 <p>AGeMUP – Association Genevoise des Médecins Urgentistes Préhospitaliers</p>	<p>Type de Document: Check-List</p>	<p>Créé le: 21.03.2012</p>
	<h1>Check-List Transfert</h1>	<p>Dernière Révision le: 11.05.2020</p>
		<p>Dernière Révision Approuvée le: 11.05.2020</p>
		<p>Entrée en Vigueur de la Dernière Révision le: 11.05.2020</p>
<p>Rédacteur(s): Laurent Suppan / Nicolas Vasey / Birgit Gartner Validation du document: AGeMUP Version: 1.5</p>	<p>Archivage: CardioNET Diffusion: sans restriction</p>	<p>Nombre de pages (y.c. page de garde): 2</p> <p>Annexe(s): 0</p>

Historique des Révisions:

Version 1.1 – 03.09.2012:

Ajout des valeurs de TAS normales

Version 1.2 – 10.12.2012:

- Abolition de la signature de confirmation pour l'infirmière en cas d'impossibilité de prise des paramètres chez des patients transférés en milieu psychiatrique

Version 1.3 – 18.03.2013:

Mise à jour du logo

Modification des données de validation

Version 1.5 – 02.05.2020 :

Consilium 144 obligatoire si mesure de contention et/ou traitement hors protocole technicien ambulancier lors du transfert

Adaptation des critères cliniques selon EST degré 3 novembre 2019 © :

FR 13-20, SpO₂>93%, TAD<115 mmHg

Modification concernant la crise convulsive (durée 24h et non pas 48h, abolition de la double négation)

Cette feuille ne doit pas être remplie systématiquement.

A ne remplir qu'en cas de doute sur l'indication à un transfert par ambulance de S3





Motif d'hospitalisation:

Attitude de Réanimation:

Si l'attitude de réanimation n'a pas été clairement définie, le patient est considéré « RCP » et doit bénéficier de soins maximaux.

RCP NTBR +/- Soins de Confort
 Directives Ecrites? NON → OUI (PHOTOCOPIER LES DIRECTIVES)
 Identité du Médecin en charge
 NOM: _____ NON →
 Signature: _____ OUI ↓

EVALUATION CLINIQUE

   	OK? <input type="checkbox"/>	Fréquence Respiratoire (13-20/minute)	NON →	FR: <input type="text"/>	Anomalie connue et conduite à tenir définie? <input type="checkbox"/> NON →
	<input type="checkbox"/>	SpO ₂ (> 93%)	NON →	SpO ₂ : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON →
	<input type="checkbox"/>	Fréquence Cardiaque (50-100/minute)	NON →	FC: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON →
	<input type="checkbox"/>	Tension Artérielle Moyenne (60-100 mmHg) ou TAS 100-170 mmHg TAD <115 mm Hg	NON →	TAM: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON →
	<input type="checkbox"/>	Temps de Recoloration Capillaire (<2 secondes)	NON →	TRC: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON →
	<input type="checkbox"/>	Glasgow Coma Scale (15/15)	NON →	GCS: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON →
	<input type="checkbox"/>	Crise convulsive dans les 24h	OUI →	Traitement en Réserve?	<input type="checkbox"/> NON →
	<input type="checkbox"/>	*Glycémie (HGT) entre 4.0 et 16.0 mmol/l	NON →	HGT: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NON →

*Uniquement pour les patients diabétiques. La glycémie doit avoir été contrôlée moins de 2 heures avant le transport

TOUTES LES DONNEES REQUISES CI-DESSUS ONT-ELLES ÉTÉ RECUEILLIES? OUI NON

UNE CONTENTION PHYSIQUE EST-ELLE NECESSAIRE?
 Confirmation du Médecin
 NOM: _____ OUI NON
 Signature: _____

LE PATIENT REFUSE LA PRISE DES PARAMETRES OU PRESENTE UNE AFFECTION PSYCHIATRIQUE CONTRE-INDIQUANT CETTE DERNIERE
 OUI NON

MEDICAMENTS & ALLERGIES

Dans cette section, les cases cochées en rouge font OBLIGATOIREMENT l'objet d'une mention complète sur la FIP

Patient connu pour des ALLERGIES? NON OUI

Traitement habituel administré? NON OUI

Traitement Médicamenteux:

Anti-HTA <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Anti-arythmiques <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Aérosols <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	AAS/Sintrom <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Anti-épileptique <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Insuline <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Type d'insuline: _____ Dose: _____ Heure d'administration: _____	

TOUTES LES INFORMATIONS REQUISES, NOTEES CI-DESSUS, ONT-ELLES ÉTÉ RECUEILLIES? OUI NON

TRAITEMENT DURANT LE TRANSPORT

LES TRAITEMENTS A ADMINISTRER DURANT LE TRANSPORT CADRENT AVEC LES PROTOCOLES DEDIES OUI NON

Si nécessaire, utiliser le protocole « Antalgie en Transfert »

OK POUR TRANSFERT

CONSILIUM 144