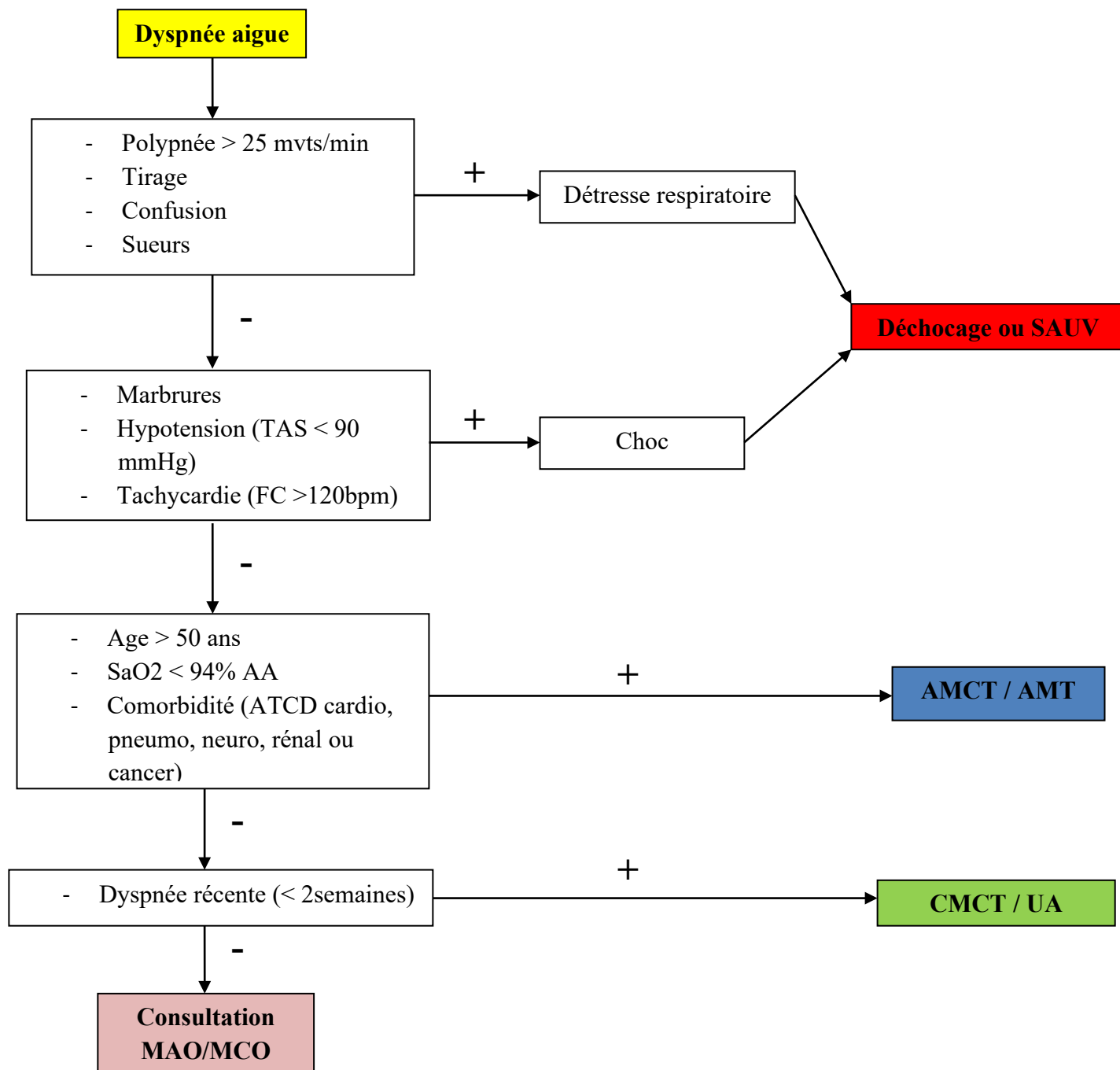


Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Dyspnée aigue	Version : 1 Date d'application : 06/2019

I. OBJET DU DOCUMENT : Dyspnée aigue

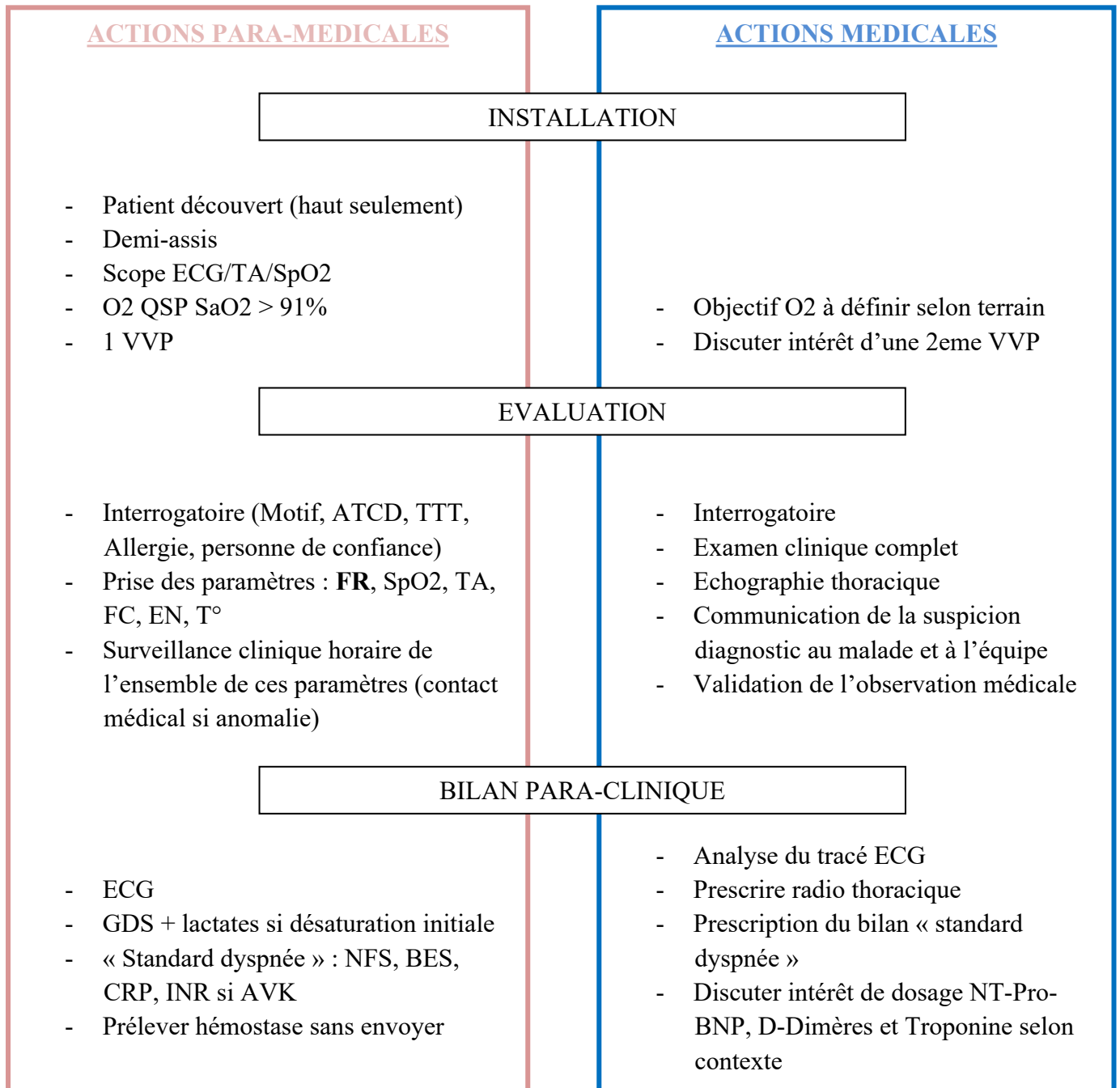
1. Orientation en secteur de soin



Rédigé par : Dr BALEN F.
 Vérifié par : Pr LAUQUE D.
 Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Dyspnée aigue	Version : 1 Date d'application : 06/2019

2. Check-List du patient orienté à l'AMCT/AMT



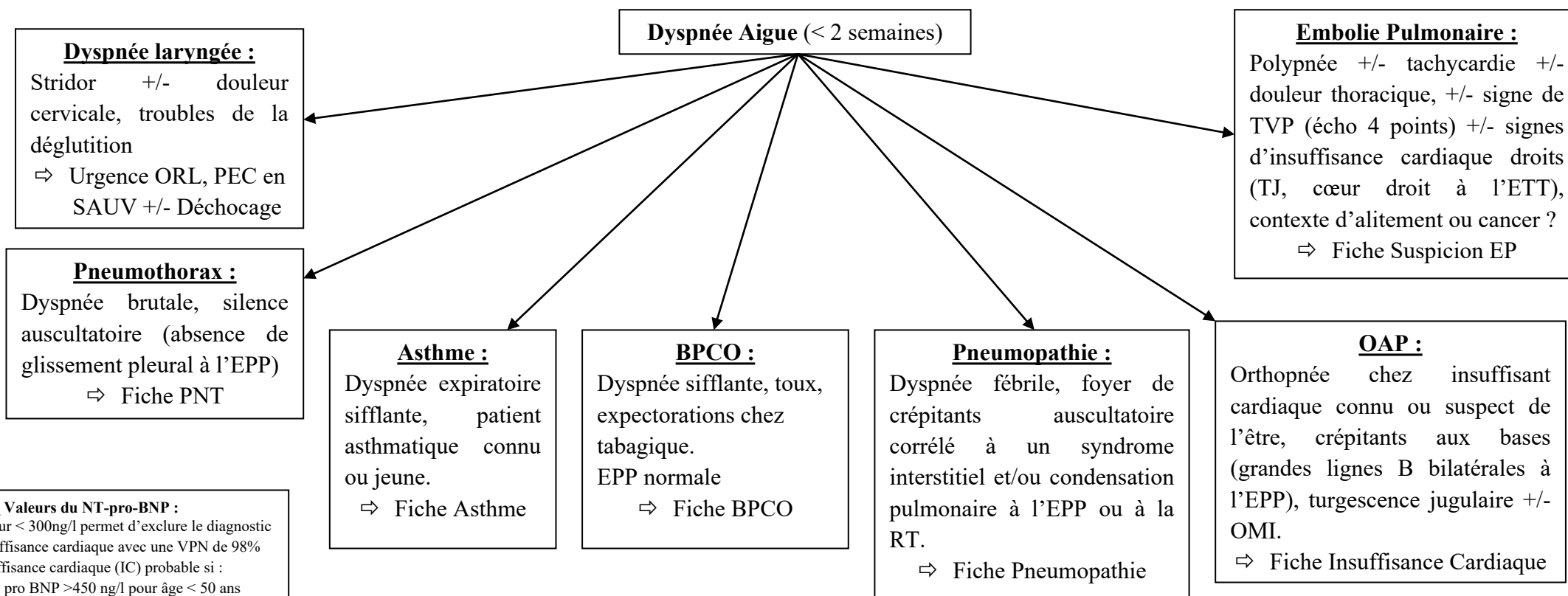
Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Pr LAUQUE D.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Dyspnée aigue	Version : 1 Date d'application : 06/2019

3. Aide à l'orientation étiologique



Note : Valeurs du NT-pro-BNP :
 - Valeur < 300ng/l permet d'exclure le diagnostic d'insuffisance cardiaque avec une VPN de 98%
 - Insuffisance cardiaque (IC) probable si :
 * NT pro BNP >450 ng/l pour âge < 50 ans
 * NT pro BNP >900ng/l pour âge compris entre 50-75 ans
 * NT pro BNP > 1800ng/l pour âge >75 ans
 * NT pro BNP >1200ng/l si IR sévère (DFG < 30 ml/min)

Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Dyspnée aigue	Version :1 Date d'application : 06/2019

4. Orientation après prise en charge initiale – A titre indicatif.

Hub (AMT) / AMCT : Bilan initial, le malade peut être orienté vers un autre secteur si $O_2 < 10L/min$ après évaluation médicale séniorisée.

SAUV / Zone Chaude : Si aggravation du malade (cf critères en 1.), nécessité de VNI ou oxygénorequérance majeure.

Zone Orange (AMT) / AMCT : Scopé en attente des examens complémentaires, de la réponse aux thérapeutiques et orientation post SU, si $O_2 > 4L/min$ et/ou $FR > 20$.

Zone Verte (AMT) / Zone de surveillance (AMCT): Non scopé, en attente des examens complémentaires, de la réponse aux thérapeutiques et orientation post SU, si $O_2 < 4L/min$, $FR < 20$ et absence de trouble de la vigilance.

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Rangueil et Purpan.

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin OU A entreprendre X IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, X IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version		Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2021

Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Pr LAUQUE D.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.