



SUPPORT DE FORMATION



Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
Niveau 2 - J3

FORMATION

Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence Niveau 2 - J3

DURÉE

7 heures

MAINTIEN ET ACTUALISATION DES COMPÉTENCES

Tous les 4 ans

PROGRAMME

1 La prise en charge des urgences absolues

Arrêt cardiaque, les soins spécialisés

2 Risque collectif, habillage/déshabillage

3 Urgences potentielles

L'accouchement inopiné

Prise en charge d'un blessé

Malaises et autres situations d'urgences

Urgences cardio-vasculaires

Urgences neuro-vasculaires

MISES EN SITUATION À VOUS DE JOUER...

URGENCES ABSOLUES ARRÊT CARDIAQUE, LES SOINS SPÉCIALISÉS

LA CHAÎNE DE SURVIE



Reconnaissance
et activation
du système
d'intervention
d'urgence



Réanimation
Cardio
Respiratoire
immédiate de
haute qualité



Défibrillation
rapide



Services
médicaux
d'urgence
avancés et
de base



Soins avancés
d'urgence
et soins
post-arrêt

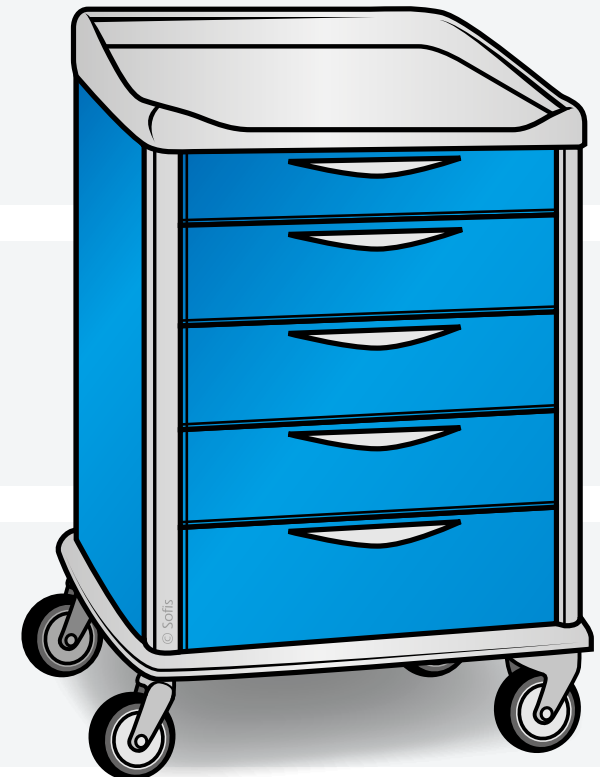
LE CHARIOT D'URGENCE

Où se trouve-t-il ?

De quoi est-il composé ?

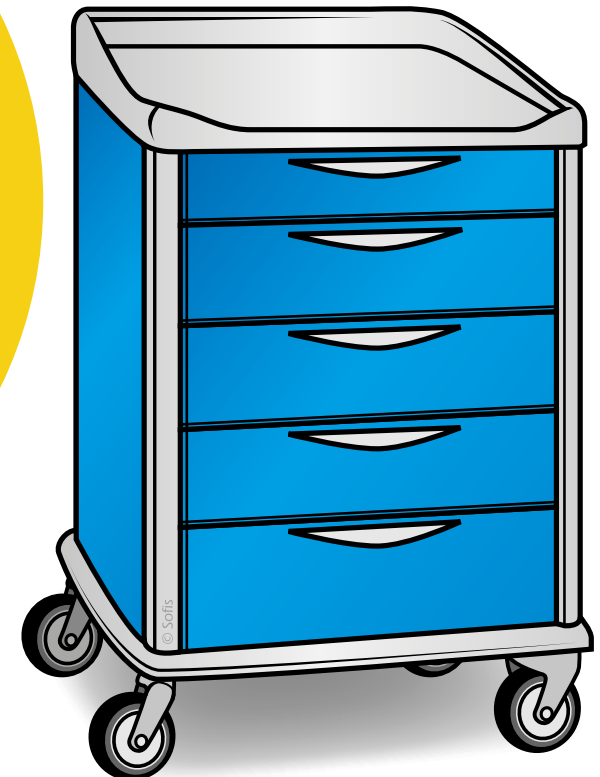
Qui le vérifie ?

Quand ?



LE CHARIOT D'URGENCE

Pas de
règlementation
officielle mais des
recommandations SFAR
(Société Française
d'Anesthésie et de
Réanimation)



LE CHARIOT D'URGENCE

RECOMMANDATIONS

Un modèle unique

Dans un lieu unique connu de tous et accessible à tout moment

Autant de chariots que nécessaire (contraintes de lieux)

Même dotation minimale sur tous

Fermé par un scellé autocassable...



LE CHARIOT D'URGENCE

RECOMMANDATIONS

Entretenu et vérifié régulièrement, au moins une fois par mois
(binôme IDE pour les médicaments)

Vérification complète après utilisation

Liste de contrôle jointe

Procédure de vérification déterminée (maintenance, péremption) et tracée

Vérification journalière du DSA et du matériel non scellé



LE CHARIOT D'URGENCE

RECOMMANDATIONS

Formation du
nouveau personnel au
chariot d'urgence

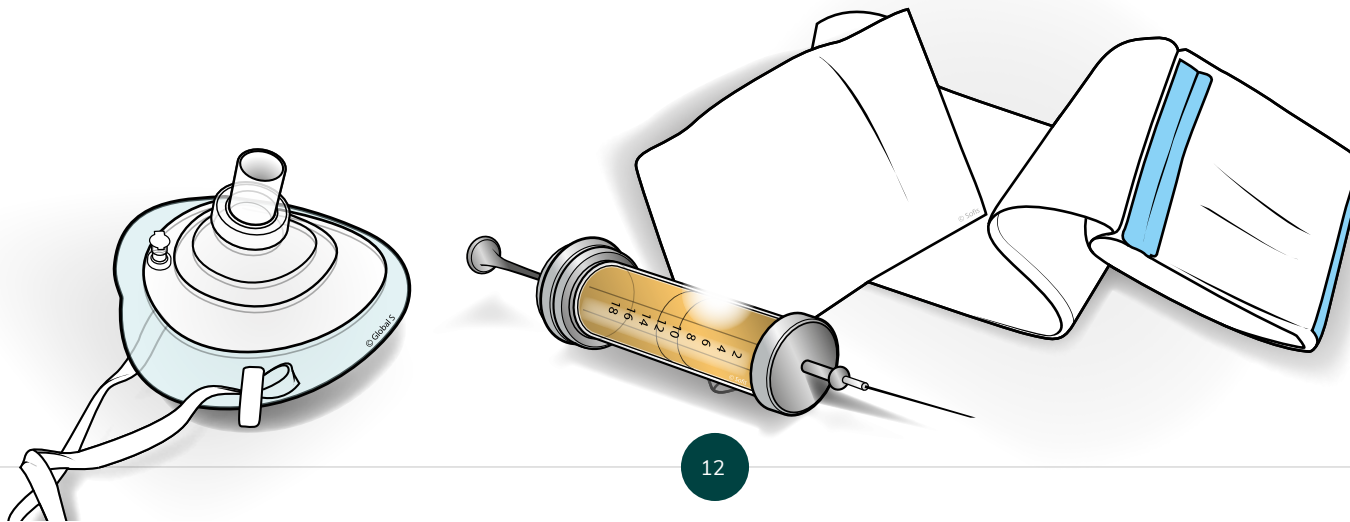
Modification
du contenu sous la
responsabilité du
médecin responsable

LE CHARIOT D'URGENCE

Dotation **minimale**

Défibrillateur Semi-Automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel

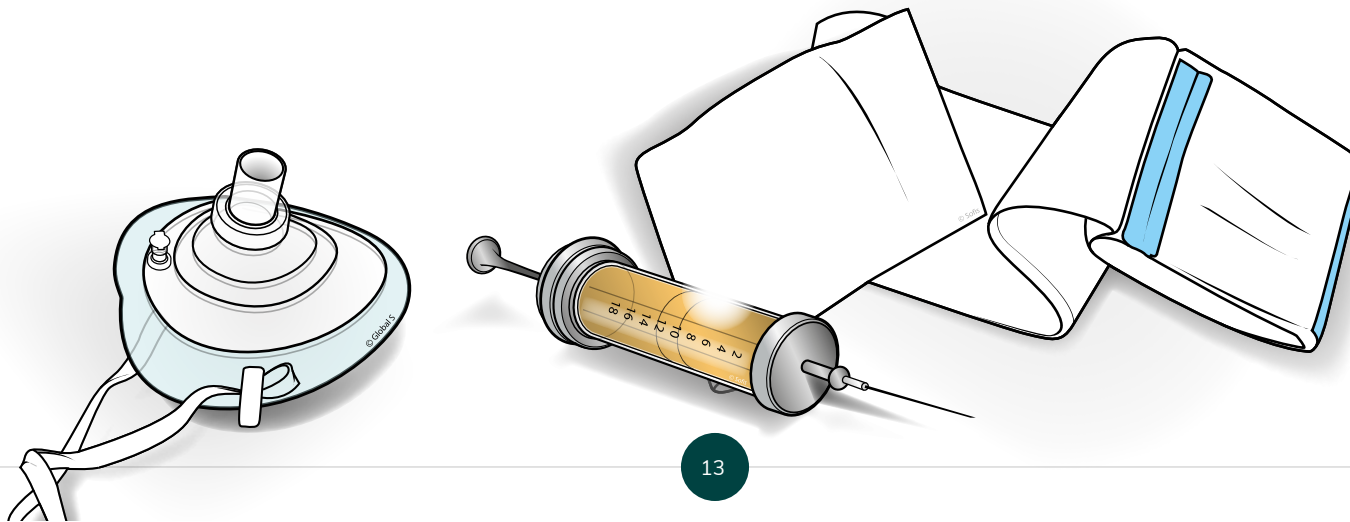
Bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi



LE CHARIOT D'URGENCE

Dotation **minimale**

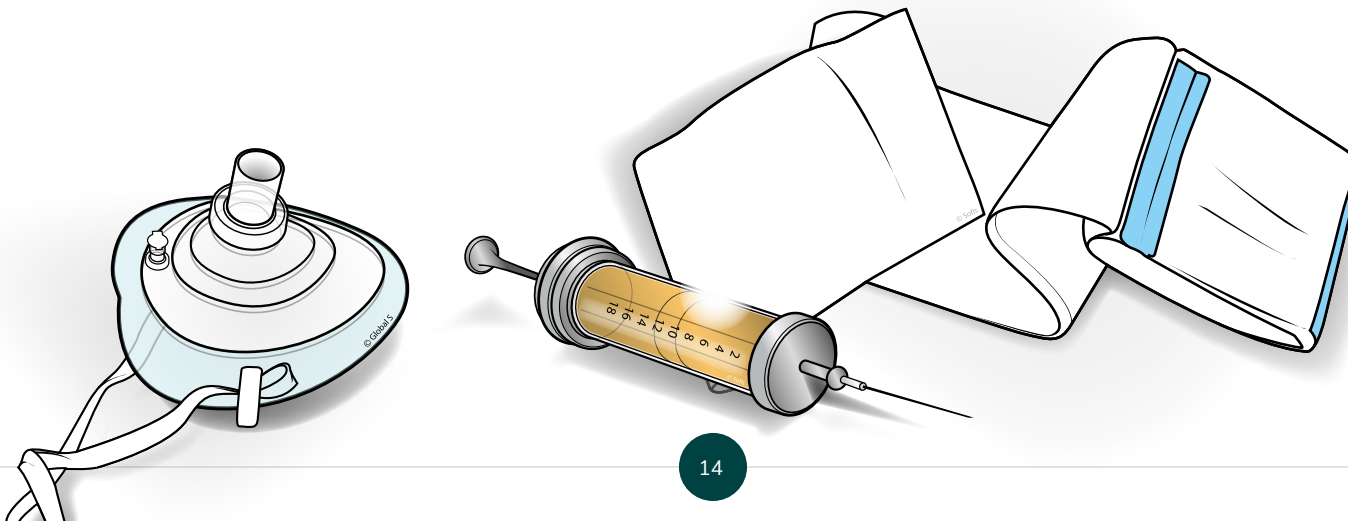
Médicaments : Adrénaline, dérivés nitrés (injectable et spray), atropine, lidocaïne, amiodarone, furosémide, soluté glucosé à 30 % , benzodiazépine injectable, bêta2-adrénergiques (spray et solution pour aérosol), solutés de perfusion conditionnés en poche souple (NaCl / Ringer Lactate)



LE CHARIOT D'URGENCE

Dotation **minimale**

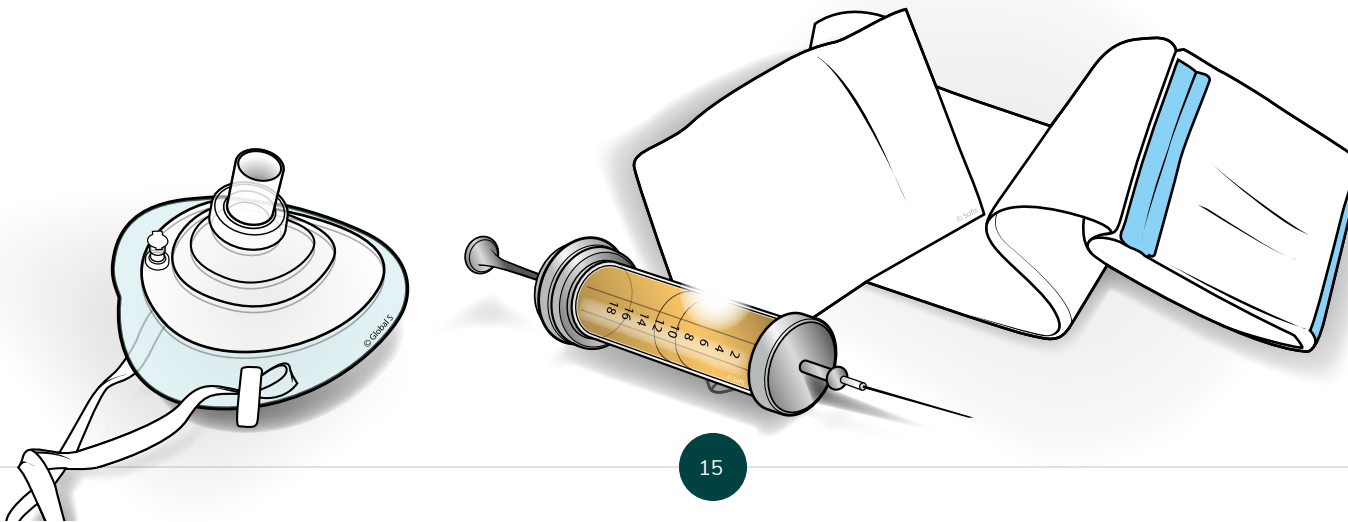
Matériel de ventilation : Canules de Guedel n° 2 et 3, masques faciaux n° 3 à 6, ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle et filtre antibactérien, masques pour aérosol, sondes à oxygène, tuyaux de connexion, masques à haute concentration



LE CHARIOT D'URGENCE

Dotation **minimale**

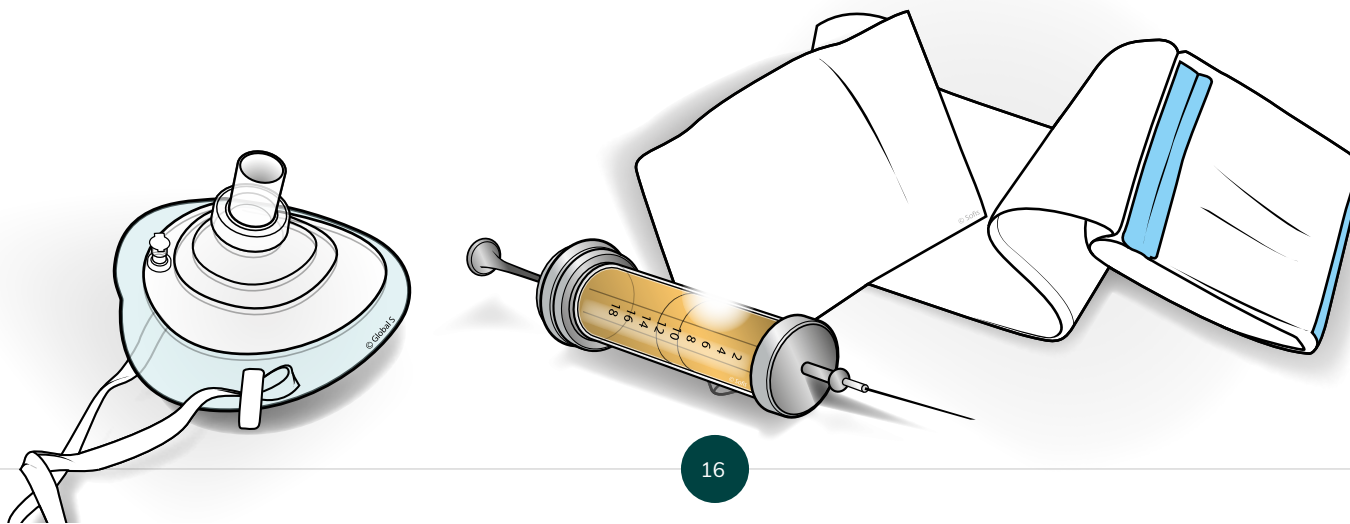
Matériel pour accès veineux et injections : Seringues de 5 et de 10 ml, jeu d'aiguilles, cathéters courts 14-16-18-20-22 G, perfuseurs avec robinets à 3 voies, compresses stériles, solution antiseptique, garrot, champs adhésifs transparents, adhésif de fixation, gants non stériles, container à aiguilles, lunettes de protection, solution hydre-alcoolique



LE CHARIOT D'URGENCE

Dotation **minimale**

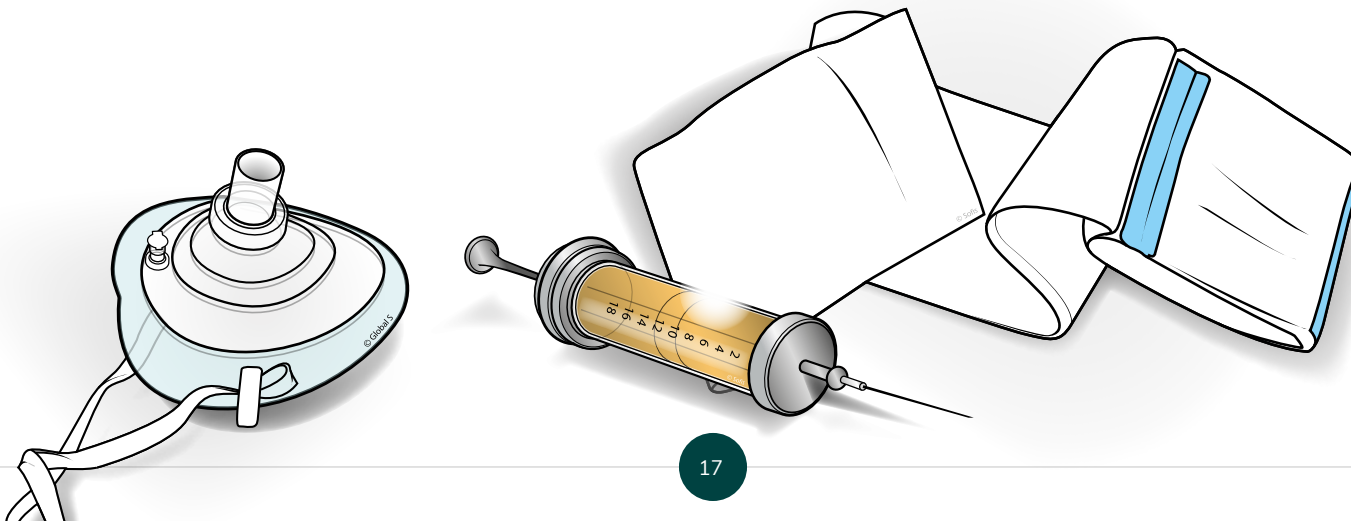
Matériel d'aspiration : Système d'aspiration vérifié et prêt à l'emploi, sondes d'aspiration trachéo-b, sonde nasogastrique, seringue de Guyon (50 ml à embout conique), sac à urine non stérile, raccords biconiques



LE CHARIOT D'URGENCE

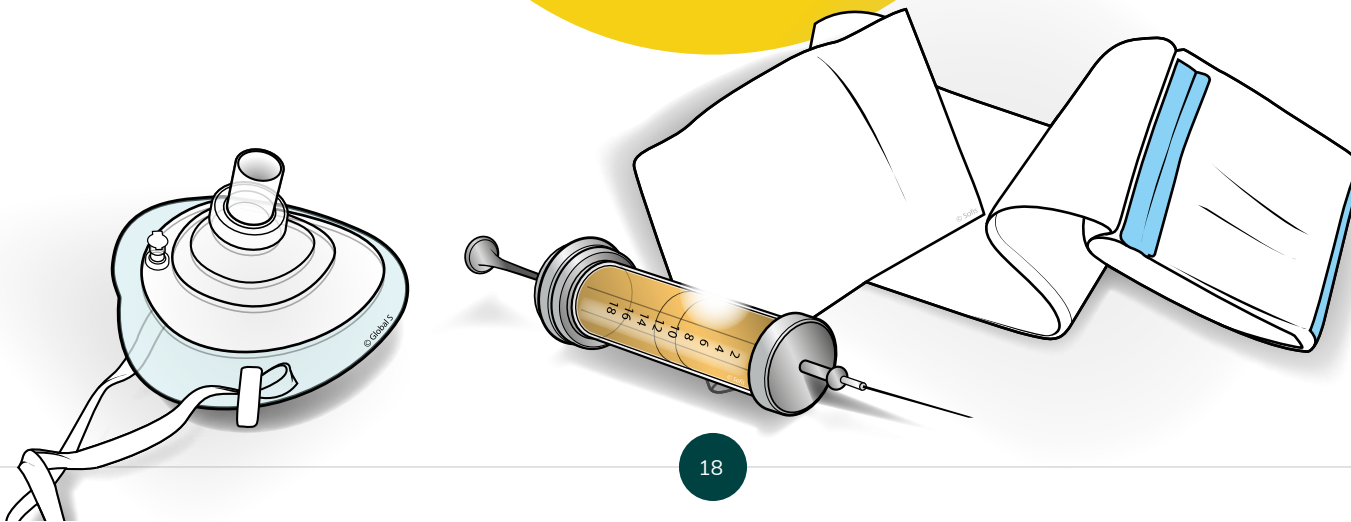
Dotation **minimale**

Plan dur pour massage cardiaque



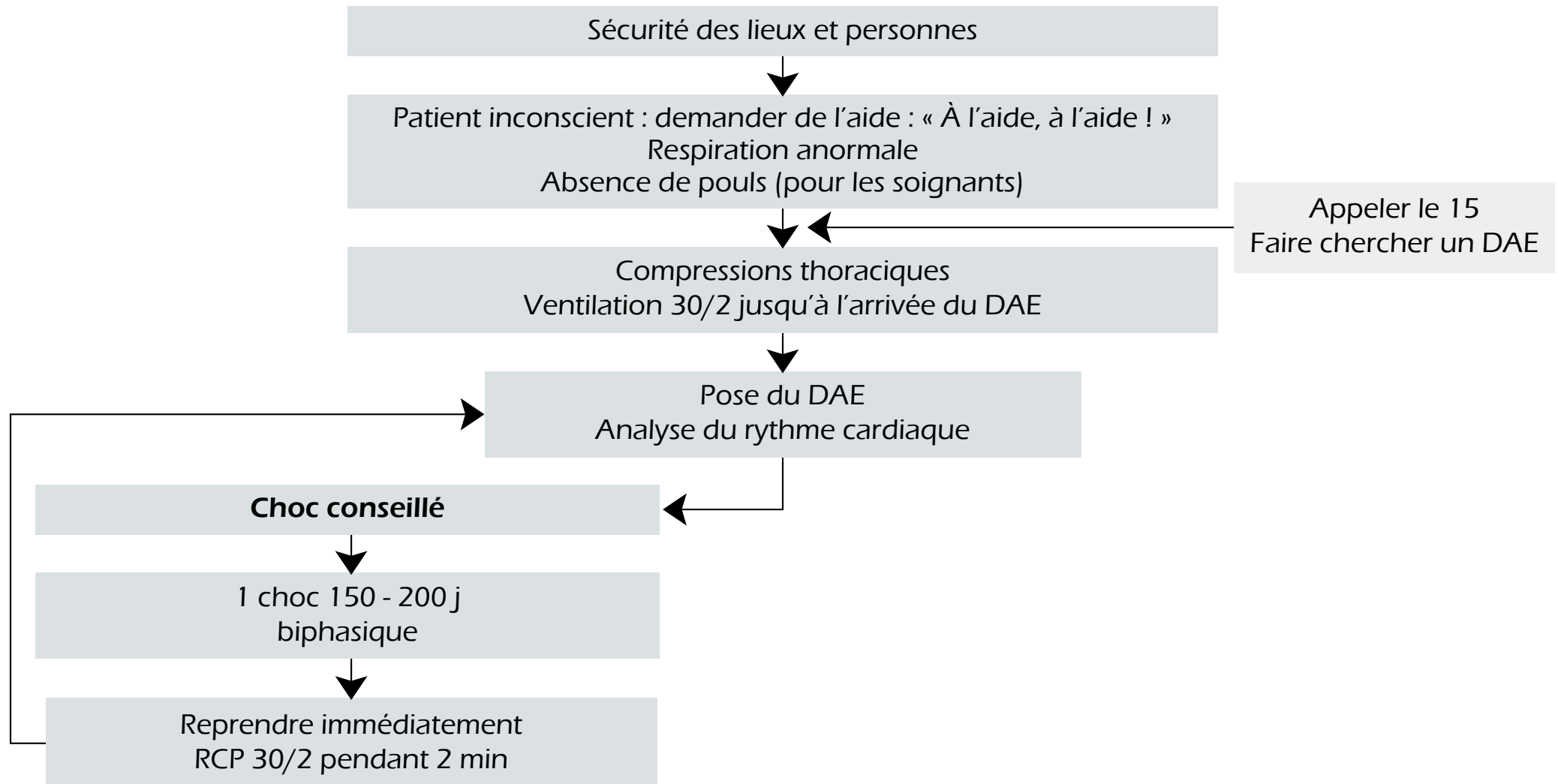
LE CHARIOT D'URGENCE

À **compléter**
selon ses besoins
& son niveau de
compétence...



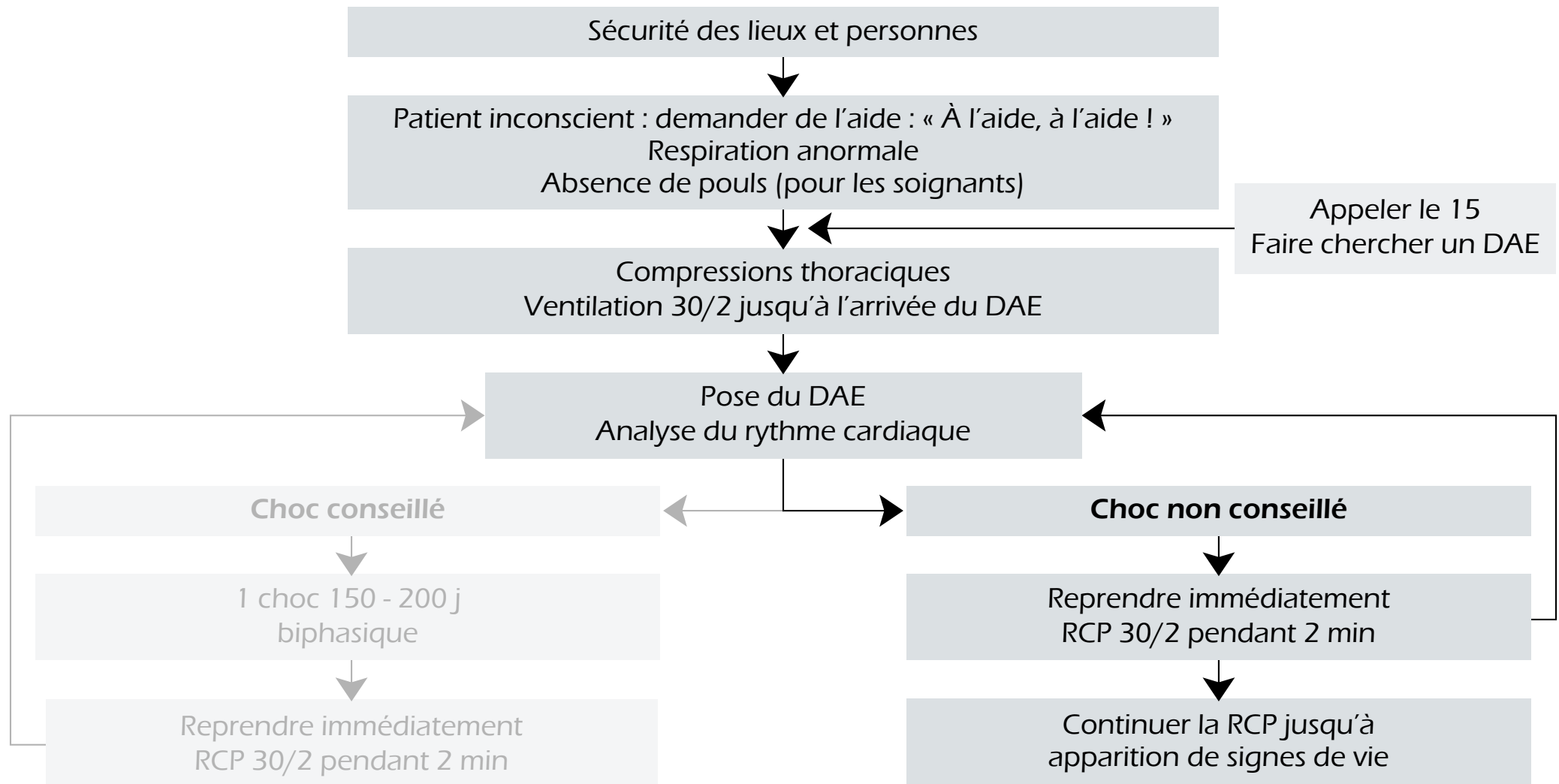
L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE AVEC MATÉRIEL

SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE AVEC MATÉRIEL

SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



ALGORITHME DES SOINS SPÉCIALISÉS AU COURS DE LA RCP

Cet algorithme est réalisé dès l'arrivée d'une équipe médicalisée de réanimation pré-hospitalière (déclenchée par le 15) ou hospitalière.

Les principaux médicaments de l'ACR : adrénaline (asystolie et activité électrique sans pouls) & amiodarone (FV & TV).

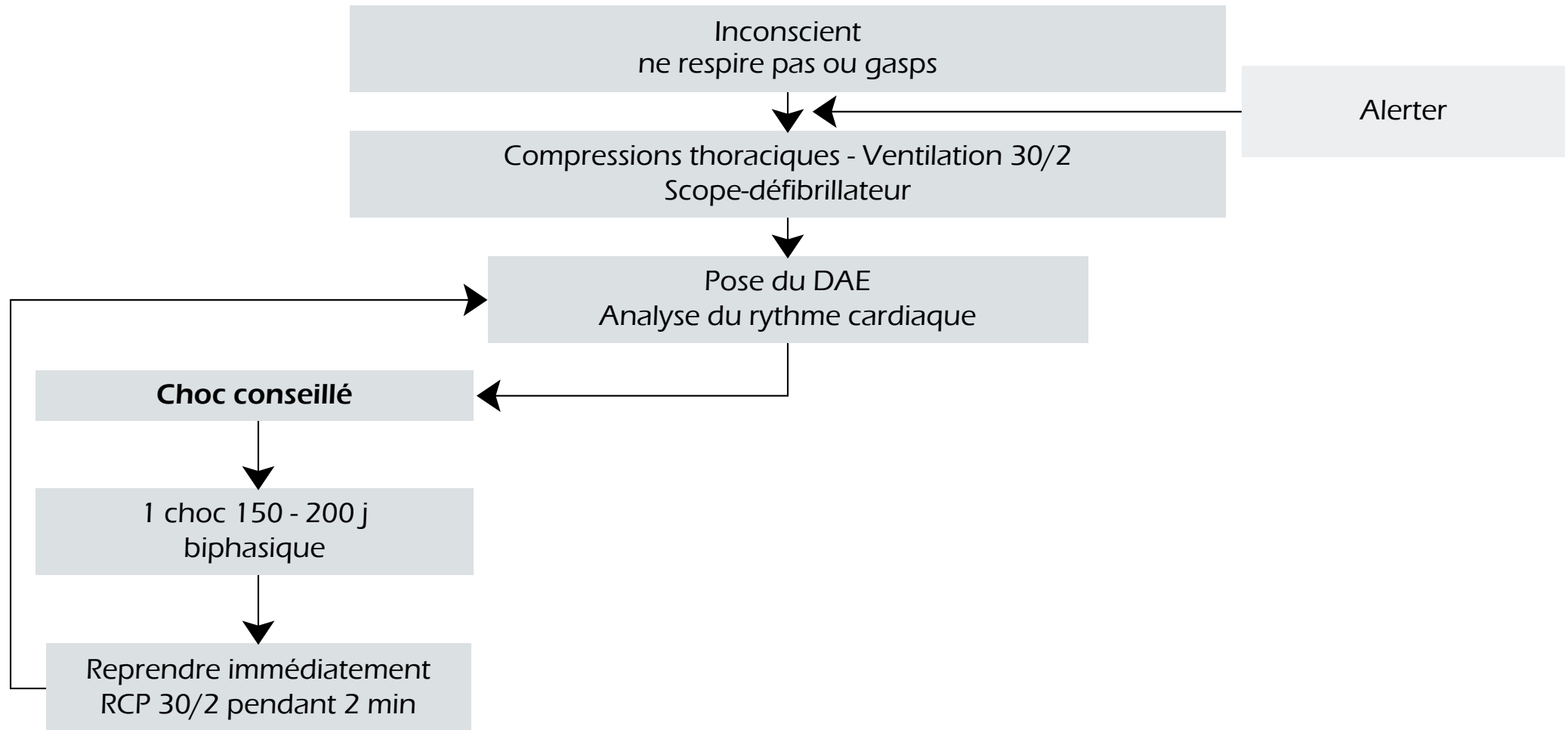
Les interruptions des compressions thoraciques doivent être les plus courtes possibles.

Si la défibrillation permet le retour à une circulation spontanée efficace le médecin peut abréger la séquence suivante de 2 min de RCP.

Cet algorithme peut être modifié devant une cause d'ACR particulière.

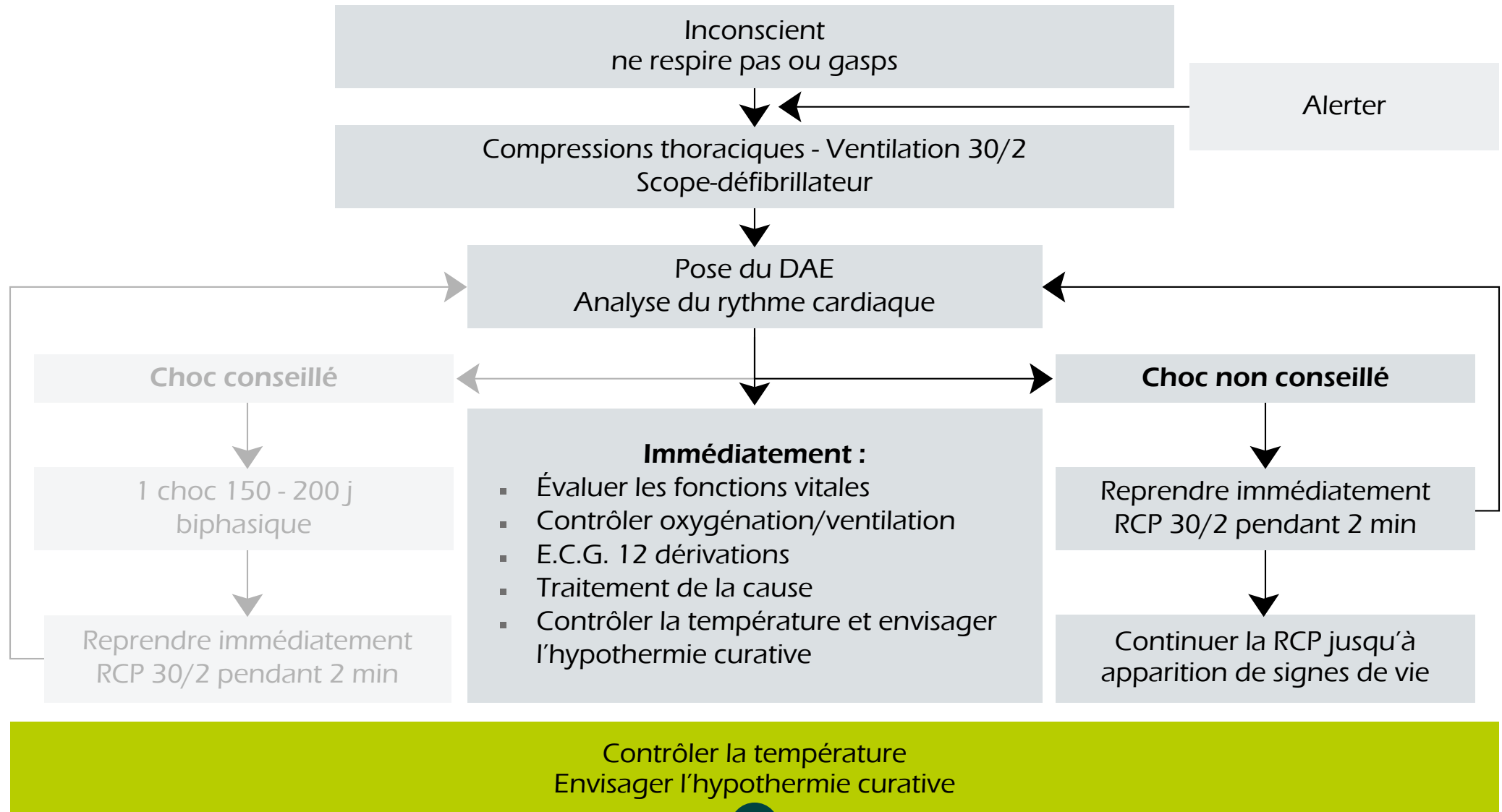
L'ARRÊT CARDIAQUE, PRISE EN CHARGE AVANCÉE

SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



L'ARRÊT CARDIAQUE, PRISE EN CHARGE AVANCÉE

SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION



ACR, LES SOINS SPÉCIALISÉS

PARTICULARITÉS CHEZ L'ENFANT

▶ RCP : 15 compressions pour 2 ventilations

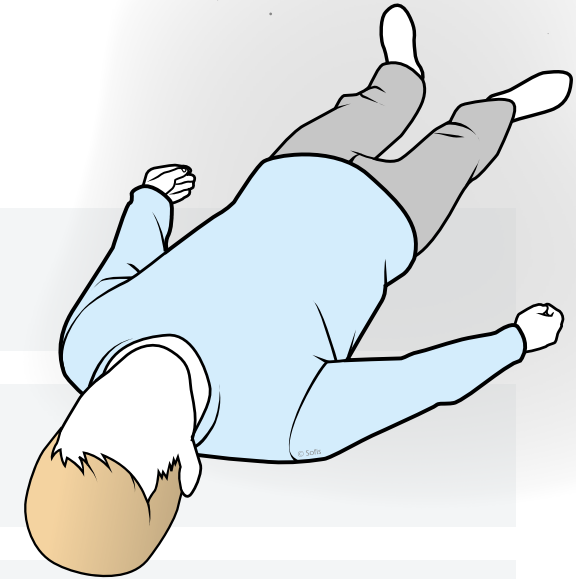
▶ L'hypoxie en est la principale cause
(penser aux fausses routes et à l'obstruction des V.A.S.).

▶ L'anatomie des voies aériennes rend le geste d'intubation plus délicat.

▶ En cas de difficulté d'abord veineux, on sera amené à proposer rapidement un cathéter intra-osseux.

▶ La dose **d'Adrénaline** à injecter est de 0,01 mg/Kg toutes les 3 à 5'.

▶ Poser un défibrillateur si on en possède un.



POUR ALLER PLUS LOIN

Anonymes

Recommandations pour la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières Conférence d'experts SFAR-SFMU-SRLF-SFC - 2022

Anonymes

Guidelines for Resuscitation 2025
European Resuscitation Council.

Anonymes

Prise en charge de l'arrêt cardiaque
Recommandations formalisées d'experts SFAR-SLRF - 2022

M. Ardon, M. Dhers, M. Fouque, M-C. Hannaert, M. Houart, L. Quercy & Al
Prise en charge d'un AC intra-hospitalier, recommandations pour le personnel soignant. www.sfar.org

RISQUES COLLECTIFS, HABILLAGE/DÉSHABILLAGE

TENUE DU SOIGNANT EN CAS DE SOINS INVASIFS FACE À UN RISQUE INFECTIEUX

Habillage, respecter l'ordre suivant :

- ▶ Les sur-chaussures
- ▶ La casaque
- ▶ Le masque
- ▶ Les lunettes
- ▶ La cagoule
- ▶ Les gants



TENUE DU SOIGNANT EN CAS DE SOINS INVASIFS FACE À UN RISQUE INFECTIEUX

Déshabillage, respecter l'ordre suivant :

- ▶ Ôter la casaque et la première paire de gants
- ▶ Les sur-chaussures
- ▶ La cagoule
- ▶ Les lunettes
- ▶ Le masque
- ▶ La seconde paire de gants



URGENCES POTENTIELLES L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ



OBJECTIFS

Prendre les mesures adaptées pour la mère face à un accouchement inopiné.

Prendre les mesures adaptées pour l'enfant face à un accouchement inopiné.

Quel **bilan**
passer au
SAMU ?

Que faire
en **attendant**
les secours ?



DÉFINITIONS

Accouchement

Ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et du placenta à la fin de la grossesse.

Inopiné

Qui arrive sans qu'on y ait pensé, imprévu, inattendu.

Peu fréquent
**mais pas
exceptionnel**

5/1000 naissances en France

ÉVOLUTION DE L'EMBRYON



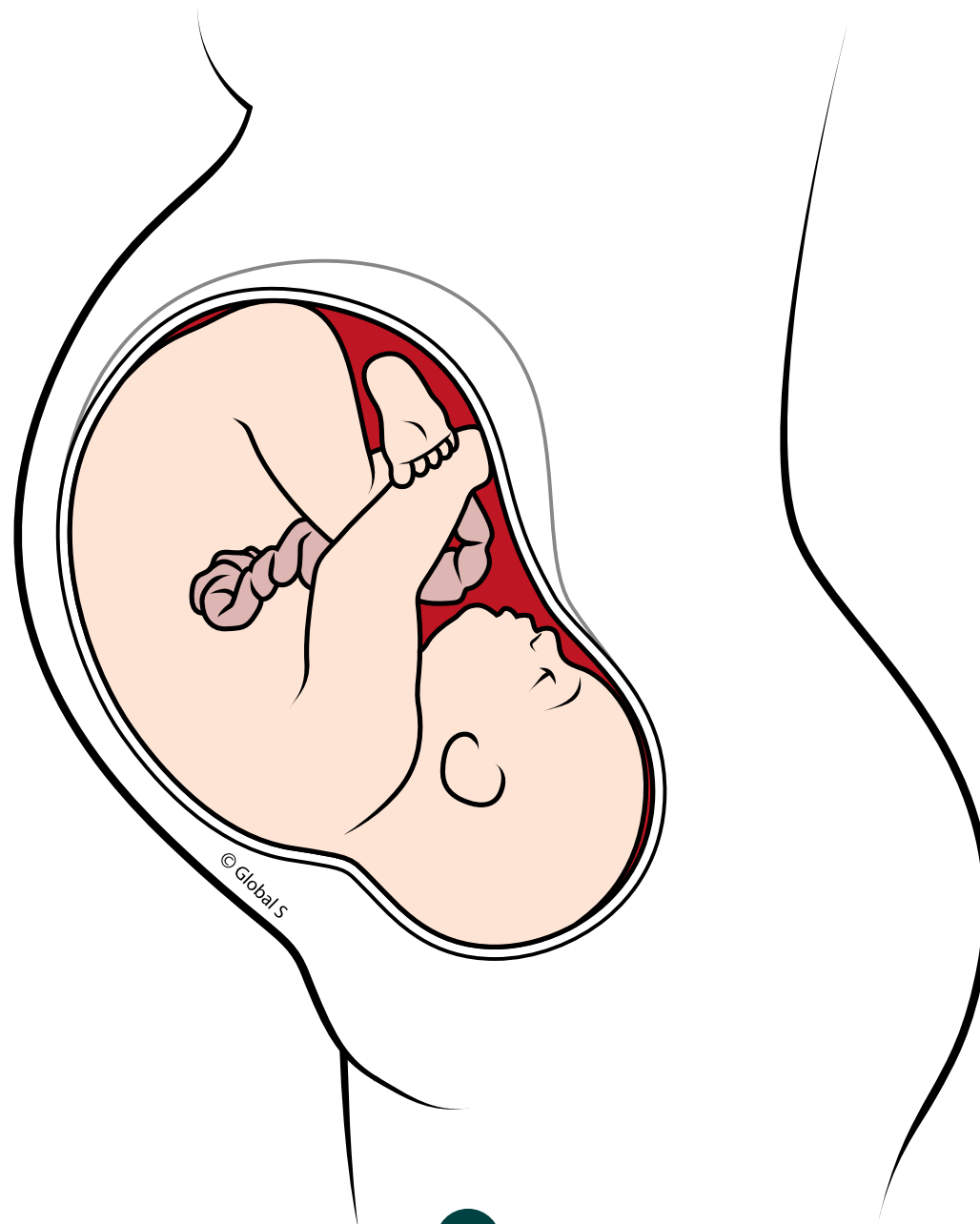
ÉVOLUTION DE L'EMBRYON



ÉVOLUTION DE L'EMBRYON



ANATOMIE



L'ACCOUCHEMENT

Il se divise en **trois phases** :

Le travail

L'expulsion

La délivrance

L'ACCOUCHEMENT IMMINENT

Critères d'une **expulsion imminente**

Envie de pousser

Ou tête visible

La poche des eaux n'est pas toujours rompue.

QUESTIONS À POSER

LA PARITÉ

S'agit-il d'un
**premier
accouchement** ?

Plus la femme a d'enfants et plus
l'accouchement peut être rapide...

Comment se sont
déroulés les
**accouchements
précédents** ?

Accouchements rapides ? Césariennes ?

QUESTIONS À POSER

LE TERME

Quelle est la
date prévue pour
l'accouchement ?

Un accouchement qui a lieu avant 37 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire 3 semaines avant le terme prévu, est **prématuré**.

LE RISQUE DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE DU PRÉMATURÉ

MALADIE DES MEMBRANES HYALINES

Fréquence

80 % des naissances à moins de 28 semaines

60 % entre 28 et 30 semaines

30 % à 31-32 semaines

QUESTIONS À POSER

LA GROSSESSE

Comment s'est déroulée la
grossesse actuelle ?

Y a-t-il eu des hospitalisations ?

Y a-t-il eu des traitements ?

QUESTIONS À POSER

LA POSITION DU BÉBÉ

Le bébé a-t-il la **tête en bas** ?

95 % de présentations céphaliques (tête en bas)

3 à 4 % des accouchements inopiné sont par le siège :
2/3 sièges décomplétés (fesses en premier, jambes relevées)
1/3 sièges complets (présentations podaliques)

1 % ...

QUESTIONS À POSER

LES CONTRACTIONS UTÉRINES

Depuis quand ?

À quelle fréquence ?

Durée ?

Intensité ?

QUESTIONS À POSER

LA PERTE DES EAUX

À quelle
heure ?

Couleur
du liquide ?

LE BILAN À TRANSMETTRE AU SAMU

« Je suis en présence d'une femme de **X ans**, enceinte de son **X^{ème}** enfant à **X semaines d'aménorrhées**.

Sa grossesse a été marquée par **tel évènement** & elle prend **tel médicament(s)** ou il s'agit d'une grossesse d'évolution normale.

Elle présente des contractions utérines toutes les **X minutes** depuis **X temps**.

LE BILAN À TRANSMETTRE AU SAMU

Elle **saigne ou ne saigne pas**.

Elle **a rompu la poche des eaux et le liquide est de telle couleur ou n'a pas rompu la poche des eaux**.

A priori, le bébé se présente **par la tête ou en siège**.

Elle doit accoucher dans **telle maternité**. »

L'EXPULSION

Laisser faire l'accouchement et la synergie foëto-maternelle.

Inviter la parturiente à ne pousser que lorsqu'elle ressent les contractions.

On ne touche pas et on ne tire pas le bébé.

On est juste là pour accueillir.

Éviter la chute de l'enfant.

L'EXPULSION

Se protéger des
liquides biologiques
potentiellement
contaminants.

LES EFFORTS EXPULSIFS

Attendre l'envie de pousser :

Rythmer les efforts expulsifs sur les contractions.

La femme pousse après une inspiration ample, en bloquant sa respiration pendant 10'' environ, tout en tirant sur ses cuisses tenues à pleines mains.

DÉROULEMENT DE L'EXPULSION

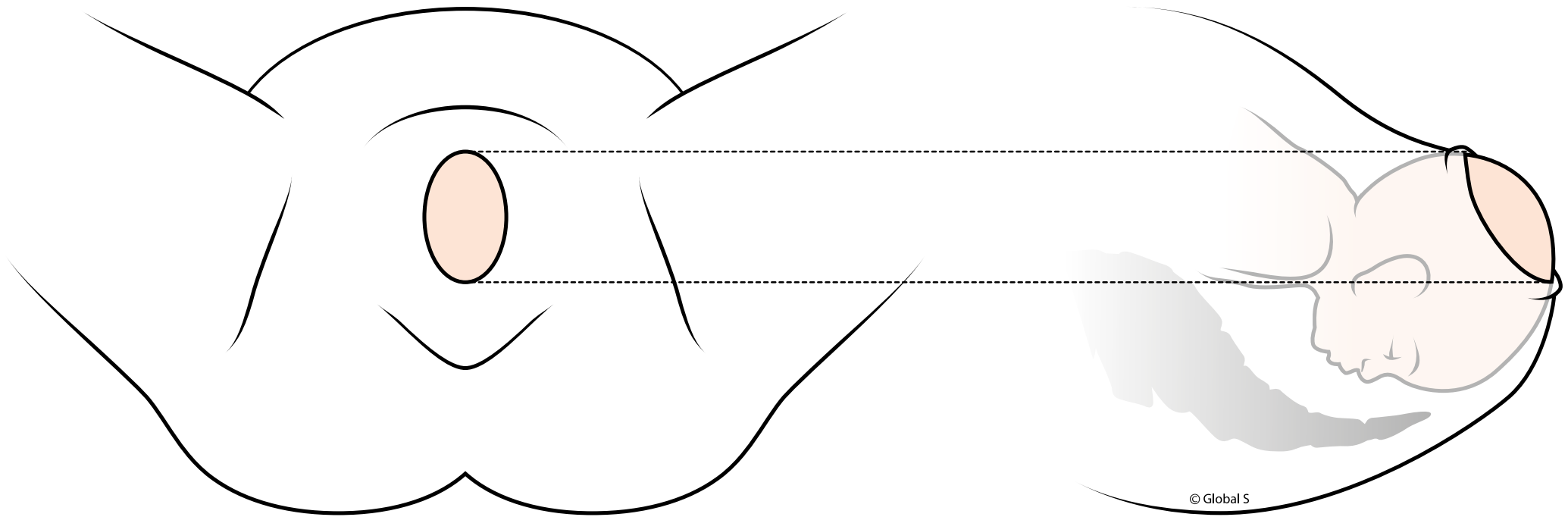
En **position céphalique** (95% des cas),
elle se fait en 3 étapes :

La tête

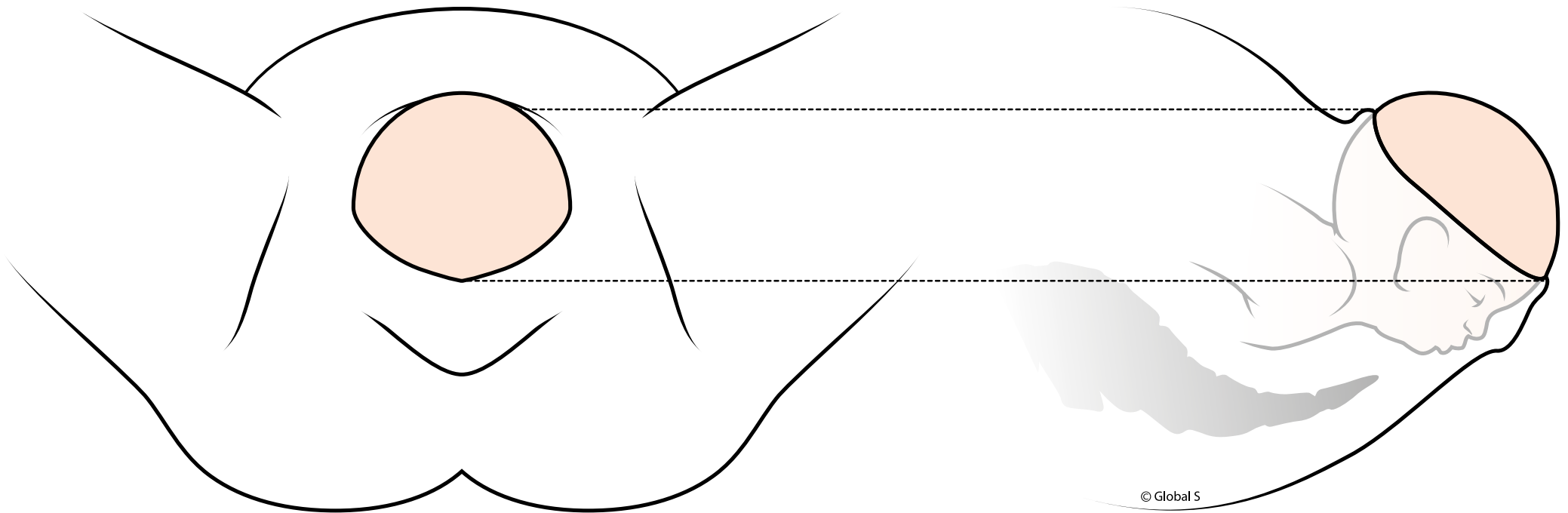
Les épaules

Le tronc et les jambes

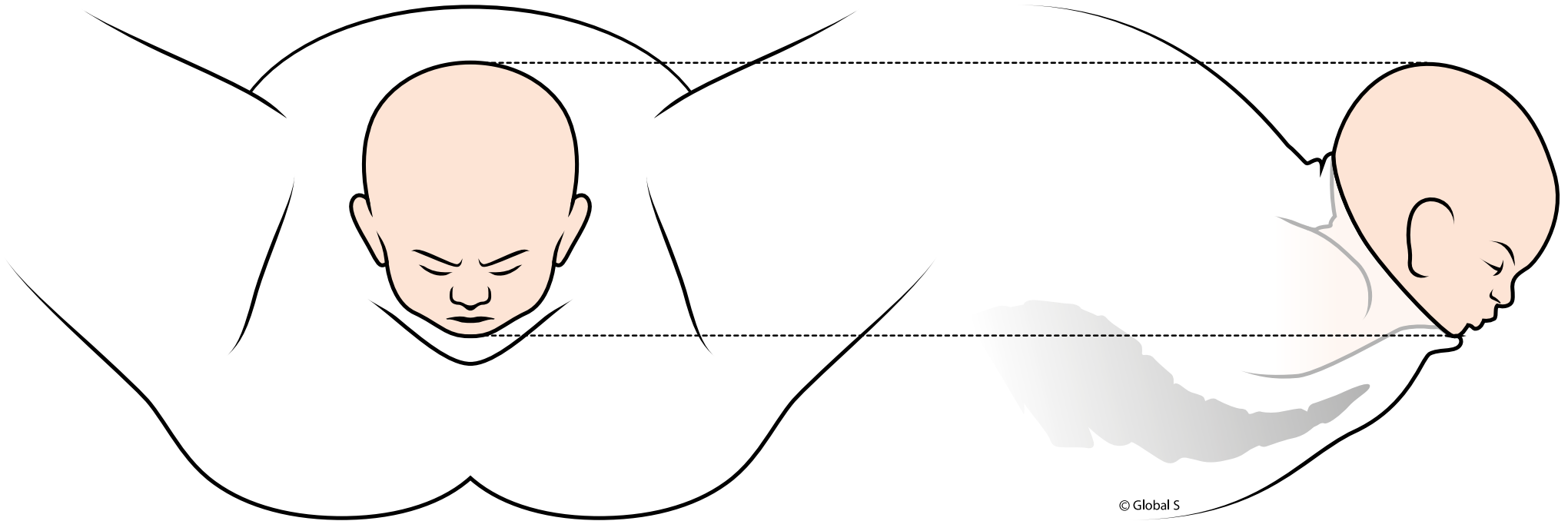
DÉGAGEMENT DE LA TÊTE



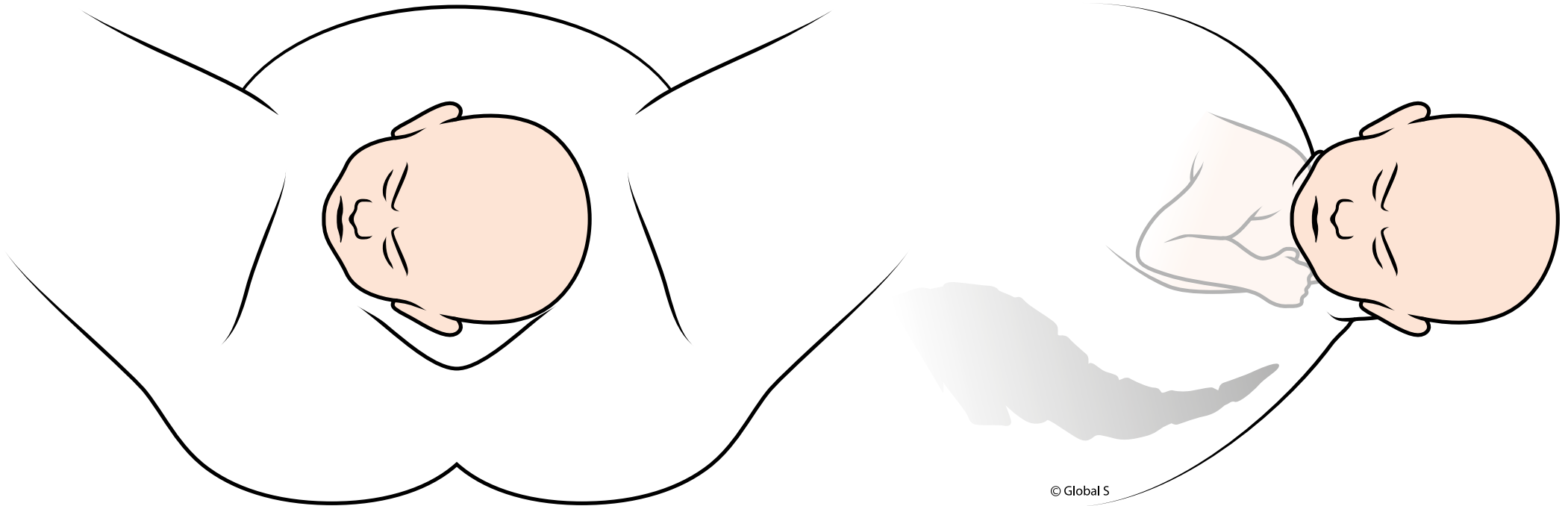
DÉGAGEMENT DE LA TÊTE



DÉGAGEMENT DE LA TÊTE

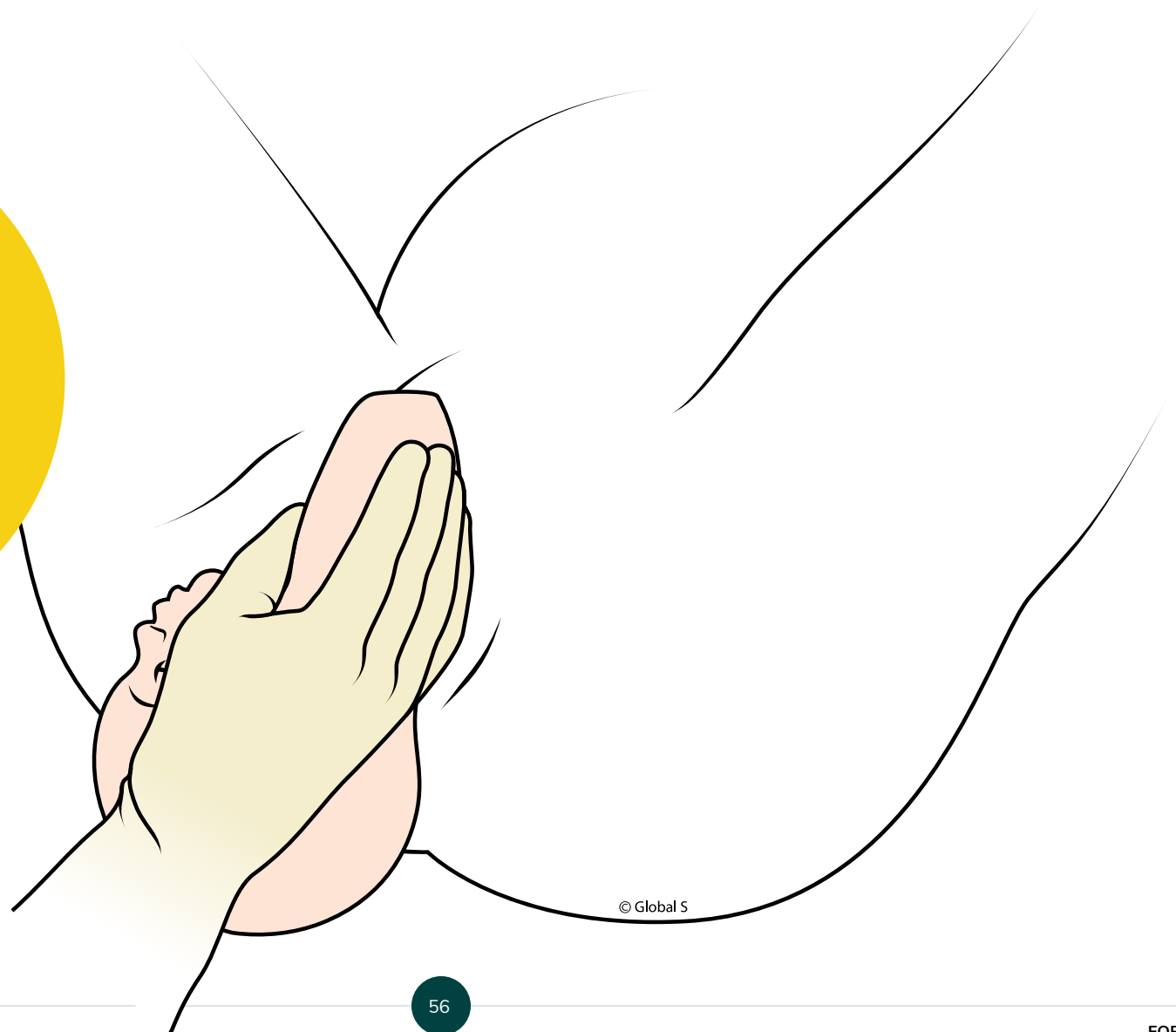


DÉGAGEMENT DE LA TÊTE



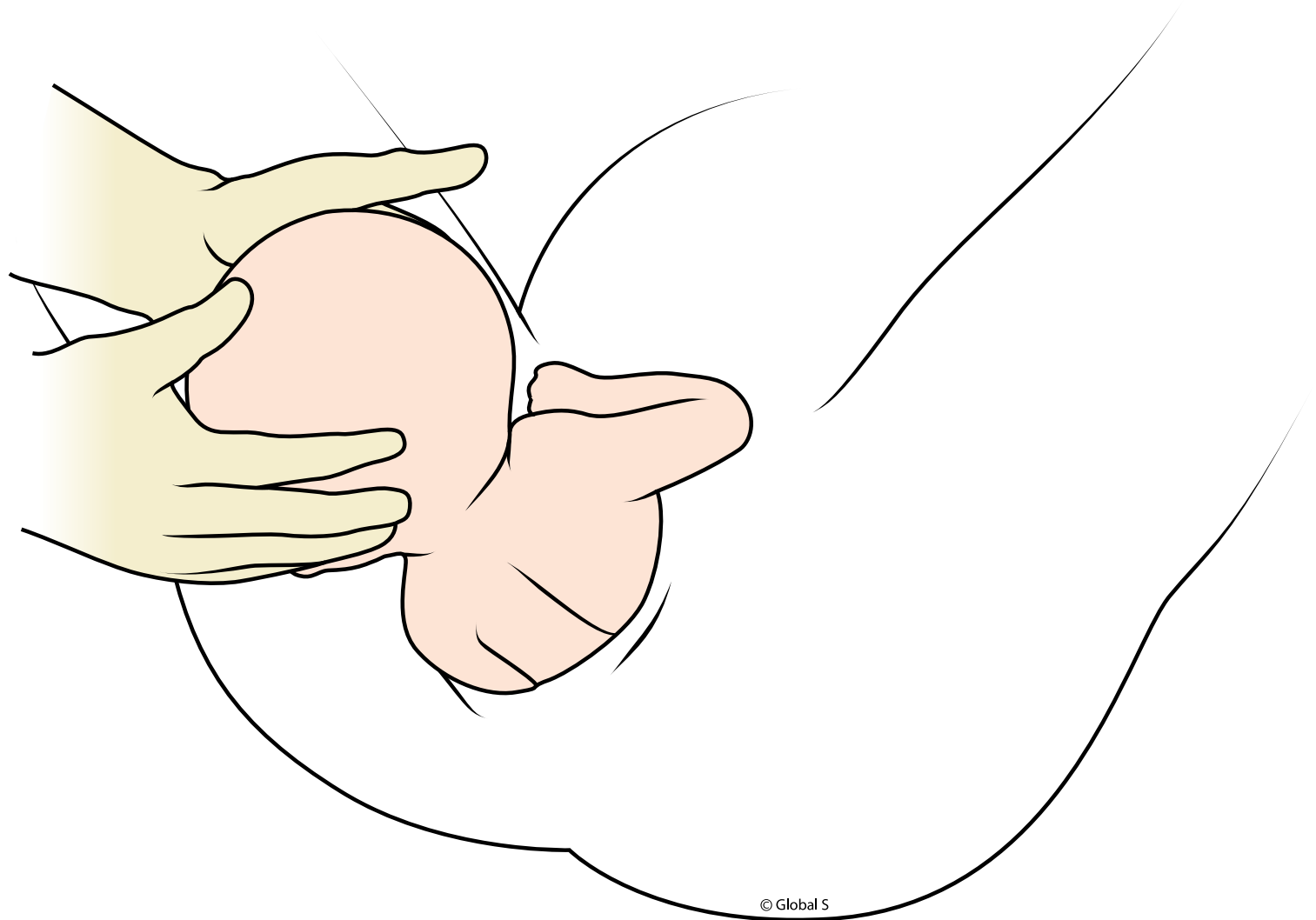
DÉGAGEMENT DES ÉPAULES

Manœuvres effectuées par une sage-femme. Le bébé sort seul. On doit seulement le **réceptionner**, on ne met pas nos mains.



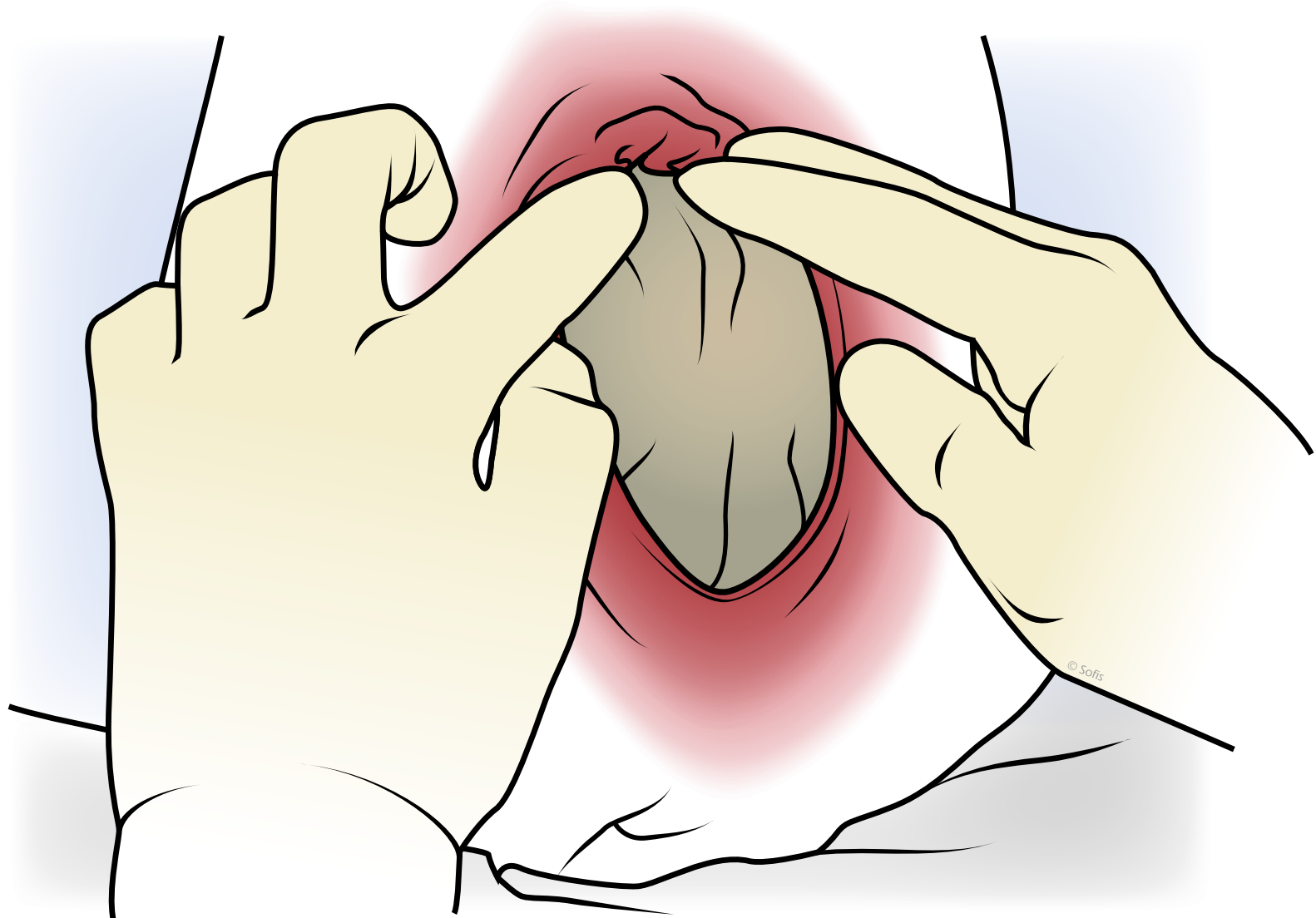
© Global S

DÉGAGEMENT DES ÉPAULES

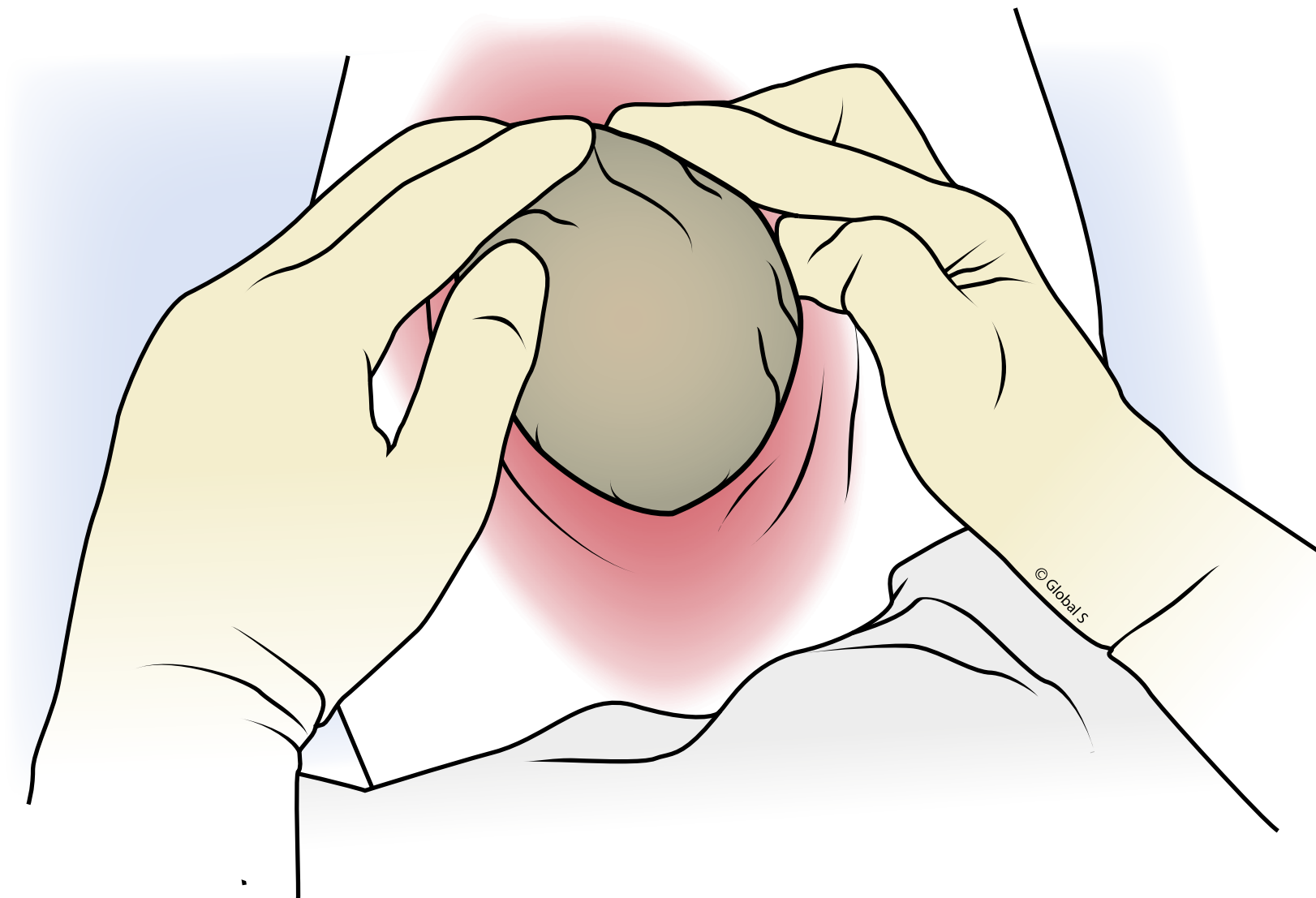


© Global S

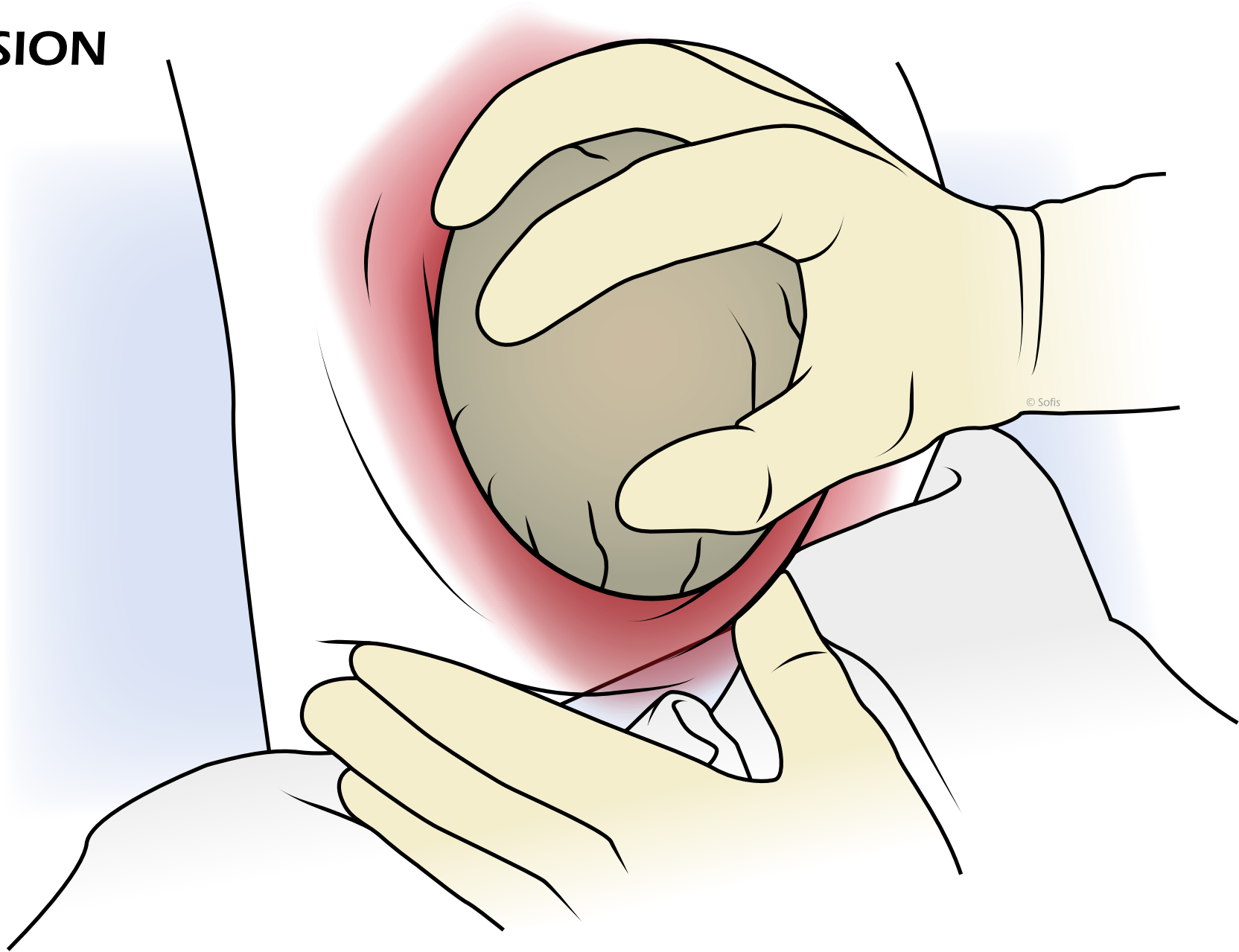
L'EXPULSION



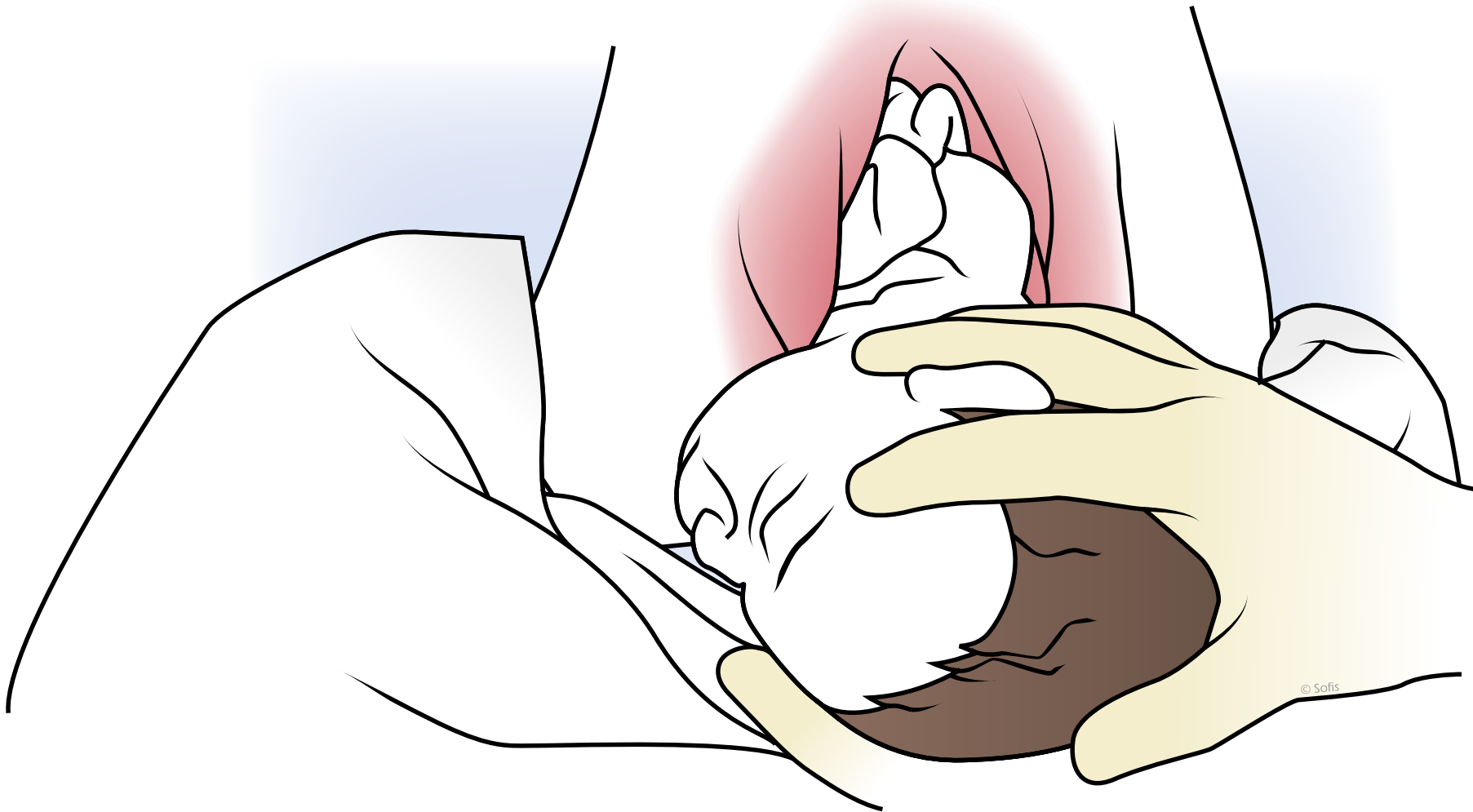
L'EXPULSION



L'EXPULSION



L'EXPULSION

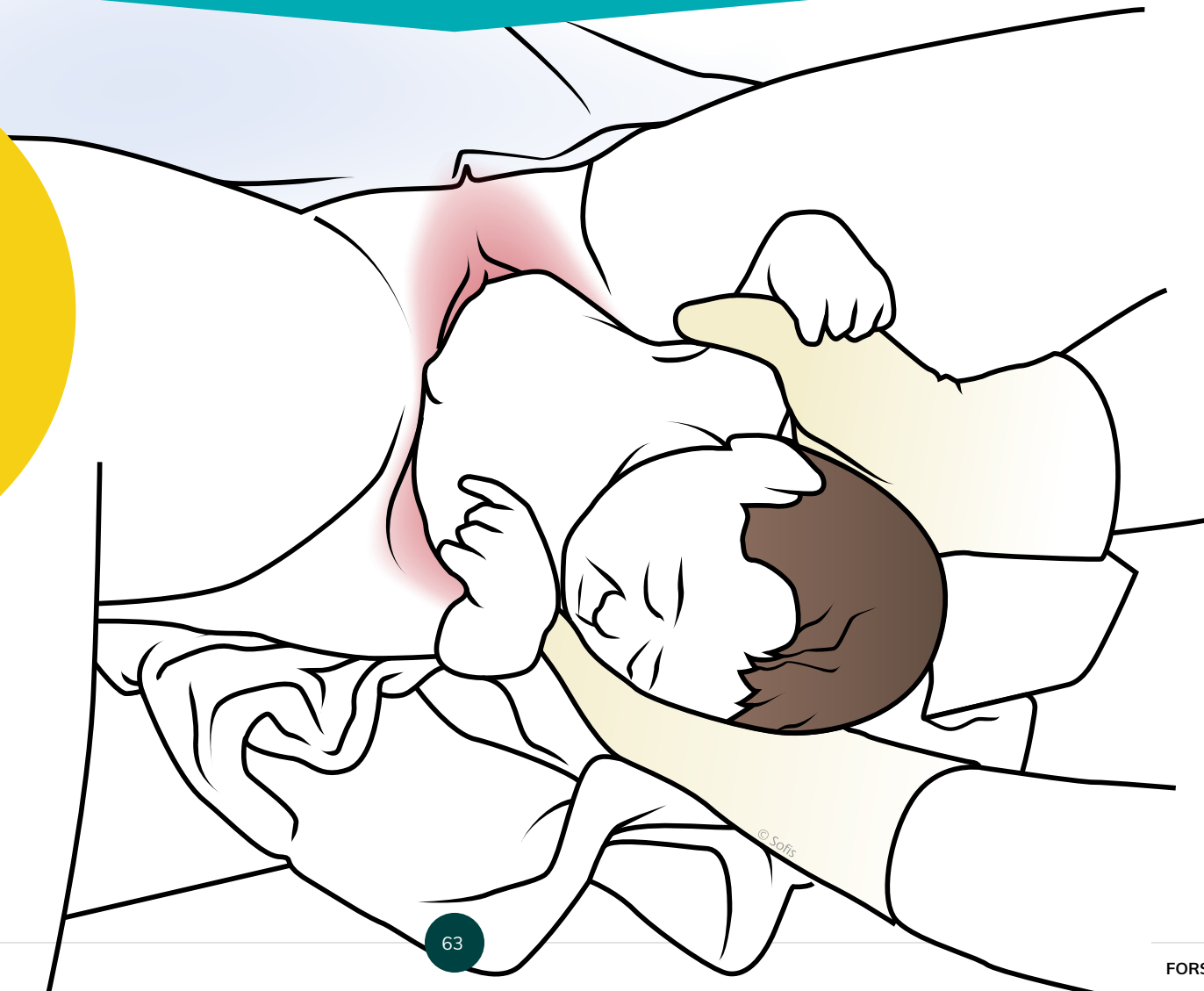


L'EXPULSION



Laissez faire !

Manœuvres effectuées par une sage-femme. Le bébé sort seul. On doit seulement le **réceptionner**, on ne met pas nos mains.



SOINS AU NOUVEAU-NÉ

Favoriser le peau à peau sur le ventre de la mère, en décubitus latéral.

Envelopper le nouveau-né dans un linge propre et sec.

Ne pas retirer le vernix qui protège contre l'hypothermie (sécher sans frotter).

Couvrir la tête pour limiter la perte de chaleur.

Penser à noter l'heure de naissance...



SOINS AU NOUVEAU-NÉ

Ne pas clamber le cordon ombilical sauf sur recommandation du médecin régulateur du SAMU.

Ne pas couper le cordon.

SOINS AU NOUVEAU-NÉ

S'assurer
que l'enfant
va bien.

UN BÉBÉ QUI VA BIEN :

Rosit

Est tonique

Et crie !



SI LE BÉBÉ EST HYPOTONIQUE

Le stimuler en le séchant.

Faire un bilan rapide et le transmettre au SAMU tout en prévenant l'hypothermie qui est délétère pour le nouveau-né.



SI LE BÉBÉ EST HYPOTONIQUE

Un **nouveau né hypotonique** malgré les stimuli (frotter les talons) est considéré inconscient.

LE SCORE D'APGAR

Le score d'APGAR permet **d'évaluer l'état** du nouveau né.

En fonction de ce score, des **moyens médicaux différents** seront mis en œuvre.

LE SCORE D'APGAR

Cotation (ou test) d'APGAR	0	1	2
Coloration de la peau (A)	Cyanose ou pâleur	Corps rose et extrémités cyanosées	Corps complètement rose
Fréquence cardiaque (P)	Inférieure à 80 par minute	Entre 80 et 100 par minute	Au-dessus de 100 par minute
Réactivité (G)	Pas de réponse	Grimaces	Pleurs ou cris
Tonus musculaire (A)	Faible	Flexion d'un ou de deux membres	Membres bien fléchis
Mouvements respiratoires (R)	Absents	Cri faible et respiration irrégulière	Cri vigoureux et respiration régulière

LE SCORE D'APGAR

Cote de **0 à 10**

0

État de mort
apparente

10

Score de très
bon pronostic

LE BILAN À TRANSMETTRE AU SAMU

« Je suis en présence d'une femme de **X** ans, qui a accouché à **tel terme** ce jour à **telle heure** d'un(e) petit(e) garçon/fille prénommé(e), le bébé est **rose, tonique et crie** **ou violacé, hypotonique/ atone et ne crie pas...**

La maman **a** **ou n'a pas délivré.**

Elle **saigne** **ou ne saigne pas.** »

L'ACCUEIL DU NOUVEAU NÉ

Prévention de l'hypothermie : le nouveau né craint le froid, le nourrisson craint le chaud...

Favoriser la relation mère-enfant...

Donc tenir au chaud sur maman en faisant du « peau à peau ».

L'ACCUEIL DU NOUVEAU NÉ

Bien sécher l'enfant mais lui laisser le vernix... par tamponnement.

Mettre l'enfant dans une serviette sèche et couvrir la tête avec un bonnet ou un pan de serviette...

Le cordon sera clampé en accord avec le médecin régulateur du SAMU.

LA DÉLIVRANCE

Définition : expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales.

Elle survient généralement dans les 45 minutes qui suivent la naissance.

Phase importante : l'hémorragie est la principale complication de cette période.



Il ne faut jamais tirer sur le cordon.

S'assurer de l'intégrité du placenta et le garder.

LA DÉLIVRANCE

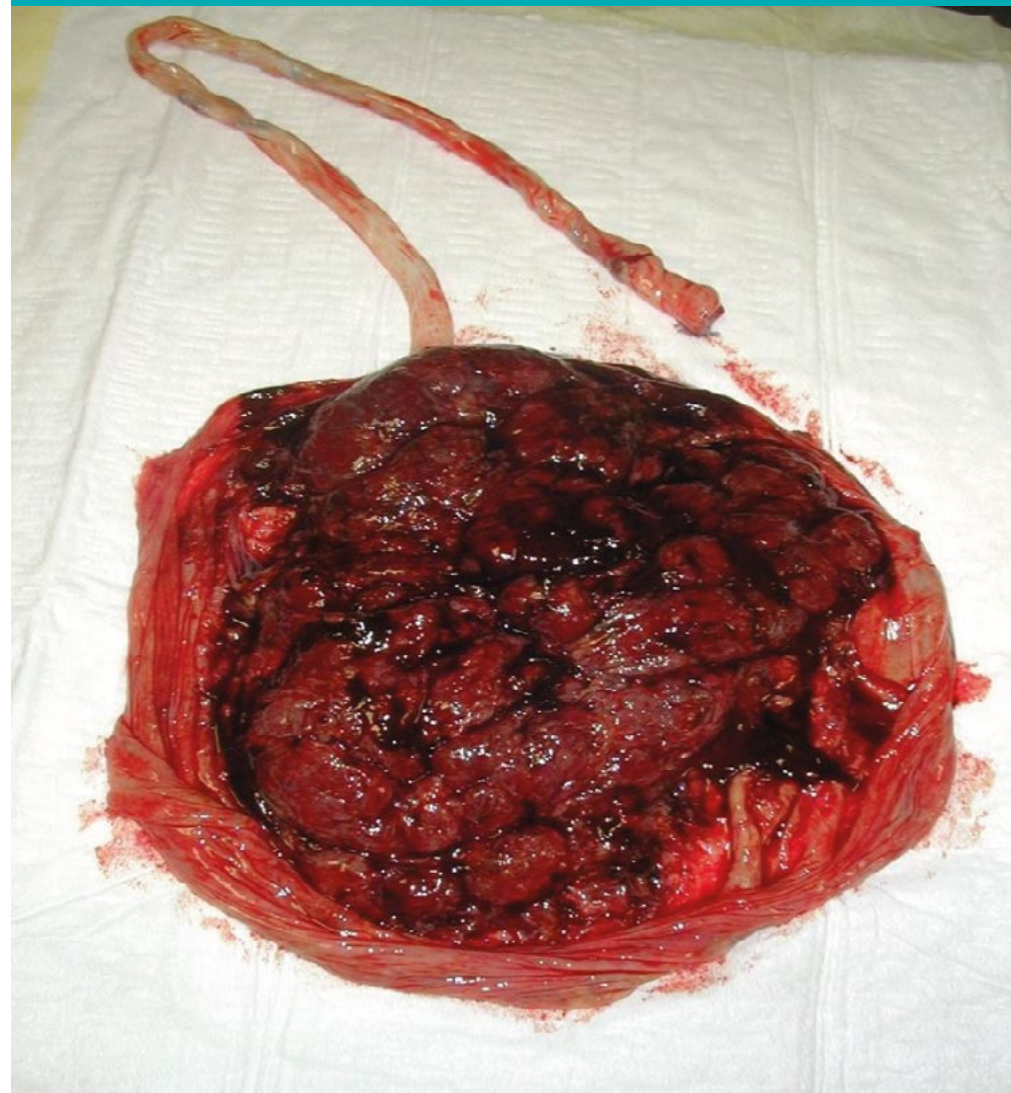
Le placenta
se décolle sous l'effet
des contractions utérines
pour finir par être
expulsé.

Une **surveillance**
étroite et rigoureuse
est obligatoire.

Face foétale



Face maternelle



FACE À UNE HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

Surélever les jambes.

Bilan au SAMU

Masser fermement l'abdomen au niveau du nombril de la femme, en continu, jusqu'à l'arrivée de l'équipe pré-hospitalière.

EN CONCLUSION

Ne jamais débiter un accouchement sans un **appel aux secours**.

Ne faire que ce que l'on **sait faire**.

La majeure partie des accouchements **se passent bien** !

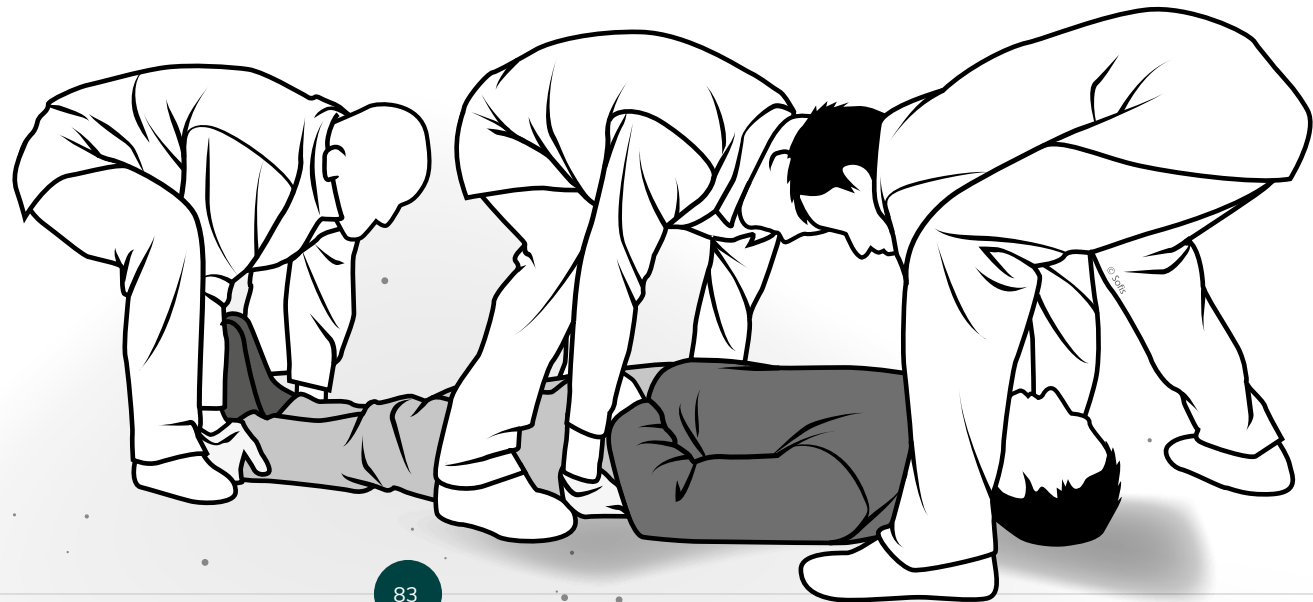
Avez-vous des
questions ?

URGENCES POTENTIELLES PRISE EN CHARGE D'UN BLESSÉ

LE BLESSÉ

Retrait du casque... seul ou à deux

Collier cervical et attelles...



LE BLESSÉ

Démonstration
& **entrainement...**

URGENCES POTENTIELLES MALAISES ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCES

X A B C D E

X : HÉMORRAGIE

Présence d'hémorragie ?

Contrôle
de l'hémorragie

A : AIRWAY

► **Maintien de la tête** en cas de suspicion de traumatisme du rachis

► **Parle t-il ?** Si oui, les VAS sont libres.

► **Absence de bruit** : obstruction complète des VAS

► **Bruits** : ronflement (inconscience) / stridor (obstruction incomplète des VAS ou œdème) / gargouillement par liquide (sang / vomissement)

► Ablation de **corps étrangers** par manœuvre en crochet si et seulement si le CE est visible à l'œil nu

A : AIRWAY

Thérapeutique

Aspiration

Sub-luxation de la mandibule

Canule de Guedel

PLS

B : BREATHING

▶ **Estimer la Fréquence Respiratoire** : apnée / polypnée / tachypnée / bradypnée

▶ **Bruits** : sibilants / râles

▶ **Auscultation** : silence / symétrie / sibilants / crépitants / ronchi

▶ **Cyanose** : lèvre

▶ **Tirage** : sus-claviculaire / inter-costal / SCM / balancement thoraco abdominal / battements des ailes du nez

▶ **Sueurs**

B : BREATHING

Thérapeutique

**Oxygène au
Masque** à Haute
Concentration

C : CIRCULATION

Pouls : régularité / localisation / filant

Peau : pâleurs / marbrure / couleur / chaleur / humidité

TRC<2" (si compris entre 2 et 5": choc compensé...)

C : CIRCULATION

Thérapeutique

**Voie Veineuse
Périphérique** avec
un cristalloïde (sérum
physiologique)

D : DÉFICIT NEUROLOGIQUE

Déficit sensitivo-moteur

Évaluation de la conscience : **Glasgow**

PERL (Pupilles Egales Réactives à la Lumière)

E : EXPOSE

Rechercher les lésions qui peuvent être létales, puis :

S Symptôme

A Allergie

M Médicament

P Passé médical et chirurgical

L Lunch / dernier Repas

E Environnement / Circonstance

APPLIQUEZ L'XABCDE À CES SITUATIONS CLINIQUES

▶ Le malaise vagal

▶ Le syndrome d'hyperventilation psychogène

▶ La crise d'épilepsie

▶ L'urticaire géant

▶ L'œdème de Quincke

▶ Le choc anaphylactique

▶ La crise d'asthme...

URGENCES CARDIO-VASCULAIRES

EXEMPLES D'URGENCES CARDIO-VASCULAIRES

Comprendre

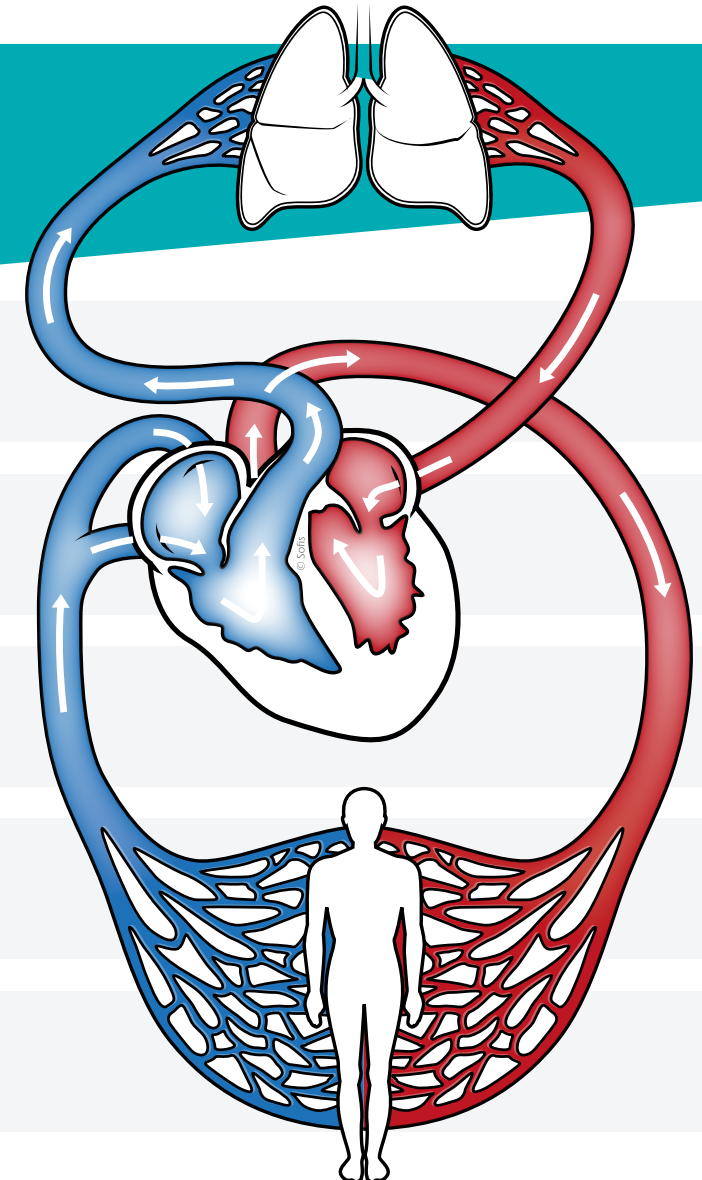
La phlébite...

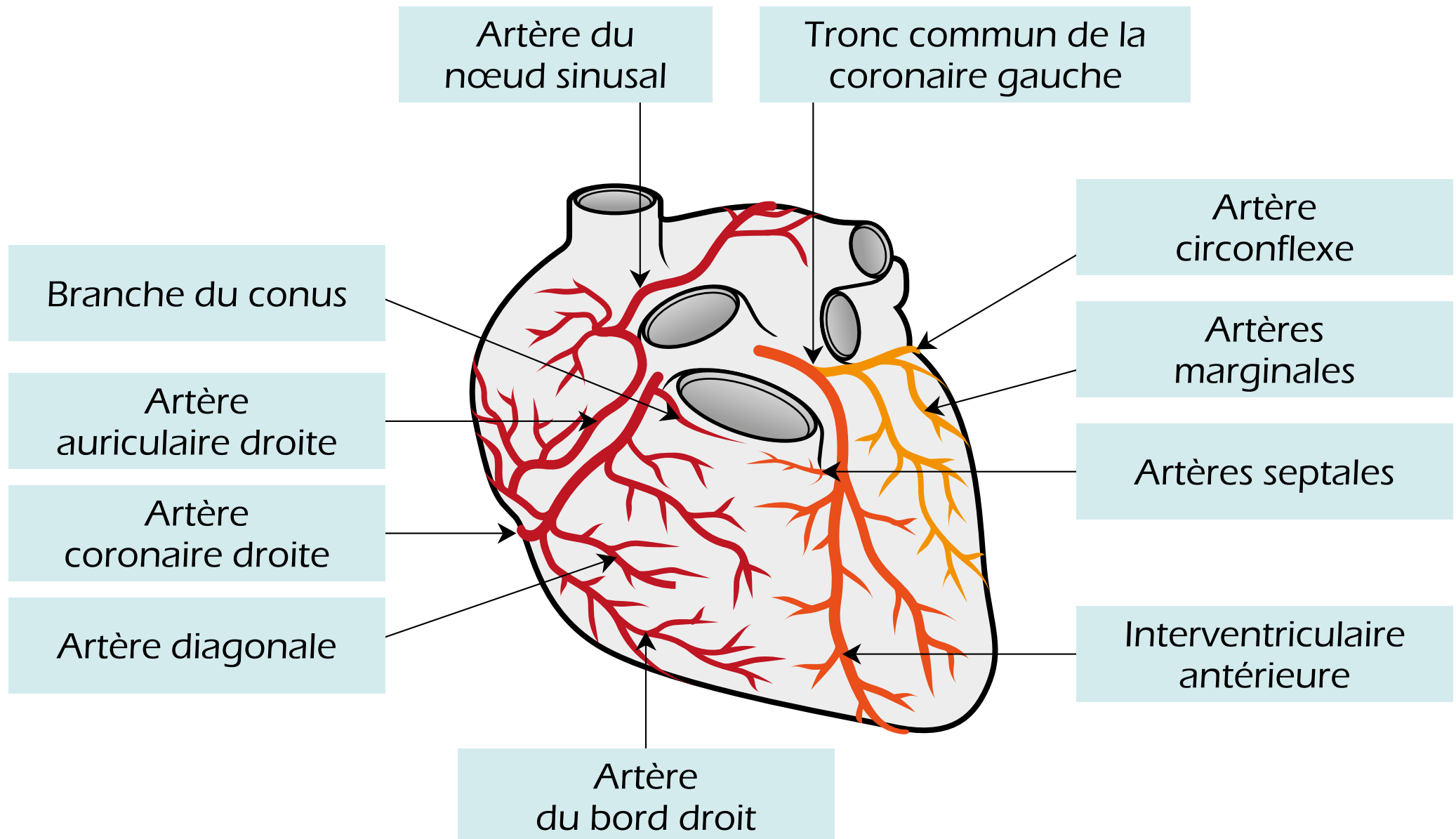
L'embolie pulmonaire...

L'œdème pulmonaire...

Le syndrome coronarien...

La dissection aortique





QUELS SIGNES DE GRAVITÉ RECHERCHER ?



Des signes **respiratoires**



Des signes **circulatoires...**

SIGNES DE GRAVITÉ RESPIRATOIRE

▶ Apnée

▶ Voies aériennes encombrées

▶ Bruits respiratoires

▶ Fréquence respiratoire (12 à 16 chez l'adulte) augmentée ou diminuée

▶ Cyanose, sueurs

▶ Tirage...

▶ Se référer aux **A et B**

SIGNES DE GRAVITÉ CIRCULATOIRE

Saignement actif

Pâleur, sueurs, marbrures

Fréquence cardiaque augmentée ou anormalement basse

Douleur thoracique

Pouls radial imperceptible

Temps de recoloration

Se référer au **C**

CONDUITE À TENIR

Alerter.

En attendant du renfort, adapter sa thérapeutique aux signes de gravité...

Sans oublier que le temps perdu c'est du myocarde en moins et des séquelles en plus (syndrome coronarien).

URGENCES NEURO-VASCULAIRES

AU TRAVERS DE QUELQUES EXEMPLES...

LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Quelques **chiffres...**

Première cause de handicap acquis non traumatique.

On estime à **130 000 nouveaux cas** par an en France.

Dont **1/4 de moins de 65 ans**.

LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Conséquences

Handicaps lourds et dépendance

Évolution vers la **démence** (2^{ème} cause)

Risque de **décès** (3^{ème} cause)

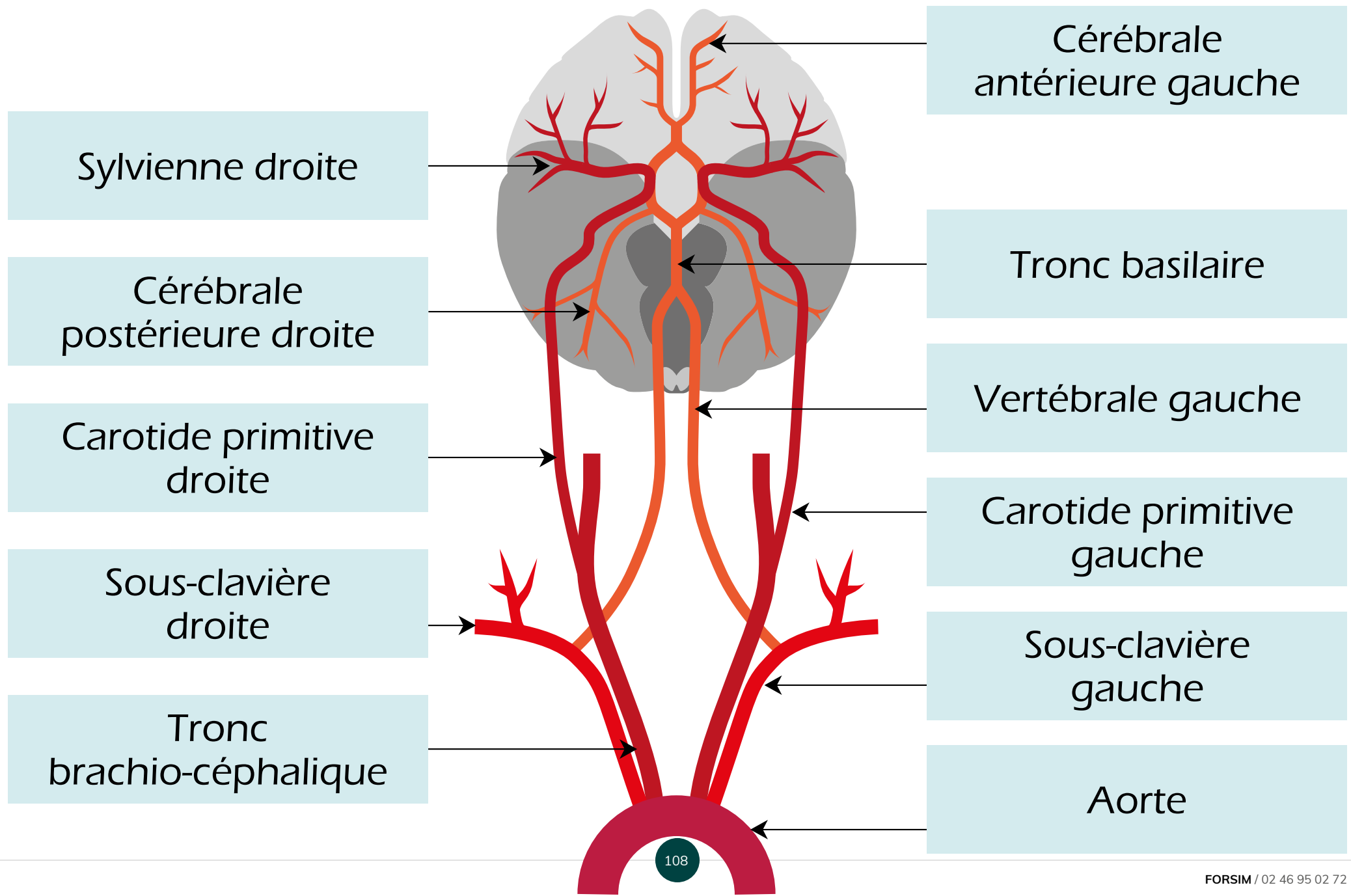


LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

D'où le **plan d'action national** accidents vasculaires cérébraux
2010 - 2014

Depuis 2022, il existe un **guide parcours de soins** de l'AVC chez l'adulte.

Le conseil scientifique a fait une **version PEC de l'AVC aigu** en 2024.



QUELS SIGNES DE GRAVITÉ RECHERCHER ?



Des signes **respiratoires**



Des signes **neurologiques...**



Et des signes **circulatoires...**

SIGNES DE GRAVITÉ NEUROLOGIQUE

État de conscience

Paralysie

Convulsions

Anisocorie

Score de Glasgow...

Se référer au **D**

SCORE DE GLASGOW

Ouverture des yeux	
Spontanée	4
A la demande (verbale)	3
Aux stimuli douloureux	2
Aucune ouverture des yeux	1
Meilleure réponse verbale	
Réponses appropriées (orientées)	5
Réponses confuses	4
Réponses inappropriées	3
Bruits incompréhensibles (geignements)	2
Aucune réponse verbale	1
Meilleure réponse motrice	
Obéit aux ordres	6
Localise les stimuli douloureux	5
Retrait à la douleur	4
Flexion anormale à la douleur (décortication)	3
Extension anormale à la douleur (décérébration)	2
Aucune réponse motrice	1

Score de Glasgow	
-------------------------	--

COMMENT DÉPISTER L'AVC : SIGNES CLINIQUES ?

Asymétrie du visage (sourire ou grimace)

Paralysie faciale

Difficultés d'élocution

Aphasie

Paralysie unilatérale d'un membre

Hémiplégie

CONDUITE À TENIR

Rechercher les signes cliniques et évaluer la gravité.

Alerter sans perte de temps.

En attendant du renfort, adapter sa prise en charge aux signes de gravité...

Sans oublier que du temps perdu, c'est des neurones en moins et des séquelles en plus... Penser aux jonctions.

POUR NE RIEN OUBLIER

F.A.S.T.

F pour **Face**

A pour **Arm**

S pour **Speech**

T pour **Time**

Sans oublier les signes de gravité



Alerte précoce pour organiser la prise en charge

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

Optimiser les moyens pour éviter toute perte de temps.



**En l'absence de
signe de gravité**

Le transport médicalisé n'est pas indiqué.

Transport précoce vers une unité de prise en charge des urgences neuro-vasculaires.

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE

Pas de thérapeutique sans imagerie (IRM) qui fait la différence entre une hémorragie, une ischémie...

En cas d'ischémie : les protocoles de « reperfusion » (thrombolyse) sont mis en place dans les 4h30 qui suivent le début des signes (3h pour les patients > 80 ans) voire 6h pour la thrombectomie (en complément ou en première intention)

Importance primordiale du **facteur temps**







POUR CONCLURE

Face à une urgence potentielle, **l'examen des fonctions vitales** du patient permet :

De déterminer la gravité immédiate.

De hiérarchiser sa prise en charge thérapeutique.

En effet, le traitement initial, souvent symptomatique, porte sur la stabilisation des défaillances vitales.



Le traitement étiologique indispensable est proposé au décours des explorations complémentaires.

RETOUR SUR LA FORMATION



Tél. 02 46 85 02 95

www.forsim.fr
contact@forsim.fr