

Pour les médecins en rotation des services de médecine interne générale, des urgences et d'anesthésie, les codes sont définis en début de tout nouveau tournus avec les médecins cadres de la BSC, selon le parcours de formation préalable et/ou l'observation en situation clinique lors d'une première induction et/ou l'exposition sur la dernière année. Ils sont évidemment susceptibles d'évoluer en fonction des évaluations ultérieures par les cadres BSC.

Par défaut, ce codage est effectué de manière très conservatrice.

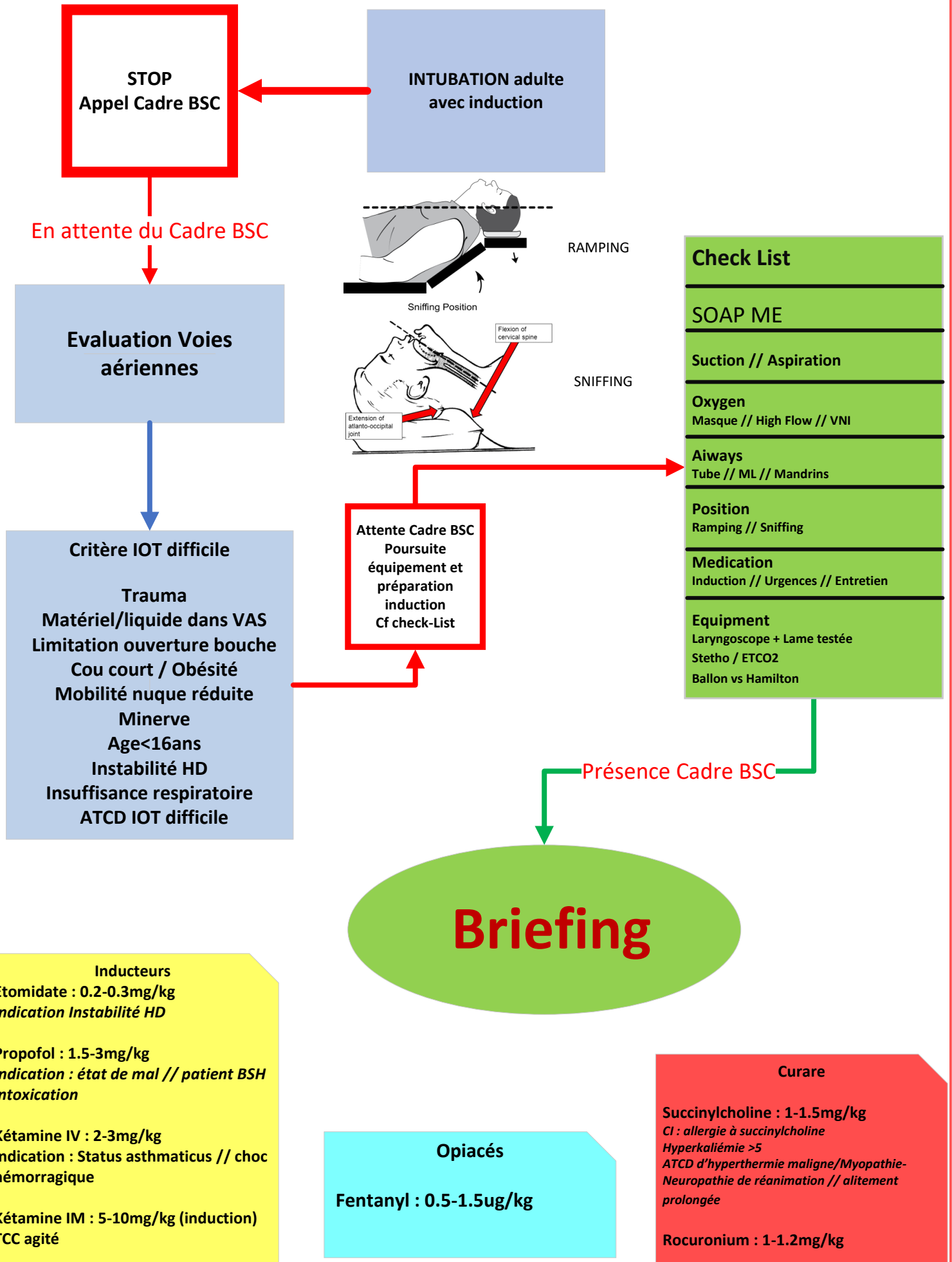
Ces codes sont définis individuellement avec les médecins "récurrents", les médecins associés ainsi que les pédiatres.

Pour les médecins Heli, le code Vert s'applique.

Rouge : 1 tentative d'IOT autorisée en cas d'ACR. Appel immédiat au médecin cadre BSC pour toute induction ou en cas d'échec après la 1ère tentative d'IOT sur ACR.

Orange : OK pour induction et intubation en autonomie selon algorithme. Appel immédiat au médecin cadre BSC en cas de critères d'IOT difficile ainsi qu'en cas d'échec d'IOT au premier essai. Non autorisé à superviser une IOT.

Vert : OK pour supervision d'IOT (collègues moins expérimentés ou ambulanciers SMUR selon plan de formation, qui vous sera détaillé lors des F-SMUR ou sur demande), information au médecin cadre BSC en cas de critères d'IOT difficile et/ou engagement si échec au premier essai.



Briefing

Anticiper

Plan A

Vérification
Matériel + ASPI
Positionnement Sniffing Position
+/- Ramping

Pré oxygénation

Induction

Inducteur + Curare +/- Opiacé

1ère intention au choix
Laryngoscopie directe
+/- BURP

**CAVE : si traumatisé crânien intubation en ligne
VL d'emblée + maintien tête en ligne**

Cormack-Lehane Grade I, Grade II, Grade III, Grade IV

POGO score

Annoncer le Cormack / POGO

Intubation + gonfler ballonnet + retrait mandrin

Capnographie
Soulèvement thorax
Buée dans tube
Auscultation

**Vérification
Position Tube**



Fixation tube

Ventilation ballon vs Hamilton

Standard : Vt : 6-8mL/Kg
5cmH₂O PEEP
FR 10-15min
ETCO₂ visée 35-45mmHg

Entretien

Curarisation
Si ISR succinylcholine

Propofol : 4-12mg/kg/h IV
CONTINU si stabilité HD

OU
Midazolam 0.05-0.1mg/kg BOLUS

Fentanyl 1ug-1.5ug/kg BOLUS

Rocuronium 0.3-0.6mg/kg BOLUS

ECHEC

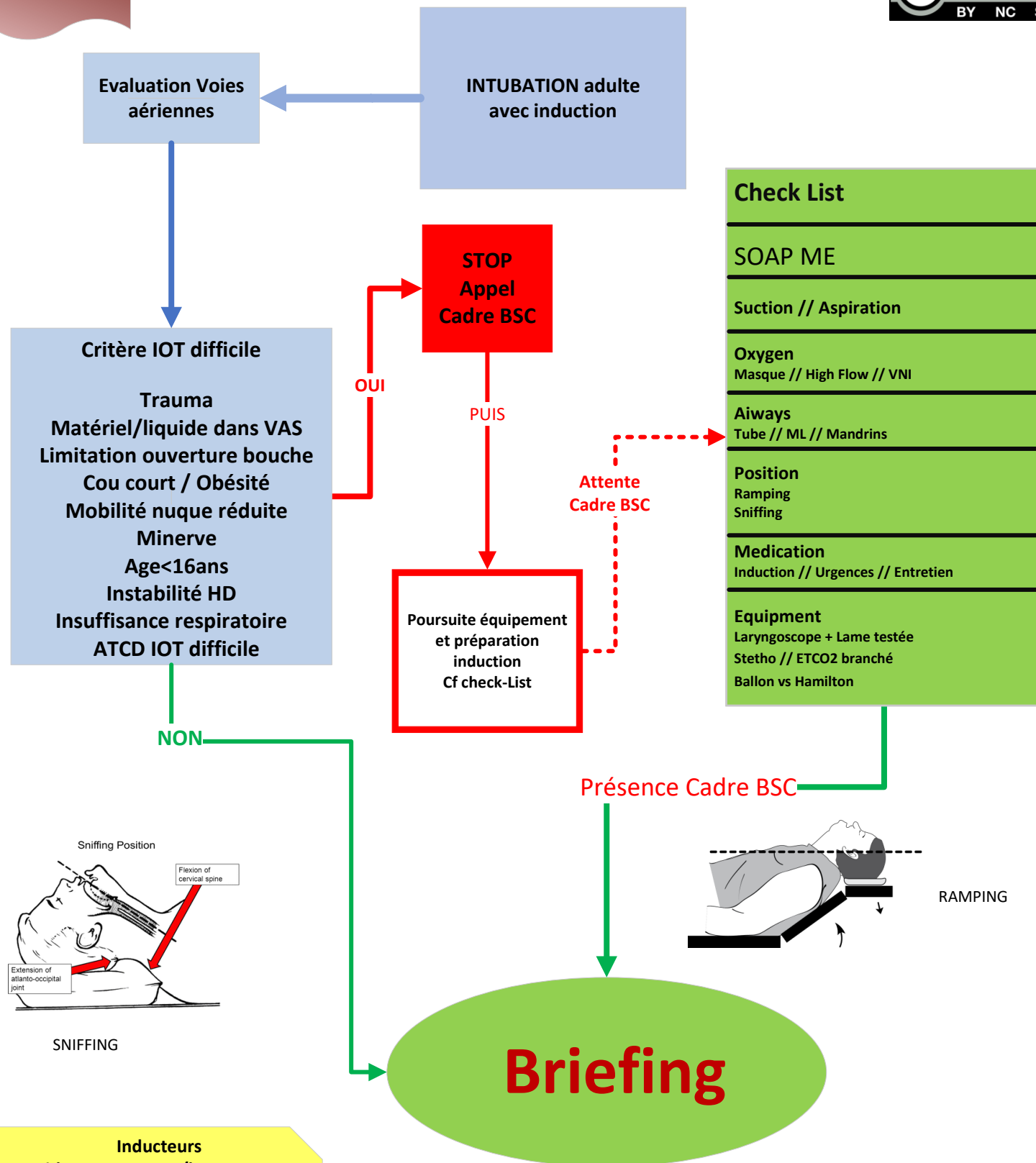
Plan B
2^{ème} tentative ambulancier SMUR Vert
Vidéolaryngo, lame hyper angulée, position
Mandrin long

ECHEC

Plan C : ventilation
Masque laryngé
Masque facial
Si ventilable Poursuite sédation 5mg midazolam

ECHEC

Plan D : Oxygénation
Cricothyroïdotomie



Inducteurs

Etomidate : 0.2-0.3mg/kg
Indication Instabilité HD

Propofol : 1.5-3mg/kg
Indication : état de mal // patient BSH intoxication

Kétamine IV : 2-3mg/kg
Indication : Status asthmaticus // choc hémorragique

Kétamine IM : 5-10mg/kg (induction)
TCC agité

Opiacés

Fentanyl : 0.5-1.5ug/kg

Curare

Succinylcholine : 1-1.5mg/kg
*CI : allergie à succinylcholine
Hyperkaliémie >5
ATCD d'hyperthermie maligne/Myopathie-
Neuropathie de réanimation // alitement prolongée*

Rocuronium : 1-1.2mg/kg

Briefing

Anticiper

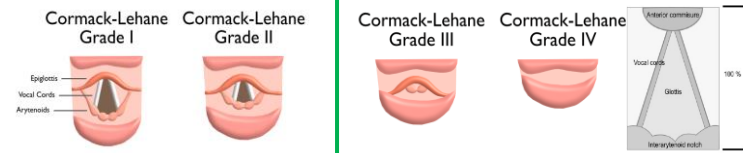
Plan A
 Check list
 Matériel + ASPI
 Positionnement Sniffing Position
 +/- Ramping

Pré oxygénation

Induction
 Inducteur + Curare +/- Opiacé

1^{ère} intention au choix
 Laryngoscopie directe
 +/- BURP

CAVE : si traumatisé crânien intubation en ligne VL d'emblée + maintien tête en ligne



Annouer le Cormack / POGO

Intubation + gonfler ballonnet + retrait mandrin

Vérification Position Tube

Capnographie
 Soulèvement thorax
 Buée dans tube
 Auscultation

4.1 RR 20

Fixation tube

Ventilation ballon vs Hamilton

Standard : Vt : 6-8mL/Kg
 5cmH₂O PEEP
 FR 10-15min
 ETCO₂ visée 35-45mmHg

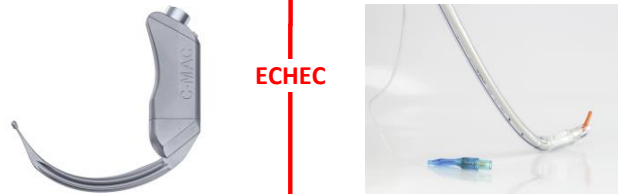
Entretien

Curarisation
 Si ISR succinylcholine

Appel Cadre BSC

ECHEC

Plan B
 2^{ème} tentative par ambulancier SMUR Vert
 Vidéolaryngo, lame hyper angulée, position Mandrin long



Plan C : ventilation
 Ventilation masque laryngé ou masque facial
 Si ventilable Poursuite sédation 5mg midazolam

Plan D : Oxygénation
 Cricothyroïdotomie

Propofol : 4-12mg/kg/h IV CONTINU si stabilité HD

Midazolam 0.05-0.1mg/kg BOLUS

Fentanyl 1ug-1.5ug/kg BOLUS

Rocuronium 0.3-0.6mg/kg BOLUS

INTUBATION adulte
avec induction

Evaluation Voies
aériennes

Critère IOT difficile

Trauma
Matériel/liquide dans VAS
Limitation ouverture bouche
Cou court / Obésité
Mobilité nuque réduite
Minerve
Age < 16ans
Instabilité HD
Insuffisance respiratoire
ATCD IOT difficile

NON

Mobilisation
Cadre BSC à la demande

Check List

SOAP ME

Suction // Aspiration

Oxygen
Masque // High Flow // VNI

Aiways
Tube // ML // Mandrins

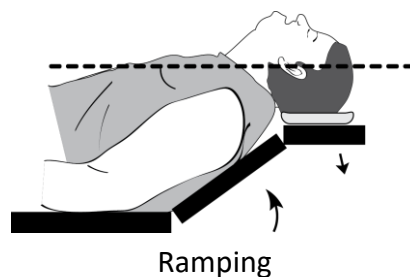
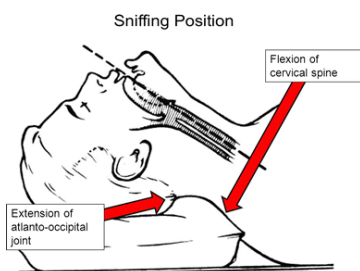
Position
Ramping // Sniffing

Medication
Induction // urgences // entretien

Equipment
Laryngoscope + Lame vs CMAC
Stetho // ETCO2 branché
Ballon vs Hamilton

OUI

Information
obligatoire au
Cadre BSC



Briefing

Inducteurs

Etomidate : 0.2-0.3mg/kg
Indication Instabilité HD

Propofol : 1.5-3mg/kg
Indication : état de mal // patient BSH
intoxication

Kétamine IV : 2-3mg/kg
Indication : Status asthmaticus // choc
hémorragique

Kétamine IM : 5-10mg/kg (induction)
TCC agité

Opiacés

Fentanyl : 0.5-1.5ug/kg

Curare

Succinylcholine : 1-1.5mg/kg
CI : allergie à succinylcholine
Hyperkaliémie >5
ATCD d'hyperthermie maligne/Myopathie-
Neuropathie de réanimation // alitement
prolongée

Rocuronium : 1-1.2mg/kg

Briefing

établir

