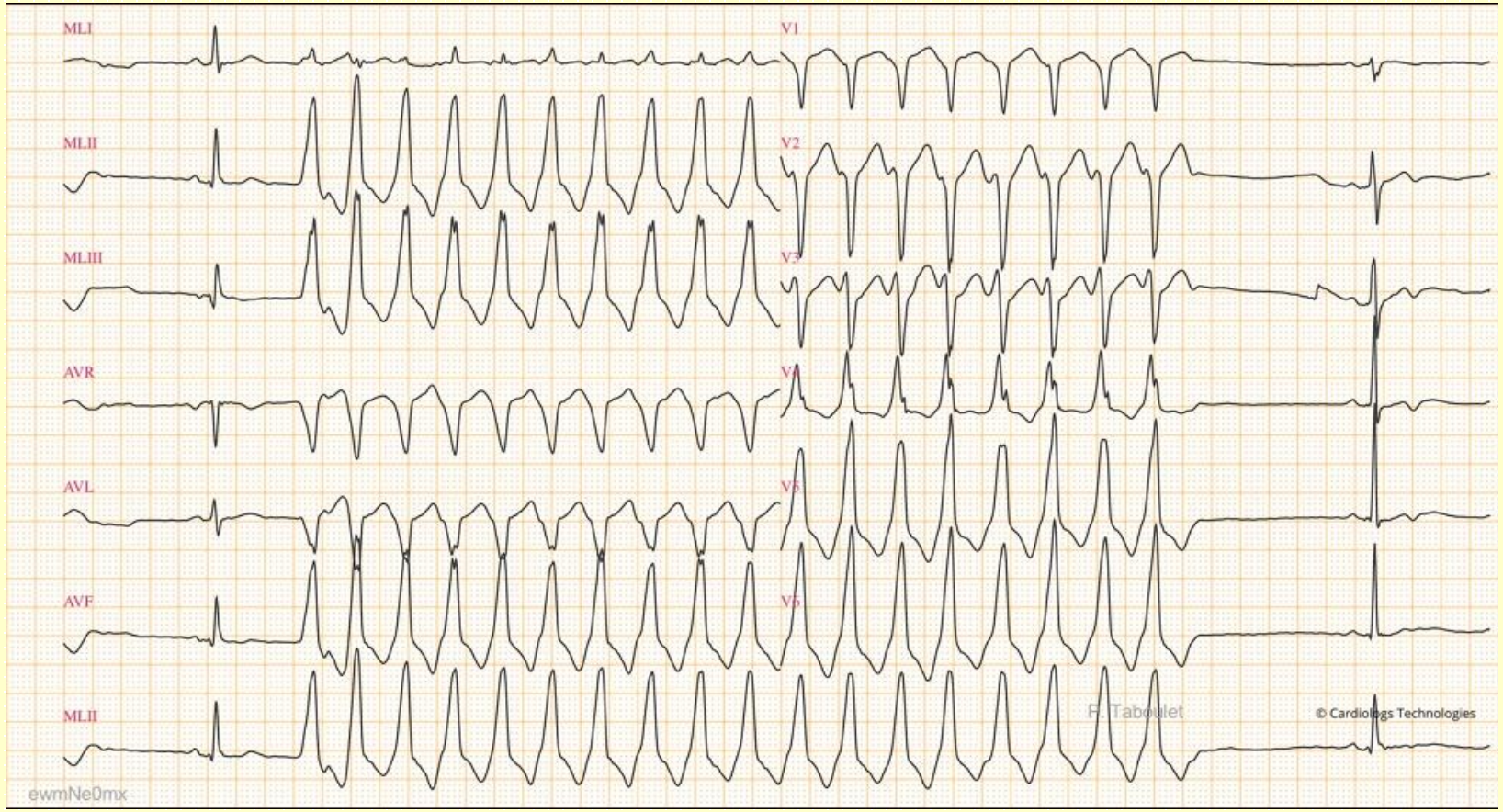
**TORSADE DE POINTE:** Fréquence entre 200 et 250 environ, amplitude variable, polarité variable: les complexes QRS pointent alternativement vers le haut et vers le bas. *Impression que le tracé tourne autour de la ligne isoélectrique de base*

**RISQUE = dégénérescence en FV**. TTT par CEE. Surtout prévenir la récidive:



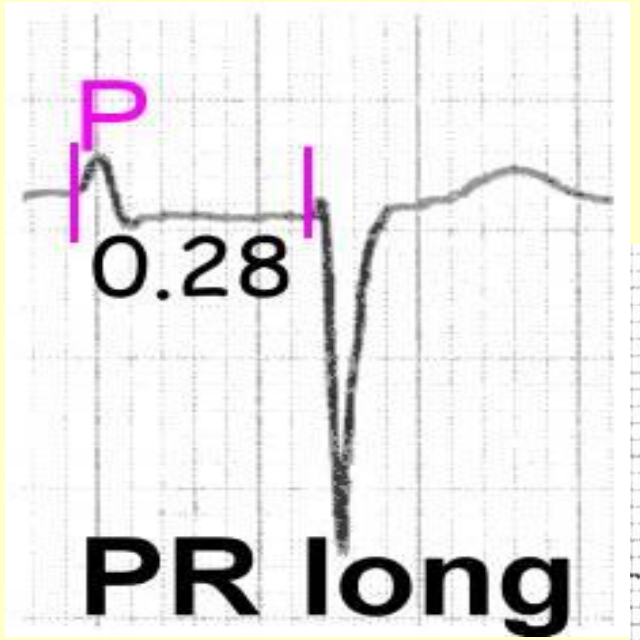
# TROUBLES DU RYTHME VENTRICULAIRES

**LA TACHYCARDIE VENTRICULAIRE** : Les éléments importants pour la prise en charge sont le terrain, la tolérance, la durée et l'aspect ECG. + de 3salves = TV soutenue.



# TROUBLES DU RYTHME AURICULAIRES

UN **BLOC ATRIO-VENTRICULAIRE (**BAV) :C'est un défaut de transmission de l'influx électrique (ralentissement ou interruption) entre les oreillettes et les ventricules du cœur.

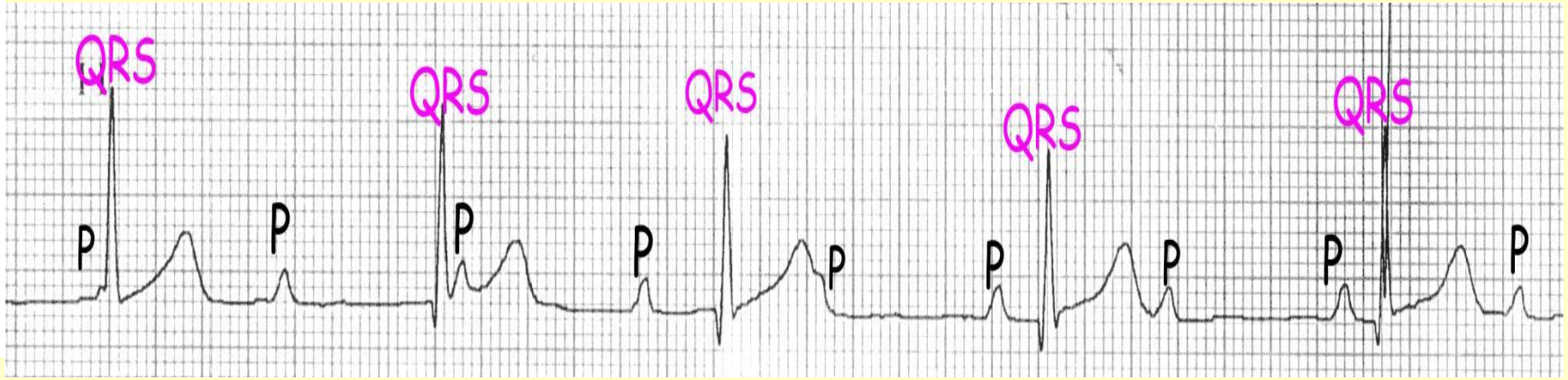



BAV 1 : pas de ttt

**BAV du troisième degré**: dissociation auriculo-ventriculaire complète avec rythme ventriculaire lent

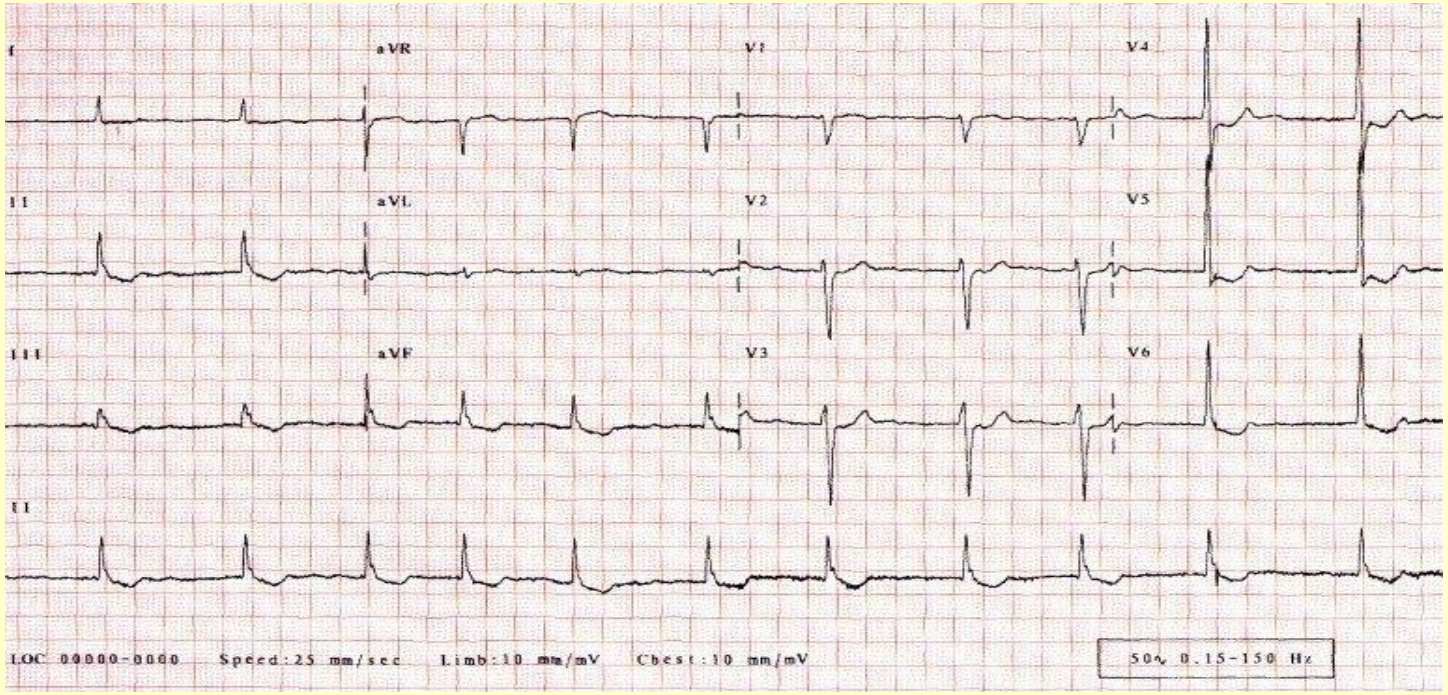
TTT : en cas de syncope ou de bas débit.

- **ISUPREL:**
- **ATROPINE:** 0.5-1mg IVD
- **Pace maker**



# TROUBLES DU RYTHME AURICULAIRE

**FIBRILLATION AURICULAIRE** : Rythme irrégulier, pas d'ondes P individualisées avec tremblement de la ligne iso-électrique
Ttt: anticoagulation (risque embolique++), réduction/ CEE ou CORDARONE



# Concrètement : le branchement

# Le cathétérisme artériel

# DEFINITION

Un cathéter artériel est un cathéter introduit dans une artère périphérique permettant la mesure de la pression artérielle sanguine en continu, ou permettant les prélèvements sanguins artériels fréquents notamment des gaz du sang.

# CADRE LEGISLATIF

Pose relevant d'un acte médical, rôle infirmier de collaboration : art. R.4311-10 décret 2004-802 du 29/07/2004.

Prélèvements sanguins relevant du rôle sur prescription médicale : art. R.4311-7 décret 2004-802 du 29/07/2004.

Surveillance relevant du rôle propre infirmier : art. R. 4311-5 décret 2004-802 du 29/07/2004.

pose = médicale surveillance

# PRINCIPE ET FONCTIONNEMENT

Le cathéter artériel est inséré dans une artère périphérique. Une tête de pression est reliée à ce cathéter à l'aide d'une tubulure. Elle permet de transformer en influx électrique les variations de pressions lors des contractions cardiaques et ainsi de créer une courbe sur le moniteur.

Les pressions sont mesurées par rapport à la pression atmosphérique. Il est donc nécessaire de faire une mise à zéro de la tête de pression à la pression atmosphérique. Le zéro de référence doit être représenté par l'oreillette droite.

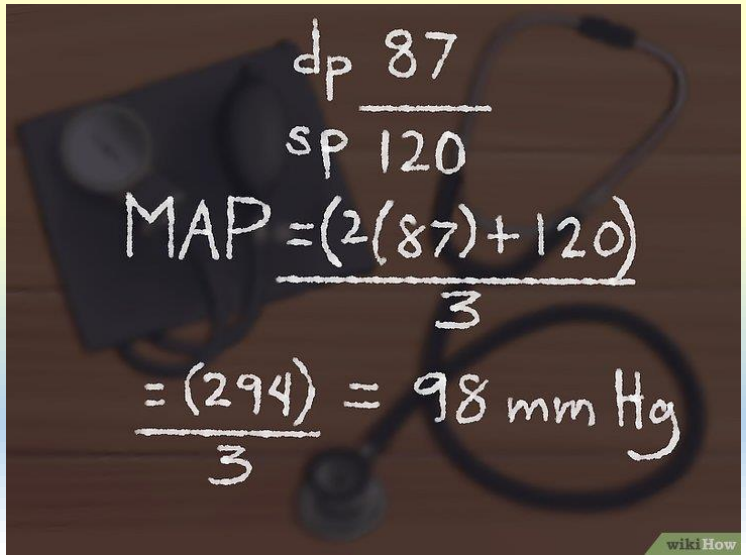
# La courbe de pression artérielle :

Pression artérielle :

- Systolique
- Diastolique
- Moyenne

La pression moyenne :

= **(2(PAD) + PAS)/3**




- vérifie s'il y a suffisamment de flux sanguin, de résistance et de pression pour fournir du sang à tous vos principaux organes

- cible à atteindre pour de nombreuses thérapeutiques (ex : les amines )

# La saturation

- permet de mesurer de façon simple, rapide, fiable, non invasive et continue la saturation de l'hémoglobine dans le sang artériel.
- génération de deux types de lumière, rouge et infrarouge, émises respectivement par des diodes à des longueurs d'onde de 660 et 940 nm, ainsi que sur la mesure de leur absorption par le flux pulsatile. La quantité de lumière rouge et infrarouge absorbée varie en fonction de la présence d'hémoglobine réduite (Hb) non oxygénée et d'oxyhémoglobine ($HbO_2$).
- Le résultat obtenu présente une corrélation étroite avec la saturation artérielle ($SaO_2$) mesurée par la gazométrie artérielle après prise de sang

# La saturation

# La capnie

- La capnométrie correspond à la mesure de la concentration de $CO_2$ dans les gaz respiratoires. Il s'agit d'un monitorage non invasif par branchement sur le circuit de ventilation (généralement par ligne de prélèvement branchée au niveau du filtre patient).
- On appelle capnogramme la courbe du $CO_2$.
- **Valeurs de référence**
- $FetCO_2$ = 5 à 5,5%
- $PetCO_2$ = 35 à 40 mmHg
- $PaCO_2$ = 38 à 42 mmHg

Sonde d’Intubation (SOT)

Capnométrie

Raccord annelé

Surveillance vitale !

- Ligne plate / 0 = plus de capno
- Plus de Capno = plus de tube
- Plus de tube / ou plus de masque VNI = COURS!!!!!!

# L’index Bispectral (dit « le BIS »)

- L’index BIS est le résultat de l’analyse avancée du signal EEG. Il permet de mesurer de l’effet de certains anesthésiques
- L’index BIS représente un nombre sans dimension, échelonné sur la base de critères cliniques et de fonctions EEG spécifiques. A l’état d’éveil, un individu non sédaté présente en général une valeur BIS >97
- A mesure que la sédation médicamenteuse augmente, la valeur BIS diminue

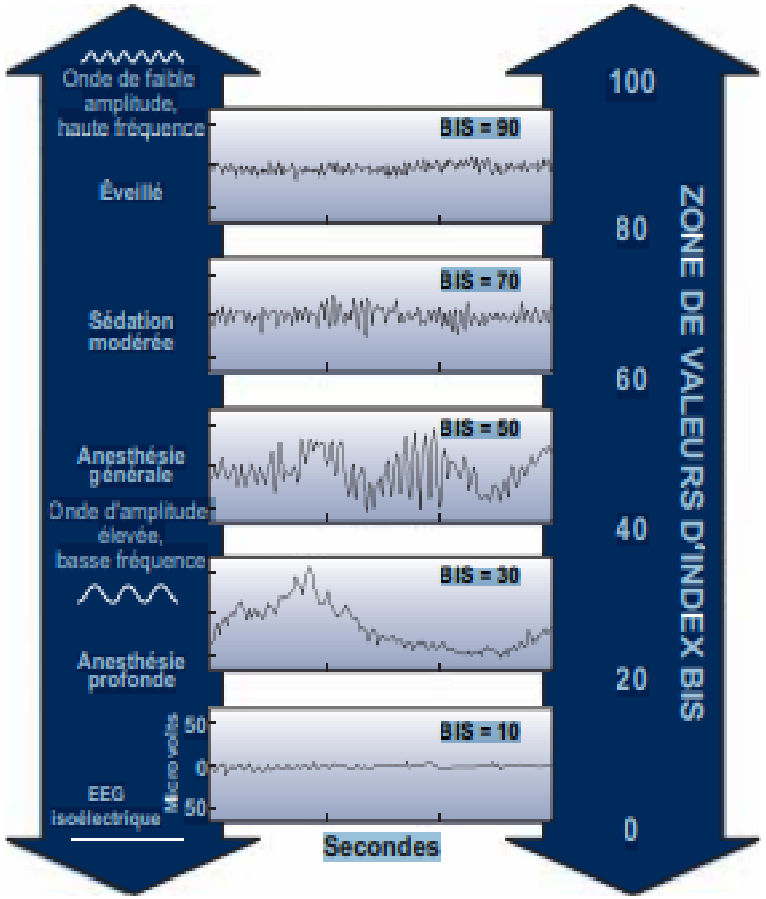
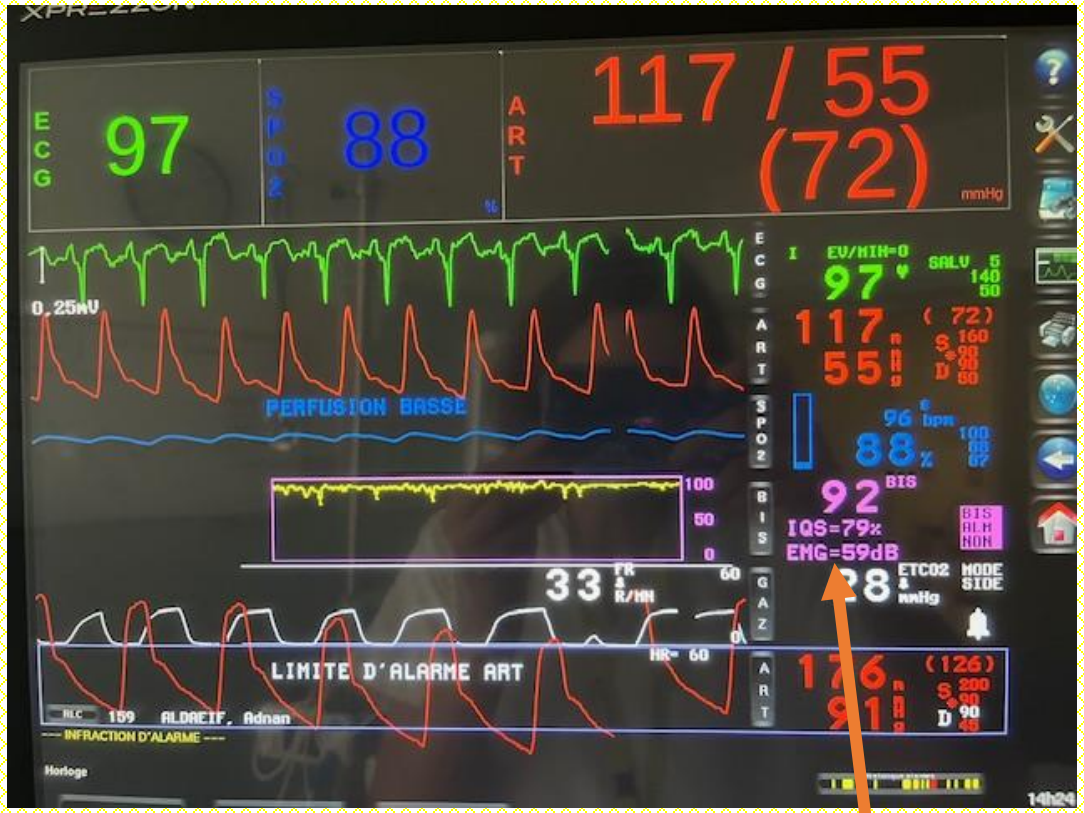



***Figure 2 : L'index BIS est échelonné pour correspondre à d'importants critères d'évaluation cliniques au cours de l'administration d'agents anesthésiques.***

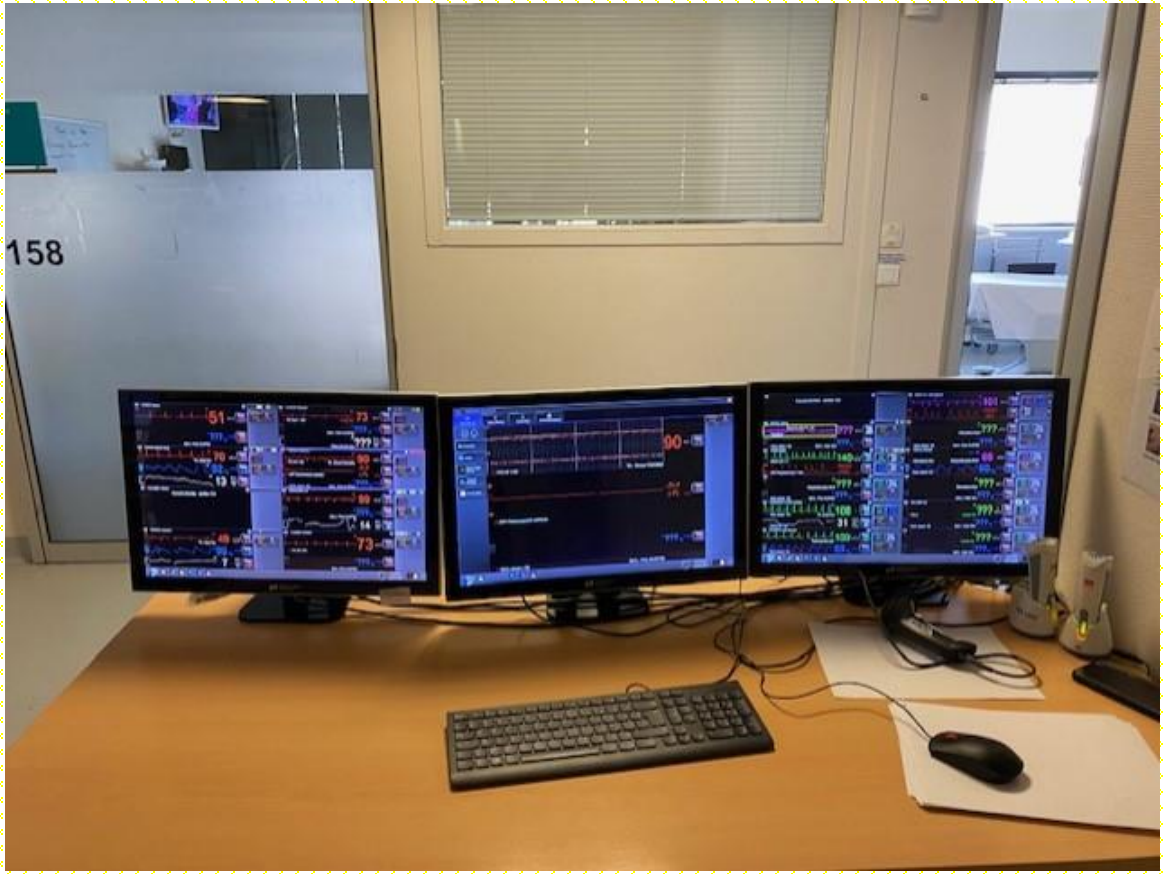



Surveillance sur scope

# Une surveillance en continue

**Un scope**

**Le report de scope**



# L’importance des alarmes

- Une alarme mal réglée = un patient mal surveillé

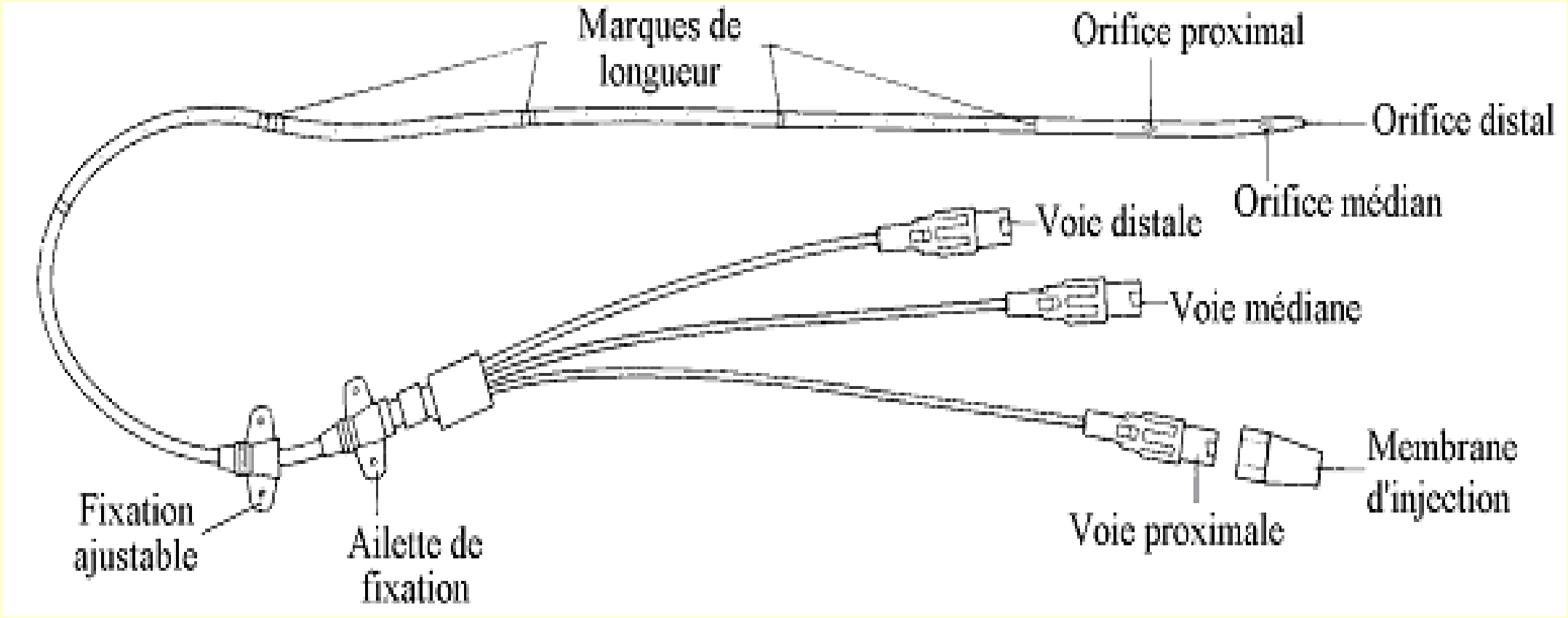
- Une alarme dans 1 chambre = une alarme dans toutes les chambres

- A chaque prise de poste jour / nuit : vérification OBLIGATOIRE des limites d’alarme en fonction :
  - Des objectifs attendus :perfusion rénale : PAM 65
  - De la pathologie du patient : BPCO / TC / Chirurgies
  - Du devenir du patient : stress des proches

# Les différentes voies d’abord en réanimation

# La Voie Veineuse Centrale

- Gros abord
- 3 sites :
  - jugulaire / sous clavière
  - Voie d'urgence : fémorale
- Indications :
  - Injection de produits veino-toxiques (chimiothérapie, antibiothérapie...)
  - Pauvreté du capital veineux périphérique
  - Nutrition parentérale
  - Permet de passer des traitements seuls et ainsi d'éviter les interactions médicamenteuses : exemple la voie promixale utilisée pour passer les amines ( Noradrénaline, Adrénaline , Dobutamine…) , la voie médiane pour les sédations ( Hypnovel , Sufentanyl) et la voie distale ( hydratation , anitbiotiques…)
  - Mesure de la pression veineuse centrale
  - Permet la réalisation de prélèvements sanguins




3 lumières : distale / Médiane / Proximale  = à chacune sa fonction

## CONTRE INDICATION

- si présence d'une infection proche du site de ponction
- si présence d'un pneumothorax du coté opposé car risque d'un PNO bilatéral
- si présence d'un stimulateur cardiaque

## RISQUES ET COMPLICATIONS

- L' embolie gazeuse
- les thromboses et obstruction sur cathéter
- l'infection
- le risque de pneumothorax
- Ponction artérielle (carotide)
- Hématome

SURVEILLANCE ET ACTIONS INFIRMIERS

- surveillance locale :
  - du point de ponction : rougeur , écoulement tous les jours et lors de la réfection du pansement ( 4 ou 7 jours selon pst + à J1 de la pose)

- surveillance générale :
  - température, frissons si risque d'infection,
  - l'état neurologique et paramètres vitaux si risque d'embolie gazeuse,
  - Manipuler les robinets avec des compresses imbibées d'antiseptique,

- surveillance matériel :
  - intégrité du cathéter, des prolongateurs
  - Changement des tubulures / 24h ou /12h si présence de lipides
  - Changement de la rampe et prolongateurs / 4 jours

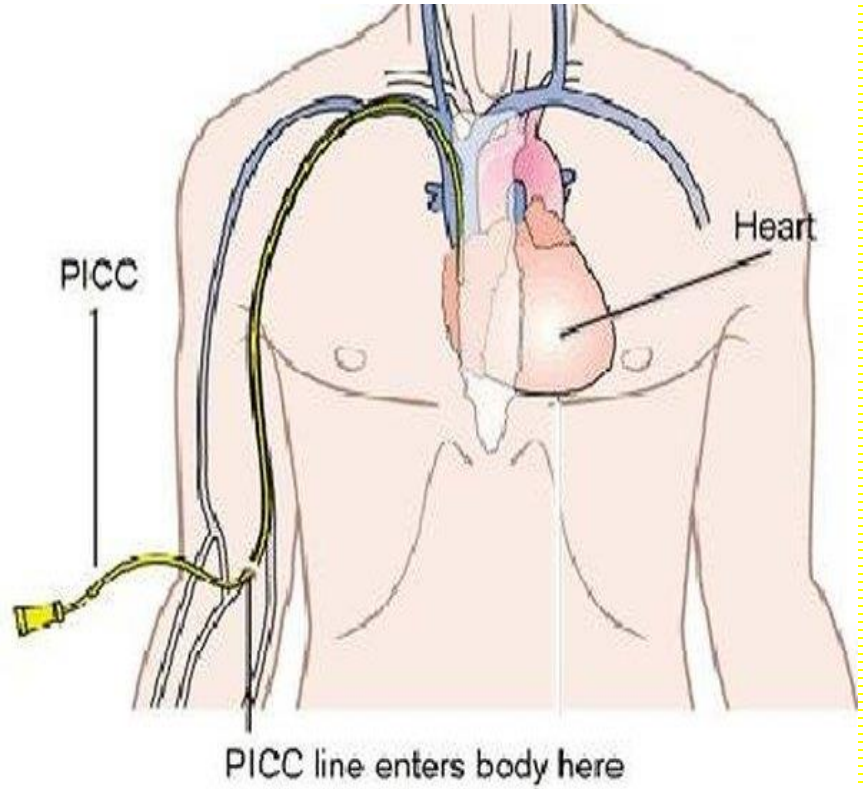
# LE CADRE LEGISLATIF :

- Pose relevant d'un acte médical, rôle infirmier de collaboration : art. R.4311-10 décret 2004-802 du 29/07/2004.
- Prélèvements sanguins relevant du rôle sur prescription médicale : art. R.4311-7 décret 2004-802 du 29/07/2004.
- Surveillance relevant du rôle propre infirmier : art. R. 4311-5 décret 2004-802 du 29/07/2004, ce qui inclue le retrait et la surveillance liée à cet acte.

# Le cathéter de dialyse

- Quand il faut se substituer à la fonction rénale
- Abord central de gros calibre (pour le pas casser les Globules)
- Abord provisoire de dialyse
- 3 localisations : Jugulaire / sous Clavière / fémorale
- Même critères de surveillance que VVC
- Toujours purger avant utilisation : présence de verrous citratés.
- Toujours refaire un verrou apres utilisation.
- Prend en charge une CEC !! SURVEILLANCE de la fixation des lignes!!!

# Le picc line




- Peripheral Inserted Central Catheter
- cathéter central de moyenne durée (< 3mois) inséré au-dessus du coude par une veine périphérique du bras.
- des cathéters en simple et double lumière
- équipés de 2 ailettes à leur base permettant leur fixation sans suture ni sparadrap dans un stabilisateur adhésif
- La pose s'effectue au Bloc ( sous rayons)  opératoire sous anesthésie locale
- carte de pose de PICC Line dans le dossier du patient : identité du patient et de l'opérateur, la référence du cathéter et sa longueur d'implantation.
- Prélèvements sanguins possible
- RINCAGE PULSE

# Picc line suite

COMPLICATIONS

Obstruction du cathéter : impossibilité d'injecter dans le cathéter modifier la position du patient en lui tournant la tête du côté opposé au Piccline, bras le long du corps, pour essayer d'obtenir un reflux (occlusion positionnelle)

Effectuer une rinçure de sérum physiologique avec une seringue luer lock de 2 ou 5 ml, «sans forcer »

Si occlusion confirmée, protocole Urokinase ®, sur prescription médicale- Si échec prévenir le médecin prescripteur pour désobstruction en radiologie et contrôle radiologique.

Infection : rougeur au point de ponction, écoulement purulent, douleur, fièvre

Arrêter la perfusion, réaliser 2 hémocultures et demander un avis médical (retrait du cathéter ? antibiothérapie ?)

+/- envoi de l'extrémité du cathéter en bactériologie

Suspicion de fracture du cathéter

Suspicion de phlébite : augmentation de volume du membre supérieur, rougeur, douleur

- Arrêter la perfusion
- Prévenir le médecin prescripteur pour prévoir écho-doppler (retrait sur indication médicale si thrombose confirmée)

# Picc line suite

RETRAIT DU DISPOSITIF

- D Dorsal
- Rôle IDE
- Vérifier la longueur du cathéter

INFORMATION, CONSIGNES A DONNER AU PATIENT

- Porter des manches amples
- Eviter les charges lourdes au niveau du bras, les sports agressifs pour le bras (tennis, golf…)
- Eviter de mouiller le pansement
- Pour la douche, protéger le pansement avec du film alimentaire
- Pas de baignade en piscine ou en mer.
- Prévenir de gêne à la mobilité, de risque de retrait inopiné
- Garder sa carte Picc-line, où sont notés les dates et lieu de pose, ainsi que la longueur du cathéter inséré

# Le cathéter artériel

- Mise en place médicale mais parfois protocoles de délégation pour les IDE

Pose relevant d'un acte médical, rôle infirmier de collaboration : art. R.4311-10 décret 2004-802 du 29/07/2004.

Prélèvements sanguins relevant du rôle sur prescription médicale : art. R.4311-7 décret 2004-802 du 29/07/2004.

Surveillance relevant du rôle propre infirmier : art. R. 4311-5 décret 2004-802 du 29/07/2004.

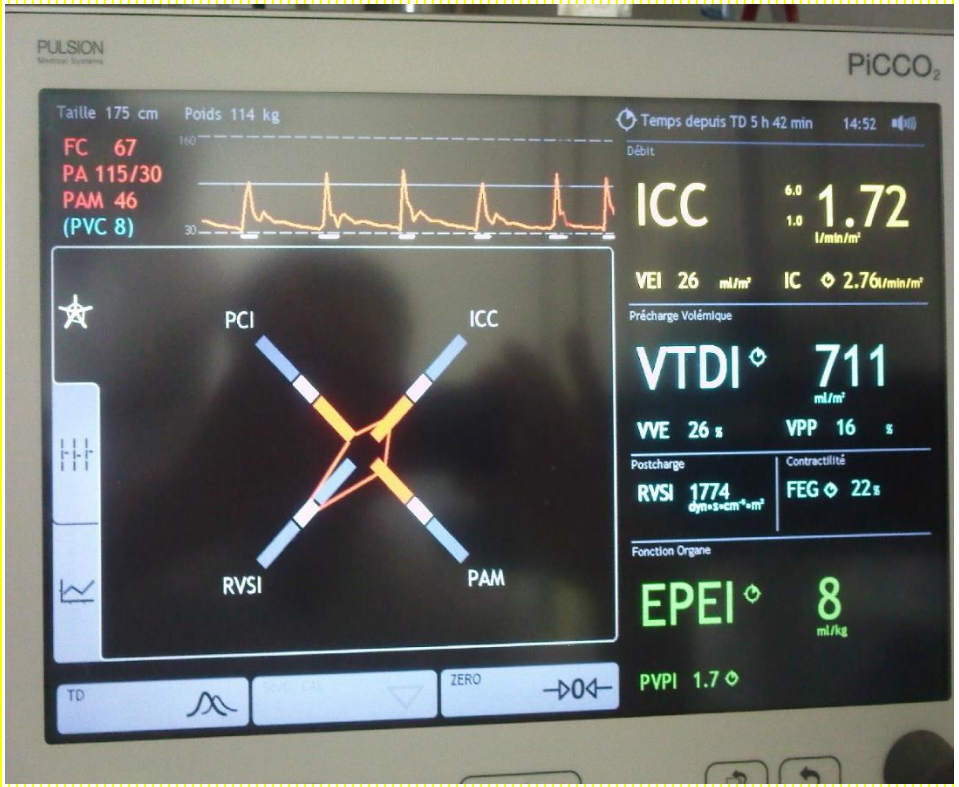
- Voie d'abord ou surveillance invasive?
- Prélèvements possibles
- JAMAIS D'INJECTION

COMPLICATIONS :

- Infection
- Embolie gazeuse
- Migration du cathéter : cathéter incomplet à l'ablation.
- Hématome au point de ponction
- Risque hémorragique : par ablation involontaire du cathéter ou déconnexion de tubulures
- Thrombose de l'artère

# Le PiCCO

*Pulse Contour Cardiac Output*




- permet de donner un monitorage continu du débit cardiaque par 2 méthodes de mesure : la thermodilution transpulmonaire et l'analyse du contour de l'onde pouls.

- permet d'évaluer les volumes liquidiens cardiaques et pulmonaires (évaluation volumétrique de la précharge cardiaque (VTDG), appréciation de la fonction ventriculaire

- Débit cardiaque artériel (Dc) : C'est le volume de sang éjecté à chaque battement (VES) par les ventricules multiplié par la fréquence cardiaque par minute. (Normale 5 à 6 L/min).

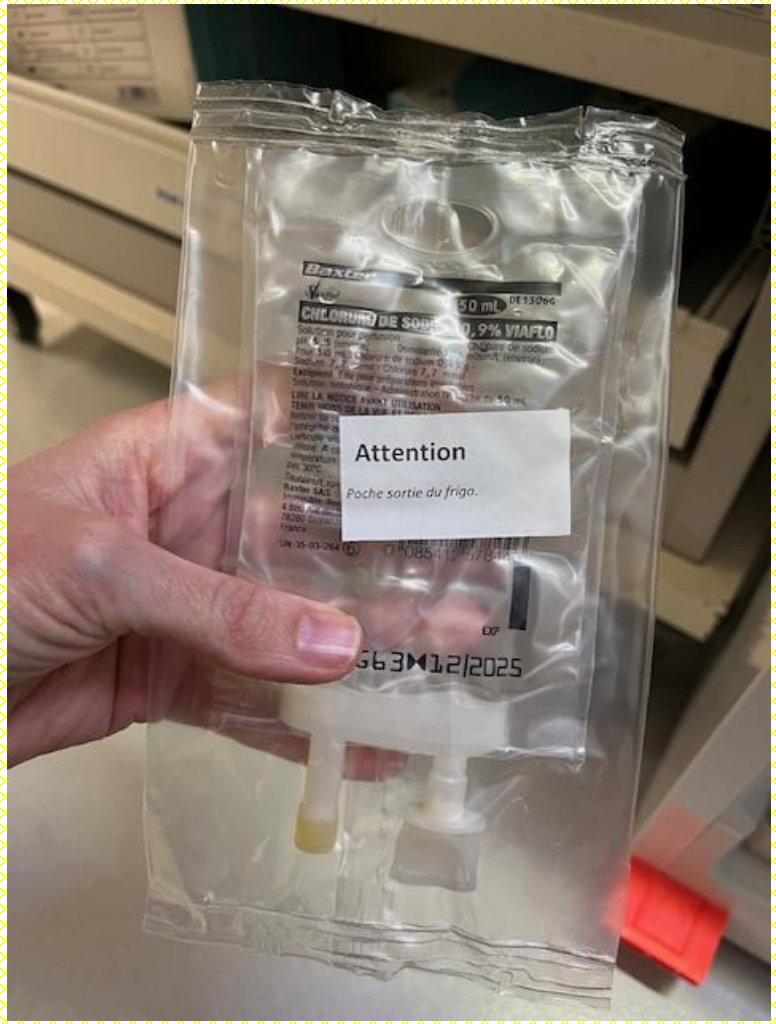
- Index cardiaque : C'est le débit cardiaque rapporté à la surface corporelle du sujet. (normale 3 à 5L/min/m²).

- Résistances vasculaires : Le débit cardiaque est contrecarré par une résistance à l'écoulement du sang, proportionnelle à la longueur des vaisseaux et inversement à leur rayon (tonus vasomoteur) et à la surface totale des vaisseaux.

# Le PiCCO :
# La thermodilution :

méthode classique de mesure en discontinu par injection de bolus froid (NaCl 0,9%), en voie veineuse centrale

L'étude de la variation de température induite par ce bolus, mesurée en aval par la thermistance du système artériel, permet de déterminer le débit cardiaque et calculer les volumes traversés.




Pour une surveillance armée sous PiCCO, il faut :

- abord veineux central pour l'injection des bolus froids

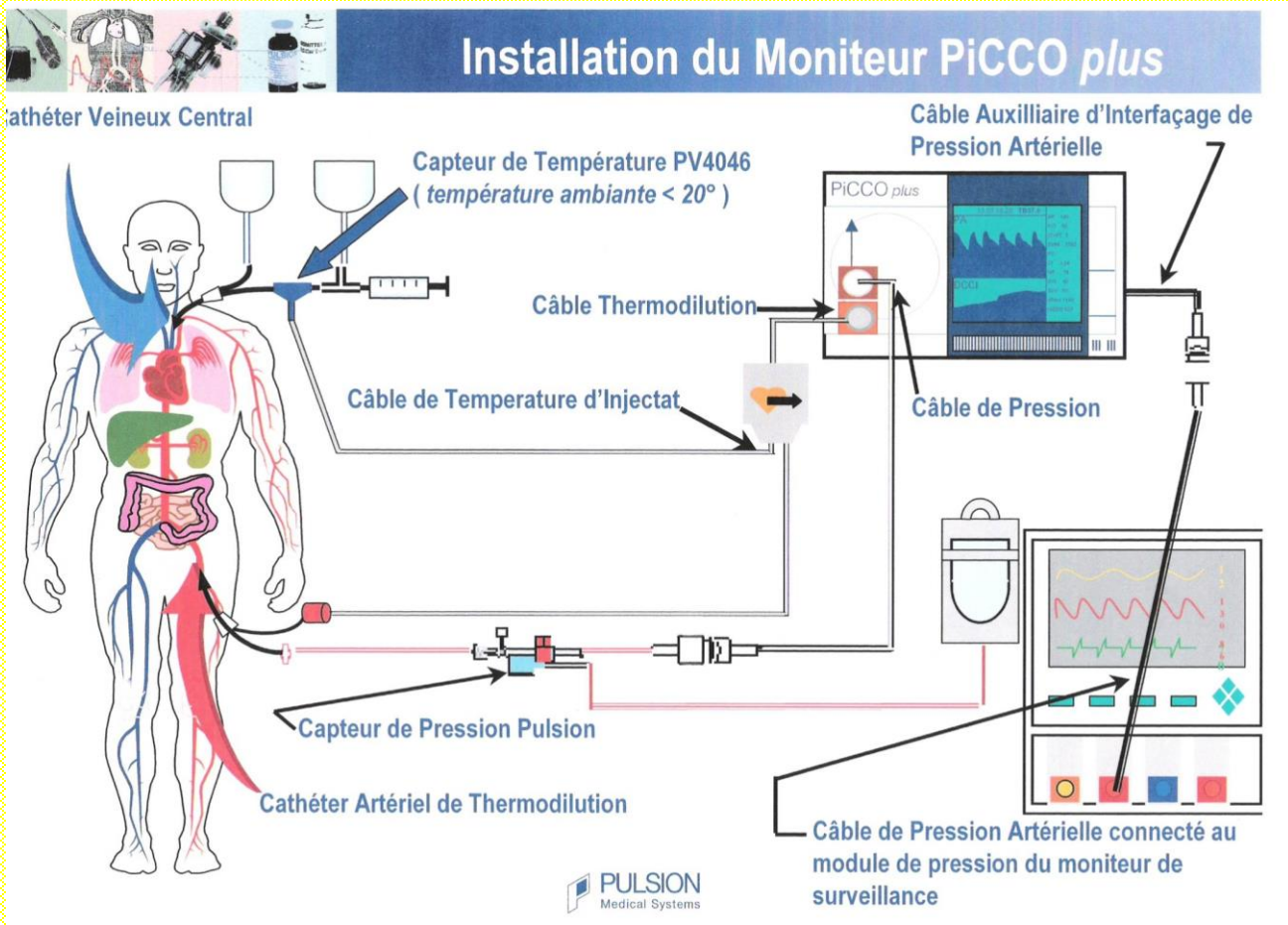
- un KT artériel fémoral ou axillaire équipé d'une thermistance pour le recueil de la courbe de thermodilution

- une tête de pression spécifique permettant le recueil continu de la courbe de pression artérielle systémique et l'analyse du contour de l'onde de pouls.

# Le Picco
# Pourquoi faire ?

**Répondre à cette question fondamentale :**

**“volume ou catécholamine” ?**



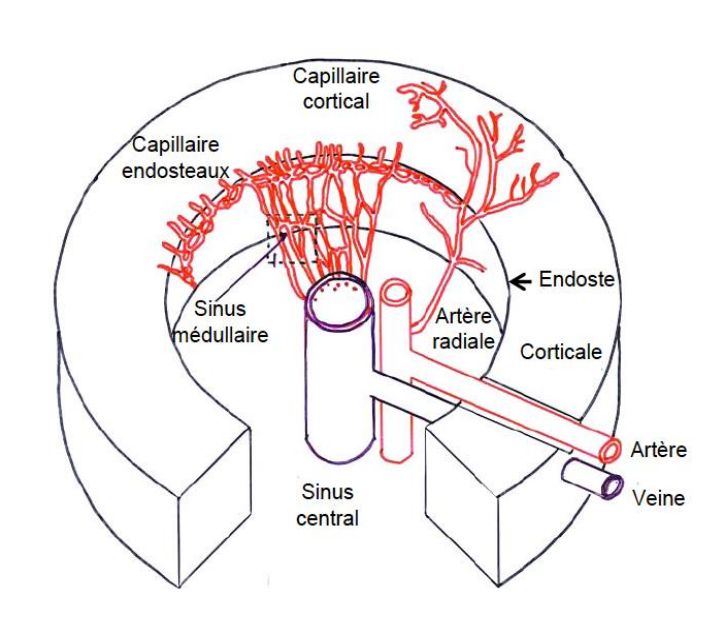
# Le cathéter Intra osseux

## La voie d'urgence absolue

- **accès vasculaire périphérique d'urgence,** utilisé dans le contexte d'une menace vitale immédiate

- prélèvement de moelle, pour réaliser des examens sanguins d'urgence, peut être aussi réalisé avant la première injection dans le cathéter

- L'utilisation de ce type de dispositif passe par une formation théorique et pratique de courte durée. Médecins, infirmier(e).



# Le KT IO :

## Le avantages

- Courbe d’apprentissage rapide.
- Pose dans un délai court d’une voie d’accès sûre et efficace.
- Perfusion de tous types de solutés et médicaments.
- Possibilité de réaliser des prélèvements sanguins.
- Pharmacocinétique comparable à une VVC.
- Peu de complications.

# Le KT IO :

## Les contre indications

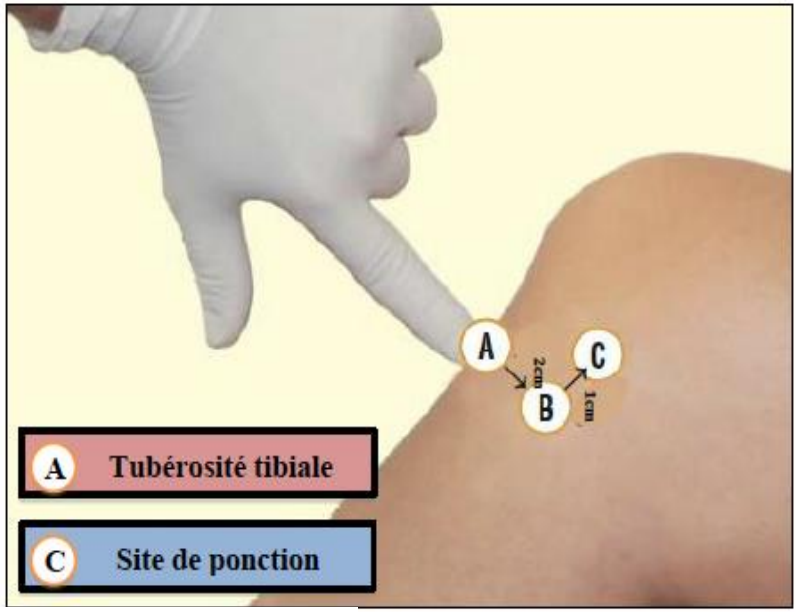
Absolues :
- Fracture osseuse du site de ponction.
- Lésion vasculaire sus-jacente.
- Réalisation d’une 2nde ponction sur un os (<48h).
- « Brûlure » ou infection cutanée en regard du site de ponction.
- Prothèse orthopédique de genou et d’épaule.

Contre-indications relatives :
- Ostéogénèse imparfaite.
- Ostéoporose.
- Inexpérience théorique et pratique de l’opérateur.-

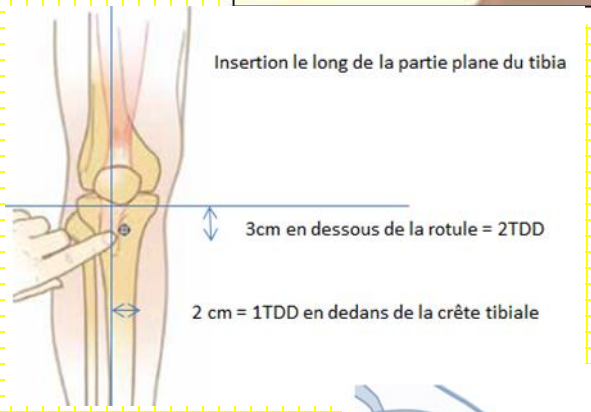
# KT IO :

## Pose et surveillance

- La **ponction** se fait sur le tibia juste au-dessus de la malléole interne, insertion sagittale, 1 à 2 cm au-dessus du condyle externe




- réaliser un flush de NaCl 0,9% permettant de créer un espace dans la cavité médullaire, et aussi de vérifier qu'aucune infiltration sous-cutanée ne soit visible : 10ml chez l'adulte, grâce à une seringue luer-lock. Ce flush est douloureux.



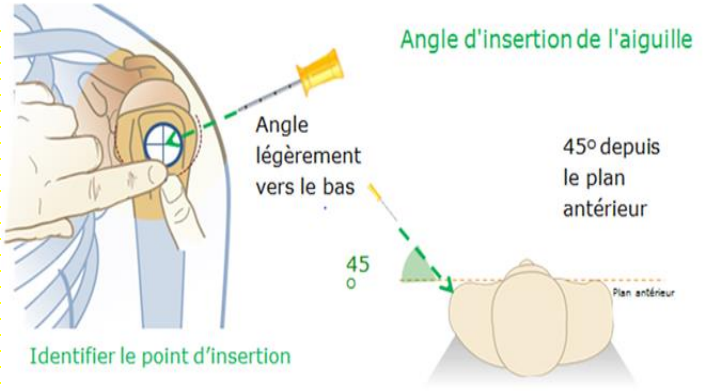

**- Vérification de la bonne mise en place : 4 critères essentiels !!!**

Immobilité de l'aiguille.

Présence d'un retour de sang ou de moelle osseuse au test d'aspiration.

Injection sans résistance.

Absence d'extravasation au moment de l'injection.




- L'administration de volumes de remplissage rapide doit être réalisée à la seringue, au PSE, à la pompe volumértrique ou à la poche à pression.

# KT IO : Surveillance

## Complications : <1%

Infectieuses :

- Ostéomyélite bactérienne ou fongique.
- Infection cutanée en regard du site de ponction.
- Septicémie

Mécaniques :

- Fracture de l'os ponctionné
- Traversée complète du fût osseux.
- Syndrome des loges en cas d'extravasation.

Autres :

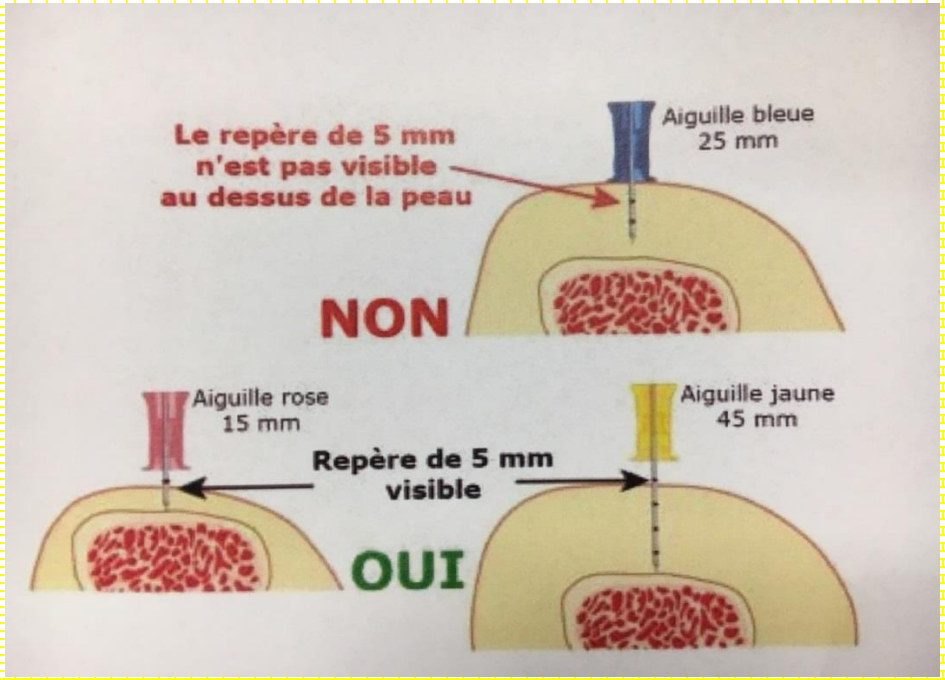
- Embolies graisseuses et gazeuses.
- Ostéomyélite chimique suite à l'utilisation de produits hyperalcalins et/ou hypertoniques.

## Surveillance

- Coloration du membre.
- Pouls distal du membre.
- Apparition d'un œdème sous-cutané ou de la musculature.
- Position de l'aiguille (doit tenir seule).
- Perméabilité de la voie.
- Site de ponction.

## Retrait :

- Max 24h
- Dans des conditions d'asepsie rigoureuse.
- Dévisser » le cathéter dans le sens des aiguilles d'une montre.
- L'aiguille doit rester perpendiculaire à l'os (90°), pas de mouvements
- d'inclinaison.


Le repère de 5 mm
n'est pas visible
au dessus de la peau
Aiguille bleue
25 mm
NON
Aiguille rose
15 mm
Repère de 5 mm
visible
Aiguille jaune
45 mm
OUI

EZ-IO by vidacare
Intraosseous Infusion System
Immediate Vascular Access... When You Need It.SM
Intraosseous Infusion System
1
1
1
2
3
5mm
NO
YES
4
5
6
7
Clinical Support 1.800.680.4911
Vidacare.com

# La surveillance Infirmiere

# Le rôle infirmier en soins critiques

- La tête et les jambes
- Une surveillance continue
- Un tour / 2 ou 4 h
- 2 à 3 patients en réa, 4 patients en USIC 5 patients en USIP.
- De jour comme de nuit
- Une grande responsabilité
- Un œil clinique à l'affut
- L'importance du binôme ASDE –IDE
- L'anticipation
- Le patient au centre de vos PEC, même s'il n'ouvre pas les yeux
- Le patient, les machines …. L'entourage!!!!

# Et concrètement

## Un tour de chambre

- Les 3 a :
  - Ambu (BAVU)
  - Alarmes scope + alimentation électrique respi et scope
  - Aspiration
- La vérification d'identité : concordance bracelet patient / étiquette / identité informatique
- Vérification du matériel présent et fonctionnel en chambre

| |
|---|
| Date + chambre |
| Matériel de monitorage |
| Thermomètre |
| Câbles ECG + 12D |
| Brassard à TA + câble |
| Pince Sp02 + câble |
| Mât scope |
| Manomètre O2 |
| Manomètre Air |
| Manomètre vide - 600 |
| Humidificateur (non monté) |
| Aspiration fonctionnelle |
| BAVU fonctionnel |
| Stéthoscope |
| Plein réalisé |
| Télécommande TV |
| Chariot IDE |
| Plein réalisé |
| Lecteur glycémie |
| Dossier d'admission présent |
| Bracelet O et B |
| Absence d'étiquettes PATIENT dans la pochette |
| Respirateur |
| Respi remonté et vérifié |
| Mât nursing |
| Plein réalisé |
| Matériel divers |
| Cantine |
| Chemise patient |
| Lit taré |
| Signature ASD |
| Signature IDE |

# Surveillance clinique

Constantes :

- TAS / TAD /TAM
- Température
- Pouls
- Diurèse
- Glasgow / BIS
- B.P.S / RASS
- Pupilles
- Poids / jour!
- Glycémie
- Curarimétrie

Contentions

Waterloo / semaine

Soins de nursing :

chez le patient intubé :

- SPE /4h avec aspi susglotique
- SDB /4h

=> obj : prévention des PAVM.

## Score de Glasgow

| Score | Y = Ouverture des yeux | V = Réponse verbale | M = Réponse motrice |
|---|---|---|---|
| 1 | Aucune | Aucune | Aucune |
| 2 | À la douleur | Incompréhensible | Extension réflexe |
| 3 | Au bruit | Inappropriée | Flexion réflexe |
| 4 | Spontanée | Confuse | Orientée à la douleur |
| 5 | | Orientée | Adaptée à la douleur |
| 6 | | | Obéit à un ordre oral |

## L'échelle BPS (Behavioral Pain Scale)

| Critère | Score | Description | Interprétation |
|---|---|---|---|
| Expression du visage | 1 | Détendu | Absence de douleur |
| | 2 | Plissement du front | Douleur légère |
| | 3 | Fermeture des yeux | Douleur modérée |
| | 4 | Grimace | Douleur intense |
| Tonus des membres supérieurs | 1 | Aucun | Absence de douleur |
| | 2 | Flexion partielle | Douleur légère |
| | 3 | Flexion complète | Douleur modérée |
| | 4 | Rétraction | Douleur intense |
| Adaptation au respirateur | 1 | Adapté | Absence de douleur |
| | 2 | Détachement ponctuel | Douleur légère à modérée |
| | 3 | Lutte contre le respirateur | Douleur modérée à intense |
| | 4 | Non ventilable | Douleur intense |
| Score total | 3 à 12 | Interprétation | |
| | 3 à 4 | Douleur absente ou légère | |
| | 5 à 7 | Douleur modérée | |
| | 8 à 12 | Douleur intense | |

# Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

| Scale | Label | Description | |
|---|---|---|---|
| +4 | Combative | Violent, immediate danger to staff | OBSERVATION |
| +3 | Very agitated | Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive | |
| +2 | Agitated | Frequent non-purposeful movement, fights ventilator | |
| +1 | Restless | Anxious but movements not aggressive, vigorous | |
| 0 | Alert and calm | Spontaneously pays attention to care giver | |
| -1 | Drowsy | Not fully alert, but has sustained awakening (eye-opening/eye contact) to voice (>10 seconds) | VOICE |
| -2 | Light sedation | Briefly awakens with eye contact to voice (<10 seconds) | |
| -3 | Moderate sedation | Movement or eye opening to voice (but no eye contact) | |
| -4 | Deep sedation | No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation | TOUCH |
| -5 | Unarousable | No response to voice or physical stimulation | |

Evaluation du risque d'escarre

## Score de Waterlow

Valider | Fermer

09/01/2025 à 15:41 = maintenant

Braden | Norton | Waterlow

Sexe : F  Age : 101

**Masse corporelle**
- ○ Moyenne
- ○ Au-dessus de la moyenne
- ○ Obèse
- ○ En-dessous de la moyenne

**Incontinence**
- ○ Totale / Sonde
- ○ Occasionnellement
- ○ Incontinence fécale, sonde
- ○ Incontinence double

**Appétit**
- ○ Moyen
- ○ Faible
- ○ A jeun, anorexique
- ○ Alimentation par sonde gastriqueuniquement gastrique

**Déficience neurologique**
- ☐ Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, paraplégies

**Médicament**
- ☐ Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire

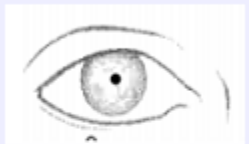
**Aspect visuel de la peau**
- ○ Saine
- ○ Fine / Grêle
- ○ Sèche / Déshydratée
- ○ Oemateuse
- ○ Décolorée
- ○ Irritation cutanée

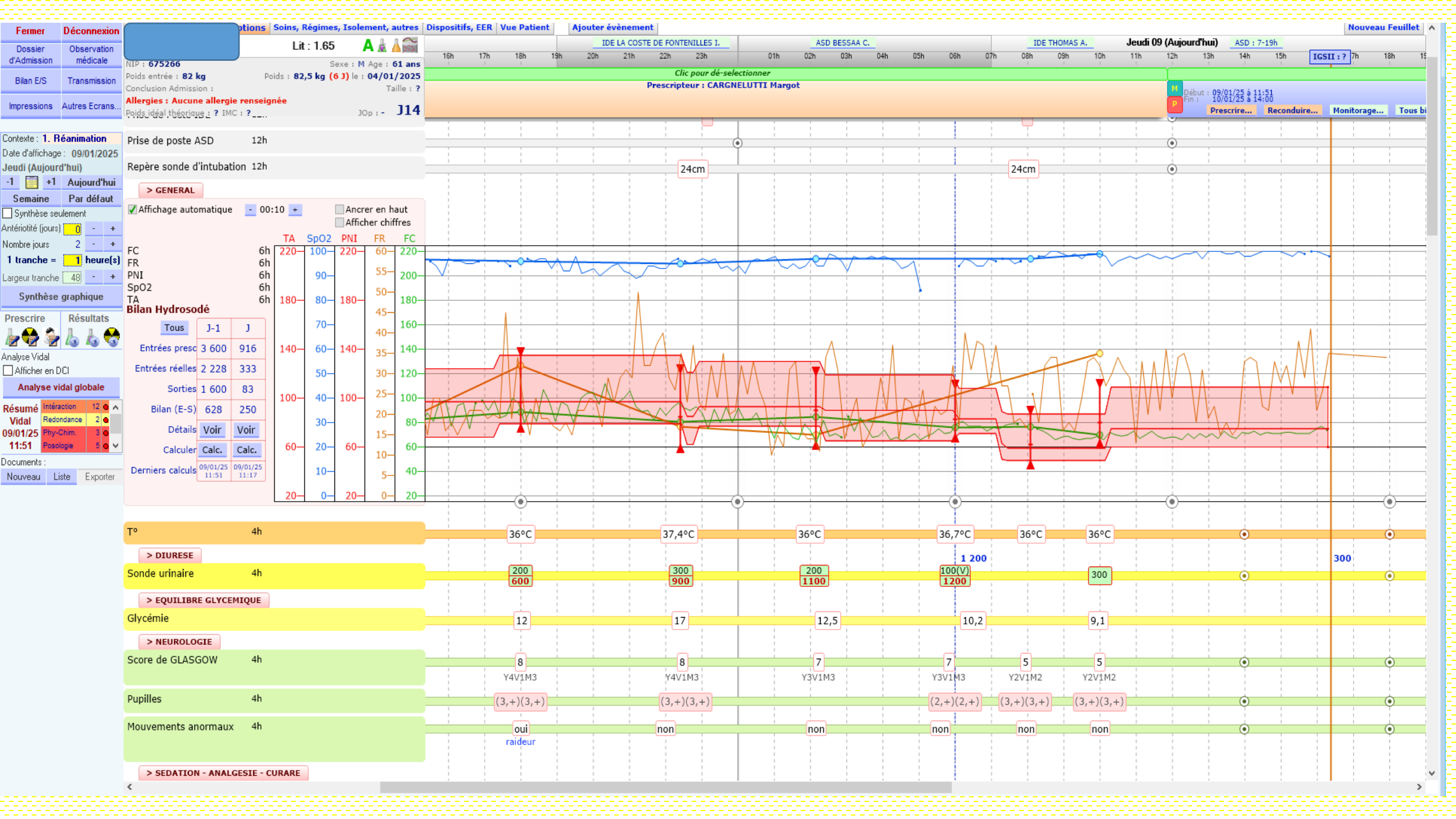
**Mobilité**
- ○ Complète
- ○ Agité
- ○ Apathique
- ○ Restreinte
- ○ Immobile / Traction
- ○ Patient mis au fauteuil

**Malnutrition des tissus**
- ○ Cachexie terminale
- ○ Déficience cardiaque
- ○ Insuffisance vasculaire périphérique
- ○ Anémie
- ○ Tabagisme

**Chirurgie / Traumatisme**
- ○ Orthopédie, Partie inférieure, Colonne
- ○ Intervention de plus de 2 heures

***Total : 7***

| Pupille droite | | Pupille gauche | |
|---|---|---|---|
| **Diamètre** | **Réactivité à la lumière** | **Diamètre** | **Réactivité à la lumière** |
|  Myosis serré (1) | Aréactives (-) | Myosis serré (1) | Aréactives (-) |
| Myosis (2) | Faiblement réactives (+/-) | Myosis (2) | Faiblement réactives (+/-) |
| Intermédiaire (3) | Réactives (+) | Intermédiaire (3) | Réactives (+) |
| Semi-mydriase (4) | | Semi-mydriase (4) | |
| Mydriase complète (5) | | Mydriase complète (5) | |


Fermer
Déconnexion
Dossier d'Admission
Observation médicale
Bilan E/S
Transmission
Impressions
Autres Ecrans...
Soins, Régimes, Isolement, autres
Dispositifs, EER
Vue Patient
Ajouter évènement
Nouveau Feuillet
Lit : 1.65
NIP : 675266
Sexe : M Age : 61 ans
Poids entrée : 82 kg
Poids : 82,5 kg (6 J) le : 04/01/2025
Conclusion Admission :
Taille : ?
Allergies : Aucune allergie renseignée
Poids idéal théorique : ? IMC : ?
JOp : -
J14
IDE LA COSTE DE FONTENILLES I.
ASD BESSAA C.
IDE THOMAS A.
Jeudi 09 (Aujourd'hui)
ASD : 7-19h
IGSII : ?
Clic pour dé-selectionner
Prescripteur : CARGNELUTTI Margot
Début : 09/01/25 à 11:51
Fin : 10/01/25 à 14:00
Prescrire...
Reconduire...
Monitorage...
Contexte : 1. Réanimation
Date d'affichage : 09/01/2025
Jeudi (Aujourd'hui)
-1
+1
Aujourd'hui
Semaine
Par défaut
Synthèse seulement
Antériorité (jours) 0
Nombre jours 2
1 tranche = 1 heure(s)
Largeur tranche 48
Synthèse graphique
Prescrire
Résultats
Analyse Vidal
Afficher en DCI
Analyse vidal globale
Résumé Vidal 09/01/25 11:51
Intéraction 12
Redondance 2
Phy-Chim. 3
Posologie 5
Documents :
Nouveau
Liste
Exporter
Prise de poste ASD 12h
Repère sonde d'intubation 12h
> GENERAL
Affichage automatique
00:10
Ancrer en haut
Afficher chiffres
TA SpO2 PNI FR FC
FC 6h
FR 6h
PNI 6h
SpO2 6h
TA 6h
Bilan Hydrosodé
Tous
J-1
J
Entrées presc 3 600 916
Entrées réelles 2 228 333
Sorties 1 600 83
Bilan (E-S) 628 250
Détails Voir Voir
Calculer Calc. Calc.
Derniers calculs 09/01/25 11:51 09/01/25 11:17
24cm
24cm
T° 4h
36°C
37,4°C
36°C
36,7°C
36°C
36°C
> DIURESE
Sonde urinaire 4h
200 600
300 900
200 1100
1 200
100(V) 1200
300
300
> EQUILIBRE GLYCEMIQUE
Glycémie
12
17
12,5
10,2
9,1
> NEUROLOGIE
Score de GLASGOW 4h
8 Y4V1M3
8 Y4V1M3
7 Y3V1M3
7 Y3V1M3
5 Y2V1M2
5 Y2V1M2
Pupilles 4h
(3,+)(3,+)
(3,+)(3,+)
(2,+)(2,+)
(3,+)(3,+)
(3,+)(3,+)
Mouvements anormaux 4h
oui raideur
non
non
non
non
non
> SEDATION - ANALGESIE - CURARE

Grimoires

Fichier Edition Aide

Feuillet de prescription - Service : Réanimation

Mode : Simple Avancé Utilisateur : BUFFIN Amélie Profil : Infirmier Choix du pati Choix du dossier : (24/12/24 13:27 - 20/09/2027 10:00)

Fermer Déconnexion

Dossier d'Admission Observation médicale

Bilan E/S Transmission

Impressions Autres Ecrans...

Contexte : 1. Réanimation

Date d'affichage : 09/01/2025

Jeudi (Aujourd'hui)

-1 +1 Aujourd'hui

Semaine Par défaut

Synthèse seulement

Antériotité (jours) 0 - +

Nombre jours 2 - +

1 tranche = 1 heure(s)

Largeur tranche 48 - +

Synthèse graphique

Prescrire Résultats

Analyse Vidal

Afficher en DCI

Analyse vidal globale

Résumé Vidal 09/01/25 11:51

Intéraction 12

Redondance 2

Phy-Chim. 3

Posologie 5

Documents :

Nouveau Liste Exporter

Surveillances et Prescriptions | Soins, Régimes, Isolement, autres | Dispositifs, EER | Vue Patient

Ajouter évènement

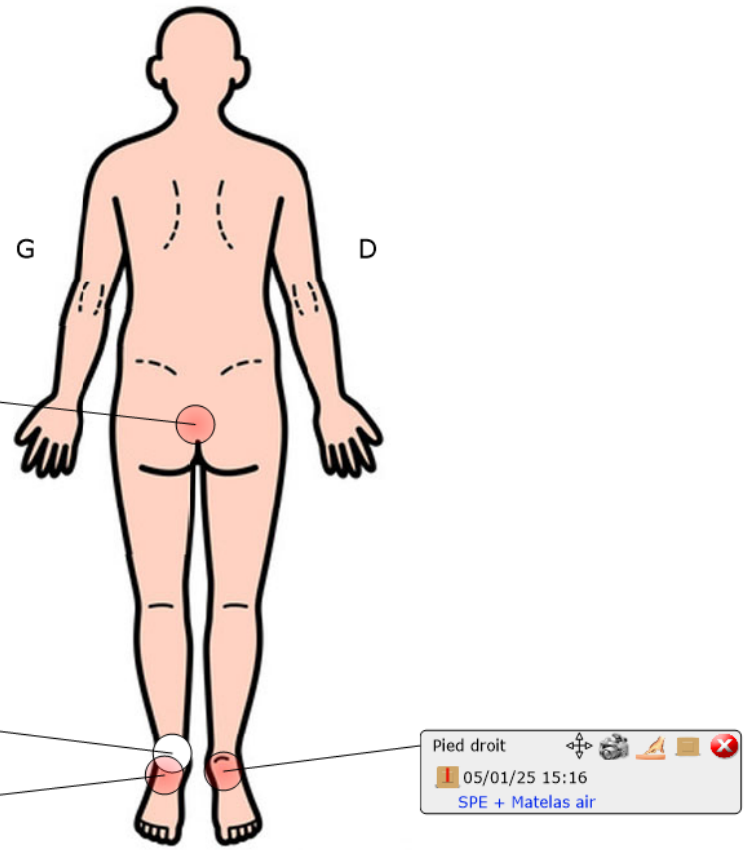
Nouveau Feuillet

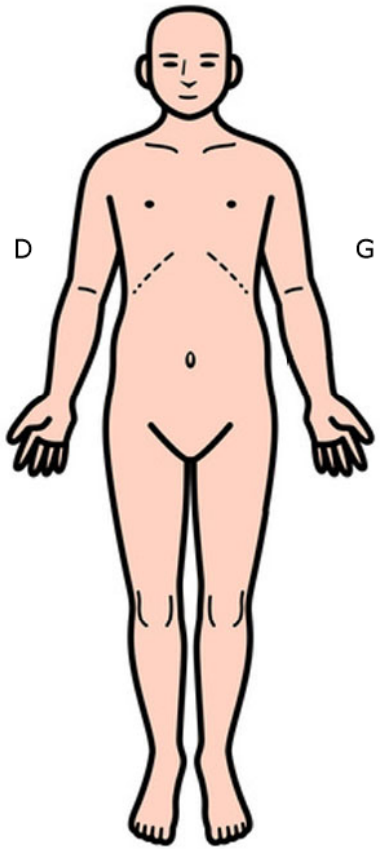
-1 09/01/2025 +1 Aujourd'hui

Suivi matériel Pansements & Drainages Suivi escarres

Afficher les effleurages

Afficher l'évaluation des risques



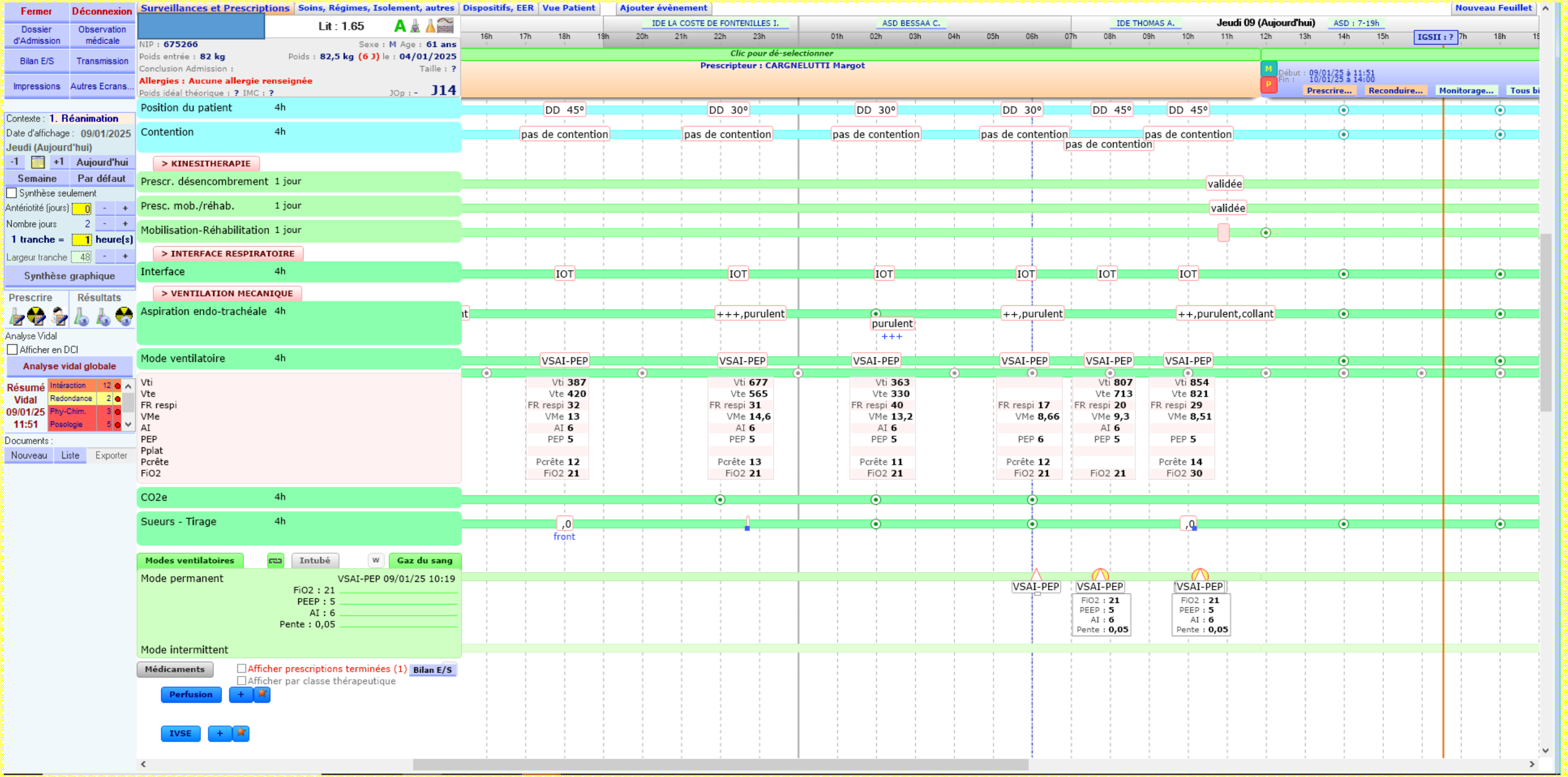




Tapez ici pour effectuer une recherche

16:43 09/01/2025

## Contrôle de la ventilation

- Surveillance du système de ventilation (Respirateur - Circuit - Interface), vérification des dates de pose.
- Contrôle des alarmes du respirateur
- Vérification du repère de la SOT ; ne doit pas bouger.
- Vérification du ballonnet : + 30mm de hg
- Vérification / changement de la lacette
- Contrôle de la concordance des paramètres de ventilation de la prescription médicale
- Relevé des constantes respiratoires
- Relevé de l'Et $CO_2$
- Recherche des critères de sevrabilité (le matin)
- Mon patient est il adapté au mode de ventilation choisi.


Fermer
Déconnexion
Dossier d'Admission
Observation médicale
Bilan E/S
Transmission
Impressions
Autres Ecrans...
Surveillances et Prescriptions
Soins, Régimes, Isolement, autres
Dispositifs, EER
Vue Patient
Ajouter évènement
Nouveau Feuillet
Lit : 1.65
NIP : 675266
Sexe : M Age : 61 ans
Poids entrée : 82 kg
Poids : 82,5 kg (6 J) le : 04/01/2025
Conclusion Admission :
Taille : ?
Allergies : Aucune allergie renseignée
Poids idéal théorique : ? IMC : ?
JOp : -
J14
IDE LA COSTE DE FONTENILLES I.
ASD BESSAA C.
IDE THOMAS A.
Jeudi 09 (Aujourd'hui)
ASD : 7-19h
IGSII : ?
Clic pour dé-selectionner
Prescripteur : CARGNELUTTI Margot
Début : 09/01/25 à 11:51
Fin : 10/01/25 à 14:00
Prescrire...
Reconduire...
Monitorage...
Tous bi
Contexte : 1. Réanimation
Date d'affichage : 09/01/2025
Jeudi (Aujourd'hui)
-1
+1
Aujourd'hui
Semaine
Par défaut
Synthèse seulement
Antériotité (jours) 0
Nombre jours 2
1 tranche = 1 heure(s)
Largeur tranche 48
Synthèse graphique
Prescrire
Résultats
Analyse Vidal
Afficher en DCI
Analyse vidal globale
Résumé Vidal 09/01/25 11:51
Intéraction 12
Redondance 2
Phy-Chim. 3
Posologie 5
Documents :
Nouveau
Liste
Exporter
Position du patient 4h
Contention 4h
> KINESITHERAPIE
Prescr. désencombrement 1 jour
Presc. mob./réhab. 1 jour
Mobilisation-Réhabilitation 1 jour
> INTERFACE RESPIRATOIRE
Interface 4h
> VENTILATION MECANIQUE
Aspiration endo-trachéale 4h
Mode ventilatoire 4h
Vti
Vte
FR respi
VMe
AI
PEP
Pplat
Pcrête
FiO2
CO2e 4h
Sueurs - Tirage 4h
Modes ventilatoires
Intubé
Gaz du sang
Mode permanent
VSAI-PEP 09/01/25 10:19
FiO2 : 21
PEEP : 5
AI : 6
Pente : 0,05
Mode intermittent
Médicaments
Afficher prescriptions terminées (1)
Bilan E/S
Afficher par classe thérapeutique
Perfusion
IVSE
DD 45°
DD 30°
pas de contention
validée
IOT
+++,purulent
purulent
++,purulent
++,purulent,collant
VSAI-PEP
Vti 387
Vte 420
FR respi 32
VMe 13
AI 6
PEP 5
Pcrête 12
FiO2 21
Vti 677
Vte 565
FR respi 31
VMe 14,6
AI 6
PEP 5
Pcrête 13
FiO2 21
Vti 363
Vte 330
FR respi 40
VMe 13,2
AI 6
PEP 5
Pcrête 11
FiO2 21
FR respi 17
VMe 8,66
PEP 6
Pcrête 12
FiO2 21
Vti 807
Vte 713
FR respi 20
VMe 9,3
AI 6
PEP 5
FiO2 21
Vti 854
Vte 821
FR respi 29
VMe 8,51
PEP 5
Pcrête 14
FiO2 30
,0
front

## Vérification des thérapeutiques

- Concordance entre ce qui passe et ce qui est prescrit : Type - Débit - Electrolytes - Date de préparation - Date de changement des tubulures
- Compatibilité des traitements IV (quoi sur quelle voie)
- Préparation des nouvelles thérapeutiques

## Surveillance des voies d'abord

- Contrôle des pansements : propre et occlusif
- Dates de réfection
- Présence des points fixés
- Présence d'un retour sur Voie veineuse et KT art (quand les thérapeutiques le permettent) :

-> Pression / Zero / Flush

- Rinçage pulsé sur Voie Veineuse

Grimoires

Fichier Edition Aide

Feuillet de prescription - Service : Réanimation

Mode : Simple Avancé | Utilisateur : BUFFIN Amélie | Profil : Infirmier | Choix du patient : 1 | Choix du dossier : (24/12/24 13:27 - 20/09/2027 10:00)

Fermer | Déconnexion

Dossier d'Admission | Observation médicale

Bilan E/S | Transmission

Impressions | Autres Ecrans...

Contexte : 1. Réanimation

Date d'affichage : 09/01/2025

Jeudi (Aujourd'hui)

-1 +1 Aujourd'hui

Semaine Par défaut

Synthèse seulement

Antériotité (jours) 0 - +

Nombre jours 2 - +

1 tranche = 1 heure(s)

Largeur tranche 48 - +

Synthèse graphique

Prescrire Résultats

Analyse Vidal

Afficher en DCI

Analyse vidal globale

Résumé Vidal 09/01/25 11:51

| | |
|---|---|
| Intéraction | 12 |
| Redondance | 2 |
| Phy-Chim. | 3 |
| Posologie | 5 |

Documents :

Nouveau Liste Exporter

Surveillances et Prescriptions | Soins, Régimes, Isolement, autres | Dispositifs, EER | Vue Patient | Ajouter évènement | Nouveau Feuillet

-1 09/01/2025 +1 Aujourd'hui

Suivi matériel | Pansements & Drainages | Suivi escarres

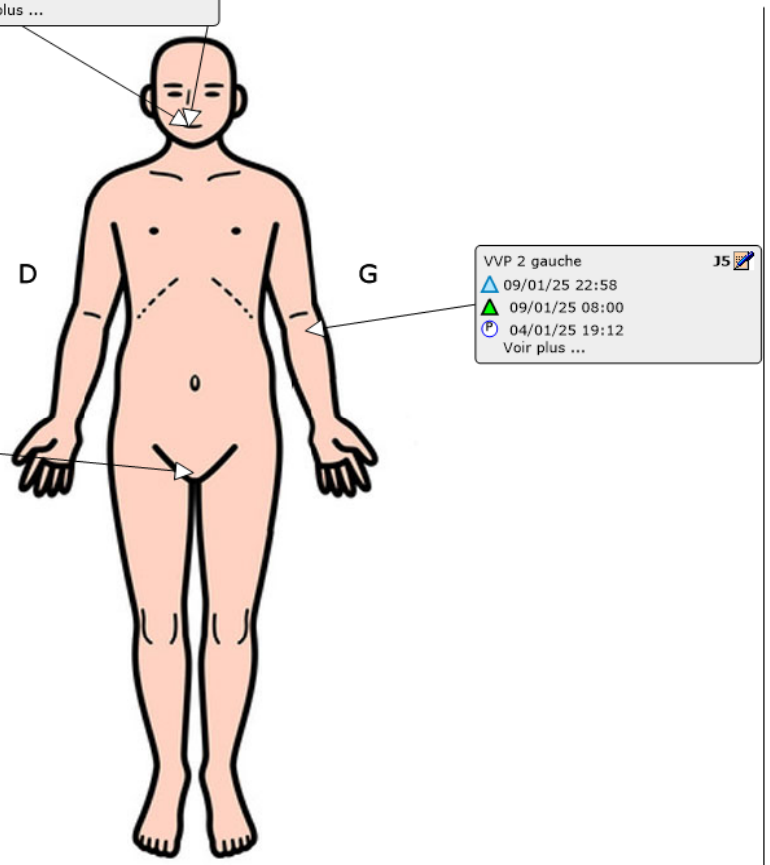
Historique | Tout KT avec bactério | X KT | X Intubation | X Sonde vésicale | X Sonde Gastrique

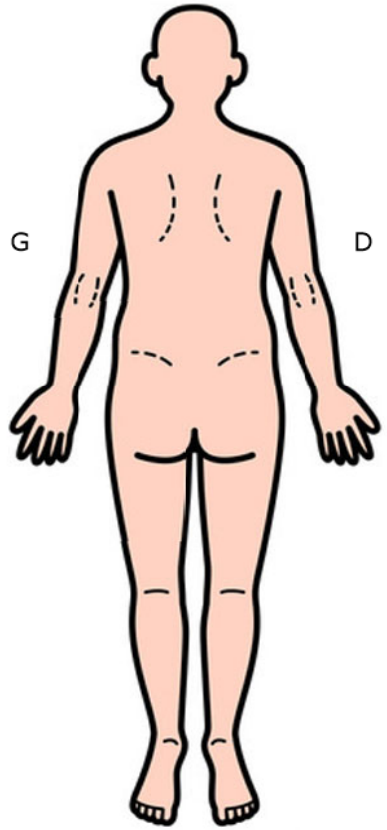
IOT / INT J14
09/01/25 20:00
09/01/25 08:00
27/12/24 00:24
Voir plus ...

Sonde gastrique J14
09/01/25 22:58
09/01/25 08:00
27/12/24 00:25
Voir plus ...

VVP 2 gauche J5
09/01/25 22:58
09/01/25 08:00
04/01/25 19:12
Voir plus ...

Sonde urinaire J14
09/01/25 22:58
09/01/25 10:00
26/12/24 08:08
Voir plus ...



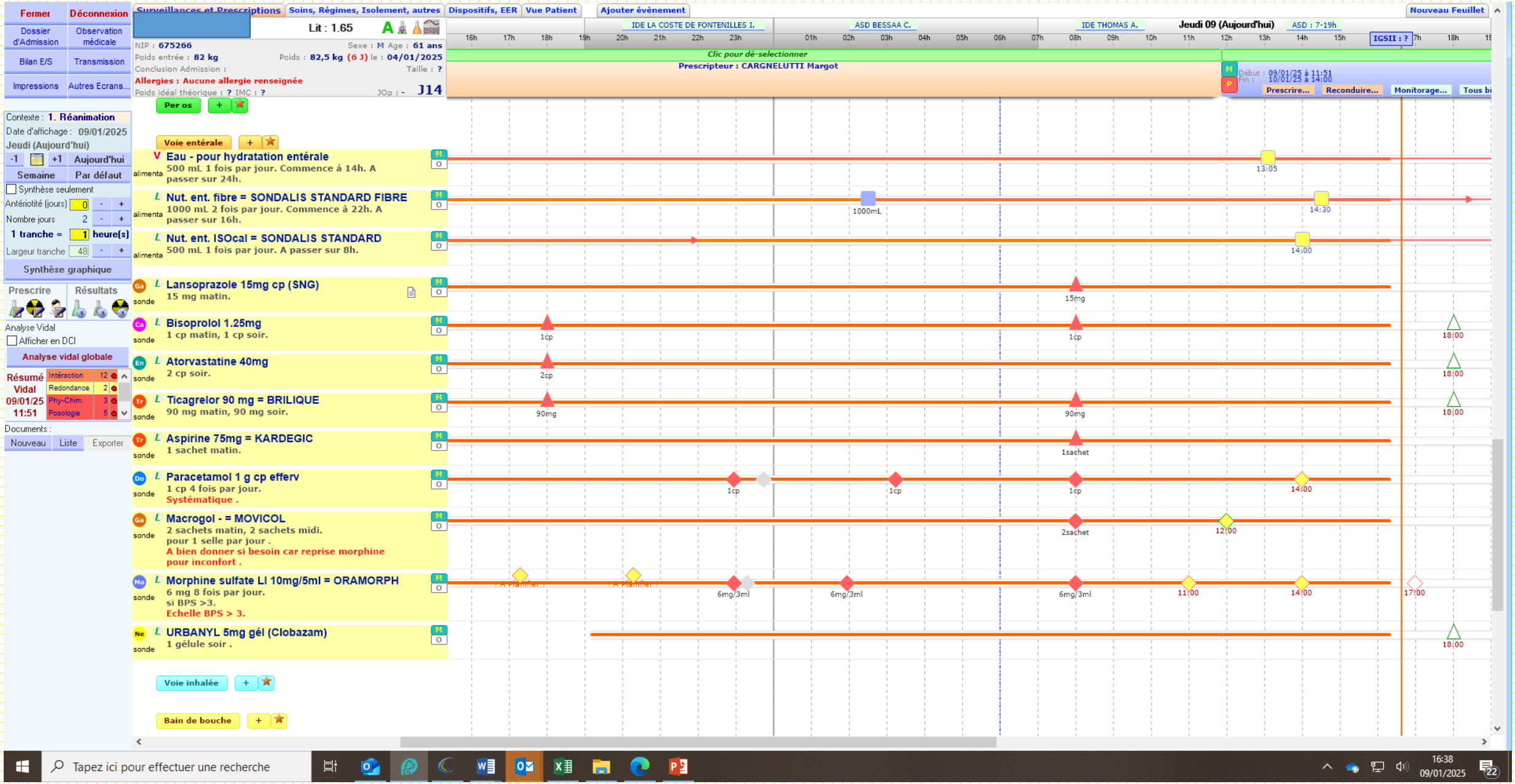




Tapez ici pour effectuer une recherche

16:41
09/01/2025

**Surveillance digestive :**

- Surveillance de la sonde entérale : repère, fonctionnalité (aspi siphonnage) modèle de sonde
- Concordance des solutés d'alimentation entérale avec la prescription médicale (Type - Débit - Date de changement de la tubulure)


Fermer
Déconnexion
Dossier d'Admission
Observation médicale
Bilan E/S
Transmission
Impressions
Autres Ecrans...
Surveillances et Prescriptions
Soins, Régimes, Isolement, autres
Dispositifs, EER
Vue Patient
Ajouter évènement
Nouveau Feuillet
Lit : 1.65
NIP : 675266
Sexe : M Age : 61 ans
Poids entrée : 82 kg
Poids : 82,5 kg (6 J) le : 04/01/2025
Conclusion Admission :
Taille : ?
Allergies : Aucune allergie renseignée
Poids idéal théorique : ? IMC : ?
JOp : -
J14
Contexte : 1. Réanimation
Date d'affichage : 09/01/2025
Jeudi (Aujourd'hui)
-1
+1
Aujourd'hui
Semaine
Par défaut
Synthèse seulement
Antériorité (jours) 0
Nombre jours 2
1 tranche = 1 heure(s)
Largeur tranche 48
Synthèse graphique
Prescrire
Résultats
Analyse Vidal
Afficher en DCI
Analyse vidal globale
Résumé Vidal 09/01/25 11:51
Intéraction 12
Redondance 2
Phy-Chim. 3
Posologie 5
Documents :
Nouveau
Liste
Exporter
IDE LA COSTE DE FONTENILLES I.
ASD BESSAA C.
IDE THOMAS A.
Jeudi 09 (Aujourd'hui)
ASD : 7-19h
IGSII : ?
Clic pour dé-selectionner
Prescripteur : CARGNELUTTI Margot
Début : 09/01/25 à 11:51
Fin : 10/01/25 à 14:00
Prescrire...
Reconduire...
Monitorage...
Tous bi
Per os
Voie entérale
Eau - pour hydratation entérale
500 mL 1 fois par jour. Commence à 14h. A passer sur 24h.
Nut. ent. fibre = SONDALIS STANDARD FIBRE
1000 mL 2 fois par jour. Commence à 22h. A passer sur 16h.
Nut. ent. ISOcal = SONDALIS STANDARD
500 mL 1 fois par jour. A passer sur 8h.
Lansoprazole 15mg cp (SNG)
15 mg matin.
Bisoprolol 1.25mg
1 cp matin, 1 cp soir.
Atorvastatine 40mg
2 cp soir.
Ticagrelor 90 mg = BRILIQUE
90 mg matin, 90 mg soir.
Aspirine 75mg = KARDEGIC
1 sachet matin.
Paracetamol 1 g cp efferv
1 cp 4 fois par jour.
Systématique .
Macrogol - = MOVICOL
2 sachets matin, 2 sachets midi.
pour 1 selle par jour .
A bien donner si besoin car reprise morphine pour inconfort .
Morphine sulfate LI 10mg/5ml = ORAMORPH
6 mg 8 fois par jour.
si BPS >3.
Echelle BPS > 3.
URBANYL 5mg gél (Clobazam)
1 gélule soir .
Voie inhalée
Bain de bouche
13:05
1000mL
14:30
14:00
15mg
1cp
18:00
2cp
90mg
1sachet
12:00
2sachet
6mg/3ml
11:00
17:00
Tapez ici pour effectuer une recherche
16:38
09/01/2025

Mais le plus des outils outils : ce sont vos yeux!

# Regardez votre patient