

Rôle de l'intervenant de la brigade SPU chez Pratt & Whitney Canada

Fournir à une personne dont l'état requiert les premiers soins de stabilisation requis conformément aux protocoles d'intervention clinique approuvés par la direction médicale de Pratt & Whitney Canada et correspondant au niveau de formation qu'elle reconnaît en respectant le règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence au Québec.

Responsabilité

Agissant en complémentarité du professionnel de la santé de Pratt & Whitney Canada et des paramédics du service ambulancier externe, le membre de la brigade d'intervention d'urgence applique les protocoles visant la prévention de la détérioration de l'état de la personne en détresse et transfère en tout temps, la responsabilité des interventions à un professionnels de la santé (interne ou externe).

Sécurité

Dans toute situation, l'intervenant doit en premier lieu, voir à la sécurité de la scène pour éviter qu'il ne devienne lui-même un patient. Une fois la sécurité de la scène assurée, il peut procéder à l'appréciation primaire et à l'appréciation du niveau de stabilité du patient.

Équipement au chevet du patient

De façon générale et à moins d'un contexte particulier, le moniteur défibrillateur, la trousse de support vital et la bombonne d'oxygène devraient être apportés au chevet du patient.

Approche de la condition clinique

Pour l'ensemble des protocoles, l'intervenant doit se référer au protocole d'approche de la condition clinique préhospitalière afin d'apprécier la condition clinique du patient, de déterminer sa stabilité, son besoin d'oxygénothérapie et pour effectuer les autres appréciations de base.

Application des protocoles spécifiques

Dans le cadre de chaque intervention, l'intervenant doit vérifier la présence de signes ou de symptômes justifiant l'application des protocoles. Les signes et symptômes (ou la description d'un tableau clinique) se trouvent dans les indications du protocole et parfois dans son titre. L'intervenant doit prendre en considération tout signe ou symptôme présent ou passé (ex. : un symptôme présent en début d'intervention, qui disparaît soudainement) et qui est en lien avec l'intervention en cours.

Lorsqu'une approche clinique révèle la présence d'un nouveau signe ou d'un symptôme (ex.: la prise de glycémie révèle une hypoglycémie l'intervenant doit se référer aux protocoles correspondants. Bien que les protocoles soient organisés par problèmes spécifiques (ex. : situations médicales, traumatiques, etc.), plusieurs d'entre eux peuvent s'appliquer à un même patient, et ce, de façon consécutive ou en concomitance, s'ils sont appropriés pour la situation clinique.

Déplacement du patient

L'intervenant doit favoriser une position confortable pour le patient, et minimiser les efforts chez ce dernier. Lors de l'évaluation de la capacité de mobilisation du patient, les intervenants doivent faire preuve de discernement et appliquer un jugement clinique rigoureux.

À la suite de l'approche de la condition clinique, tous les patients qui présente une plainte médicale (douleur thorax, ventre ou tête, étourdissement, faiblesse etc) doivent être déplacés par civière, à moins d'un refus de la part du patient. Si la condition clinique ne requiert pas de transport par civière. Les patients qui présentent une blessure mineure périphérique peuvent se mobiliser par eux-mêmes. L'intervenant doit toujours s'assurer d'avoir la collaboration du patient avant d'entreprendre la mobilisation. Arrêter la mobilisation du patient devant tout signe de faiblesse ou de modification de la démarche.

Documentation et enregistrement des interventions

Moniteur défibrillateur semi-automatique

Le moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) doit être ouvert dès l'arrivée au chevet du patient et ce, pour toute intervention jusqu'au transfert des responsabilités afin de permettre l'enregistrement de l'intervention.

Rapport d'intervention clinique

L'intervenant doit rédiger un rapport d'intervention préhospitalière (RIP) pour toutes les Interventions où il a été en contact avec un patient. La qualité de la rédaction est essentielle et permet de témoigner de la qualité des soins prodigués. Un soin non documenté est considéré comme un soin non réalisé. Le RIP doit en tout temps être complété avant la fin de son quart de travail. De façon exceptionnelle, le RIP pourra être complété dès le début du quart de travail suivant.

Refus de transport / traitement

Lors d'un refus de transport ou de traitement, l'intervenant doit utiliser le formulaire approprié et s'assurer d'avoir documenté toutes les sections. Il est obligatoire d'enregistrer l'intervention à l'aide du moniteur défibrillateur. Si un refus de transport est manifesté dans un contexte où une intervention de service ambulancier externe aurait été requise, demander l'intervention de ce dernier et laisser les paramédics prendre charge de la situation (gérer le refus le cas échéant).

Évaluation de la stabilité du patient

Identifier la nécessité de demander l'intervention des services ambulanciers externes est la pierre angulaire de ce programme. L'intervenant doit se baser sur les découvertes à chaque étape de son intervention, soit l'approche primaire (et secondaire en situation de traumatologie), la collecte des signes vitaux, le questionnaire. Malgré ces étapes, certains types de situations requièrent l'appel aux services ambulanciers externes nonobstant l'état du patient.

Critères d'instabilité et d'appel au service ambulancier externe

Instable selon l'approche Primaire

- Voies respiratoires compromises
- Détresse/insuffisance respiratoire
- Hémorragie significative
- Absence de pouls radial
- Altération du niveau de conscience « V, P, U »
- Désorientation dans identité, temps, lieux et/ou amnésie

Instable selon les signes vitaux

- Altération significative du pouls (< 50 ou >130)
- Hypotension (TAS < 90 mmHg)

Potentiellement instable selon le questionnaire et symptomatologie

- Douleur ou malaise non traumatique, persistant ou disparu, dans la région entre l'ombilic et la mâchoire incluant le dos et les bras ayant été à l'origine de l'appel ou suivant l'appel de la brigade d'intervention d'urgence.
- Douleur abdominale irradiant au dos ou hors de proportion
- Signes et symptômes d'AVC incluant céphalée intense et subite
- Dyspnée objectivée
- Saignement non contrôlé (externe, digestif, vaginal)
- Signes de choc compensé
- Réaction anaphylactique
- Syncope ou quasi-syncope
- Palpitations
- Dysrythmie objectivée symptomatique

Situations requérant l'appel au service ambulancier externe nonobstant la stabilité

- Brûlure 2° et/ou 3° degré > 10 %
- Électrisation
- Exposition à des produits toxiques sans accès au centre médical
- Convulsions cessées
- Intoxication médicamenteuse ou toxicomanie
- Tout problème obstétrical/gynécologique
- Tout problème pédiatrique
- Tout problème psychiatrique

Traumatologie

A venir

