



Formation premier répondant

Module 11

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Introduction

- ✚ Transmettre les informations de manière adéquate n'est pas chose facile.
- ✚ L'approche systématique lors de la collecte des données peut faciliter le processus menant à une transmission optimale de l'information.

Méthode de collecte de données

O : Onset (Début)	Les signes et symptômes ont débuté de quelle façon ? Où ? Quel a été le premier signe ?	S : Signs and symptoms (Signes et symptômes)	Quels signes et symptômes la victime présente-t-elle ?
P : Provocation (Provocation)	Qu'est-ce qui a provoqué les signes et symptômes ?	A : Allergies (Allergies)	La victime est-elle allergique à des médicaments ?
Q : Quality (Qualité)	Comment la victime caractérise ses signes et symptômes ?	M : Medications (Médications)	Quel(s) médicament(s) prend la victime ?
R : Radiation (Irradiation)	Les signes et symptômes irradient à quel endroit ?	P : Pertinent past medical history (Passé médical pertinent)	Quels sont les antécédents médicaux de la victime ?
S : Severity (Sévérité)	Les signes et symptômes sont-ils plus sévères qu'à l'habitude ? Évaluer sur l'échelle de la douleur 0/10.	L : Last oral intake (Dernier repas)	À quelle heure la victime a ingéré des aliments liquides ou solides pour la dernière fois ?
T : Time (Temps)	Les signes et symptômes ont débuté vers quelle heure ?	E : Events leading to the injury or illness (Événement déclencheur)	Est-ce qu'il y a un événement particulier qui a déclenché les signes et symptômes présents chez la victime ?

Transmission des données

Principes de base

- ✚ L'information transmise au personnel médical reflète directement votre niveau de compétence et de professionnalisme à leurs yeux.
- ✚ Plus l'information est précise, détaillée et surtout organisée, plus elle est prise en considération.
- ✚ Votre rapport écrit est conservé par la Direction médicale et pourrait être requis par une enquête du coroner par exemple.
- ✚ Le rapport écrit est la seule preuve de vos interventions.
- ✚ Ce qui n'est pas écrit n'a pas été fait ou constaté !

Principe de C.H.A.R.T.E

✚ Le principe de C.H.A.R.T.E. est à notre sens le plus adapté pour rapporter les renseignements nécessaires aux rapports verbaux et écrits du premier répondant. La première étape est de donner le sexe et l'âge du patient. La deuxième est de donner l'histoire de cas selon le principe de C.H.A.R.T.E.

Principe de C.H.A.R.T.E.	Cas médicaux	Cas traumatiques
C : « Chief complaint » (complainte principale du patient)	<ul style="list-style-type: none"> Le patient se plaint de quoi et depuis quand ? La raison pour laquelle il a appelé. Il faut rapporter ces faits avec les termes utilisés par le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> L'heure de l'incident. Est-ce qu'il y a eu un événement avant l'incident ? Position du patient avant l'incident. Mesures de sécurité (ceinture de sécurité, ballon gonflable, casque, etc.). Expliquer la biomécanique du traumatisme : <ul style="list-style-type: none"> Vitesse de l'impact (vitesse). Le type et nombre d'impacts. Les déformations, intrusion, projection, etc.
H : « Hx » (Histoire présente)	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque vous êtes arrivé sur les lieux, lors du premier contact avec le patient : Quel était son état de conscience sur l'A.V.P.U. ? Dans quelle position était le patient ? Décubitus dorsal, assis, semi-assis, décubitus ventral, etc. Le patient présente quoi ? (ce que vous avez constaté dans votre jargon médical) 	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque vous êtes arrivé sur les lieux, lors du premier contact avec le patient : Quel était son état de conscience sur l'A.V.P.U. ? Dans quelle position était le patient ? Décubitus dorsal, assis, semi-assis, décubitus ventral, etc. Le patient présente quoi ? (ce que vous avez constaté dans votre jargon médical)
A : « Assessment » (évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les résultats des évaluations que vous avez faites au patient : <ul style="list-style-type: none"> examen physique Signes vitaux 	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les résultats des évaluations que vous avez faites au patient : <ul style="list-style-type: none"> examen physique Signes vitaux
R : « Rx and past medical hx » (Médicaments administrés, prescrits et histoire médicale antérieure)	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer ce que vous avez administré comme médication au patient (administrer signifie aussi assister le patient dans la prise d'une médication). Indiquer : <ul style="list-style-type: none"> L'heure et le dosage. La fréquence à laquelle le médicament a été administré. ATCD et allergies. Les médicaments prescrits. 	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer ce que vous avez administré comme médication au patient (administrer signifie aussi assister le patient dans la prise d'une médication). Indiquer : <ul style="list-style-type: none"> L'heure et le dosage. La fréquence à laquelle le médicament a été administré. ATCD et allergies. Les médicaments prescrits.
T : « Transportation and treatment » (transport et traitement)	<ul style="list-style-type: none"> En votre présence, est-ce qu'il y a eu des changements dans l'état du patient ? Quel(s) traitement(s) avez-vous administré(s) au patient ? 	<ul style="list-style-type: none"> En votre présence, est-ce qu'il y a eu des changements dans l'état du patient ? Quel(s) traitement(s) avez-vous administré(s) au patient ?
E : « Events » (événements ou remarques particulières)	<ul style="list-style-type: none"> Spécifier certains points s'il y a lieu : <ul style="list-style-type: none"> Cas de DPJ. Environnement insalubre, difficile d'accès, autres. 	<ul style="list-style-type: none"> Spécifier certains points s'il y a lieu : <ul style="list-style-type: none"> Incarcération. Autres.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

- ✚ Toutes les sections du RIP doivent être complétées. Cependant, les diapositives qui suivent vous présentent seulement les sections qui sont les plus importantes à remplir pour votre protection légale ainsi que pour la révision de cas à l'assurance qualité.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière section 1 – Prise en charge

1- PRISE EN CHARGE
DATE: Année: / Mois: / Jour:
N° D'AUTOR.:
CODE CLINIQUE:

- ✚ Dans le but de comparer la situation clinique donnée par la Centrale de communication santé et le problème réel constaté par les premiers répondants, il est bien important d'indiquer la situation clinique complète avec le déterminant (exemple : 29 B2).

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière section 2 – Heure d'arrivée auprès du patient

3- HEURE D'ARRIVÉE

AUPRÈS DU PATIENT

✚ Dans cette section, il est bien important d'indiquer l'heure de votre arrivée au chevet du patient et non celle de l'arrivée sur les lieux. En fonction de la situation (plusieurs étages, accès éloigné, etc.), il peut y avoir une différence importante entre l'heure d'arrivée sur les lieux et celle où vous avez eu accès au patient. Inscrivez l'heure où vous avez pris contact avec le patient.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière Section 6 – Nature du cas

6- NATURE DU CAS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. AGRESS. SEXUELLE | <input type="checkbox"/> 15. HYPOTHERMIE |
| <input type="checkbox"/> 2. ALLERGIE | <input type="checkbox"/> 16. INTOXICATION |
| <input type="checkbox"/> 3. A.C.R. | <input type="checkbox"/> 17. MAUX DE DOS |
| <input type="checkbox"/> 4. CONSC. ALTÉRÉE | <input type="checkbox"/> 18. MAUX DE TÊTE |
| <input type="checkbox"/> 5. CONVULSION | <input type="checkbox"/> 19. NOYADE / QUASHNOY |
| <input type="checkbox"/> 6. DIABÈTE | <input type="checkbox"/> 20. CÉSTR. VOIES RESP. |
| <input type="checkbox"/> 7. DOUL. ABDOM. | <input type="checkbox"/> 21. PROB. COMPORTE. |
| <input type="checkbox"/> 8. DOUL. THORAX | <input type="checkbox"/> 22. PROB. NEURO. |
| <input type="checkbox"/> 9. ÉLECTROCUTION | <input type="checkbox"/> 23. PROB. RESP. |
| <input type="checkbox"/> 10. FAIBLESSE | <input type="checkbox"/> 24. PROB. SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> 11. GASTRO-INTEST. | <input type="checkbox"/> 25. PROD. DANGEREUX |
| <input type="checkbox"/> 12. GROSS. / ACC. | <input type="checkbox"/> 26. TRAUMA MAJEUR |
| <input type="checkbox"/> 13. GYNÉCO. | <input type="checkbox"/> 27. TRAUMA MINEUR |
| <input type="checkbox"/> 14. HYPERTHERMIE | <input type="checkbox"/> 28. AUTRE |

✚ Dans le but de recueillir des statistiques et d'établir les types de cas qui reviennent le plus fréquemment, il est de mise de cocher la nature du cas. Si le patient présente plusieurs symptômes, vous pouvez cocher plusieurs items.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière Section 7 – Antécédents médicaux

7- ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : ☐ 7

☐ AUCUN

<input type="checkbox"/> 1. A.V.C.	<input type="checkbox"/> 6. HAND. MENTAL
<input type="checkbox"/> 2. CARDIAQUE	<input type="checkbox"/> 7. HYPERTENSION
<input type="checkbox"/> 3. DIABÈTE	<input type="checkbox"/> 8. NÉOPLASIE
<input type="checkbox"/> 4. ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/> 9. PSYCHIATRIE
<input type="checkbox"/> 5. HAND. PHYSIQUE	<input type="checkbox"/> 10. TROUBLES RESP.
<input type="checkbox"/> AUTRE:	

- Il ne faut pas oublier de spécifier les antécédents médicaux du patient même s'ils sont différents du choix qui vous est offert sur le formulaire. Si vous cochez l'item « AUTRE : » inscrivez la nature des antécédents dans cette section.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière Section 14 - Interventions

14- INTERVENTIONS ☐ AUCUNE INTERVENTION

<p>SECTION DE L'ÉPOUVERTE (VOUS ENVOIEZ)</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> PNEU TENSION</p>	<p>VOIES AÉRIENNES</p> <p><input type="checkbox"/> VOIES AÉRIENNES LIBRES</p> <p><input type="checkbox"/> APPAREIL À SUCTION</p> <p><input type="checkbox"/> MASQUE DE POUCHE</p> <p><input type="checkbox"/> SANGLE <input type="checkbox"/> ORE <input type="checkbox"/> TUBES</p> <p><input type="checkbox"/> BALLON INFLATEUR</p> <p><input type="checkbox"/> _____ LITRE</p>	<p>SAIGNEMENTS</p> <p><input type="checkbox"/> COLLET CERVICAL</p> <p><input type="checkbox"/> PLANCHE LONGUE</p> <p><input type="checkbox"/> PLANCHE COURTE</p> <p><input type="checkbox"/> A.S.D.</p> <p><input type="checkbox"/> SOUP</p> <p><input type="checkbox"/> MATÉRIEL MANUEL/ÉLECTRIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> ATTACHE DE FIXATION</p>
<p>CARDIQUES</p> <p><input type="checkbox"/> R.E.C. / RHYTHMISANT</p> <p>NOTE: _____</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIOPORTE</p> <p><input type="checkbox"/> B.S.A. <input type="checkbox"/> MONITORAGE</p> <p><input type="checkbox"/> A.C.R.</p> <p><input type="checkbox"/> CASSETTE</p> <p>CHOC: _____</p>	<p>HÉMORRAGIES</p> <p><input type="checkbox"/> PANSIMENTS</p> <p><input type="checkbox"/> CONTRÔLE PANSERIE</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> SANGRENT-BOULE</p>	<p><input type="checkbox"/> ACCOUCHEMENT</p> <p>HR: _____</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE</p>

- La section 14 est probablement une des plus importantes. Vous devez spécifier tous les soins que vous avez prodigués au patient.
- Si pour une raison ou pour une autre vous n'avez fait aucune intervention à la victime, il est bien important que la case « AUCUNE INTERVENTION » soit cochée.
- vous devez spécifier dans la section « AUTRES » tous les soins que vous avez prodigués et qui ne sont pas présents sur le formulaire.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière section 8 & 9 - Maladie contagieuse active et allergie

8- ☐ MAL. CONT. ACTIVE:

9- ☐ ALLERGIE:

+ Si aucune maladie contagieuse active n'est présente ou aucune allergie n'est connue, spécifiez-le en indiquant un ensemble vide :

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière section 10 – Mécanisme du traumatisme

10- MÉCANISME DU TRAUMATISME

☐ 1. AUTO → CENTURE BALLON DÉPLOYÉ

☐ 2. MOTO ☐ OUI ☐ NON ☐ ? ☐ OUI ☐ NON ☐ ?

☐ 3. PIÉTON

☐ 4. CYCLISTE

☐ 5. CHUTE _____ MÈTRES

☐ 6. ARME BLANCHE

☐ 7. ARME À FEU

☐ 8. BAGARRE

☐ 9. AUTRE

IMPACT À HAUTE VÉLOCITÉ

☐ OUI ☐ NON ☐ ?

INCARCÉRÉ

☐ OUI ☐ NON ☐ ?

DURÉE : MIN

+ Lors d'un trauma, il est bien important de cocher le type de mécanisme qui a provoqué la blessure et de spécifier s'il s'agit d'un impact à haute vitesse. Dans l'éventualité où vous cochez la case 9 « AUTRE », décrivez le type de mécanisme de trauma dans la section. Si vous cochez oui dans la section « INCARCÉRÉ » indiquez la durée. La durée d'incarcération se mesure avec l'heure approximative où a eu lieu l'accident et l'heure où le patient a été libéré du véhicule ou des décombres.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Section 11 – Évaluation objective du traumatisé

11- ÉVALUATION OBJ. DU TRAUMATISÉ

☐ SANS PARTICULARITÉ

	Face	Crâne	Cou	Thorax	Abd.	Extr.
1. BRÛLURE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DOULEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. DÉFORMATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. SAIGN./HÉMORR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. LACÉRATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. PLAIE PÉNÉTRANTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. PERTE MOTRICITÉ/SENSATION						<input type="checkbox"/>
8. AMPUTATION						<input type="checkbox"/>

✚ En présence de traumatisme, il faut cocher toutes les régions où il y a eu traumatisme et, au besoin, encrer la région (exemple : Dos).

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

section 13 – Signes vitaux

13- SIGNES VITAUX

HRE : _____

RESP. : _____ /min.

POULS : _____ /min.

ÉTAT DE CONSC.

A ☐ ALERTE

V ☐ STL VERBAL

P ☐ STL DOULEUR

U ☐ Ø RÉACTION

✚ Dans tous les cas, les signes vitaux doivent être inscrits en conformité avec les protocoles cliniques. Dans le cas où une tension artérielle serait prise, l'identifier dans la section 16.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Section 5 – Évaluation primaire

5- ÉVALUATION PRIMAIRE

L' ÉTAT DE CONSCIENCE
☐ RÉACTION
☐ Ø RÉACTION

A VOIES RESPIRATOIRES
☐ OUVERTES
☐ OBSTRUÉES

B RESPIRATION
☐ ADÉQUATE
☐ INADÉQUATE - NVN

C POULS
☐ PRÉSENT
☐ ABSENT

D NIVEAU DE CONSCIENCE
☐ A - ALERTE
☐ V - STIMULI VERBAL
☐ P - STIMULI DOULEUR
☐ Ø - Ø RÉACTION

✚ Cette case permet d'inscrire les découvertes lors de l'évaluation primaire.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Section 16 – Autres renseignements pertinents – Protocole utilisé

Dans cette section, vous devez inscrire toute l'histoire de cas ainsi que le/les protocoles utilisés.

- ✚ Le sexe et l'âge du patient;
- ✚ Ce qui s'est passé avant votre arrivée;
- ✚ Ce que vous avez constaté à votre arrivée;
- ✚ Notez les changements avant l'arrivée des techniciens ambulanciers. C'est-à-dire, l'évolution suite à votre intervention et à vos traitements;
- ✚ Toutes autres remarques pertinentes reliées à la situation.

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Section 16 – Autres renseignements pertinents – Protocole utilisé

16-AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS :



16 ans : perte de conscience devant témoins vers 15h10, durée 60 sec. approx., \emptyset convulsions. Appel 911 : 15h10 \pm \emptyset à notre arrivée, alerte et orienté, décub. dorsal, présente : pâleur, diaphorèse, \emptyset autre changement avant Arr. TA.

MED.2

16-AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS :



56 ans : Douleur abdominale soudaine avec épisode de syncope durée \pm 60 sec., appel 911 : 4h15. \emptyset à notre arrivée alerte, décub. Dorsale, présente : douL. abdo. région ombilicale irradiation au niveau lombaire, pâleur, diaphorèse, tachycardie, tachypnée. Avant Arr TA : \emptyset pâleur, \downarrow diaphorèse.

N/A

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Section 16 – Autres renseignements pertinents – Protocole utilisé

16-AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS :



46 ans retrouvé au sol par sa femme. Vu dernière fois vers 18H00. Appel 911 19H56. A/A, pat. au sol sur le dos en ACR. Examen primaire : A \rightarrow voies aériennes ouvertes par subluxation B \rightarrow 2 ventilations efficaces C \rightarrow \emptyset pouls carotidien. Manœuvres de réanimation avec 1 choc. \emptyset changement avant l'arrivée des TA.

MED.1

16-AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS :



59 ans : Accident d'auto. Conducteur, portait ceinture de sécurité lors d'impact frontal à haute vitesse \pm 100 km/h vs arbre. Déformation habitacle ++. Incarcéré. \emptyset à notre arrivée, réagit à la douL, position assise, présente : trauma thoracique (craquement des côtes), dyspnée, tachypnée, déformation du fémur G. Avant Arr TA : état de consc. \downarrow , aucune réaction (U), bradypnée \rightarrow Ass. ventilatoire.

TRAU.1

Rédaction du rapport d'intervention préhospitalière

Section 16 – Autres renseignements pertinents – Protocole utilisé

16-AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS :

♂ 53 ans : Doul. thorax. au repos, persistante depuis 2h45 à l'éveil. À pris 3 nitro avant notre arrivée. Appel 911 : 3h05. À notre arrivée, alerte et orienté, assis, présente : DRS, irradi. Membres sup. G, dyspnée. Nitro xl X3 sans soulagement, doult. 4/10. dyspnée non soulagée. ☒ changement avant arrivée des TA

MED.10

16-AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS :

♂ 86 ans : Difficulté resp. Depuis 20h10 approx. Appel 911 : 22h37. À notre arrivée, verbal - ☒ orienté, décub. dorsal, présente : dyspnée, cyanose, ☒ pouls radial. Avant arr. des TA : état de conscience ↓, réagit doult. bradypnée - Ass. ventilatoire

-☒ cyanose, ☒ autres changements

MED.8