

Cette procédure infirmière concerne les enfants adressés en Suisse par l'association Terre des Hommes pour une prise en charge chirurgicale de leur cardiopathie. Les enfants accueillis au SAUP sont principalement des bébés venant directement de l'aéroport pour être hospitalisés. Il peut s'agir aussi d'enfants plus grands en décompensation cardiaque ou dont l'état est jugé critique ou se péjore.

Les bébés venant directement de l'aéroport sont évalués rapidement au SAUP par **un chef de clinique** après avoir été triés et installés dans un box par une infirmière qui effectue les premiers contrôles. S'ils sont stables, ils sont transférés directement dans le service d'hospitalisation **sans faire d'investigation aux urgences**.

Pour tout patient

Tri et anamnèse : (avec l'aide de l'accompagnant et du dossier)

- Pathologie cardiaque
- Allergies
- Traitements médicamenteux et médicaments reçus le jour-même
- Apports (hydratation et alimentation) pendant le voyage
- Le mode d'alimentation : allaitement \Rightarrow l'enfant est-il sevré ?, biberons, diversifié ?

Installation du patient en box et évaluation par le CdC flux :

- Mesures spécifiques VigiGerme® « Contact » dès l'arrivée du patient (\Rightarrow mettre une sur-blouse verte et des gants).
- Installer directement dans un lit à barreaux les bébés et enfants \leq 3 ans et étiqueter le lit.
- Mettre le bracelet d'identité à l'enfant en contrôlant l'identité notée sur le bracelet avec l'accompagnant de TDH.
- Déshabiller complètement l'enfant.
- Installer en position semi-assise.
- Limiter les sources de stress et favoriser le repos de l'enfant (\Rightarrow regrouper nos soins).
- Une bénévole de TDH est prévue pour rester auprès des bébés venant de l'aéroport durant leur prise en soins au SAUP. Si elle n'est pas présente, appeler le service des BB.

Contrôles et observation clinique :

- Poids (nu \leq 2 ans et en slip pour les enfants $>$ 2 ans)
- Taille
- PC (pour les enfants \leq 2 ans)
- Monitoring cardiaque en continu
- TA aux 4 membres
- Sat.O2 en continu
- Mesure de la sat.O2 pré-ductale (= en amont du canal artériel) (au MSD) et post-ductale (= en aval du canal artériel) au MIG ou MID)
- T° et FR
- État général de l'enfant : tonicité, fatigue, essoufflement à l'effort ou lors de la prise alimentaire, sudation, état d'hydratation, perfusion périphérique, TRC, coloration de la peau, fontanelle, signes de dénutrition, retard de croissance
- Cyanose centrale
- Hippocratisme digital (si cardiopathie cyanogène)
- Signes de dyspnée
- Attitude de l'enfant (apeuré, triste, stressé, calme, ...)

\rightarrow Si patient stable, transfert rapide dans le service d'hospitalisation prévu après appel IAG

→ Si patient stable, transfert rapide dans le service d'hospitalisation prévu après appel IAG

→ Si l'enfant est instable et nécessite des investigations

- Pose d'Emla
- Compléter l'anamnèse avec le dossier de TDH qui accompagne l'enfant :
 - Les antécédents médicaux et chirurgicaux
 - Le pays d'origine et la langue parlée ou comprise
- Si besoin, appeler un traducteur
- Le bilan suivant est effectué au SAUP uniquement si l'état du patient nécessite qu'il soit réalisé en urgence :
 - ECG avec 15 dérivations (*mise à jour de 04.2017*)
 - Rx du thorax
 - US cardiaque
 - Gazométrie capillaire
 - Bilan sanguin et pose de VVP selon OM

Transmission des informations obtenues :

- Retranscrire toutes les informations obtenues et les examens effectués dans le dossier de soins
- Noter les mesures (poids, taille et PC) sur DPI
- Si péjoration de l'état de l'enfant, prévenir immédiatement un médecin :
 - Désaturation
 - Tachycardie ou HTA
 - Augmentation de la cyanose centrale
 - Altération de l'état de conscience

Suivi du patient :

- Hydrater l'enfant (surtout s'il a voyagé en avion) après s'être assuré auprès du médecin qu'il ne doit pas être en restriction hydrique. Si restriction hydrique, limiter les apports.
- Quantifier les apports et les pertes (⇒ peser les couches chez les bébés)
- Proposer un repas si l'enfant reste quelques heures au SAUP et ne doit pas être à jeun.
- Contrôler le patient (signes vitaux et état de l'enfant) selon OM
- **Si crise de Spell (crise anoxique) pour les enfants qui ont une Tétralogie de Fallot**
 - **Administrer de l'O₂ et mettre l'enfant en position de squatting (genoux contre le ventre). Essayer de calmer l'enfant. Si pas suffisant, morphine et esmolol i.v. (= Brevibloc®) sur OM.**