

GUIDE DES OPÉRATIONS

SERVICE DE PREMIERS RÉPONDANTS (PR2)



Par

Simon Desjardins

Capitaine à la formation

Service de sécurité incendie

Ville de Rivière-du-Loup

Table des matières

1.	INTRODUCTION	5
2.	FONCTION DU POMPIER PREMIER RÉPONDANT	5
3.	FORMATION DU PERSONNEL	6
4.	PLAN DE MISE EN ŒUVRE	7
4.1.	VÉHICULES ADAPTÉS POUR LES PREMIERS RÉPONDANTS	7
4.2.	PROCÉDURE D'INSPECTION ET D'INVENTAIRE	7
4.3.	FOURNITURES DE RÉSERVE	7
4.4.	RÉDACTION DES RAPPORTS R.I.P.	7
4.5.	AFFECTATION À LA FONCTION DE PREMIERS RÉPONDANTS.....	8
4.6.	PROCÉDURE DE TRANSFERT DES DONNÉES.....	8
4.7.	VÉHICULES D'INTERVENTION DE PREMIÈRE LIGNE	9
5.	LA CERTIFICATION ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES	13
5.1.	FORMATION INITIALE ET REQUALIFICATION	13
5.2.	ENTRAÎNEMENT EN CASERNE	13
6.	PROCÉDURE DE DÉPLOIEMENT DES PR SELON LA NATURE DE L'APPEL.....	14
6.1.	TRAITEMENT D'UN APPEL PR AVEC POMPIERS EN CASERNE	14
6.2.	TRAITEMENT D'UN APPEL PR AVEC POMPIERS EN INSPECTION RÉSIDENTIELLE.....	14
6.3.	TRAITEMENT D'UN APPEL PR POUR UN ACCIDENT DE LA ROUTE	14
6.4.	TRAITEMENT D'UN APPEL PR POUR UN ACCIDENT DE LA ROUTE (AVEC PR SUR LA ROUTE)	14
6.5.	TRAITEMENT D'UN APPEL PR DURANT UNE INTERVENTION INCENDIE	15
6.6.	TRAITEMENT D'UN APPEL PR AU RETOUR D'UNE INTERVENTION INCENDIE	15
6.7.	COMMUNICATION AVEC LE CCS.....	15
6.8.	NON-DISPONIBILITÉ	15
6.9.	SITUATIONS PARTICULIÈRES.....	15
7.	DIRECTIVES SPÉCIFIQUES AU SERVICE DE PREMIERS RÉPONDANTS	15
8.	NUMÉROS IMPORTANTS	16
9.	AIDE À LA RÉDACTION.....	17
9.1.	MÉMO TECHNIQUE C.H.A.R.T.E.....	17
9.2.	ÉLÉMENTS DE TERMINOLOGIE MÉDICALE	18
9.3.	LEXIQUE	22
10.	PROCÉDURES DU CAUREQ	25
10.1.	DEMANDE DE RESSOURCES	25

GUIDE DES OPÉRATIONS

SERVICE DE PREMIERS RÉPONDANTS (PR2)

1. INTRODUCTION

Ce document a pour but d'expliquer le fonctionnement du service de Premiers répondants (PR-2) par le Service de la sécurité incendie de Rivière-du-Loup.

La fonction de Premiers répondants est désormais intégrée dans les programmes d'études du DEP et du DEC en intervention incendie du Ministère de l'Éducation, ce qui prépare les étudiants pompiers à offrir des soins d'urgence en attente des paramédics ou simplement en assistance à ceux-ci. D'ailleurs, ceci incite de nombreuses villes au Québec à offrir un service de Premiers répondants en utilisant le personnel présent en caserne 24 heures sur 24.

2. FONCTION DU POMPIER PREMIER RÉPONDANT

Cet extrait expliquant la fonction d'un Premier répondant est tiré du document « Entente pour l'organisation d'un service de Premiers répondants de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ».

Le Premier répondant doit :

- Sur affectation exclusive du CCS (Centre de communication santé), fournir à une personne dont l'état le requiert, les premiers soins de stabilisation requis conformément aux protocoles d'interventions cliniques élaborés à cette fin par le ministre et correspondant au niveau de formation qu'il reconnaît;
- Se rendre sur les lieux de l'affectation rapidement et de façon sécuritaire dès réception de l'appel;
- S'assurer de la sécurité des lieux;
- Laisser un accès prioritaire au véhicule ambulancier;
- Évaluer rapidement la situation et les risques potentiels;
- Aviser la Centrale (CCS) des nouvelles données sur la situation et du besoin d'envoi de ressources additionnelles si nécessaire, et effectuer des communications adéquates en utilisant les moyens de communication en application;
- Effectuer une stabilisation sommaire de la victime ayant comme principal objectif de prévenir une détérioration de sa condition en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers. Cette stabilisation est conforme aux protocoles d'interventions cliniques des Premiers répondants (PIC-PR) et comprend :
 - La réanimation cardiorespiratoire;
 - L'utilisation de matériel de ventilation et d'administration d'oxygène;
 - L'installation d'attelles, d'appareils d'immobilisation et de pansement;
 - Le contrôle des hémorragies;
 - L'administration d'adrénaline dans les cas d'anaphylaxie;
 - La défibrillation externe automatisée (DEA) dans les cas d'arrêt cardiorespiratoire.
- Transférer l'information nécessaire pour la prise en charge rapide par les techniciens ambulanciers;

- Agir en complémentarité du technicien ambulancier et appliquer les protocoles visant la prévention de la détérioration de l'état de la personne en détresse et transférer au technicien ambulancier la responsabilité des interventions à son arrivée sur les lieux;
- Rédiger un rapport d'intervention préhospitalier après chaque intervention (AS-805) dont une copie est acheminée à l'Agence de santé du Bas-St-Laurent;
- Respecter les protocoles d'interventions cliniques et se soumettre à l'encadrement médical régional. À défaut de se conformer aux dispositions du précédent alinéa, le directeur médical régional peut ordonner à un Premier répondant de cesser d'agir à ce titre de façon temporaire ou permanente, dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence.

3. FORMATION DU PERSONNEL

Pour agir comme Premiers répondants au sein d'un service accrédité en application d'une entente visée à l'article 38 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, une personne doit :

- 1) Avoir complété avec succès une formation reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux et dispensée par un organisme reconnu par une agence ou par la Corporation d'urgences-santé;
- 2) Appartenir à un service de Premiers répondants accrédité par l'Agence selon les modalités prévues à l'entente visée à l'article 38. Pour établir un niveau de service optimal pour notre Service, l'ensemble du personnel (48 pompiers à temps partiel et 4 cadres temps plein) devra être qualifié Premiers répondants par l'Agence.

Les pompiers de notre Service doivent posséder une formation de Premiers répondants de niveau 2 pour œuvrer au sein d'une équipe spécialisée (NFPA 1006). La formation de base d'un pompier professionnel ayant complété le DEP *Intervention en sécurité incendie* inclut le module Premiers répondants d'une durée de 60 heures (équivalent PR-3). Le contenu de ce module est basé sur les exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le niveau PR-3. Toutefois, tous les nouveaux pompiers embauchés devront obligatoirement suivre la formation requise par l'Agence de la santé.

4. PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Cette partie du document vous permettra de comprendre le fonctionnement du service de Premiers répondants pour la caserne 14 du Service de la sécurité incendie de Rivière-du-Loup.

4.1. VÉHICULES ADAPTÉS POUR LES PREMIERS RÉPONDANTS

- ✓ **814 :** Ce véhicule est identifié clairement comme unité des Premiers répondants. Il sera éventuellement équipé de la répartition assistée par ordinateur et de tous les équipements de Premiers répondants. Les principaux équipements de ce véhicule sont :
 - Une trousse médicale (DEA, contrôle d'hémorragie et Épipen);
 - Une trousse de support ventilatoire;
 - Une planche dorsale et le matériel de stabilisation.
- ✓ **214 :** Ce véhicule est équipé d'une trousse médicale, d'une trousse de support ventilatoire et d'accessoires de stabilisation du patient.
- ✓ **314 :** Ce véhicule est équipé d'une trousse médicale, d'une trousse de support ventilatoire et d'accessoires de stabilisation du patient.

4.2. PROCÉDURE D'INSPECTION ET D'INVENTAIRE

À tous les changements de quart de travail, soit à 7 h et à 17 h, les pompiers affectés à la fonction de Premiers répondants devront inspecter leur matériel d'intervention et revoir l'inventaire des trousses de l'unité en service (généralement le 814). Lorsque les pompiers auront complété leur rapport d'inspection et d'inventaire, ils devront le soumettre à l'officier responsable afin qu'il soit approuvé.

4.3. FOURNITURES DE RÉSERVE

Une armoire métallique pour la fourniture médicale est installée dans la caserne. Ceci permettra aux pompiers d'avoir accès en tout temps aux ressources matérielles pour regarnir leur trousse après un appel. En cas de non-disponibilité du matériel, l'officier en devoir procédera à un échange de trousse à partir d'un autre véhicule ou à une demande auprès de la compagnie ambulancière locale. Une commande sera ensuite passée dès le prochain jour ouvrable.

4.4. RÉDACTION DES RAPPORTS R.I.P.

Tout le matériel pour la rédaction des rapports R.I.P. est accessible dans la caserne près de l'armoire PR. Dans le cas où la carte d'appel (fax) n'est pas disponible, vous devez téléphoner au CCS pour obtenir les renseignements utiles pour compléter votre AS-805 :

- **Centre de communication santé : 1-855-308-9433**

Prenez note que nous ne demandons plus de 10-27 sur les ondes.

Tous les rapports seront révisés par un officier afin de s'assurer de la conformité de celui-ci.

Tous les rapports d'intervention seront archivés dans notre système de gestion « Première Ligne ». Ce logiciel est compatible avec le système de la Centrale 911, ce qui permettra d'importer les détails de l'intervention.

4.5. AFFECTATION À LA FONCTION DE PREMIERS RÉPONDANTS


Le capitaine en devoir aura la responsabilité de confirmer l'équipe de Premiers répondants au début du quart de travail. Lorsque le capitaine aux opérations construira l'horaire, il s'assurera de placer au moins deux (2) pompiers qualifiés Premiers répondants.


- Pour le quart de travail de jour (7 h à 17 h), l'attribution des rôles PR-1 et PR-2 est déterminée par l'officier en devoir;
- Pour le quart de travail de soir (17 h à 7 h), le rôle de PR-1 est attribué par défaut au portelance et le rôle de PR-2 au fontainier. **Toutefois, l'officier en devoir peut modifier l'attribution des rôles et des postes en tout temps.**

4.6. PROCÉDURE DE TRANSFERT DES DONNÉES


Le capitaine en devoir aura la responsabilité de transférer les données du DEA qui auront servi lors d'une intervention. Le DEA qui aura servi sera retiré, puis le capitaine procédera au transfert des données dans les plus brefs délais.

4.7. VÉHICULES D'INTERVENTION DE PREMIÈRE LIGNE

814	Véhicule de Premiers répondants
Photo	
Utilisation du véhicule	<p>Appels d'urgence :</p> <p>Cette unité est utilisée pour tous les appels de PR à l'exception de certains appels 29 (incident de la route) sur le territoire de la Ville de Rivière-du-Loup lorsque les pompiers sont en caserne ou durant un déplacement avec ce véhicule.</p> <p>Prévention incendie :</p> <p>Cette unité sert également pour la prévention incendie résidentielle, commerciale et industrielle sur tout le territoire de la Ville de Rivière-du-Loup. Notre Service effectue des visites de prévention en avant-midi dans les bâtiments commerciaux et industriels ainsi que des inspections en milieu résidentiel en après-midi et en soirée.</p> <p>Déplacement non urgent :</p> <p>Tous déplacements ou vérifications (ex. : permis de brûlage, vérification de détecteur de fumée, commissions diverses, etc.) qui pourront se faire avec 2 pompiers le seront à l'aide du 814.</p> <p>Ceci a pour but de maximiser notre déploiement dynamique sur le territoire de la Ville de Rivière-du-Loup.</p>
Équipement	<p>Matériel médical :</p> <p>Trousse et matériel d'immobilisation conformes aux exigences de Premiers répondants du niveau 2.</p> <p>Équipement supplémentaire :</p> <p>Outil d'effraction, ruban pour périmètre de sécurité, dossards.</p> <p>Communication :</p> <p>Ce véhicule sera relié à la centrale au canal ambulancier et incendie du CAUREQ et il sera éventuellement équipé de la répartition assistée par ordinateur (RAO) afin d'obtenir rapidement les détails de l'appel en cours.</p>

314	Autopompe-citerne multifonctionnelle (mâchoire de vie)
Photos	
Utilisation du véhicule	<p>Appels d'urgence :</p> <p>Ce véhicule est utilisé pour de nombreux appels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les accidents de la route; • L'entraide entre services incendie (transport d'eau, mâchoires de vie); • Comme 2^e autopompe pour les incendies de risque élevé et très élevé; • Comme autopompe de relève lorsque le 214 est hors service ou déjà en intervention; • Comme camion-citerne lors d'un incendie hors réseau. <p>Véhicule moderne et multifonctionnel :</p> <p>Acheter et construit sur mesure en 2011 pour les besoins de notre Ville, ce véhicule est le plus moderne et le plus polyvalent de notre flotte.</p> <p>Comparaison avec Lévis :</p> <p>À titre de comparaison, le Service incendie de Lévis remplace actuellement toutes ses autopompes par un véhicule presque identique à celui-ci. D'ailleurs, ces nouvelles autopompes répondront à tous les appels, y compris le Premier répondant à l'exception de deux (2) casernes (Lévis centre-ville et St-Nicolas).</p> <p>Ce n'est toutefois pas la volonté de notre Service de remplacer l'unité 814 par une autopompe.</p> <p>Avantage opérationnel pour les appels d'accident de la route :</p> <p>Afin d'optimiser notre déploiement lors des appels d'accident de la route (29), nous avons intégré les mâchoires de vie et le matériel de désincarcération dans cette autopompe-citerne. Ceci permet de limiter le nombre de véhicules sur le lieu de l'intervention, d'établir un périmètre d'opération sécuritaire pour tous les intervenants et d'avoir tous les équipements à portée de main.</p> <p>Déplacement non urgent :</p> <p>Tous les déplacements qui exigent la présence des quatre (4) pompiers en caserne (entraînement, appels non urgents, visite d'école, etc.).</p>

Équipement	<p>Matériel médical (scénario de base exigé) :</p> <p>Trousse et matériel d'immobilisation conforme aux exigences de Premiers répondants niveau 2.</p> <p>Équipement supplémentaire :</p> <p>Outils d'effraction, ruban pour périmètre de sécurité, l'équipement de lutte contre l'incendie et tout l'équipement de désincarcération.</p> <p>Communication :</p> <p>Ce véhicule sera relié à la centrale aux canaux ambulanciers et pompiers du CAUREQ.</p>
------------	--

214	Autopompe de 1 ^{re} alarme
Photo	
Utilisation du véhicule	<p>Appels incendie :</p> <p>Ce véhicule est la première unité d'intervention pour tous les types d'appels à l'exception des accidents de la route.</p> <p>Appels de Premiers répondants :</p> <p>Au retour d'un appel incendie, c'est ce véhicule qui servira à répondre à un appel PR jusqu'au retour en caserne.</p> <p>Véhicule de relève :</p> <p>Lorsque le 314 est déjà en intervention (entraide hors territoire ou accident de la route), c'est ce véhicule qui répond aux accidents de la route.</p>
Équipement	<p>Matériel médical :</p> <p>Trousse et matériel d'immobilisation conforme aux exigences de Premiers répondants.</p> <p>Équipement supplémentaire :</p> <p>Outils d'effraction, ruban pour périmètre de sécurité et tout l'équipement de lutte contre l'incendie.</p> <p>Communication :</p> <p>Ce véhicule sera relié à la centrale au canal pompier du CAUREQ.</p>

5. LA CERTIFICATION ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

5.1. FORMATION INITIALE ET REQUALIFICATION

La certification des intervenants permet à ceux-ci d'acquérir les compétences leur permettant d'intervenir dans les situations cliniques ciblées. La mission de ces intervenants est d'apporter les soins d'urgence en attendant l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics.

Le niveau 1 répond aux urgences vitales et aux situations suspectées de présenter une anaphylaxie. En plus du niveau de formation du niveau 1, le Premier répondant de niveau 2 a une formation en traumatologie. Il est donc affecté sur les situations cliniques reliées à ce type de pathologie.

Le Premier répondant niveau 2 agit sur les interventions suivantes :

- ✓ Arrêt cardiorespiratoire (ACR);
- ✓ Anaphylaxie;
- ✓ Traumatologie.

Dans le tableau qui suit, on peut objectiver la formation initiale requise pour les niveaux 1 et 2, le maintien des compétences applicables à chacun de ces niveaux et le nombre d'entraînements qui sera fait par le personnel en caserne.

	PR Niveau 1	PR Niveau 2
Formation initiale	16 heures	32 heures
Durée de la certification	3 ans	3 ans
Total d'heures - Maintien des compétences	12 heures	24 heures
Nombre de sessions – Maintien des compétences	3 sessions / 3 ans	6 sessions / 3 ans
Intervalle des sessions – Maintien des compétences	12 mois	6 mois
Entraînements en caserne (durant les heures de garde)	12 sessions / année	18 sessions / année

5.2. ENTRAÎNEMENT EN CASERNE

- ✓ Afin de maintenir les compétences du personnel, le capitaine à la formation mettra en place une série de canevas d'entraînement spécifique à la fonction de Premiers répondants. Ce travail sera fait en collaboration avec la représentante du Premier répondant de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent.
- ✓ Ces entraînements se feront en caserne sous la supervision d'un officier. Pour le niveau 2, les entraînements seront intégrés aux pratiques des équipes spécialisées (mâchoires de vie, sauvetage nautique, sauvetage vertical et matières dangereuses).
- ✓ Un exemple de canevas est annexé à la fin de ce document.

6. PROCÉDURE DE DÉPLOIEMENT DES PR SELON LA NATURE DE L'APPEL

6.1. TRAITEMENT D'UN APPEL PR AVEC POMPIERS EN CASERNE

Lors de la réception d'un appel médical pendant que tout le personnel est en caserne, les deux (2) pompiers attirés comme Premiers répondants se dirigent à l'adresse de l'appel à bord du 814. Ceci est la règle générale.

6.2. TRAITEMENT D'UN APPEL PR AVEC POMPIERS EN INSPECTION RÉSIDENTIELLE

Lors de la réception d'un appel médical pendant que les deux (2) pompiers PR sont en inspection résidentielle, ceux-ci quittent immédiatement leur inspection pour se diriger à l'adresse de l'appel à bord du 814.

Dans le cas où une 2^e équipe est disponible en caserne et que celle-ci est plus proche de l'appelant, c'est l'équipe en caserne qui se rend à l'adresse de l'appel.

Exemple :

- Appel PR au 122 rue Bernier;
- L'équipe PR est en inspection sur la rue Plourde (parc Cartier);
- Une équipe de relève est disponible en caserne.

Puisque l'équipe de caserne est plus rapide, c'est celle-ci qui répondra. L'équipe PR se rendra à la caserne en mode de conduite non urgent pour assurer la relève incendie.

6.3. TRAITEMENT D'UN APPEL PR POUR UN ACCIDENT DE LA ROUTE

Lors de la réception d'un appel d'accident de la route (code 29), les trois (3) ou quatre (4) pompiers en caserne se dirigeront vers le lieu d'intervention.

Les intervenants à bord du 314 prendront les rôles suivants :

- L'officier se rapporte au chef trieur, supervise le site et assure le lien entre les différents intervenants aux besoins;
- Le porte-lance (ou le responsable des communications en absence de l'officier) est PR-1;
- Le fontainier intervient à titre de PR-2;
- L'opérateur de pompe met en place un périmètre de sécurité selon le protocole 10-4 et assiste les TAP et les PR au besoin (équipement, déplacement de victime, etc.).

Finalement, seulement deux (2) pompiers agiront comme Premiers répondants auprès du patient, sauf en cas d'une demande spécifique des paramédics.

6.4. TRAITEMENT D'UN APPEL PR POUR UN ACCIDENT DE LA ROUTE (AVEC PR SUR LA ROUTE)

Lors de la réception d'un appel d'accident de la route (code 29) et que le 814 est sur la route, les PR du 814 confirment la réception de l'appel et se mettent en route.

Les 2 autres pompiers en caserne se dirigeront vers le lieu d'intervention à bord du 314 :

- *En mode urgent si l'équipe PR ou le capitaine de garde demande à la centrale l'assistance du 10-34 (service incendie) ou du 10-38 (équipe spécialisée);*
- *En mode non urgent si aucune demande n'est effectuée.*

6.5. TRAITEMENT D'UN APPEL PR DURANT UNE INTERVENTION INCENDIE

Lors d'une intervention incendie, les pompiers attirés à la fonction de PR seront les pompiers responsables du secteur réhabilitation. Ces pompiers seront en mesure de prodiguer des soins à une victime durant l'intervention en attendant les techniciens ambulanciers paramédics. L'unité 814 sera positionnée à proximité du secteur réhabilitation.

Si la situation le permet (personnel suffisant), l'équipe PR quittera sa fonction au secteur réhabilitation pour courir l'appel. Dans une autre situation, l'équipe PR sera 10-06 et la Centrale en sera avisée par le PC.

6.6. TRAITEMENT D'UN APPEL PR AU RETOUR D'UNE INTERVENTION INCENDIE

Au retour d'une intervention incendie, le véhicule d'intervention dans lequel prend place l'équipe PR se dirigera immédiatement vers le lieu de l'appel.

6.7. COMMUNICATION AVEC LE CCS

Les Premiers répondants communiqueront avec le CCS via le réseau de communication ambulancier. Ils utiliseront les mêmes codes radio que les services ambulanciers et devront confirmer la réception de l'appel, signifier leur mise en route (10-30), prendre les détails (10-32), confirmer l'arrivée sur les lieux (10-17) et terminer leur intervention en donnant leur disponibilité (10-5). Prenez note que le 10-27 se fait par téléphone et non par le canal radio.

6.8. NON-DISPONIBILITÉ

Le capitaine de garde aura la responsabilité d'aviser le CCS, chaque fois que le service de Premiers répondants dispensé par les pompiers de la municipalité peut être interrompu en cas d'incendie ou, selon le cas, pour force majeure.

6.9. SITUATIONS PARTICULIÈRES

Toute situation autre que celles définies plus haut sera traitée par le capitaine de garde. Un suivi sera fait lors des rencontres de coordination avec les intervenants concernés (paramédics, Agence, centrale 911, etc.).

7. DIRECTIVES SPÉCIFIQUES AU SERVICE DE PREMIERS RÉPONDANTS

Les directives et les procédures en vigueur dans notre Service s'appliqueront toutes aux Premiers répondants. Toutefois, certaines d'entre elles seront modifiées pour s'adapter à cette nouvelle fonction et il est possible que nous ayons à rédiger des directives spécifiques.

À titre d'information, les directives et procédures sont classées selon 3 catégories :

- ✓ Les directives générales permanentes (politiques administratives);
- ✓ Les directives d'opérations sécuritaires (en lien avec la LSST);
- ✓ Procédures d'opérations normalisées (procédures de travail normalisées).

8. NUMÉROS IMPORTANTS

CANUTEC (matières dangereuses)	1-613-996-6666
CAUREQ (répartition santé)	1-855-308-9433
CAUREQ (répartition incendie)	1-888-599-0911
Centre antipoison	1-800-463-5060
Répertoire toxicologique	1-888-330-6374
Hydro-Québec	1-800-790-2424
Sûreté du Québec	*4141
Transport Québec	511
SOPFEU (feu de forêt)	1-800-463-3389
Urgence train	1-800-465-9239
Garde côtière (Recherche et sauvetage maritime)	1-800-463-4393

9. AIDE À LA RÉDACTION

9.1. MÉMO TECHNIQUE C.H.A.R.T.E.

Principe de C.H.A.R.T.E.	Cas médicaux	Cas traumatiques
C <i>Chief complaint</i> Plainte principale du patient	De quoi le patient se plaint-il? La raison pour laquelle il a appelé l'ambulance I faut rapporter ces faits avec les termes utilisés par le patient	<ul style="list-style-type: none"> De quoi le patient se plaint-il? 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 : Vitesse de l'impact (vitesse) Le type et nombre d'impacts Les déformations, intrusion, projection, etc.
H <i>Hx</i> Histoire présente	Depuis quand le patient présente-t-il le problème décrit? Quels sont les symptômes accompagnateurs? Le patient a-t-il des antécédents médicaux liés au problème présent? Est-il connu pour d'autres problèmes de santé? Prend-il des médicaments? Lesquels? A-t-il des allergies? Lorsque vous êtes arrivé sur les lieux, lors du premier contact avec le patient : Quel était son état de conscience selon 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, décrit en termes médicaux) À votre arrivée sur les lieux, lors du premier contact avec le patient : Quel était son état de conscience selon l'A.V.P.U.? Dans quelle position était le patient? Décubitus dorsal, assis, semi-assis, décubitus ventral, etc.
A <i>Assessment</i> Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les résultats des évaluations primaire et spécifique que vous avez faites au patient : Auscultation, palpation Signes vitaux 	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les résultats des examens primaire et secondaire que vous avez faits au patient : Auscultation, palpation Signes vitaux
R <i>Rx</i> Médicaments et traitements administrés	<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 : L'heure et le dosage La fréquence à laquelle le médicament a été administré 	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer ce que vous avez administré comme traitement au patient. Indiquer : Les éléments de prise de décisions de l'immobilisation
T <i>Transportation and treatment</i> Transport et traitement	Quel traitement avez-vous administré au patient? Lors du transport, est-ce qu'il y a eu des changements dans l'état du patient?	Quel traitement avez-vous administré au patient? Lors du transport, est-ce qu'il y a eu des changements dans l'état du patient?
E <i>Exception</i> Événements ou problèmes rencontrés lors de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Spécifier certains points s'il y a lieu : Cas de DPJ Environnement insalubre, difficile d'accès, autre 	<ul style="list-style-type: none"> Spécifier certains points s'il y a lieu : Incarcération Autre

9.2. ÉLÉMENTS DE TERMINOLOGIE MÉDICALE

Préfixes communs

<i>Préfixes</i>	<i>Signification</i>	<i>Préfixes</i>	<i>Signification</i>
A, AN	absence de	PARA	de chaque côté
BI	deux, double	PERI	autour de
BRADY	lent	POLY	plusieurs, beaucoup
CONTRA	contre, non indiqué	POST	après
DYS	difficulté, difficile, désordonné	PRÉ	avant
HÉMI	moitié	QUADR	quatre
HYPER	en excès	RETRO	en arrière de
HYP0	en manque de	SUB	sous
IN, INTRA	à l'intérieur de	SUPER, SUPRA	au-dessus de
INTER	entre	TACHY	rapide
ISO	égale	TRANS	au travers
ORTHO	droit, à l'horizontal	TRI	trois

Suffixes communs

<i>Suffixes</i>	<i>Signification</i>	<i>Suffixes</i>	<i>Signification</i>
ALGIE	douleur	PARESTHÉSIE	perte de sensibilité de
ECTOMIE	ablation	PATHIE	maladie
ÉMIE	dans le sang	PLÉGIE	paralysie de
ESTHÉSIE	sensibilité	PNÉE	respiration
GRAPHIE	visualisation de	RAGIE	qui jaillit (du sang)
ITE	Inflammation, infection	RHÉE	perte, écoulement
STOMIE	ouverture de	SCOPIE	examen de
TOMIE	incision de	URIE	urine

Mots communs à combiner

<i>Préfixes</i>	<i>Signification</i>	<i>Préfixes</i>	<i>Signification</i>
ANGIO	vaisseaux sanguins	NEPHR, NEPHRO	rein
ARTHRO	articulation	NEURO	nerf
CARDIO, CARDIE	cœur	ORCHI	testicule
CÉPHALO, CÉPHAL	tête	OSTÉO	os
CÉRÉBRO, CÉRÉBRAL	cerveau	OTO	oreille
CORRIE	yeux	PHASIE	voix, allocution
CYTE	cellule	PHAGIE	avaler
DERMA, DERMATO	peau	PHARYNG, PHARYNGO	pharynx, gorge
ÉRYTHRO	rouge (globules)	PHLÉB, PHLÉBO	veine

GASTRO	estomac	PNEUMO	air
GLUCO, GLYCO	sucré	PULM, PULMO	poumon
HÉM, HÉMATO	sang	PY	pus
HÉPATO	foie	RHINO	nez
HYSTER	utérus	THORAC, THORACO	thorax
LEUCO	blanc (globules)	UR, URO	urine, urinaire
MÉNINGO	méninges	VASO	vaisseau
MY, MYO	muscle		

Mots décrivant la position du patient

Mots	Signification
AMBULANT	debout, se déplace debout
DÉCUBITUS	couché
VENTRAL	à plat ventre
DORSAL	sur le dos
LATÉRAL	sur le côté
FOETAL	recroquevillé, en petite boule sur soi-même

Mots décrivant un endroit

Mots	Signification
MÉDIANE	ligne imaginaire décrivant le centre d'un objet
ANTÉRIEUR	en avant, face avant de
POSTÉRIEUR	en arrière, face arrière de
SUPÉRIEUR	au-dessus de
INFÉRIEUR	en-dessous de
LATÉRAL	sur le côté de
PROXIMAL	près de, le plus près de
DISTAL	éloigné de, plus éloigné de
INTERNE	à l'intérieur de
EXTERNE	à l'extérieur de

Abréviations pour la médication

ANTIBIOTIQUE	AB
APRÈS LES REPAS (POST CIBUM)	pc
AU COUCHER (HORA SOMNI)	hs
AU BESOIN (PRO RE NATA)	PRN
AVANT LES REPAS (ANTE CIBUM)	ac
CHAQUE	q
COMPRIMÉ	co
DEUX FOIS PAR JOUR (BIS IN DIE)	bid
INTRAVEINEUX	IV
NITROGLYCÉRINE	TNG
ORDONNANCE, TRAITEMENT	Rx
PAR LA BOUCHE (PER OS)	PO
QUATRE FOIS PAR JOUR (QUATER IN DIE)	qid
TOUTES LES QUATRE HEURES	q4h
TOUTES LES SEMAINES	q sem
TROIS FOIS PAR JOUR (TER IN DIE)	tid
UNE FOIS PAR JOUR	q.d. / die

Autres abréviations	
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	AVC
BILATÉRAL	bilat
BON ÉTAT GÉNÉRAL	BEG
COMPLICATION	compl
CONDUIT AUDITIF EXTERNE	CAE
CORPS ÉTRANGER	CE
DATE PROBABLE DE L'ACCOUCHEMENT	DPA
DATE DES DERNIÈRES MENSTRUATIONS	DDM
DÉCÉDÉ	DCD
DIABÈTE INSULINO-DÉPENDANT	DID
DIABÈTE	Db
DIAGNOSTIC	Dx
DOULEUR RÉTRO-STERNALE	DRS
DROIT	Droit
ÉCHOGRAPHIE	écho
ÉLECTROCARDIOGRAMME	ECG
EXAMEN	Ex
EXTERNE	ext
FOSSE ILIAQUE DROITE/GAUCHE	FID/FIG
FRACTURE	Fx
GASTRO-ENTÉRITE	GE
GAUCHE	Gche
GLYCÉMIE	glyc
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	HTA
INCONSCIENT	ics
INFARCTUS DU MYOCARDE	IM
INFECTION DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES	IVRS
INTOXICATION	intox
JUSQU'À	Ad
LUXATION (ARTICULATION)	lux
MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE	MPOC
MALADIE TRANSMISE SEXUELLEMENT	MTS
MASSAGE CARDIAQUE EXTERNE	MCE
MEMBRE INFÉRIEUR	MI
MEMBRE INFÉRIEUR DROIT/GAUCHE	MID/MIG
MEMBRE SUPÉRIEUR	MS
MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT/GAUCHE	MSD/MSG
MÉTASTASE	méta
MONOXYDE DE CARBONE	CO
NÉOPLASIE	néo
NORMAL	N
NOUVEAU-NÉ	NN

OBSTÉTRIQUE	OBS
OEDEME DES MEMBRES INFÉRIEURS	OMI
OEDEME AIGU DU POUMON	OAP
OEIL GAUCHE (OCULUS SINISTER)	OS
OEIL DROIT (OCULUS DEXTER)	OD
YEUX	OU
OREILLE DROITE (AURIS DEXTRA)	AD
OREILLE GAUCHE (AURIS SINISTRA)	AS
OTORHINOLARYNGOLOGIE	ORL
POST-OPÉATOIRE	post-op
POULS	Pls
PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE	PMD
PUPILLES ÉGALES RÉAGISSANT À LA LUMIÈRE ET À L'ACCOMMODATION	PERLA
RADIOGRAPHIE	RX
RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE	RCR
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	RAA
RIEN À NOTER / SANS OBJET	RAN / S. O.
SCHIZOPHRÉNIE	Sch
SCLÉROSE EN PLAQUES	SEP
SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE	SIDA
TENSION ARTÉRIELLE	TA
TENTATIVE DE SUICIDE	TDS
TRAITEMENT	Tr
TRAUMATISME	Tx
VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE	VIH

Symboles non alphabétiques

Mots	Symboles
DEGRÉ CELCIUS	oC
DEGRÉ FARENHEIT	oF
FRACTURE	#
POURCENTAGE DE LA SURFACE CORPORELLE	%SC

9.3. LEXIQUE

Accident vasculaire cérébral : Événement neurologique aigu secondaire à une interruption de la perfusion sanguine d'une région du cerveau.

Adipocire : Transformation du corps humain après le décès en une substance d'un gris jaunâtre, molle et grasse au toucher (saponification) lorsqu'un cadavre a séjourné longtemps dans l'humidité.

Aphasie : Absence de langage parlé.

Apnée : Absence de respiration.

Arythmie : Trouble du rythme cardiaque.

Bradycardie : Fréquence cardiaque inférieure à 60/min.

Bradypnée : Fréquence respiratoire anormalement lente, ici définie comme inférieure à 8/min chez l'adulte.

Calcination : État du corps humain après le décès où le cadavre est complètement brûlé; le corps est non identifiable et les structures anatomiques sont souvent difficiles à reconnaître.

Céphalée : Mal de tête.

Choc : Hypoperfusion des tissus secondaires à une hypovolémie, une dysfonction cardiaque, une infection majeure. Les signes et symptômes du choc sont variables selon la sévérité de celui-ci : tachypnée, anxiété, tachycardie, hypotension, altération de l'état de conscience.

Compression totale du crâne : Compression tellement importante du crâne qu'il peut être difficile de reconnaître les structures anatomiques du visage et de la tête.

Cyanose : Coloration bleutée de la peau (extrémités), de la langue ou des lèvres, secondaire à un manque d'oxygénation.

Décapitation : Séparation complète ou partielle de la tête du restant du corps impliquant un bris de l'axe vertébral.

Décubitus dorsal : Position couchée sur le dos.

Décubitus latéral : Position couchée sur le côté.

Diaphorèse : Sudation profuse froide.

Dysarthrie : Trouble du langage dû à une difficulté à prononcer.

Dysfonction neurologique aiguë : Récente perte de fonction du système nerveux; pouvant inclure paralysie, parésie, paresthésie, aphasie, dysphasie, dysarthrie.

Dysphasie : Trouble du langage consistant en une mauvaise coordination des mots, en raison d'une lésion cérébrale.

Dystocie de l'épaule : Accouchement compliqué par la difficulté de passer l'épaule antérieure à travers le bassin de la mère.

Éclampsie : Convulsions survenant en fin de grossesse (troisième trimestre), durant l'accouchement ou dans les jours suivant l'accouchement, pouvant évoluer vers le coma. L'éclampsie est associée à l'hypertension artérielle et à l'œdème des membres suite à une dysfonction rénale.

Électrisation : Accident électrique causant des blessures non mortelles.

Électrocution : Accident électrique causant la mort.

Évidemment du crâne : Matière cérébrale (cerveau) partiellement ou complètement sortie du crâne. Ceci suppose la présence de lacérations majeures associées à une ou des fractures du crâne.

Éviscération : Sortie des organes abdominaux par une plaie ouverte au niveau de l'abdomen.

Fontanelle : Espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, qui disparaît progressivement suite à la fusion des os crâniens.

Hypoglycémie : Baisse de la concentration sanguine de glucose, ici définie comme inférieure à 4 mmol/L.

Hypotension : Tension artérielle systolique définie par les PICTA comme étant inférieure à 100 mmHg chez l'adulte.

Hypoxémie : Diminution de la pression partielle d'oxygène dans le sang.

Hypoxie : Diminution de la quantité d'oxygène dans les tissus.

Ischémie : Souffrance tissulaire secondaire à l'arrêt ou diminution de l'apport sanguin dans un organe ou un tissu.

Momification : Transformation du corps humain après le décès où les tissus se dessèchent sans putréfaction. La peau est fine et friable, les tissus graisseux ont presque complètement disparu : la peau est accolée au squelette. Cette transformation a lieu dans un environnement sec.

Palpitations : Sensation de pulsations cardiaques, rapides, irrégulières ou de force augmentée.

Paralyse : Disparition de la motricité d'un ou plusieurs groupes musculaires.

Parésie : Faiblesse d'un ou de plusieurs groupes musculaires.

Paresthésie : Trouble de la sensibilité qui se manifeste par des sensations anormales.

Plaie aspirante : Plaie ouverte au thorax qui aspire l'air extérieur lors de l'inspiration.

Putréfaction avancée : Forme de décomposition du corps humain causée par les bactéries impliquant la présence de : suintement, gonflement et friabilité des tissus, tissus noirâtres et/ou bleutés, odeur nauséabonde caractéristique et possibilité de présence d'insectes nécrophages. Une seule partie du corps peut être décomposée de telle façon pour rencontrer la définition.

« **Réappréciation sériee** » : Concept qui fait référence à une surveillance continue du patient et une quantification des signes vitaux de façon régulière aux 5 à 15 minutes selon les besoins.

Respiration agonale : Respiration non volontaire régulière ou non qui persiste même en état d'arrêt cardiaque suite à la présence de réflexes présents au niveau du tronc cérébral.

Sectionnement complet du corps : Section complète ou partielle du tronc impliquant un bris de l'axe vertébral.

Sinistre : Événement majeur dont l'ampleur dépasse la capacité des ressources à le gérer de façon habituelle.

Submersion : Situation lors de laquelle les voies aériennes se retrouvent sous un liquide, habituellement de l'eau, et qui potentiellement entraîne une asphyxie.

Syncope : Perte de conscience temporaire subite et complète.

Tachycardie : Fréquence cardiaque supérieure à 100/min.

Tachypnée : Fréquence respiratoire rapide, définie par les PICTA comme 24 respirations/minute ou plus, chez l'adulte.

Viscère : Organe situé à l'intérieur de l'une des principales cavités du corps.

10. PROCÉDURES DU CAUREQ

10.1. DEMANDE DE RESSOURCES

2.05



POLITIQUE - DEMANDE DE RESSOURCES PAR UN SERVICE DE POLICE, UN AUTRE CENTRE D'URGENCE OU LES PREMIERS RÉPONDANTS

ENTRÉE EN VIGUEUR : Le 17 janvier 2011

APPROUVÉ : Le 8 février 2011

PAR :


DIRECTEUR INCENDIE

APPROUVÉ : Le 2 décembre 2011

PAR :


DIRECTEUR MÉDICAL

OBJECTIF : Assurer une gestion optimale des demandes des services ambulanciers et incendie effectuées par un autre service d'urgence lors d'une situation d'urgence.

PROCÉDURE : A. APPEL REÇU ET TRAITÉ PAR UN SERVICE DE POLICE OU UN AUTRE CENTRE D'URGENCE (SOPFEU, GARDE CÔTIÈRE, CENTRE 9-1-1...)

Lors d'un événement, si un service d'urgence demande un véhicule ambulancier ou un service incendie, le PATAU affectera le service d'urgence requis, en se basant sur le questionnaire suivant :

- la nature du problème;
- (si approprié) le nombre de personnes impliquées / blessées;
- (si approprié) les consignes de sécurité;
- (si approprié) Est-ce qu'il y a une personne incarcérée ?
- (si approprié) Est-ce qu'il y a écoulement d'un liquide quelconque ?
- (si approprié) Est-ce qu'il y a présence de fumée ou de flammes ?

Selon la nature du problème ou les réponses obtenues, le préposé déterminera le code M.P.D.S. et/ou F.P.D.S. le plus approprié. Advenant que le demandeur ne réponde pas aux questions, le PATAU affectera les ressources prévues au protocole comme étant une situation inconnue.

Si l'intervenant d'urgence n'est pas arrivé sur les lieux :

Si l'intervenant informe d'emblée le préposé de la non-nécessité d'un service d'urgence et qu'il est requis par le protocole, le PATAU lui indiquera qu'il déploiera les ressources nécessaires selon le protocole.

Si l'intervenant d'urgence est arrivé sur les lieux :

Si l'intervenant informe le préposé de la non-nécessité d'un service d'urgence et qu'il est requis, selon le protocole, le PATAU posera la question suivante au requérant :

« Selon nos protocoles, l'envoi de (nommer le service d'urgence) est requis. Voulez-vous vraiment l'annuler ? ».

De ce fait, le PATAU procédera en fonction de la réponse obtenue. Le requérant prendra alors la responsabilité de son action.

B. APPEL DÉJÀ REÇU ET TRAITÉ PAR NOTRE CENTRE : DEMANDE DE RESSOURCES PROVENANT D'UN SERVICE DE POLICE, D'UN AUTRE SERVICE D'URGENCE (SOPFEU, GARDE CÔTIÈRE, CENTRE 9-1-1...) OU DES PREMIERS RÉPONDANTS

a) Demande de techniciens ambulanciers / paramédics additionnels : techniciens ambulanciers / paramédics non arrivés sur les lieux :

Lors d'un incident, si un service d'urgence, arrivé sur les lieux avant les techniciens ambulanciers / paramédics, transmet de nouvelles informations, le PATAU doit reconfigurer le déterminant en fonction des nouvelles informations et affecter le nombre de ressources ambulancières recommandé dans le tableau de la politique 2.04. Par la suite, toujours en fonction du nouveau code médical, la centrale doit affecter les autres services prévus au protocole. Si l'intervenant n'est pas arrivé sur les lieux, le PATAU ne pourra affecter de ressource supplémentaire.

En tout temps, lorsque le chef trieur / responsable de site est arrivé sur le lieu de l'intervention, il doit confirmer le plus tôt possible si le nombre de ressources ambulancières affectées est adéquat et si la centrale doit annuler ou ajouter des ressources, qu'elles aient été demandées ou non par un autre service d'urgence.

Lorsque le service de police souhaite obtenir le délai approximatif d'arrivée d'une équipe ambulancière, le préposé doit tenter de communiquer avec cette dernière afin d'obtenir cette information et la transmettre par la suite au service de police.

Événements exceptionnels :

Lorsqu'un service de police demande une ambulance en « stand-by » lors d'événements exceptionnels, la centrale doit affecter une ressource ambulancière en disponibilité spéciale et aviser le superviseur de l'entreprise ambulancière concernée.

Voici une liste non exhaustive d'événements exceptionnels :

- situation de recherche;
- prise d'otage;
- individu barricadé et armé;
- alerte à la bombe;
- tout autre événement pour lequel un service de police en fait la demande.

À la réception de cette demande, le PATAU doit créer une carte d'appel en utilisant le code 10-90P (Assistance au 10-35) en priorité 3.

Lors d'une disponibilité spéciale, les techniciens ambulanciers / paramédics détermineront avec les patrouilleurs du service de police, selon la situation rencontrée sur les lieux et après avis à leur superviseur respectif, s'il est nécessaire de demeurer en disponibilité spéciale ou non. Si une équipe ambulancière est exigée sur les lieux, le préposé doit aviser le service de police que cette équipe demeure disponible pour répondre à d'autres appels d'urgence, à moins qu'une équipe ambulancière ait été expressément ajoutée par l'entreprise ambulancière pour cet événement. Les frais de cet ajout seront alors assumés par le service de police.

Si tel est le cas, la centrale doit remplir le « Formulaire à utiliser lors d'un ajout de ressources ambulancières pour une disponibilité spéciale lors d'un événement de sécurité publique » et le remettre à l'UAQ. Cette procédure ne s'applique pas pour les demandes de disponibilité spéciale provenant des services incendie.

b) Demande de techniciens ambulanciers / paramédics additionnels : techniciens ambulanciers / paramédics déjà arrivés sur les lieux :

Si un service de police, un autre service d'urgence ou les premiers répondants demandent des véhicules ambulanciers supplémentaires, la centrale doit valider leur demande avec le chef trieur / responsable de site. Si la communication avec ce dernier n'est pas possible, la centrale doit demander au service d'urgence qu'il communique avec ses intervenants afin qu'ils demandent au chef trieur / responsable de site d'entrer en communication avec la centrale immédiatement. À défaut de communication directe, le PATAU doit poser les questions au service d'urgence afin que ses intervenants valident auprès du chef trieur / responsable de site, le nombre de ressources additionnelles et leur provenance lorsque les ressources prévues au plan de relève ont toutes été utilisées.

c) Demande d'un service incendie :

Si un service de police, un autre service d'urgence ou les premiers répondants arrivés sur les lieux demandent un service incendie non prévu, le PATAU affectera la ressource demandée en fonction du motif, conformément aux procédures en vigueur. Si l'intervenant n'est pas arrivé sur les lieux, le PATAU ne pourra affecter de ressource supplémentaire.

Si les premiers répondants demandent un service incendie parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'agir sécuritairement, du fait que l'incident entrave partiellement ou totalement la voie publique, le PATAU vérifiera au préalable, avant son envoi, si le délai d'arrivée de la police est supérieur à dix minutes ou inconnu. Dans une telle situation, le PATAU affectera le service incendie.

d) Demande d'annulation des techniciens ambulanciers / paramédics : techniciens ambulanciers / paramédics non arrivés sur les lieux :

Si les personnes impliquées dans l'accident sont toujours sur place, les préposés doivent aviser la première équipe affectée de poursuivre sa route en 10-16 afin de procéder à une appréciation clinique des personnes impliquées. Cependant, s'il y a un seul véhicule disponible dans la zone ou si d'autres appels sont en attente, les préposés doivent annuler cette dernière.

C. INTERVENANTS D'URGENCE ARRIVÉS FORTUITEMENT SUR LE LIEU D'UN ÉVÉNEMENT (SEUL INTERVENANT SUR PLACE)

Tout intervenant qui compose le 9-1-1 pour signaler un événement d'urgence sera traité de la même façon qu'un citoyen. Cependant, si ce dernier contacte la centrale sur la ligne d'urgence ou par radio, il devra fournir une description de l'événement en cours. Le préposé générera alors le déterminant en fonction de la situation décrite. Toutefois, si l'intervenant indique les ressources à déployer, la centrale suivra les directives transmises par ce dernier. Par conséquent, l'intervenant assumera la responsabilité de ses décisions.

11. EXEMPLE DE CANEVAS D'ENTRAÎNEMENT



ÉQUIPE

PR

N° DE LA PRATIQUE

FC11-1

TITRE DU MODULE

Premiers répondants

NOM DE LA PRATIQUE

Approche clinique préhospitalière, examen primaire/secondaire, oxygénothérapie et matériel d'appoint.

Durée : 3 h

1. OBJECTIF DE LA PRATIQUE

- Assumer la fonction d'un Premier répondant.
- Utilisation du matériel d'oxygénothérapie et matériel à support vital.
- Procéder à l'évaluation de la situation :
 - Analyse juste des risques pour les victimes, les intervenants et intervenantes;
 - Observation minutieuse de l'état des victimes.
- Approche clinique préhospitalière. Approche médicale / trauma.
- Communication rapide des données aux services complémentaires.
 - Communication appropriée aux intervenants, intervenantes et aux victimes.
- Examen primaire.
- Examen secondaire (physique)

2. RÉFÉRENCE DANS LE GUIDE « PREMIERS RÉPONDANTS » : CHAPITRE 1, 2 ET 4

3. ORGANISATION DU SITE DE PRATIQUE

Endroit : **Caserne 14**
Site : **Salle des mesures d'urgence**

4. AMÉNAGEMENT DU SITE (EXEMPLE : S'ASSURER DE CLOISONNER)

- Réserver la salle pour la durée de la pratique;
- Dégager l'espace nécessaire.

5. ORGANISATION MATÉRIELLE (EXEMPLE : METTRE DE LA FUMÉE)

- La trousse d'oxygénothérapie et de support vital de formation pour les 4 étudiants.

6. RESSOURCES HUMAINES (EXEMPLE : APPARITEUR POUR ALLUMER LE FEU)

- 1 moniteur pour groupe (personne autorisée par la responsable PR).

7. NOTES PARTICULIÈRES

- **S'assurer que toutes les lunettes sont remises à leur place à la fin de la pratique;**
- **Nettoyer le local, les mannequins et le matériel utilisé;**
- **NE PAS UTILISER LA TROUSSE D'INTERVENTION DU 814 POUR LES PRATIQUES.**

8. DÉROULEMENT DE LA PRATIQUE

DESCRIPTIONS	DURÉE
Démonstration du matériel d'appoint par l'enseignant : canule, succion, masques de poche, oxygène et positionnement lors de l'intervention. Faire pratiquer les élèves sur le mannequin crash Kelly pour l'insertion de la canule.	15 minutes
Démonstration de l'approche clinique médicale et trauma (maintient de la tête, pas de collet), examen secondaire (pouls, respiration, AVPU, OPQRST, sample). Faire pratiquer les élèves	20 minutes
Pratique questionnements (sample, OPQRST, prise de signes vitaux)	45 minutes
Pause	10 minutes
Démonstration L'CAB inconscient par l'enseignant	10 minutes
Pratique examen primaire inconscient	25 minutes
MINI-SIMULATION cas médicaux, traumatique, cas facile (ne pas brûler nos cas intéressants...)	Reste du cours

9. ROTATION DES ÉLÈVES, S'IL Y A LIEU

- **Tous les étudiants devront prendre le rôle de PR1 et de PR2.**

10. CRITÈRES D'ÉVALUATION

- **Remplir la fiche d'observation FC11-1.**

11. DÉTAIL DES MANOEUVRES

- **Les élèves doivent manipuler et pratiquer;**
- **Les explications du moniteur sont à titre de support et elles doivent être limitées;**
- **Les techniques abordées dans ce cours doivent être maîtrisées par l'élève à la fin de la pratique.**

N'oubliez pas de remplir le(s) formulaire(s) de réservation de matériel nécessaire(s) à votre pratique.