



LIVRET GSU

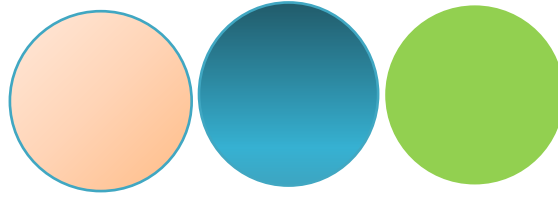
Ce livret a été conçu avec les équipes du **Réseau Lorrain d'Enseignement des Soins d'Urgence (RESU)** regroupant le CESU 54, le CESU 88, le CESU 55 et le CESU 57.

Ce mémento reste un support théorique pour vous aider, mais il ne remplace en rien la pratique délivrée lors de la formation aux gestes et soins d'urgence dans les **Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)**, qui demeure l'apprentissage essentiel !

Table des matières

LA PROTECTION.....	4
L'ALERTE.....	6
PATIENT INCONSCIENT QUI RESPIRE	8
ARRÊT CARDIO RESPIRATOIRE L'ADULTE	10
ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE ENFANT	14
OBSTRUCTION TOTALE DES VOIES AERIENNES.....	17
L'HEMORRAGIE	19
MALAISE	21
PLAIES GRAVES.....	24
BRULURES GRAVES	26
TRAUMATISME OSSEUX.....	28
ACCOUCHEMENT INOPINE.....	31
RELEVAGE.....	33
SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES	34

LA PROTECTION



✧ Comment reconnaître ?

- Situation d'urgence avec un risque pour soi-même, le patient, les tiers ou l'environnement.

✧ Quels sont les risques ?

- Mise en danger de sa vie, du patient ou des tiers.
- Contamination et accidents d'exposition (liquide biologique, septique, chimique.).

✧ Quels sont les objectifs ?

- Identifier un danger immédiat.
- Mise en sécurité de soi-même, du patient ou des tiers.
- Appliquer les mesures de protection adaptées.

✧ Quelle prise en soins ?

- Suppression du danger si risque contrôlable.
- Signalement du danger.
- Dégagement d'urgence si risque incontrôlable.
- Protection standard et complémentaire
- Prévention des risques liés à la manipulation de produit dangereux, ex : obus d'oxygène à ouvrir en position verticale et nécessité d'être ensuite arrimée ou couchée

★ Cas particuliers

- Incendies : ne pas entrer dans une pièce en feu.
- Accident routier : être vu.
- Accident électrique : couper le disjoncteur ou procédure interne.

Que retenir

Toujours agir en zone sécurisée

La protection de soi-même prime sur celle des autres



Traction par les poignets



Traction par les chevilles

Lavage des mains

(source INPES)



Mouillez-vous les mains avec de l'**eau**



Versez du **savon** dans le creux de votre main



Frottez-vous les mains de 15 à 20 secondes : les **doigts**, les **paumes**, le **dessus des mains** et les **poignets**



Entrelacez vos mains pour nettoyer la zone **entre les doigts**



Nettoyez également les **ongles**



Rincez-vous les mains **sous l'eau**



Séchez-vous les mains si possible avec un **essuie-main** à usage unique



Fermez le robinet avec l'**essuie-main** puis jetez-le dans une poubelle

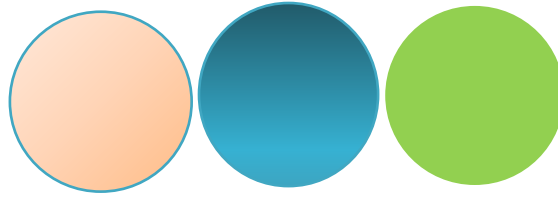


Ne jamais re capuchonner une aiguille souillée



Masque FFP2

L'ALERTE



✧ Quand alerter ?

Dès la reconnaissance d'une situation d'urgence relative ou vitale nécessitant un avis médical ou une prise en soin par une équipe spécialisée

✧ Quels sont les risques d'une absence ou mauvaise alerte ?

- Absence d'aide et de moyens de renfort.
- Retard de prise en soin.
- Dégradation de la situation.

✧ Quels sont les objectifs ?

- Transmettre des informations rapides et précises.
- Obtenir de l'aide adaptée à la situation.
- Appliquer les conseils et prescriptions donnés.

✧ Quelle prise en soins ?

- Rechercher de l'aide ou déclencher une alarme spécifique.
- Réaliser un bilan.
- Transmettre par appel téléphonique selon la procédure interne de l'établissement.
- En dehors d'une urgence vitale, utiliser la fiche SAED (recommandée par l'HAS).

★ Cas particuliers

Alerte silencieuse par 114 / Signal lumineux en cas d'attentat.

Que retenir

L'alerte doit être rapide et précise

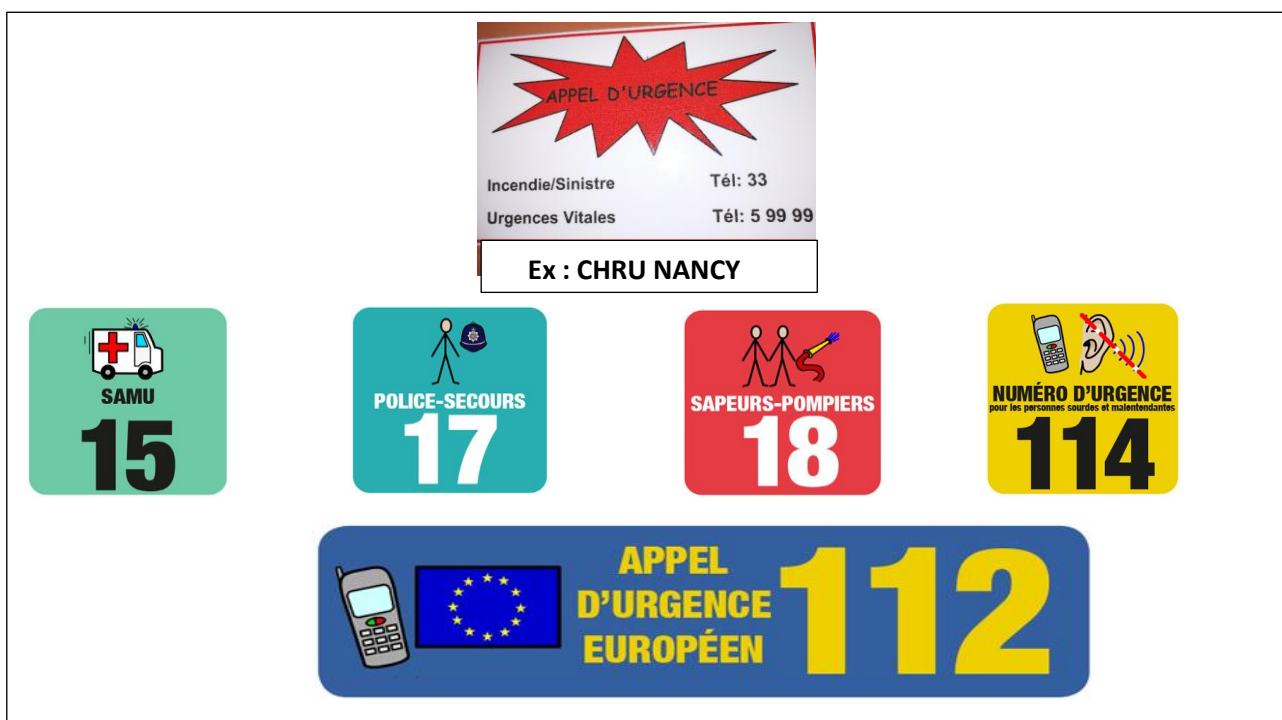
Les outils d'aide au message d'alerte doivent être utilisés

S	Je décris la <u>Situation</u> actuelle concernant le patient : <i>Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité</i> <i>Je vous appelle au sujet de : M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité</i> <i>Car actuellement il présente : motif de l'appel</i> <i>Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évolution de la douleur (EVA), etc.</i>
A	J'indique les <u>antécédents</u> utiles, liés au contexte actuel : <i>Le patient a été admis : date et motif de l'admission</i> <i>Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...</i> <i>Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc.</i> <i>Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examen sont : labo, radio, etc.</i> <i>La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc.</i> <i>La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours</i>
E	Je donne mon <u>évaluation</u> de l'état actuel du patient : <i>Je pense que le problème est : ...</i> <i>J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.</i> <i>Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave</i> <i>Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet</i>
D	Je formule ma <u>demande</u> (d'avis, de décision, etc.) : <i>Je souhaiterais que : ...</i> <i>par exemple :</i> <i>Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ?</i> <i>ET</i> <i>Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?</i>
RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit <u>reformuler</u> brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis <u>conclure</u> par <u>sa prise de décision</u>.	

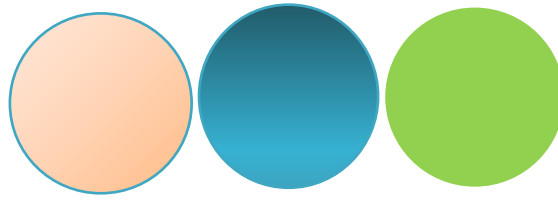
Ce document est issu du guide HAS « Saed : ça aide à communiquer », téléchargeable sur www.has-sante.fr

Numéros à appeler

- A l'hôpital = Numéro d'urgence interne spécifique de l'hôpital
- 15 = SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) – Motif médical
- 114 = numéro d'urgence pour sourds et malentendants, situation imposant le silence
- 17 = Police / gendarmerie – sécurité / ordre public
- 18 = Pompiers – incendie et secours à victime
- 112 = Numéro d'urgence européen
- E-Call dans les véhicules (depuis le 01/04/20)



PATIENT INCONSCIENT QUI RESPIRE



✧ Comment reconnaître ?

- Le patient ne répond pas aux ordres simples (ouvrez les yeux, répondez-moi, serrez-moi les mains)
- Sa poitrine se soulève régulièrement
-

✧ Quels sont les risques ?

- OTVA par relâchement de la langue, entraînant l'arrêt respiratoire, puis cardiaque et enfin le décès du patient
- Inhalation par relâchement du sphincter à l'entrée de l'estomac (le cardia) pouvant entraîner une détresse respiratoire

✧ Quels sont les objectifs ?

- Libérer les voies aériennes si obstruction totale des voies aériennes avec la langue
- Ne pas laisser le patient sur le dos pour éviter l'inhalation

✧ Quelle prise en soins ?

- La position d'attente :
- Pas de contexte traumatique : tout sauf sur le dos (de côté, assis)
- La position de côté est pertinente car elle limite l'inhalation et facilite la surveillance de la respiration du patient
- Contexte traumatique : position latérale de sécurité à 2, afin de ne pas aggraver une potentielle lésion médullaire en mobilisant le patient
- Prendre les constantes (fréquence respiratoire, saturation, pouls, tension)
- Couvrir
- Transmettre au médecin

GESTES	JUSTIFICATIFS
A genoux à côté du tronc du patient	Pour être stable
Dégager le bras du côté du retournement et le plier	Créer un des trois points de stabilité (bras, tronc, genou) Le bras gêne la PLS s'il reste le long du corps
Saisir le bras opposé et ramener le dos de sa main contre son oreille du côté du retournement, paume contre paume. Maintenir la main	Accompagner la rotation de la tête en limitant les mouvements de la colonne cervicale. Inconscience=relâchement donc main retombe
Saisir le genou du côté opposé.	Créer un levier pour être stable
Se reculer Appuyer sur le genou, vers soi, en un seul mouvement jusqu'à ce que le genou touche le sol	Mouvement unique pour limiter les mouvements de la colonne
Enlever doucement la main contre l'oreille en maintenant le coude du patient	Pour limiter un mouvement du rachis cervical
Si besoin seulement, remonter la cuisse au sol à 90 °	Assurer la stabilité

★ Critères d'efficacité

- Le patient est stable sur le côté
- L'air passe sans obstacle : la poitrine se soulève régulièrement

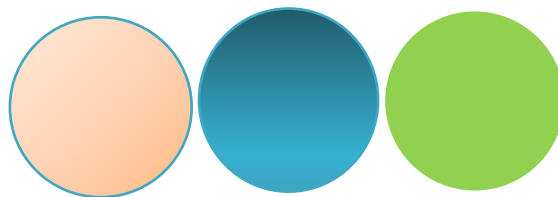
★ Cas particuliers

Traumatisme du membre supérieur ou inférieur : tourner du côté du traumatisme	Pour limiter la mobilisation du membre blessé et donc une lésion neuro vasculaire associée
Inconscient polytraumatisé : ne pas mobiliser et appeler le centre 15	Lésion fort probable du rachis Prise en charge rapide par le SMUR

Que retenir

Dès l'inconscience reconnue, ne pas laisser un patient sur le dos pour éviter l'inhalation
Dans un contexte traumatique, réaliser une position latérale de sécurité à 2
Surveiller la respiration +++

ARRÊT CARDIO RESPIRATOIRE ADULTE



✧ Comment reconnaître ?

- Pas de réponse verbale et motrice
- Respiration absente ou inefficace, GASP :
- En cas de doute considérer la respiration absente
- *NB : se méfier de tout épisode convulsif bref qui peut traduire un ACR*

✧ Quels sont les risques ?

- Décès par anoxie cérébrale
- Séquelles neurologiques irréversibles

✧ Quels sont les objectifs ?

- Assurer une **perfusion cérébrale** et myocardique optimale :
 - Réduire le temps sans massage cardiaque (no flow) - Améliorer le débit de perfusion tissulaire
 - Traiter le plus précocement possible une fibrillation ventriculaire éventuelle
 - Corriger l'hypoxémie : Optimiser la ventilation et protéger les voies aériennes

✧ Quelle prise en soins ?

Soins	Critères d'efficacité
appel à l'aide et alerte selon procédures de l'établissement	Alerte précoce avec kit main libre si possible identification exacte et précise du motif et de l'endroit
massage cardiaque immédiat	dès reconnaissance de l'ACR profondeur : 5 à 6 cm relâchement complet du thorax rythme : 100 à 120 compressions/décompressions par mn relayé toutes les 2 mn maximum interrompu moins de 10 secondes appui avec le talon de la main au milieu du sternum plan dur si possible
défibrillation précoce	dès disponibilité du défibrillateur adhérence et position correctes des électrodes pose des électrodes sans interrompre le massage cardiaque massage possible pendant le temps de charge l'arrêt du défibrillateur est une décision médicale
ventilation à l'insufflateur manuel	soulèvement du thorax visible progressive : 5 secondes pour 2 ventilations insufflateur sur oxygène à 15 litres 2 ventilations pour 30 massages (en équipe)

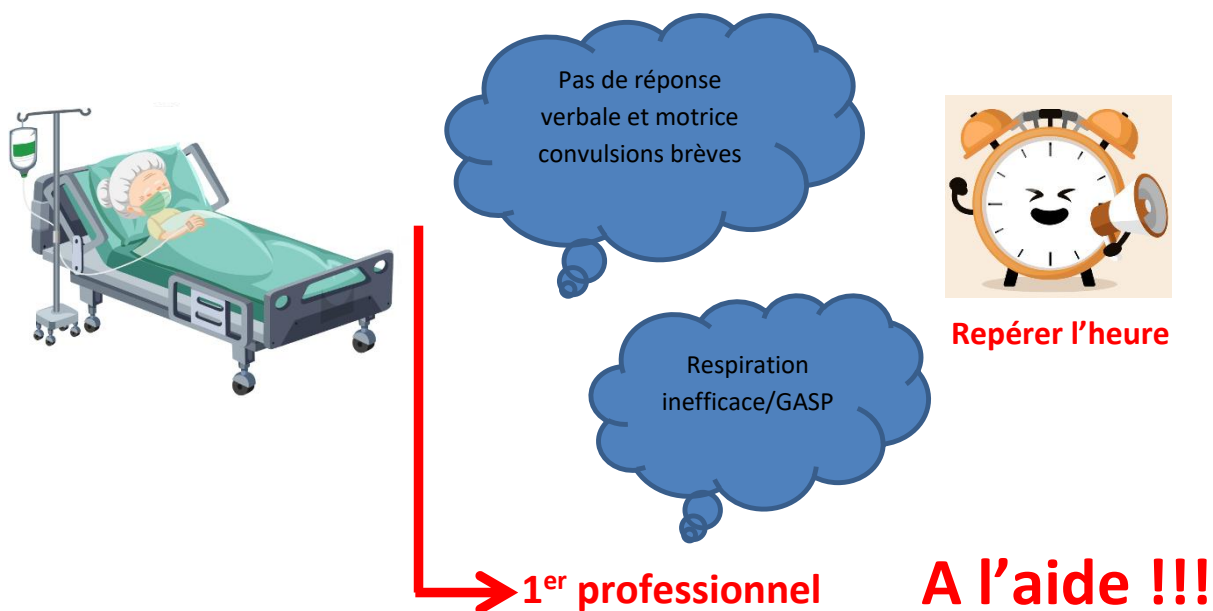
pose de VVP (si équipe en nombre)	facilement accessible avec robinet 3 voies si 2 échecs, indication de pose de dispositif intra-osseux
préparation de l'adrénaline et la cordarone (si équipe en nombre)	Adrénaline = Epinéphrine : 1mg/1ml, minimum 5 mL. en seringue étiquetée Posologie : 1 mg toutes les 3 à 5 mn sur prescription médicale Cordarone® (Amiodarone) : 2 ampoules de 150 mg en seringue étiquetée dans du Glucosé 5%
anticiper l'intubation	aspirateur à mucosités prêt espace de travail dégagé
traçabilité	heure de l'ACR, nombre d'analyses et/ou chocs, injections réalisées, durée de no flow et de low flow l'arrêt de la réanimation est une décision médicale

Que retenir

Devant un patient en ACR, il faut ALERTER, MASSER, DEFIBRILLER, VENTILER et ANTICIPER

La RCP en équipe nécessite la présence d'un leadership. PRIORISER LE MCE et les interruptions

Fiche de procédure ACR



Massage cardiaque externe immédiat

2^{ème} professionnel

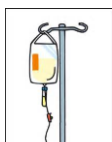


Alerte - Chariot d'urgence avec DSA et plan dur

L'équipe

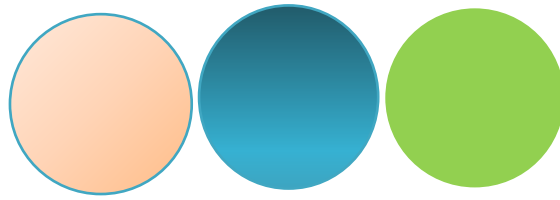


DSA, 30 MCE sur plan dur/2 ventilations (relais toutes les 2 mn) BAVU à 15l



Dès que possible VVP, aspiration préparer adrénaline (10mg/10ml)

ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE ENFANT



La plupart des arrêts cardiaques de l'enfant sont d'origine respiratoire.

✧ Comment reconnaître ?

- Pas de réponse verbale et motrice – Hypotonie chez le tout petit
- Respiration absente ou inefficace, GASP :
- En cas de doute considérer la respiration absente
- Se méfier de tout épisode convulsif qui peut traduire un ACR

✧ Quels sont les risques ?

- Décès par anoxie cérébrale
- Séquelles neurologiques irréversibles

✧ Quels sont les objectifs ?

- Assurer une perfusion cérébrale et myocardique optimale :
 - Corriger l'hypoxémie : débuter par 5 insufflations et poursuivre par une ventilation optimale
 - Réduire le temps sans massage cardiaque (no flow) - Améliorer le débit de perfusion tissulaire
 - Traiter le plus précocement possible une fibrillation ventriculaire éventuelle

✧ Quelle prise en soins ?

Soins	Critères d'efficacité
ventilation précoce	Dès reconnaissance : 5 ventilations de départ Soulèvement du thorax visible Idéalement avec insufflateur manuel si oxygène, débit selon la capacité de l'insufflateur (3 à 9 litres)
appel à l'aide et alerte selon procédures de l'établissement	Alerte précoce avec kit main libre si possible Si seul, 5 insufflations et 1 min de réanimation cardiopulmonaire avant d'alerter identification exacte et précise du motif et de l'endroit
massage cardiaque externe (MCE)	Profondeur : 1/3 du diamètre antéro-postérieur du thorax, soit : 4 cm chez l'enfant de moins de 1 an avec la pulpe de 2 doigts 5 cm chez l'enfant de plus de 1 an avec le talon de la main (2 mains possibles chez enfants corpulents ou sauveteurs de petit gabarit) Relâchement complet du thorax Rythme : 100 à 120 compressions/décompressions par mn Relayé toutes les 2 mn maximum Interrompu moins de 10 secondes Appui au milieu du sternum Plan dur si possible
ventilation	Progressive : 5 secondes pour 2 ventilations 2 ventilations pour 15 massages
défibrillation précoce	Dès disponibilité du défibrillateur Adhérence et position correctes des électrodes Idéalement, réducteur d'intensité pour les enfants de moins de 8 ans l'arrêt du défibrillateur est une décision médicale
pose de VVP (si équipe en nombre)	Facilement accessible avec robinet 3 voies si 2 échecs, indication de pose de dispositif intra-osseux
préparation de l'adrénaline et la cordarone (si équipe en nombre)	Adrénaline = Epinéphrine : concentration de 0,1mg/1ml soit 1 mg dans 10ml, seringue étiquetée Posologie : 10microg/kg toutes les 3-5 mn sur prescription médicale Cordarone® (Amiodarone) Posologie : 5mg/kg dans du Glucosé 5% sur prescription médicale

Que retenir

Devant un enfant en ACR, il faut VENTILER ALERTER, MASSER, DEFIBRILLER

Afin de pouvoir ventiler précocement avec un insufflateur manuel il est judicieux d'anticiper le matériel, si l'enfant présente des signes de détresse.

En cas de doute, il faut adopter la procédure adulte.

La RCP nécessite une communication et une organisation en équipe.

ACR ENFANT



Pas de réponse
verbale et motrice –
Hypotonie chez le
tout petit



Repérer l'heure

Respiration
absente ou
inefficace, GASP

1^{er} professionnel

A l'aide!!!



5 ventilations immédiates
(et 1 minute de RCP avant alerte si seul)

2^{ème} professionnel

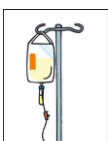


**Alerte – Amène Chariot d'urgence avec
Défibrillateur et plan dur**

L'équipe

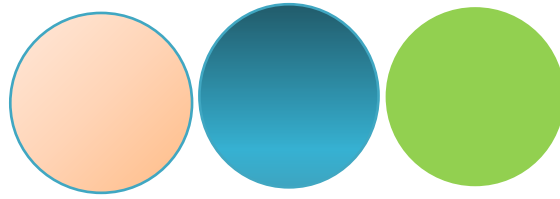


15 MCE /2 ventilations
Insufflateur, Fio2 = 100%
Défibrillateur



Dès que possible : VVP - aspiration
préparer adrénaline (1mg/10ml)

OBSTRUCTION TOTALE DES VOIES AÉRIENNES



✧ Comment reconnaître ?

- Circonstance : lors d'une prise alimentaire ou lorsque la personne a un objet en bouche
- Survenue brutale et soudaine
- Le patient est conscient
- Il ne respire pas, ne parle pas, ne tousse pas, ou la toux est inefficace
- Signes associés possibles : porte les mains à son cou, s'agite, montre sa bouche, est cyanosé

✧ Quels sont les risques ?

- Perte de connaissance
- Arrêt respiratoire suivi d'arrêt cardiaque
- Décès

✧ Quels sont les objectifs ?

- Mobiliser le corps étranger pour retrouver une ventilation même partielle et au mieux l'expulser

✧ Quelle prise en soins ?

- Expliquer et rassurer le patient
- 5 claques vigoureuses entre les 2 omoplates
- 5 compressions abdominales (Heimlich)
- Mesurer les paramètres vitaux
- Instaurer de l'oxygène si besoin

★ Critères d'efficacité

- Reprise de la respiration et / ou d'une toux efficace

★ Cas particuliers

- Femme enceinte, obèse : claques et compressions thoraciques
- Nourrisson de moins de 1 an : claque dorsales, compressions thoracique avec 2 doigts (mofensson)

*NB : Face à une **obstruction partielle** caractérisée par une toux efficace, rassurer le patient, l'encourager à tousser et attendre que la situation soit rétablie. Toute manœuvre dans ce cas pourrait aggraver la situation.*

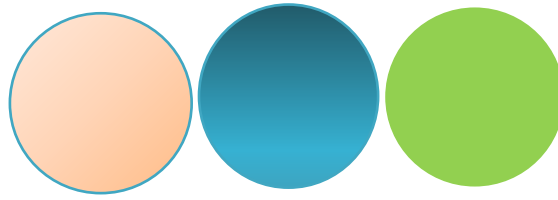


Que retenir

Appliquer les manœuvres de désobstruction uniquement en cas d'obstruction totale des VAS

Si perte de connaissance alerter et commencer une RCP

L'HÉMORRAGIE



✧ Comment reconnaître ?

Saignement abondant qui ne tarit pas

✧ Quels sont les risques ?

- Hypovolémie : désamorçage de la pompe cardiaque et arrêt cardiaque
- Hypothermie : participe à la triade létale avec coagulopathie et acidose
- Diminution du transport en oxygène : arrêt respiratoire puis arrêt cardiaque

✧ Quels sont les objectifs ?

- Se protéger du sang
- Stopper le saignement
- Réchauffer
- Apporter de l'oxygène
- Prévenir le malaise

✧ Quelle prise en soins ?

- Allonger le patient
- Compression manuelle directe avec mains protégées par des gants
- Tampon relais (tampon absorbant avec bande de crêpe par exemple) : afin de libérer le soignant
- Garrot tourniquet de fortune (si possible) : si les autres moyens non efficaces, si de nombreuses personnes à secourir (attentat), si plaie inaccessible, si multiples hémorragies. Dans ce cas noter l'heure de pose du garrot (ex : front du patient) et le laisser apparent
- Couvrir le patient : s'il est au sol bien l'isoler du sol
- Mesurer les paramètres vitaux
- Instaurer de l'oxygène si besoin
- En structure de soins, anticiper la médicalisation : pose de voie veineuse périphérique, recherche de carte de groupe et RAI, dossier patient

★ Critères d'efficacité

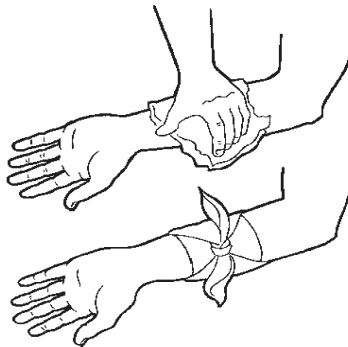
- Arrêt du saignement

★ Cas particuliers

- Epistaxis : pencher la tête en avant - Moucher pour évacuer TOUS les caillots - Compression bi digitale
- Hémorragie interne : Arrêt du saignement impossible avec les moyens classiques –Allonger en déclive si possible (lit) -Bilan vital - Surveillance-Alerte selon procédures
- Hémorragie extériorisée : mettre dans une position qui favorise l'écoulement du sang



Compression manuelle directe



Tampon relais



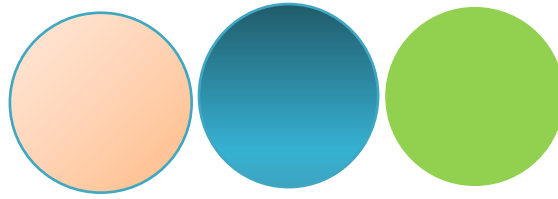
Garrot

Que retenir

Face à une hémorragie externe il faut :

- Allonger le patient**
- Arrêter l'hémorragie**
- Alerter**
- Anticiper la médicalisation**
- Couvrir**
- Surveiller les fonctions vitales**

MALAISE



✧ Comment reconnaître ?

- Sensation de « mal-être »
- Avec ou sans perte de connaissance initiale
- D'apparition progressive ou brutale
- De durée brève ou durable

✧ Quels sont les risques ?

- Évolution vers une détresse vitale

✧ Quels sont les objectifs ?

- Installer le patient au repos
- Recueillir les indices (bilan neurologique, respiratoire et cardiaque, constantes, histoire)
- Transmettre les informations à un médecin

✧ Quelle prise en soins ?

- Mettre le patient au repos dans la position adaptée
 - Assis
 - Allongé
 - Sur le côté
- Rechercher
 - Antécédent personnels et familiaux
 - Traitement en cours
 - Facteurs de risque (tabac, cholestérol...)
 - Histoire du malaise
- Réaliser un bilan clinique

Neurologie

- Conscience, agitation, somnolence
- Stimulable à la douleur (pression unguéale)
- Déficit neurologique (parole, vue, mobilité)



Respiratoire

- Fréquence respiratoire (FR) *valeurs normales 12 à 20 /mn **
- Saturation
- Bruits respiratoires (engorgement, sifflement)
- Capacité de parler, de finir ses phrases
- Cyanose



Cardiologie:

- Douleur thoracique
- Sueurs
- Fréquence cardiaque (FC) *valeurs normales 55-90/mn**
- Tension Artérielle (TA) *valeurs normales 100-140/50-80 mmHg**



- Transmettre au médecin le bilan à l'aide de la fiche SAED



S	Je décris la <u>Situation</u> actuelle concernant le patient : Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité Je vous appelle au sujet de : M. / Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité Car actuellement il présente : motif de l'appel Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.
A	J'indique les <u>antécédents</u> utiles, liés au contexte actuel : Le patient a été admis : date et motif de l'admission Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ... Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc. Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examen sont : labo, radio, etc. La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc. La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours
E	Je donne mon <u>évaluation</u> de l'état actuel du patient : Je pense que le problème est : ... J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc. Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet
D	Je formule ma <u>demande</u> (d'avis, de décision, etc.) : Je souhaiterais que : ... par exemple : Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ? ET Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?
RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit <u>reformuler</u> brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis <u>conclure</u> par <u>sa prise de décision</u>.	

Ce document est issu du guide HAS « Saed : ça aide à communiquer », téléchargeable sur www.has-sante.fr

Que retenir

Avant tout bilan, le patient doit être en position de repos et de sécurité.
Un malaise peut évoluer à tout moment vers une détresse vitale et nécessite une surveillance et une présence continue.
L'examen est systématique : évaluation neurologique, respiratoire, cardiaque et prise de constantes.
Il est toujours transmis à un médecin (exemple fiche SAED. HAS).

PRISE EN SOIN DES MALAISES

1 POSITION adaptée, de repos

2 BILAN IIRC: **Neuro:** conscience, agitation, somnolence, stimuable, déficit neurologique

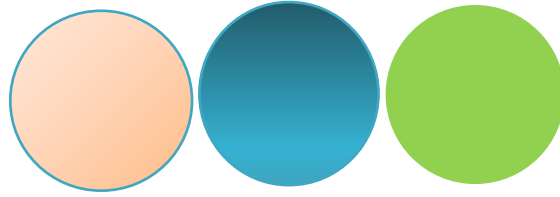
Respiratoire: fréquence respiratoire (normale 12 à 20 c/min) – saturation – cyanose - bruits respiratoires - capacité de finir les phrases

Cardio: douleur thoracique, fréquence cardiaque, tension artérielle, sueurs

3 TRANSMISSION AU MEDECIN: médecin du service de soins ou médecin du SAMU CENTRE 15

Malaise	Malaise Vagal	Hypoglycémie	Accident Vasculaire Cérébral	Infarctus du Myocarde	Convulsion
• Contexte: douloureux, stress, chaleur confinement, Signes annonciateurs (prodromes): ✓ Vertiges, nausées, bourdonnement d'oreilles, flou visuel ✓ +/- perte de connaissance toujours brève et réversible ✓ Bradycardie ✓ Hypotension	• Contexte: principalement le patient DID: ✓ qui a pris son insuline mais n'a pas mangé suffisamment ✓ qui a consommé son sucre (effort intense, fièvre...) ✓ qui a fait une erreur d'injection (trop d'insuline) • Signes: ✓ Sueurs ✓ Troubles de la conscience: ❖ agitation ❖ somnolence, puis coma ✓ Coma irréversible si le patient n'est pas resuscité	• Contexte: SOUDAIN • Signes: ✓ Perte ou baisse de la vue brutale en particulier dans un seul œil ✓ Vertiges, chutes, trouble de l'équilibre ✓ Perte de la parole, difficulté de langage, difficulté de compréhension ✓ Faiblesse, engourdissement, paralysie du visage, d'un bras, d'une jambe	• Contexte: Tabac, HTA, diabète, poids antécédent personnel ou familial d'IDM • Signes typiques: Douleur oppressante, rétro sternale +/- irradiation dans la mâchoire, dans le bras gauche +/- SUEURS • Signes atypiques - Épigastriques, nausées - Absence de douleur chez le diabétique - La femme: épuisement, essoufflement, nausées	• Contexte: ✓ Epilepsie ✓ Fièvre ✓ Traumatisme crânien ✓ Éthylisme, toxicomanie • Signes: ✓ Phase tonique: inconscience, morsure de langue, perte d'urine, convulsion ✓ Phase stertoreuse: inconscient, flasque, respiration bruyante ✓ Phase post-critique: 10 min, amnésie, désorientation	- Risques liés à l'inconscience Inhalation, OTVA, A respi, ACR - Lésions liées à la chute - Evolution vers état de mal - Repos absolu et surveillance continue jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale spécialisée - Appel médical immédiat - Activation de la filière douleur thoracique par le SAMU C15 +/- ECG
Risques Lésions liées à la chute: Plaie, traumatisme osseux ou crânien	Risques liés à l'inconscience: Inhalation et OTVA Puis Arrêt respiratoire Puis Arrêt cardiaque et Décès • +/- glycémie capillaire • Resuscitation ✓ si le patient le demande: lui donner sucres rapides et lents ✓ Dans tous les autres cas: PM ✓ Si troubles de la conscience: glucose en IV avec PM Rq: le protocole de service signé et l' avis enregistré du médecin C15 ont valeur de PM (prescription médicale) • Avis médical pour: ✓ recherche cause de l'hypoglycémie ✓ Adaptation secondaire de l'insuline	Risques liés à l'inconscience: Inhalation et OTVA Puis Arrêt respiratoire Puis Arrêt cardiaque et Décès • +/- glycémie capillaire • Resuscitation ✓ si le patient le demande: lui donner sucres rapides et lents ✓ Dans tous les autres cas: PM ✓ Si troubles de la conscience: glucose en IV avec PM Rq: le protocole de service signé et l' avis enregistré du médecin C15 ont valeur de PM (prescription médicale) • Avis médical pour: ✓ recherche cause de l'hypoglycémie ✓ Adaptation secondaire de l'insuline	Risques liés à l'inconscience: Inhalation, OTVA, A respi, ACR - Lésions liées à la chute - Evolution vers état de mal - Repos absolu et surveillance continue jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale spécialisée - Appel médical immédiat - Activation de la filière douleur thoracique par le SAMU C15 +/- ECG	Risques liés à l'inconscience: Inhalation, OTVA, A respi, ACR - Lésions liées à la chute - Evolution vers état de mal - Repos absolu et surveillance continue jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale spécialisée - Appel médical immédiat - Activation de la filière douleur thoracique par le SAMU C15 +/- ECG	- Risques liés à l'inconscience Inhalation, OTVA, A respi, ACR - Lésions liées à la chute - Evolution vers état de mal - Repos absolu et surveillance continue jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale spécialisée - Appel médical immédiat - Activation de la filière douleur thoracique par le SAMU C15 +/- ECG

PLAIES GRAVES



✧ Comment reconnaître ?

- Interruption de la continuité des tissus
- Existence de signes de détresse vitale (NRC)
- Plaie pénétrante (risque de lésion sous-jacente profonde)
- Plaie délabrante (perte de substance)
- Siège de la plaie : abdomen, cou, thorax, crâne / face / racine des membres, mains
- Signes d'ischémie de membre : douleur / froid / coloration / disparition des pouls
- Lésion nerveuse

✧ Quels sont les risques ?

- Lésion sous-jacente : vaisseaux, nerfs, organes
- Risque infectieux

✧ Quels sont les objectifs ?

- Évaluer et reconnaître des signes de gravité
- Prévenir l'infection

✧ Quelle prise en soins ?

- Bilan des fonctions vitales (neurologique, respiratoire et circulatoire)
- Évaluation de la plaie
- Position de repos
- Avis médical
- Surveillance
- Lavage de la plaie (pourra être réalisé avec de l'eau du robinet)
- S'enquérir si possible de la vaccination antitétanique
- Couvrir la plaie (idéalement recouverte avec un pansement stérile et au moins avec un linge propre)
- Anticiper la médicalisation selon compétence (ex : VVP, oxygène selon le cas...)

★ Cas particuliers

Amputation de membre

- Réimplantation de membre possible
- Récupération du membre ou la partie de membre sectionnée
- Conservation dans le froid : pas de contact direct entre le membre et la glace

Corps étranger dans la plaie :

- Ne pas toucher au corps étranger
- Demander un avis médical

Avulsion dentaire avec racine

- Réimplantation possible
- Récupération de la dent lésée
- Conservation dans un liquide biologique (Sérum salé isotonique, lait)
- Orientation du patient selon avis médical

Plaies oculaires :

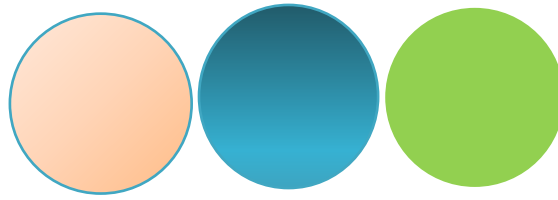
- Allonger le patient
- Eviter les mouvements de la tête
- Fermeture des paupières

Localisation de la lésion	Position d'attente	
Abdomen	Allongé jambes repliées	
Thorax	Demi-assis	
Oculaire	Position allongée Yeux recouverts	
Crâne	Position allongée avec maintien tête si suspicion lésion cervicale	

Que retenir

Face à une plaie grave, il faut écarter une détresse vitale qui imposerait en 1^{er} lieu des gestes de secours. Mettre le patient dans une position d'attente adaptée, le rassurer et anticiper la médicalisation selon les possibilités

BRÛLURES GRAVES



✧ Comment reconnaître ?

- Lésion cutanée liée à un phénomène thermique, électrique ou chimique
- Signes de détresse vitale (Neurologique Respiratoire Cardiaque)
- Profondeur : 1^{er} degré, 2^e degré, 3^e degré
- Surface (Gravité = 2^e degré à 20 % chez un adulte ; 10 % chez un enfant > 5 ans ; 5% chez un enfant < 5 ans)
- Localisation (face, cou, mains, pieds, périnée, plis de flexion) - Circulaire
- Étiologie (électrique, chimique)
- Antécédents / Terrain (tares préexistantes, enfants, personnes 60 ans)
- Intoxication associée (CO, cyanures...)
- Lésions associées (traumatismes Blast)

✧ Quels sont les risques ?

- Atteinte des voies aériennes
- Hypovolémie
- Hypothermie
- Infection

✧ Quels sont les objectifs ?

- Limiter l'extension de la brûlure en surface et en profondeur
- Surveillance des voies aériennes
- Surveillance de l'état volémique
- Lutte contre l'hypothermie
- Prévention de l'infection

✧ Quelle prise en soins ?

Évaluation de la profondeur

1 ^{er} degré	Érythème
2 ^e degré	Phlyctène
3 ^e degré	Lésion cartonnée, indolore

Évaluation de la surface

- Pourcentage de surface corporelle totale brûlée aux 2^e et 3^e degrés (on ne compte pas le 1^{er} degré).
- Règle de calcul : 1 main du patient = 1% de sa surface corporelle ou échelle de Wallace

BRÛLURE GRAVE (*Gravité = 2ème degré à 20 % chez un adulte ; 10 % chez un enfant > 5 ans ; 5% chez un enfant < 5 ans*)

- Surveillance des fonctions vitales
- Couvrir la brûlure avec un linge propre
- Couvrir le patient - Lutte active contre l'hypothermie
- Scoper et surveiller le patient pendant 24h

PAS DE SIGNE DE GRAVITÉ

- Cooling immédiatement : eau tiède - plusieurs minutes - Faire ruisseler en amont
- Couvrir la brûlure avec un linge propre

★ **Critères d'efficacité**

- Le cooling de la brûlure ne doit pas entraîner une hypothermie

★ **Cas particuliers**

Brûlures électriques

- Effets généraux immédiats : fibrillation ventriculaire, asystole, troubles du rythme, arrêt respiratoire, nécrose, convulsion, acidose lactique, fracture, luxation...
- Effets locaux : brûlures allant jusqu'au troisième degré (points d'entrée et de sortie du courant)

Brûlures chimiques

Dépend de l'agent incriminé, à rechercher en pré-hospitalier. Plusieurs cas de figure possibles

En cas de contact cutané :

- Priorité au lavage de la brûlure jusqu'à avis médical.
- Enlever les vêtements sauf si collés au niveau de la brûlure.

En cas d'ingestion :

- Ne pas faire vomir (risque d'inhalation, de deuxième passage)
- Ne pas faire boire
- Bilan vital
- Avis médical
- Surveillance

En cas de brûlure oculaire

- Rinçage abondant

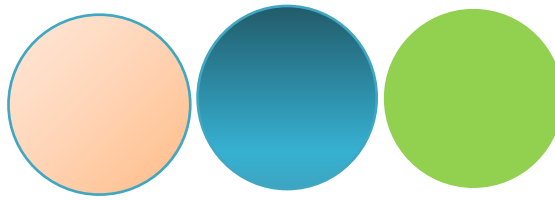
En cas d'inhalation

- Se soustraire de l'ambiance contaminée
- Position demi-assis (risque de détresse respiratoire)

Que retenir

Face à une brûlure thermique, le cooling est à réaliser sur une brûlure sans critère de gravité, afin de limiter le risque d'hypothermie qui serait plus délétère

TRAUMATISME OSSEUX



✧ Comment reconnaître ?

- Déformation.
- Douleur, hématome, œdème.
- Impotence fonctionnelle.
- Fracture ouverte / fermée.
- Plaie cuir chevelu.

✧ Quels sont les risques ?

- Hémorragie.
- Infection.
- Séquelles motrice / sensitive / vasculaire.
- Paraplégie / tétraplégie.

✧ Quels sont les objectifs ?

- Évaluer la douleur / la motricité / la sensibilité.
- Immobiliser en attendant des renforts.
- Éviter le déplacement / l'aggravation des lésions.
- Limiter l'infection.
- Surveiller les fonctions vitales.

✧ Quelle prise en soins ?

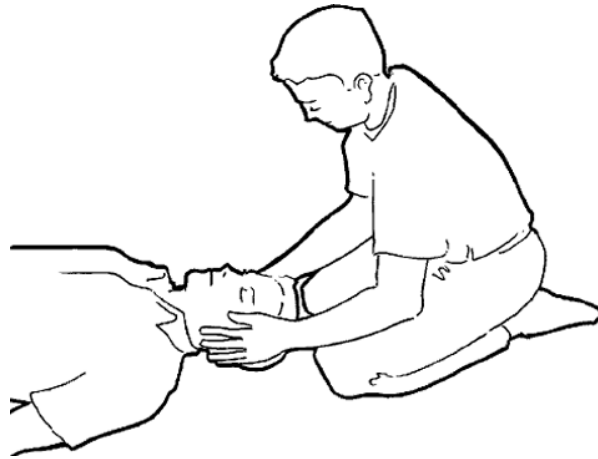
- Maintien tête avec respect axe tête-cou- tronc
- Pose collier cervical si disponible
- Écharpe / Contre-écharpe
- Pose attelle à dépression, matelas immobilisateur à dépression, si disponible
- Aide au relevage / brancardage
- Surveillance paramètres vitaux
- Echelle de douleur

★ Critères d'efficacité

- Diminution de la douleur
- Absence d'aggravation des lésions

★ Cas particuliers

- Retirer les bijoux
- Dégagement d'urgence en cas de danger immédiat et incontrôlable



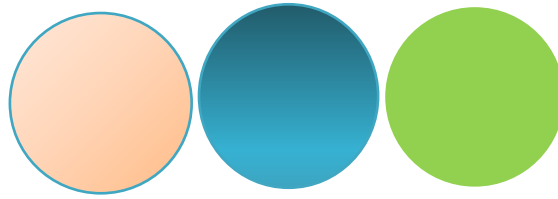
Que retenir

Maintien de l'axe tête-cou-tronc

Immobilisation des lésions réduit la douleur et le risque d'aggravation

Ne jamais mobiliser avant une évaluation

ACCOUCHEMENT INOPINÉ



✧ Comment reconnaître et anticiper les difficultés prévisibles ?

- Anamnèse sur dires de la mère ou famille : terme, parité, suivi, dernier examen, état du col, présentation, grossesse multiple, placenta bas inséré ou placenta prævia, macrosomie
- Interrogation des antécédents :
 - Obstétricaux : taille du bassin / césarienne programmée / accouchement précédents (avant terme, rapide)
 - Personnels : diabète, troubles de coagulation

✧ Quels sont les risques ?

- Dystocies
- Placenta Prævia
- Circulaire du cordon
- Hémorragie de la délivrance
- Détresse du nouveau-né

✧ Quels sont les objectifs ?

- Identifier l'imminence de l'accouchement
- Installer la mère
- Préparer l'accueil du nouveau-né

✧ Quelle prise en soins ?

Identifier l'imminence de l'accouchement (score de BOURBON MALINAS) et ALERTER

- Contractions : fréquence et durée
- Rupture de la poche des eaux (interroger sur la couleur si rompue)
- Parité
- Durée depuis le début des contractions rythmées (le travail)

L'envie de pousser (qui ne fait pas partie du score de Malinas) est un critère d'imminence à prendre en compte

Installer la mère

Au milieu du lit, à plat dos, genoux fléchis, talons contre les fesses et bassin surélevé

Préparer l'arrivée du nouveau-né

Chaine du chaud (température du lieu, bonnet, alèzes chaudes, moyen de séchage)
Clamps de Barr (x2) ou autres moyens de clampage (ex : pinces à clamper)
Sondes d'aspirations
Blouse de soins et gants

Guider le déroulement de l'accouchement

Laisser faire
Ne faire pousser que pendant le temps de la contraction en général 3 efforts puis souffler
Tête à la vulve : freiner la progression avec la main pour éviter une déchirure
Laisser descendre pour passer la première épaule
Remonter pour la deuxième épaule

Prendre en soins le nouveau-né

Clamper le cordon si moyen disponibles : attendre au moins 60 secondes
Sécher par tamponnement
Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et le couvrir de linge chaud et sec
Mettre le bonnet
Aspirer en bouche délicatement si besoin
Évaluer la vitalité du nouveau-né : tonus, respiration, couleur, réactivité, fréquence cardiaque (score d'APGAR)

Surveiller la délivrance et prendre en soins la mère

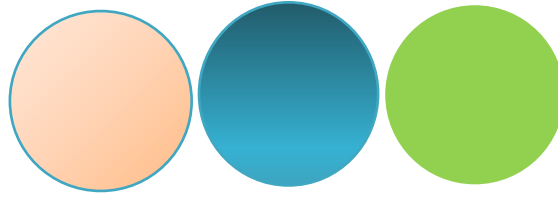
Expulsion du placenta dans les 30 mn
Noter l'abondance du saignement
Récupérer le placenta si l'expulsion se fait avant l'arrivée des renforts
Surveiller les paramètres de la mère

Que retenir

**L'accouchement hors structure est rare, les complications encore plus
mais... si l'accouchement arrive**

**Il faut savoir : reconnaître l'imminence de l'accouchement, installer la
parturiente, guider l'accouchement et accueillir le nouveau-né**

RELEVAGE



✧ Quels sont les risques ?

- Aggravation de lésions traumatiques, en particulier de la colonne vertébrale du patient relevé
- Blessure du soignant par non-respect des mesures d'ergonomie

✧ Quels sont les objectifs ?

- Installation de la personne sur un moyen de transport ou dans un lit
- Respect de l'axe TCT du patient si suspicion de traumatisme du rachis
- Respect des règles d'ergonomie

✧ Quelle prise en soins ?

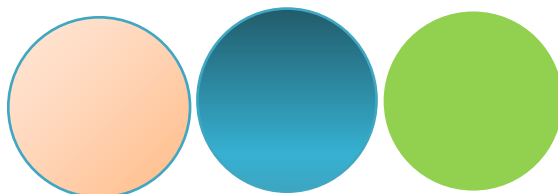
Personne au sol :

- Évaluer les fonctions vitales
- Déterminer les circonstances de la chute
- Examiner la personne
- Rechercher les lésions traumatiques
- Il existe plusieurs types de relevage, selon le nombre de soignants et de l'état du patient.
- Manœuvre coordonnée
- Respect des règles d'ergonomie
- Utilisation du matériel de relevage à disposition

Que retenir

Ne jamais relever un patient qui a chuté, sans réaliser au préalable un bilan complet à la recherche de lésions. En cas de suspicion de lésions, le relevage à plusieurs soignants s'impose.

SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES



✧ Comment reconnaître ?

La Situation Sanitaire est Exceptionnelle en raison :

- du nombre de victimes
- de son origine : Naturelle / Technologique / Sanitaire / Socio-politique

✧ Quels sont les risques ?

- Pertes humaines / pertes matérielles
- Conséquences écologiques / économiques
- Désorganisation du système de santé

✧ Quels sont les objectifs ?

- Anticiper
- Se préparer

✧ Quels moyens ?

- Rédactions de plans
- Exercices d'entraînement avec retour d'expérience
- Sensibilisation des populations

Organisation des plans d'exception en France

Échelon national	Ministère de l'intérieur	Ministère de la santé
Type de plan	Organisation de la réponse de la sécurité civile ORSEC	Organisation de la réponse sanitaire ORSAN
Échelon zonal	Préfet de zone	Agence Régionale de Santé de zone Établissement de santé de référence
Échelon départemental	Préfet	Agence Régionale de Santé départementale Établissement de santé siège de SAMU
Moyens	Pompiers Forces de l'ordre	SAMU Établissements de santé

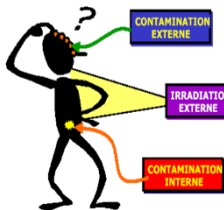
Différents plans ORSEC	Différents plans ORSAN
ORSEC nombreuses victimes (ORSEC NOVI) ORSEC hébergement ORSEC décès massifs ORSEC inondation ORSEC cyclone ORSEC autoroute ORSEC accifer ...	ORSAN AMAVI : assurer la prise en charge dans le système de santé de nombreuses victimes (blessés somatiques) ORSAN EPICLIM : assurer la prise en charge des patients en situation d'épidémies saisonnières ou de phénomènes climatiques ORSAN REB : assurer la prise en charge dans le système de santé des patients présentant une maladie infectieuse transmissible (enrayer rapidement un risque épidémique ou de ralentir son introduction sur le territoire) ORSAN NRC : prise en charge d'un risque NRC ORSAN Médico-psychologique : assurer la prise en charge de nombreuses victimes (blessés psychiques)

Plan blanc

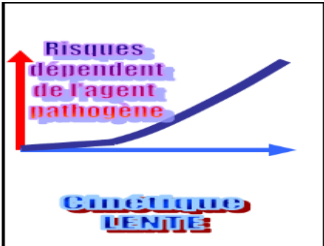
Reconnaître	Gestion d'un afflux massif de victimes ou d'une Situation Sanitaire Exceptionnelle <u>au sein de l'établissement de Santé</u>
Risques	Désorganisation de l'établissement de santé
Acteurs	Directeur général de l'hôpital SAMU - Services d'urgences - Ensemble des ressources de l'établissement
Objectifs	Anticiper et se préparer pour faire face à toute situation
Moyens	• Alerte du SAMU - Envoi du SMUR • Déclenchement par le Directeur Général de l'établissement • Mise en place de la cellule de crise • Rappel du personnel - Déprogrammation, réorganisation de l'activité médicale • Orientation des victimes par le centre 15 • Recensement par le système SIVIC • Accueil des victimes - Transferts éventuels • Bilan final : UA, UR, impliqués, décédés • Débriefing

1. ISOLER / RASSEMBLER
2. PROTÉGER LES SOIGNANTS
3. DÉCONTAMINER LES PATIENTS

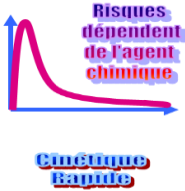
Risque NR

Reconnaître	Nucléaire : 	Radiologique : 
Mode de contamination	Individuel 	
	Eau Air Alimentaire Population	
Risque	Irradié par rayonnement	Contaminé par poussières radioactives
Objectifs	Limiter l'irradiation	Décontaminer puis prendre en charge de façon classique
Moyen	<u>Population :</u>  <u>Soignants :</u> PAS DE TENUE PARTICULIÈRE Un irradié n'irradie pas	<u>Population :</u>  <u>Soignants :</u> Tenue adaptée :  Prise en charge spécifique : 1. Isoler par film protecteur 2. Déshabiller 3. Stocker effets personnels 4. Douche corps et cheveux 5. Séchage 6. Dosimètre Puis : Service conventionnel

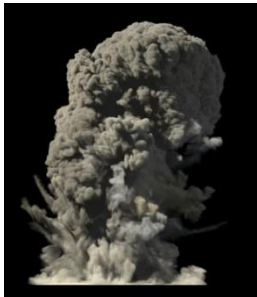
Risque Biologique

Reconnaître	  VARIOLE 
Mode de contamination	Selon l'agent pathogène :  
Risque	
Objectifs	Limitar la contamination
Moyen	<u>Population :</u>    (selon l'agent pathogène) <u>Soignants :</u>  

Risque chimique

Reconnaître	 
Mode de contamination	  Par vapeurs Par liquides
Risque	
Objectifs	Limiters la contamination
Moyen	Population :  Soignants : Tenue spécifique   Prise en charge spécifique 1. Déshabiller - Stocker effets personnels 2. Douche corps et cheveux 3. Séchage  

Risque explosif

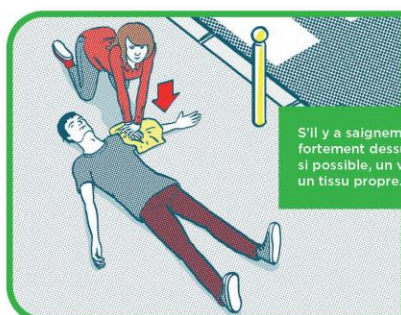
Reconnaître ?	 
Mode de contamination	Onde de Pression (blast)
Risque	<u>Blast</u> : lésions internes ; tympan, poumon, larynx, intestins, ... <u>Secondaire</u> : Plaies, brûlures, traumatismes osseux, Intoxications par fumée d'incendie
Objectifs	Limitier les risques de lésions
Moyen	<u>Population</u> :  <u>Soignant</u> : PAS DE TENUE PARTICULIERE ! Un patient blessé par explosion n'est pas dangereux pour autrui 

RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS, CES COMPORTEMENTS PEUVENT SAUVER DES VIES.

LES GESTES D'URGENCE

SI QUELQU'UN A ÉTÉ BLESSÉ AUTOUR DE VOUS



S'il y a saignement, appuyez fortement dessus en utilisant, si possible, un vêtement ou un tissu propre.



Posez un garrot si vous ne parvenez pas à stopper le saignement abondant d'un membre :
+ faites un nœud coulissant entre la plaie et la racine du membre concerné à l'aide d'une écharpe, cravate ou ceinture ;
+ serrez jusqu'à l'arrêt du saignement et veillez à ce que cela ne se desserre pas.



Dans tous les cas, aidez la personne à s'installer dans la position dans laquelle elle se sent le mieux. Pour la protéger du froid, couvrez-la avec un vêtement chaud.

Si la plaie est sur le thorax : mettez-la en position assise ou semi assise.



Pour une plaie au ventre : mettez-la en position allongée sur le dos.



Si la personne est inconsciente ou perd connaissance, tournez-la sur le côté, comme si elle dormait en chien de fusil, en position latérale de sécurité (PLS).



Faites en sorte qu'elle puisse respirer correctement.

PUIS APPELEZ LES SECOURS : **15 SAMU 18 POMPIERS 112 N° EUROPÉEN 114**



PRÉVENTION

Avant l'arrivée des secours, quelques réflexes peuvent sauver des vies. Formez-vous aux gestes d'urgence.
RDV sur <https://www.interieur.gouv.fr/A-votre-service/Ma-securite/Les-gestes-qui-sauvent>



RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

AVANT L'ARRIVÉE DES FORCES DE L'ORDRE, CES COMPORTEMENTS PEUVENT VOUS SAUVER

1/ S'ÉCHAPPER

si c'est impossible

2/ SE CACHER



3/ ALERTER

ET OBÉIR AUX FORCES DE L'ORDRE



VIGILANCE

- Témoin d'une situation ou d'un comportement suspect, vous devez contacter les forces de l'ordre (17 ou 112)
- Quand vous entrez dans un lieu, repérez les **sorties de secours**
- Ne diffusez aucune information sur l'intervention des forces de l'ordre
- Ne diffusez pas de rumeurs ou d'informations non vérifiées sur Internet et les réseaux sociaux
- Sur les réseaux sociaux, suivez les comptes @Place_Beaurevoir et @gouvernementfr



Pour en savoir plus :
www.encasdattaque.gouv.fr



QUE FAIRE EN CAS D'EXPOSITION À UN GAZ TOXIQUE

AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS, CES COMPORTEMENTS PEUVENT VOUS SAUVER LA VIE...

1 Protégez votre nez et votre bouche par tous les moyens possibles : mouchoir, foulard ou tissu humides



2 Même si vous vous sentez mal, ne vous allongez pas, ne vous asseyez pas, vous pourriez ne plus vous relever.



3 Quittez rapidement les lieux semblant présenter un danger (si odeur anormale, si des personnes larment ou font des malaises...)



4 Si vous apercevez des gens en train de s'évanouir ou de suffoquer, aidez-les à sortir de la zone sans revenir sur vos pas.



5 Une fois à distance et à l'abri, retirez délicatement votre première couche de vêtements, sans en toucher l'extérieur et cherchez à les isoler, si possible dans un sac plastique (type sac poubelle) ou sinon les mettre au sol à distance de soi et les indiquer à l'arrivée des secours. Si vous le pouvez déshabillez-vous complètement et lavez-vous les mains à l'eau et au savon.



6 Utilisez votre portable uniquement pour alerter les secours en précisant votre emplacement et s'il faut intervenir rapidement sur un cas grave.
Pompiers : 18 ou 112
SAMU : 15

18
112
15
114



7 Ne rentrez surtout pas chez vous. Ne vous rendez pas de vous-même à l'hôpital. Attendez impérativement les secours et suivez leurs consignes, vous risqueriez de contaminer vos proches !



8 Les services de secours organisent un point de rassemblement ou des soins vous seront donnés.



9 Ne serrez pas les mains, ne buvez pas, évitez de vous frotter le visage, ne mangez pas, ne fumez pas.



RESTEZ CALME, VOUS FACILITerez L'ORGANISATION DES SECOURS ET DES SOINS.



ATTENTION !

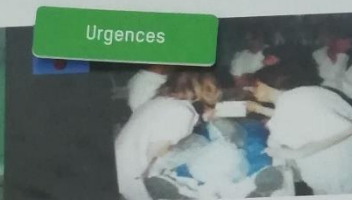
Certains symptômes graves peuvent survenir plusieurs heures après l'intoxication.
Dans ce cas, appelez sans tarder le 15, rappelez que vous êtes dans la zone toxique et suivez les consignes que l'on vous donnera.
Sur les réseaux sociaux, suivez les comptes @Place_Beauvau et @gouvernementfr
Restez à l'écoute des consignes des autorités publiques.



Blocs opératoires



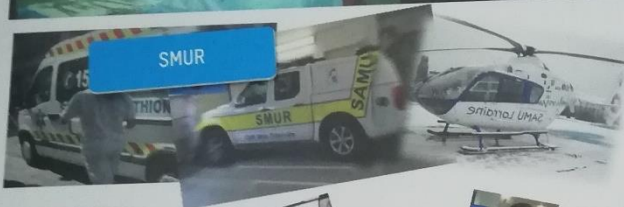
Urgences



Services de soins



SMUR



Autorités



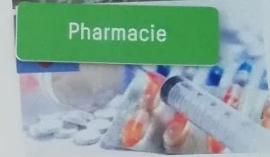
Imagerie



Réanimations



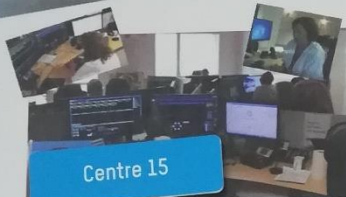
Pharmacie



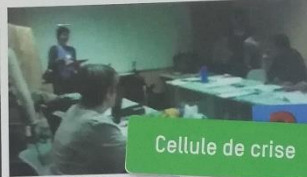
Médias



Centre 15



Cellule de crise

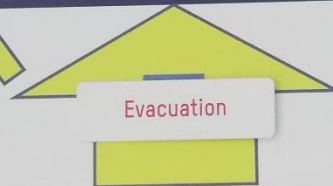


Autres établissements de santé



HÔPITAL

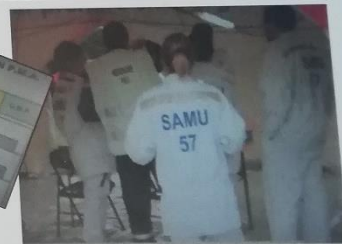
Evacuation



UA

UR

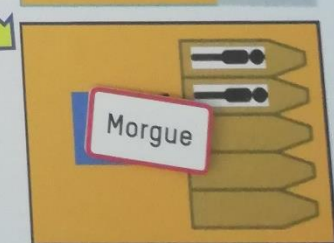
TRI



UMP



Morgue



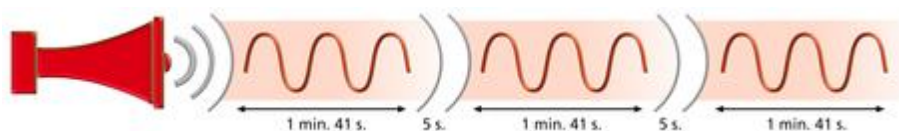
Noria de ramassage



Lieu de la catastrophe



Le signal national d'alerte se compose d'un son modulé, montant et descendant, de trois séquences d'une minute et quarante et une secondes, séparées par un intervalle de cinq secondes.



Que retenir

Lors d'une alerte aux populations

Rester confiné (fenêtres et volets fermés)

- ✓ A son domicile jusqu'à entendre les consignes
- ✓ Dans son service si décontamination en cours dans son établissement

- ✓ Ne pas consommer d'eau du robinet
- ✓ Ne pas fumer
- ✓ Ne pas aller chercher les enfants à l'école
- ✓ Se tenir informé par radio
- ✓ Se munir d'une lampe de poche
- ✓ La décontamination sera assurée uniquement par le personnel de l'équipe dédiée qui fait régulièrement des exercices de simulation

CESU 88

Sous la direction du docteur François-Xavier MORONVAL

CESU 57

Sous la direction du docteur Camille DIB

CESU 55

Sous la direction du docteur Marion DEMANGEON

CESU 54

Sous la direction du docteur Claude VAROQUI

Date de dernière révision : le 16/12/2021

Crédits photos : CHRU de Nancy, Pixabay, Pexel, vecteezy