

Prise en charge d'un SCA

Conseillères en soins infirmiers
Volet Soins intensifs et coronariens
CEMTL, 2021
Révision Avril 2026



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Objectifs

Objectifs généraux

- Connaître les **principes** physiologiques et physiopathologiques des syndromes coronariens aigus
- Se familiariser avec la **prise en charge** d'un patient présentant un syndrome coronarien aigu
- Se familiariser avec les divers **traitements** offerts à cette clientèle
- Être capable d'utiliser les **protocoles** et OIP spécifiques pour la clientèle de cardiologie

Rappels et principes de base

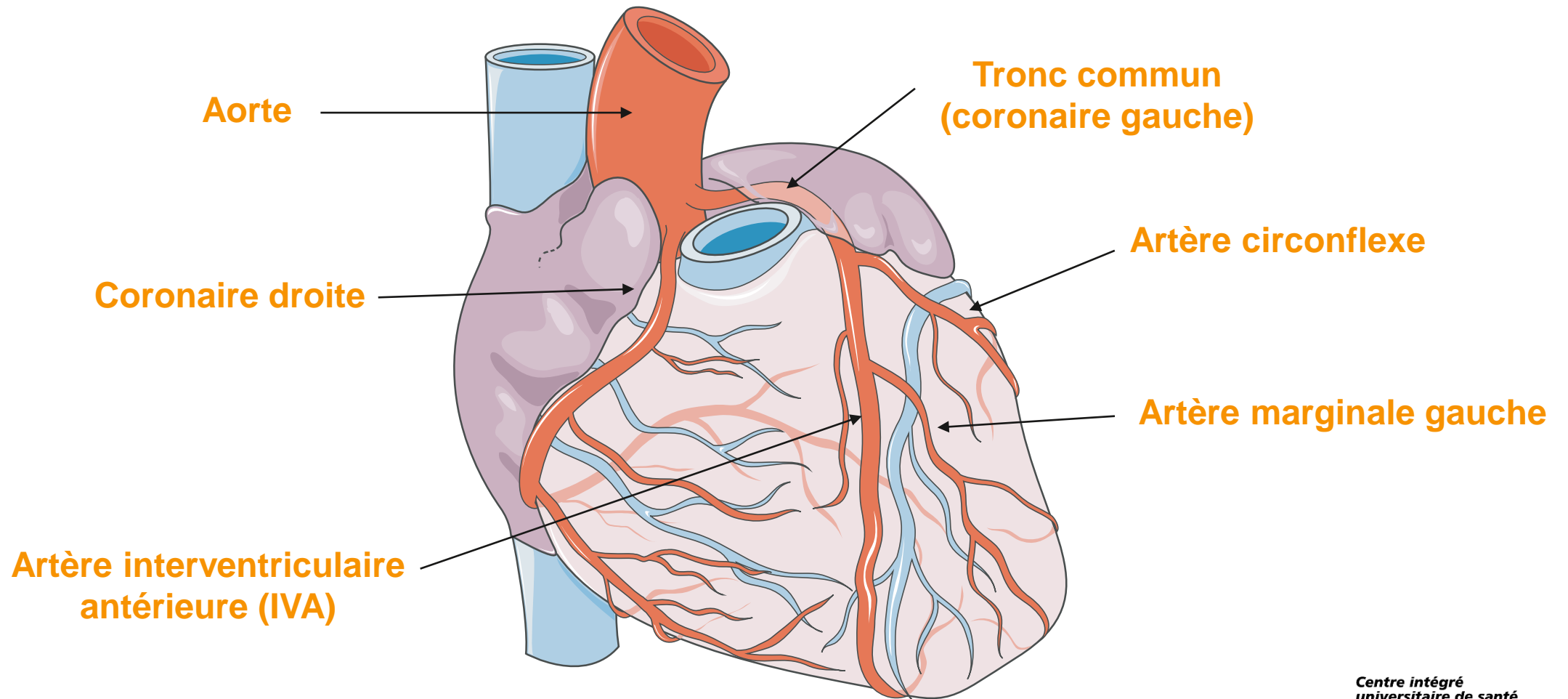


[Système de conduction cardiaque](#)

[Infarctus du myocarde](#)

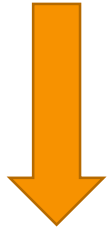
Anatomie coronarienne

Rappel

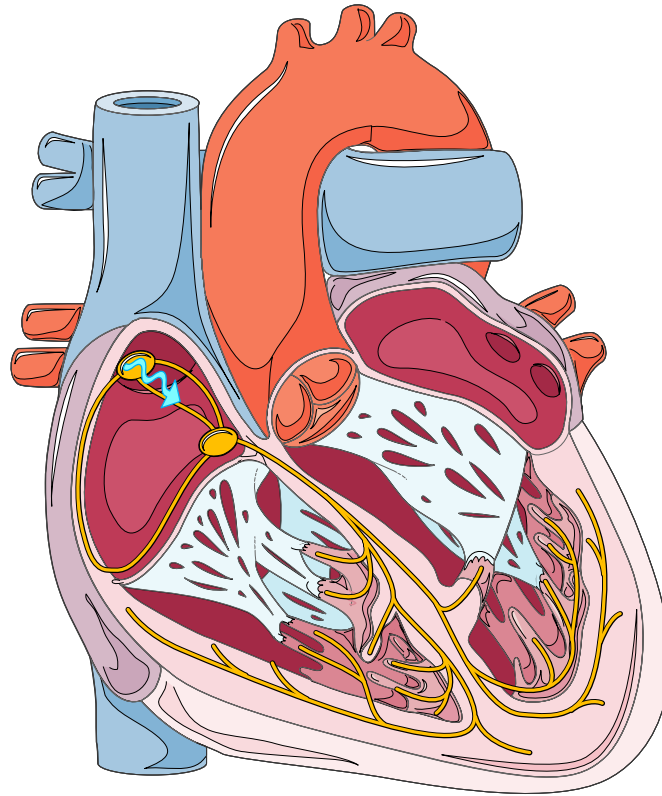


Territoires irrigués

Coronaire droite



Oreillette droite
Ventricule droit
Nœud sinusal
NAV
Faisceau de His



Coronaire gauche



IVA

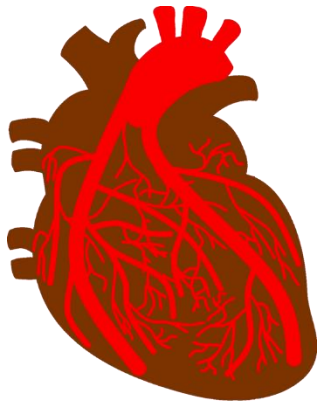
Circonflexe



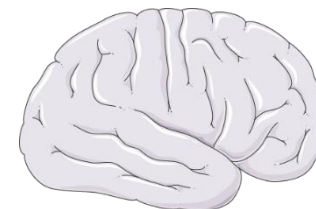
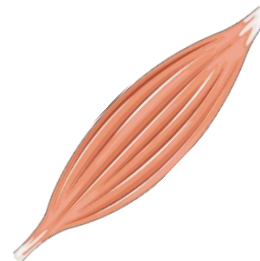
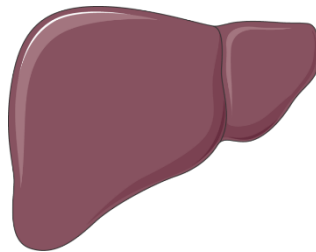
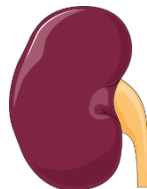
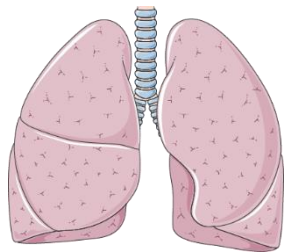
Septum
VG
antérieur
Branche
droite (HIS)

Oreillette G
VG antéro-
latéral
VG postéro-
latéral

Circulation coronarienne



- Le muscle cardiaque utilise **70% à 80%** de l'O₂ qui lui est apporté
- Les autres organes en utilisent environ 25%
- L'état des coronaires influence donc la fonction myocardique de façon très importante!



Facteurs de risque non modifiables

- _____
- _____
- _____
- _____



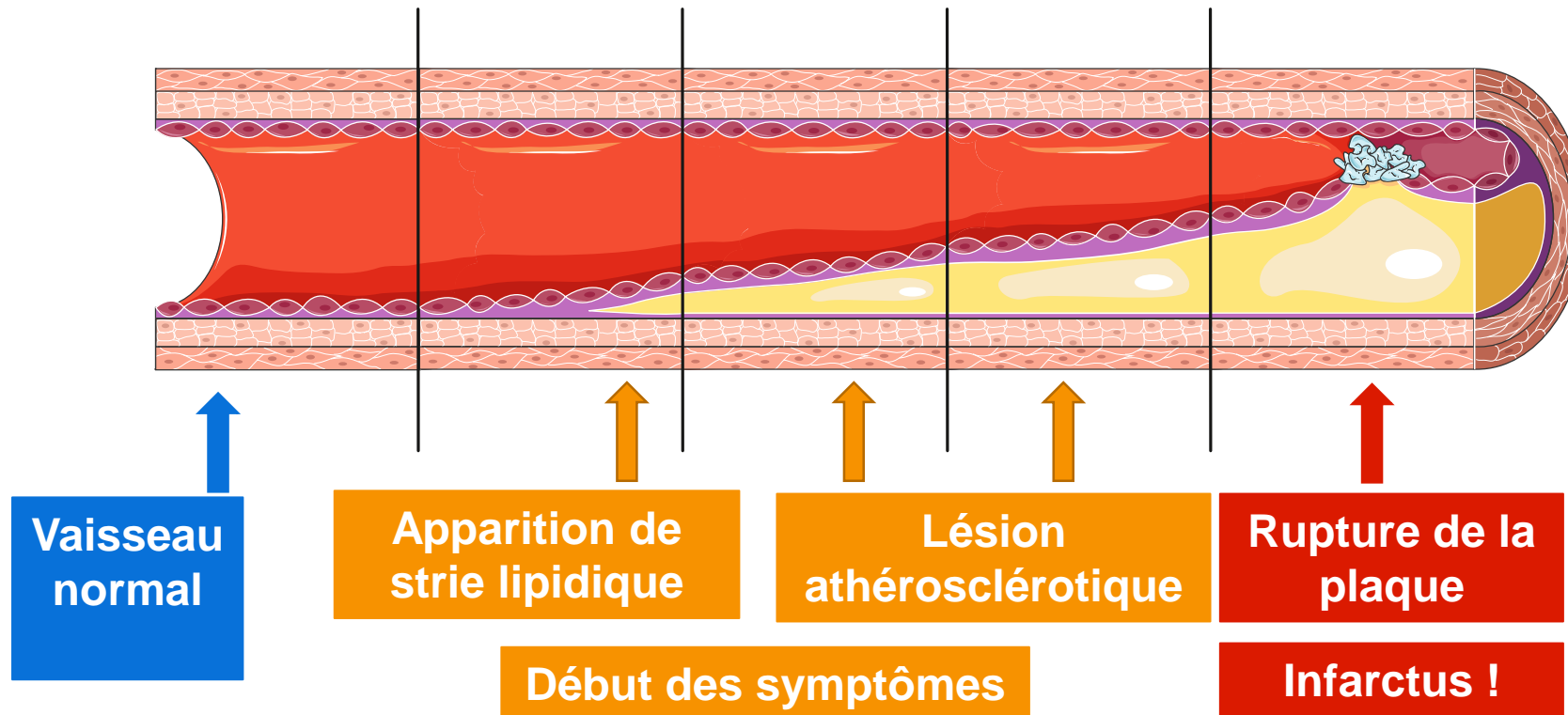
Facteurs de risque modifiables

- _____
- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____
- _____

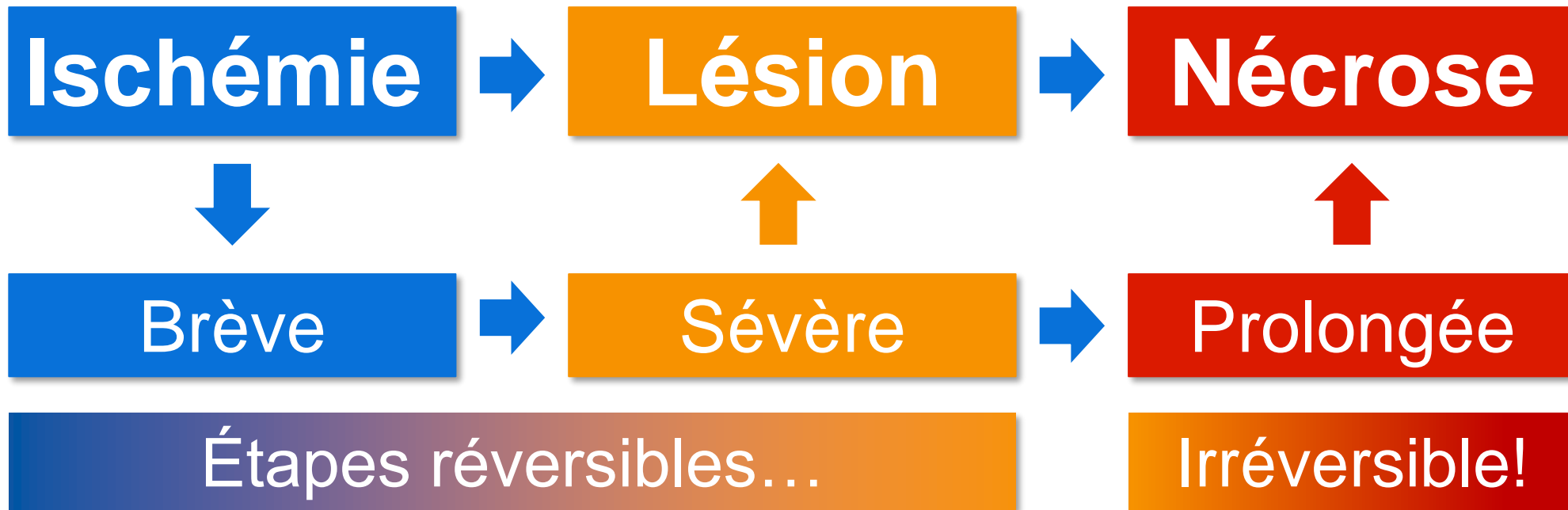
Athérosclérose

- L'athérosclérose est un dépôt de lipides dans la paroi (intima) des artères qui se forme **progressivement**
- Progression de l'athérosclérose et développement de la plaque:



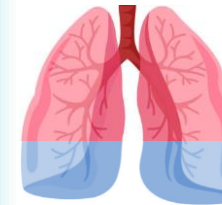
Progression ischémique

- L'ischémie suit des étapes
- Les cellules myocardiques ne meurent pas instantanément...



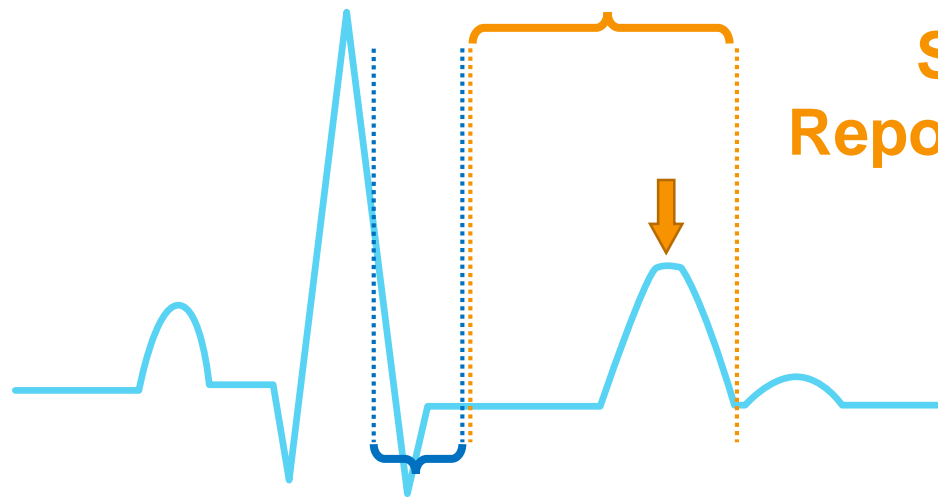
Classification Killip

Stades Killip	Définition	Clinique
Stade I de Killip	Pas d'insuffisance cardiaque	Pas de signes cliniques de décompensation cardiaque
Stade II de Killip	Insuffisance cardiaque	Gallop, congestion pulmonaire avec râles crépitants inférieurs au un tiers inférieur des plages pulmonaires
Stade III de Killip	Insuffisance cardiaque sévère	Œdème pulmonaire avec râles crépitants à plus d'un tiers des plages pulmonaires
Stade IV de Killip	Choc cardiogénique	Hypotension, choc (oligurie, cyanose)



Processus ischémique

- **Rappel :**
 - Le tissu ischémique **conduit lentement** l'influx électrique
 - Le tissu ischémique est « **irritable** » et propice à des arythmies



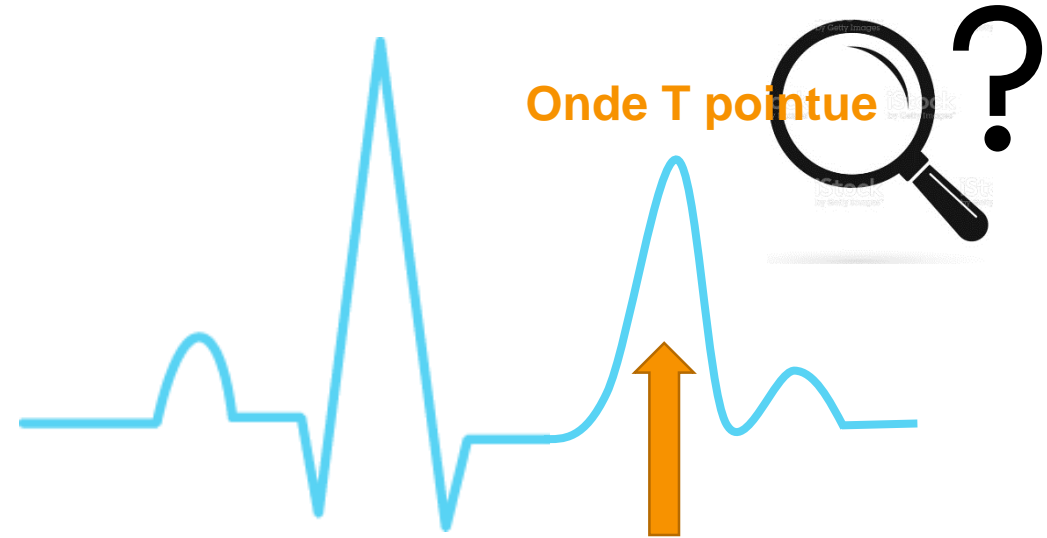
Segment ST et onde T
Repolarisation des ventricules

Fin du QRS et début segment ST
Contraction des ventricules

Processus ischémique



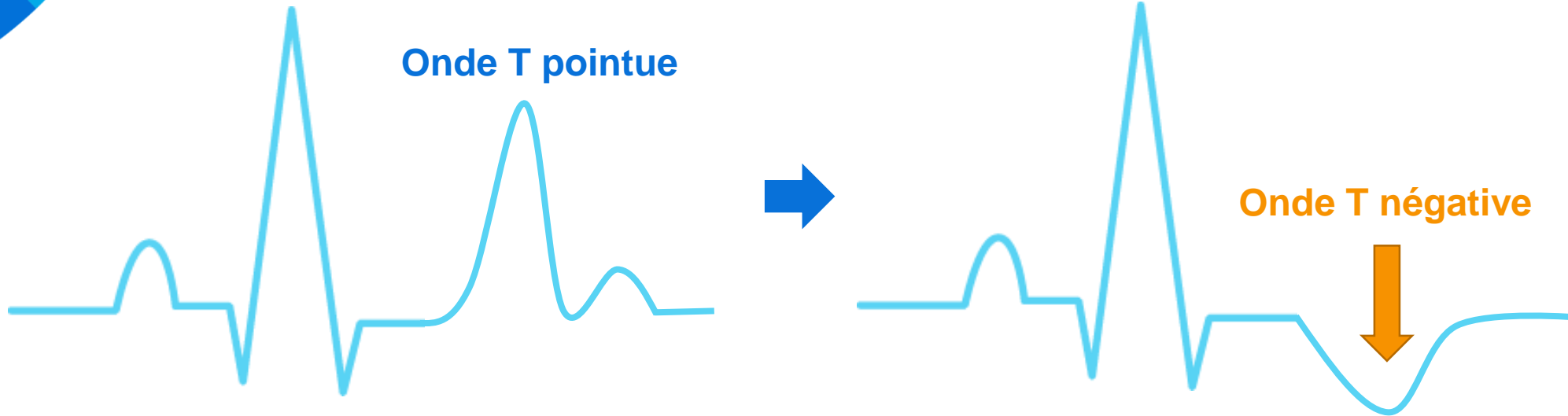
Pas d'ischémie



Début de l'ischémie

L'onde T devient pointue et symétrique pour quelques minutes... (atteinte de l'endocarde)

Processus ischémique



Début de l'ischémie

Progression de l'ischémie

L'onde T devient négative par la suite (atteinte de l'épicarde)

Processus ischémique

Onde T négative



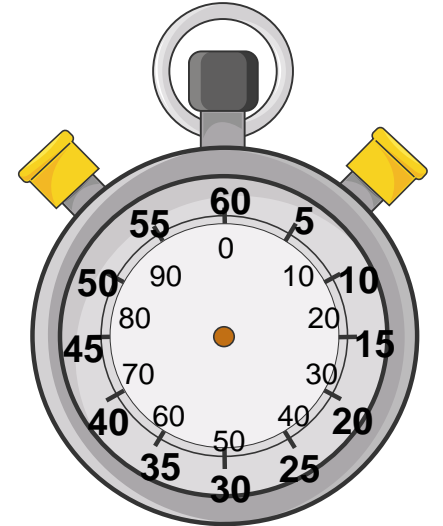
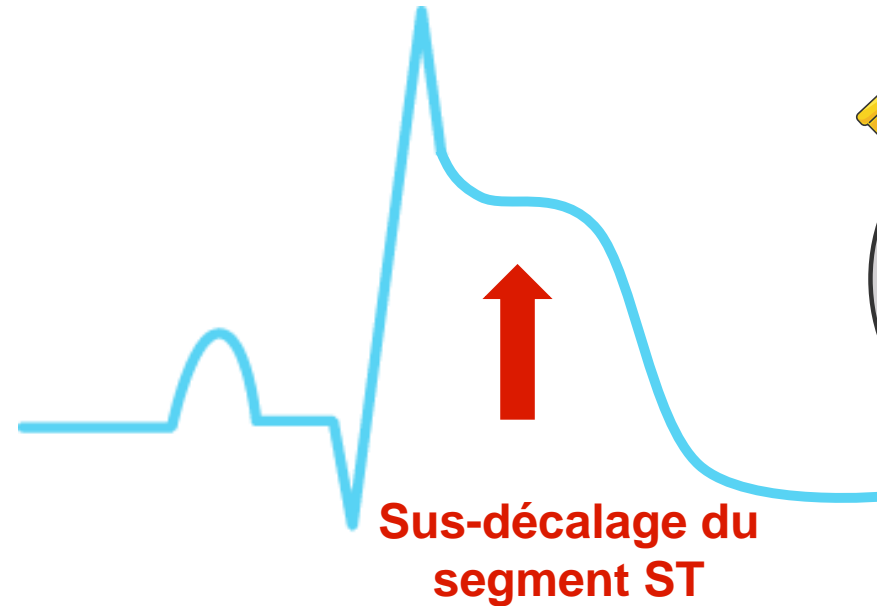
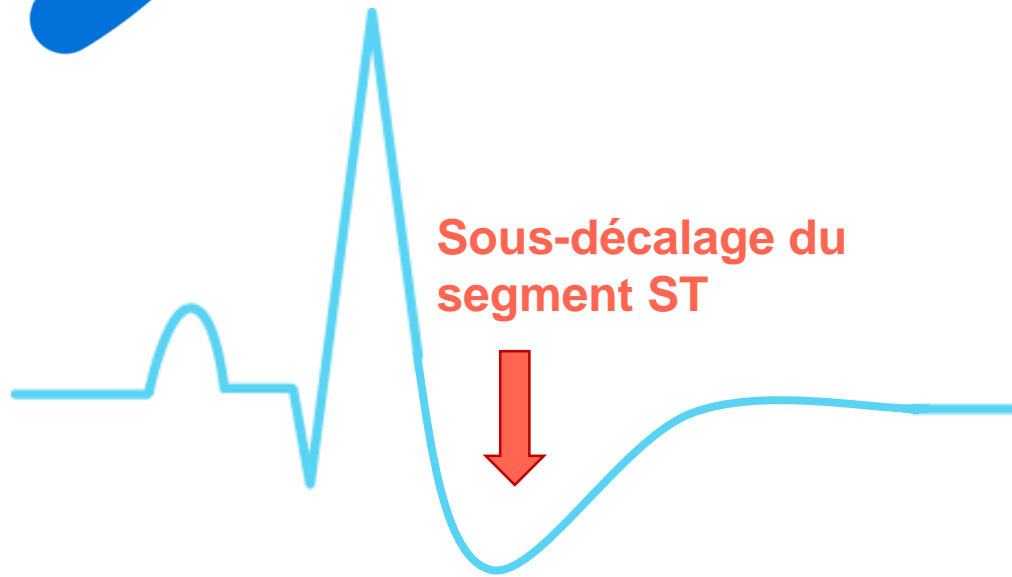
Sous-décalage du segment ST



Progression de
l'ischémie

Début de la lésion

Processus ischémique



Début de la lésion

Lésion aiguë

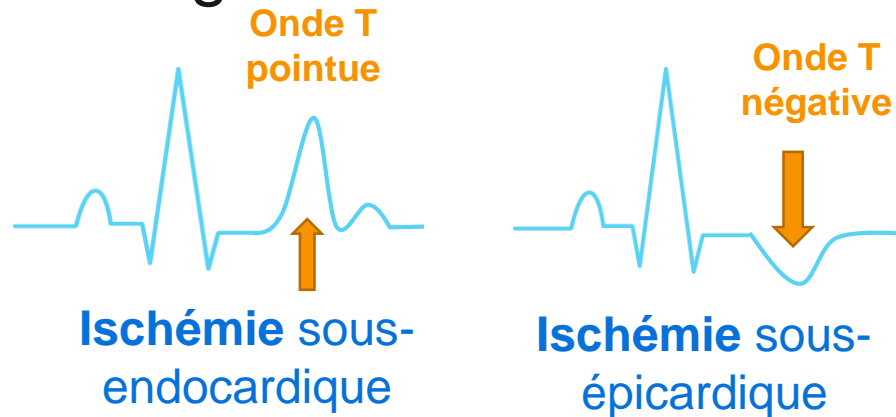
Encore réversible...si TRAITÉ À TEMPS!

Ischémie vs lésion - synthèse



Ischémie

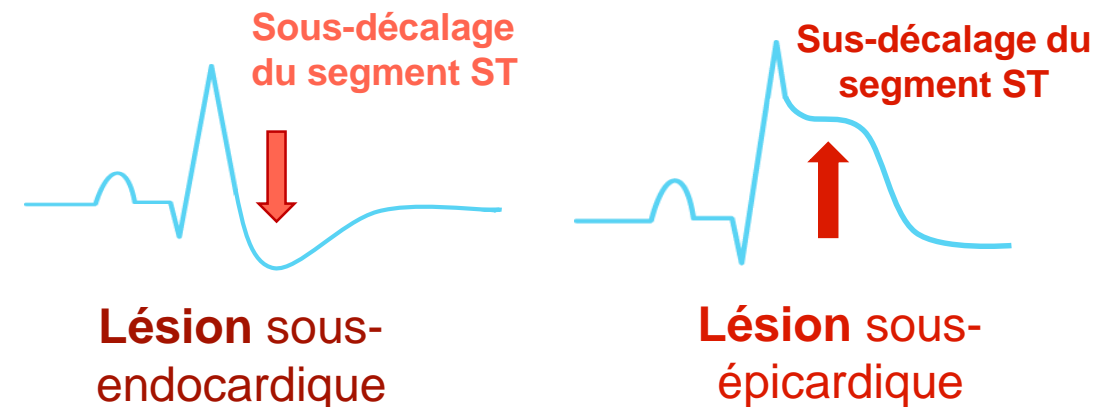
- Changement dans l'onde T



Lésion

Réversible si traité à temps

- Changement dans le segment ST



Angine instable

/ NSTEMI

STEMI

← Sécrétion de Troponine* →

Les syndromes coronariens - définition



Appellation générale d'un **évènement cardiaque coronarien** **avant** de poser le diagnostic final :

- **Angine instable**
- **NSTEMI**
- **STEMI**

Angine ou autre chose?

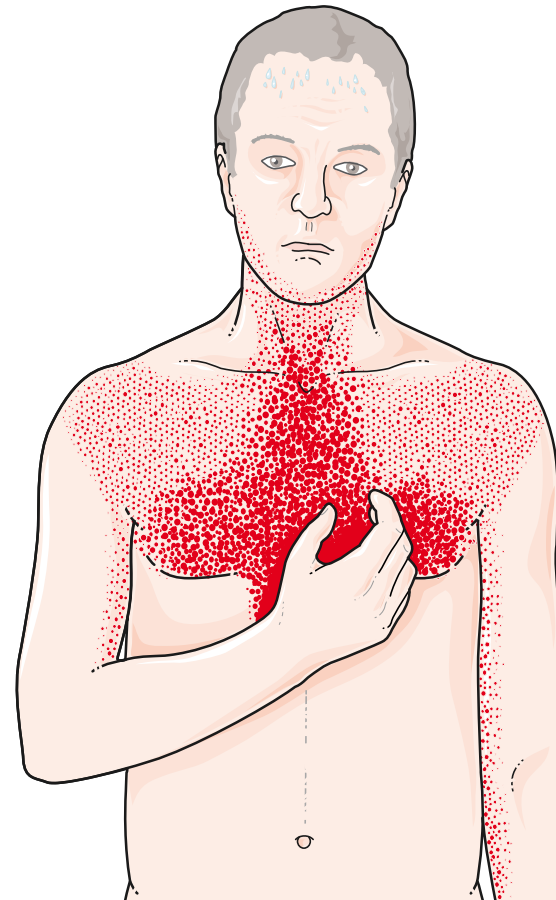
Causes de douleur thoracique

- Embolie pulmonaire
- Pneumothorax
- Dissection aortique
- Péricardite/ Tamponnade
- RGO
- Spasme œsophagien
- Colique biliaire
- Blessure musculosquelettique
- Crise d'anxiété

Types d'angine

Il existe 3 types d'angine :

- ✓ Angine stable
- ✓ Angine instable
- ✓ Syndrome X*



Types d'angine

Angine stable

Forme la plus fréquente

Prévisible – le patient se connaît...

Généralement provoquée par l'effort

Douleur intermittente

Angine instable

Douleurs de plus en plus fréquentes et intenses

Imprévisible

Détérioration de la plaque athéromateuse

SCA

Manifestations cliniques



Typiques:

- DRS soulagée ou pas par la nitroglycérine
- DRS irradiant au bras gauche, mâchoire, dos ou au niveau épigastrique
- Diaphorèse, pâleur
- Vasoconstriction périphérique : peau froide et moite

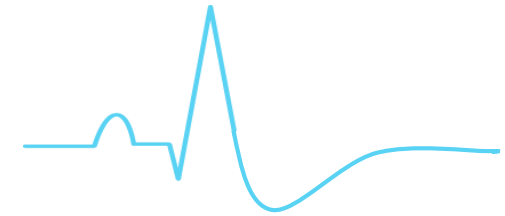
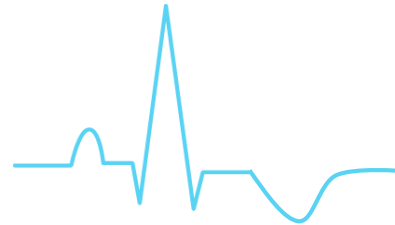
Atypiques:

- Nausées ou vomissements
- Douleur non rétrosternale ou absente
- RGO, fatigue, anxiété...



Glossaire - NSTEMI

Abréviation anglophone : **N**on - **ST** Elevated **M**yocardial **I**nfarction

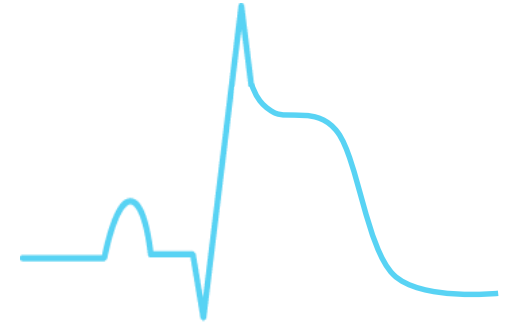


- Infarctus **sans** élévation du segment ST
- Causé par une occlusion intermittente qui peut provoquer de la nécrose
- Peu ou pas de changement à l'ECG
- Troponines positives
- Hémodynamie à faire dans les prochains jours selon les symptômes et facteurs de risques

Glossaire - STEMI

Abréviation anglophone : **ST** Elevated **M**ycocardial **I**nfarction

- Infarctus **avec** élévation du segment ST
- Ischémie étendue et **transmurale**
- **Urgence médicale !**
 - ≤ 90 minutes pour coronarographie porte à porte (HMR ou ICM)
 - ≤ 30 minutes pour thrombolyse (rare, si coronarographie non disponible dans le délai de 90 minutes)



HÉMODYNAMIE STAT !

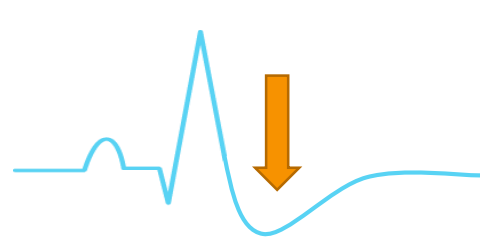
NSTEMI vs STEMI



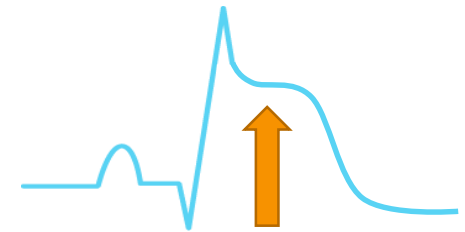
ECG normal



↓ onde T



↓ segment ST



↑ segment ST

NSTEMI

STEMI

Conséquences...

Complications possibles de l'infarctus

Ischémiques

Douleurs
résiduelles

Syndrome de
Dressler*

Mécaniques

Péricardite

Épanchement
Péricardique

Rupture de
pilier de valve

Rupture
ventriculaire

Arythmiques

90% des IM
engendrent des
arythmies

(TV / FV / ESV)

RIVA

Bradycardie

Fonctionnelles

Insuffisance
cardiaque

Prise en charge



Prise en charge d'un SCA

À l'arrivée

- Évaluation initiale
- Prise en charge rapide
- Gestion de la douleur
- Oxygénation PRN
- Faciliter le travail du cœur

Traitement de reperfusion

- Minimiser le temps d'ischémie
- Reperfusion STAT:
- Coronarographie < 90 min
- Fibrinolyse (rare) si contre-indication à la coronarographie ou si non disponible, avec accord de l'hémodynamicien

À la sortie de la coro

- Assurer le repos
- Surveillance bracelet / pansement compressif
- Enseignement à l'utilisateur

Admission d'un SCA



À faire en < 10 minutes !

- Signes vitaux
- **Saturation O₂**
- Installer une voie IV de gros calibre
- **Demander un ECG STAT**
- Bref examen physique
- Laboratoires STAT
- Radiographie pulmonaire

Traitement général

- Aspirine 160 à 325 mg à croquer et antiplaquettaires
- Nitroglycérine 0,4 mg S/L q 5min x 3 doses
- Morphine ou fentanyl IV si non soulagé q 5 – 15 min
- **O₂ seulement si SaO₂ < 90%**
- Autres Rx selon cardiologue



* 0 P 0 0 9 0 3 *

Poids : ____ kg Taille : ____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

[OIP-CEMTL-00903 – [Syndrome coronarien aigu (STEMI, NSTEMI et angine instable)]

SOINS ET SURVEILLANCE INFIRMIÈRES

- Moniteur cardiaque ou télémétrie
- Signes vitaux q 4 h x 3 à l'admission et selon évaluation clinique par la suite
- Signes neuro x 1 à l'admission et selon évaluation clinique par la suite
- Mobilisation :
 - Repos au lit strict Fauteuil seulement
 - Sans restriction selon tolérance
- Alimentation :
 - Alimentation (sans gras, sans sel et sans glucide)
 - NPO strict
- Autres _____
- Soluté : _____ à _____ mL/h
- Salin lock

EXAMENS ET LABORATOIRES

- Troponine q ____ h x ____
- Sodium, potassium, chlore, magnésium, urée, créatinine, FSC, DIE x ____ jours
- INR x 1, puis _____
- HbA_{1c}, bilan lipidique, TSH (si non fait depuis d'admission)
- Ratio albumine/créatinine
- Analyse d'urine
- ECG DIE et répéter si DRS ou si changement de rythme cardiaque
- Coronarographie (requête à compléter)
- Échographie transthoracique (requête à compléter)

PHARMACOTHÉRAPIE

Antiplaquettaires

Aspirine (AAS) **bolus** 325 mg **OU** 160 mg PO x 1, puis **dose maintien** 80 mg PO DIE par la suite

2^e Agent Antiplaquettaire :

- Aucun nécessaire
- Ticagrelor (Brilinta^{MD}) **bolus** 180 mg (2 comprimés de 90 mg) PO STAT, puis **dose maintien** 90 mg PO BID par la suite
 - ✓ Éviter si bradycardie < 50 batt/min
 - ✓ Aviser médecin si bradycardie en cours de traitement **sans omettre de dose**
- Clopidogrel (Plavix^{MD}) **bolus** 600 mg ou 300 mg PO STAT, puis **dose maintien** 75 mg PO DIE par la suite
- Prasugrel (Effient^{MD}) **bolus** 60 mg (6 comprimés de 10 mg) PO STAT, puis **dose maintien** 10 mg PO DIE par la suite
 - ✓ Contre-indications au prasugrel : antécédent d'AVC/ICT, > 75 ans ou poids < 60 kg

Signature du médecin/prescripteur

permis

Date (AA/MM/JJ)

Heure



* 0 P 0 0 9 0 3 *

Poids : ____ kg Taille : ____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

[OIP-CEMTL-00903 – [Syndrome coronarien aigu (STEMI, NSTEMI et angine instable)]

Anticoagulant

Si usager sous anticoagulant oral :

- Cesser la warfarine (Coumadin^{MD}) ou l'acenocouramol (Sintrom^{MD})
 - INR DIE jusqu'à INR < 2, puis débiter le traitement anticoagulant ou la thromboprophylaxie prescrit ci-dessous
- Cesser l'anticoagulant oral direct (AOD) tel que rivaroxaban (Xarelto^{MD}), apixaban (Eliquis^{MD}), dabigatran (Pradaxa^{MD}) ou edoxaban (Lixiana^{MD}) et débiter le traitement anticoagulant à l'heure prévue de la prochaine dose d'AOD.

Enoxaparine (dose arrondie selon nomogramme en vigueur)

- _____ mg (1 mg/kg (poids réel), max 150 mg) SC q 12 h
- Si clairance à la créatinine entre 20-30 mL/min : _____ mg (1 mg/kg (poids réel), max 150 mg) SC q 24 h
 - ✓ Éviter enoxaparine (Lovenox^{MD}) si clairance à la créatinine < 20 mL/min

- Si poids > 150 kg: Dosage Anti-Xa 4 h post 4^e dose d'enoxaparine
- Si poids entre 100 et 150 kg: Dosage Anti-Xa 4 h post-dose d'enoxaparine au jour 7 si toujours en cours

Héparine-intraveineuse

- Selon OIP en vigueur

Si allergie à l'héparine

- Fondaparinux (Arixtra^{MD}) 2,5 mg SC q 24 h *Éviter si clairance à la créatinine < 30mL/min
- Thromboprophylaxie seule → Selon OIP-CEMTL-00043 - Thromboprophylaxie

Autres thérapies

Nitroglycérine sublinguale 0,4 mg / bouffée : 1 bouffée sublinguale. si DRS, à répéter PRN q 5 min (maximum 3 doses)
ET aviser médecin si usager non soulagé

Perfusion de nitroglycérine IV si indiqué

- ✓ Selon OIP-CEMTL-00752 - Nitroglycérine IV

Statine : _____ (à haute intensité idéalement)

Pour les usagers sous inhibiteurs du SGLT2 : si coronarographie prévue ou tout autre examen nécessitant d'être à jeun

- Suspendre Canagliflozine (Invokana^{MD}), dapagliflozine (Forxiga^{MD}) et empagliflozine (Jardiance^{MD}) 3 jours avant l'intervention (idéalement)

Signature du médecin/prescripteur

permis

Date (AA/MM/JJ)

Heure



Protocole de Nitroglycérine IV

- Suivre le protocole **OIP 00752**
- **Faire cesser la nitro PO ou TD**
- **Ajustement**
- **Sevrage**
- **Respecter la surveillance des SV**



SOINS ET SURVEILLANCE

- Prise de TA avant de débiter la perfusion, avant chaque augmentation de débit et 5 min après chaque modification de débit.
- Si le débit de la perfusion est stable depuis au moins 30 min, prise TA q 1 h x 2 puis q 2 h x 2 puis QID.

AVISER le médecin si :

Persistance de DRS de plus de 15 min malgré titration Nitroglycérine IV (malgré 3 augmentations du débit en 15 min)	Hypotension systolique < 90 mmHg Ou hypotension symptomatique ou chute de pression de > 30 mmHg	Bradycardie < 50 /min.
	Céphalées intolérables par l'utilisateur	Tachycardie > 120 min

Si bradycardie < 50/min. **ET** chute de TA systolique < 90 mmHg → **SUSPENDRE la perfusion**

Si TA systolique < 100 mmHg **OU** chute de TA de >20 mmHg après une seule titration → **RÉDUIRE la perfusion au débit précédent**

- Si présence de céphalées débiter Acétaminophène (Tylenol^{MD}) 325 mg/co. : 1 à 2 co PO q 4 h PRN.

[OIP-CEMTE-00752] - [Nitroglycérine IV]



INDICATIONS

- Syndrome coronarien aigu avec ischémie persistante malgré nitroglycérine s. ling.
- Hypertension (HTA)
- Insuffisance cardiaque décompensée

CONTRE-INDICATIONS

- Prise d'un inhibiteur de la phosphodiesterase 5 (PDE5) (sildenafil ou vardenafil < 24 h ou tadalafil < 48 h)
- Hypotension systolique < 90 mm Hg ou chute de pression de > 30 mmHg, bradycardie (< 50 batt./min)
- Cardiomyopathie restrictive, constrictive ou obstructive

INITIATION DE LA PERFUSION DE NITROGLYCÉRINE IV

- Cesser toute nitroglycérine orale ou transdermique (Imdur^{MD}, Isordil^{MD}, Nitrodur^{MD}, etc)
- Donner nitroglycérine vaporisation 0,4 mg s. ling. X 1 (sauf si initié en contexte d'hypertension seule)
- **PERFUSION CONTINUE INITIALE** _____ mcg/min (200 mcg/mL) soit _____ mL/h
✓ Recommandé 5 à 10 mcg/min soit 1,5 à 3 mL/h

POURSUITE DE LA PERFUSION DE NITROGLYCÉRINE IV

POUR SYNDROME CORONARIEN AIGU AVEC ISCHÉMIE PERSISTANTE

Titration si apparition de douleur angineuse :

1. Donner nitroglycérine vaporisation 0,4 mg s. ling. X 1 dose
2. Augmenter le débit de 5 mcg/min soit de 1,5 mL/h aux 5 min jusqu'à un débit maximum de 20 mcg/min soit de 6 mL/h
3. Si la douleur persiste malgré un débit à 20 mcg/min soit à 6 mL/h, augmenter le débit par palier de 10 mcg/min soit de 3 mL/h aux 5 min jusqu'à un débit maximal de 400 mcg/min soit de 120 mL/h

Si présence de DRS persistante après 15 min, malgré la titration, aviser le médecin et faire un **ECG**.

POUR L'HYPERTENSION

Débit fixe selon la perfusion continue initiale jusqu'à réévaluation par le médecin traitant

Titration pour tension artérielle (TA) systolique < _____ et diastolique < _____ mmHg

1. Augmenter le débit de 5 mcg/min soit de 1,5 mL/h aux 3 à 5 min
2. Si l'hypertension persiste malgré un débit de 20 mcg/min soit de 6 mL/h, augmenter le débit par palier de 10 mcg/min soit de 3 mL/h aux 3 à 5 min jusqu'à un débit max de 200 mcg/min soit de 60 mL/h (jugé réfractaire si HTA persiste à cette dose)

POUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DÉCOMPENSÉE (soulagement de la dyspnée avec maintien TAS > 100 mmHg)

• Débit fixe selon la perfusion continue initiale jusqu'à réévaluation par le médecin traitant

Ajustement sur ordonnance individuelle, en respectant le principe suivant: augmenter seulement

Le débit de 10 à 20 mcg/min soit de 3 à 6 mL/h aux 3 à 5 min jusqu'à un débit max de 200 mcg/min soit de 60 mL/h.

Suivi de la perfusion de nitroglycérine IV

- À réévaluer après 24 à 48 h considérant risque de tachyphylaxie
- Sevrage (lorsque prescrit par médecin traitant) : diminuer le débit de 3 mL/h q 30 min.

Signature du médecin/prescripteur

permis

Date (AA/MM/JJ)

Heure

[OIP-CEMTE-00752] - 2203

Date : 2016-11 (Révision : 2022-03-23)

1 de 2

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec

Protocole d'Héparine

- Choisir le bon protocole:
 - Héparinothérapie IV (ajustement avec le PTT) OIP-CEMTE-00932
 - Héparinothérapie IV (ajustement avec l'anti-Xa) OIP-CEMTE-00988 (rare, selon conditions très spécifiques)
- Peser le patient
- Faire ou ajouter les labos manquants
- Bolus toujours vérifiés à deux infirmières
- Éviter de faire le prélèvement sur le bras où perfuse l'héparine
- OIP habituellement cessée à l'appel pour la coronarographie

Formation ENA associée: [Héparinothérapie intraveineuse #14777](#)

Protocole d'Héparine

VIGILANCE REQUISE
Valide à HMR seulement

[OIP-CEMTL-00932] - [Héparinothérapie intraveineuse (ajustement avec le PTT)]

Poids **ACTUEL** : Indiquer le poids actuel ci-dessus. Il est important de s'assurer que le poids inscrit est un poids à jour. Si possible, peser l'usager.

IMPORTANT : Si la condition clinique requiert l'ajustement en fonction de l'anti-Xa : utiliser l'OIP-CEMTL-00988 - Héparinothérapie intraveineuse (ajustement avec l'anti-Xa).

LABORATOIRES

- Prélèvements et analyses requis

Avant de débuter l'héparine IV (si non faits dans les dernières 24 h)	6 h après le bolus initial OU 6 h après le début de la perfusion d'héparine si pas de bolus	Après le début de l'héparine
<ul style="list-style-type: none"> ✓ FSC, plaquettes, glycémie, électrolytes, créatinine, bilan hépatique, bilirubine ✓ PT, PTT : Ne pas tenir compte de ces résultats pour l'ajustement de la perfusion 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PT, PTT 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ FSC avec plaquettes q 3 j ✓ PT, PTT: se référer au nomogramme à la page 2 de l'OIP pour les moments de prélèvements

HÉPARINE 25 000 unités dans 250 mL de D5% (100 unités/mL)

- Selon l'indication ou l'intention, ajuster le bolus et la perfusion initiale
- ✓ **IMPORTANT - Le bolus n'est pas recommandé en présence d'UNE des situations suivantes :**
 - Usager déjà sous anticoagulant thérapeutique
 - Usager ayant subi une chirurgie dans les dernières 24 h
 - Usager avec INR $\geq 1,4$ ou INR $\geq 2,2$ en présence de valve métallique

APPROCHE (Cocher l'approche souhaitée)	BOLUS (si désiré) (Cocher si souhaité) Se référer à l'annexe.	DÉBIT INITIAL DE PERFUSSION Se référer à l'annexe.
<input type="checkbox"/> STANDARD Indication(s) : Thromboembolie veineuse (TVP ou EP), valve métallique	<input type="checkbox"/> Bolus IV de _____ unités (80 unités/kg; max. de 8 000 unités)	Perfusion IV à _____ unités/h (18 unités/kg/h; max. de 2 000 unités/h)
<input checked="" type="checkbox"/> FAIBLE INTENSITÉ Indication(s) : SCA, anticoagulation requise en post op excluant usagers avec valve métallique	<input type="checkbox"/> Bolus IV de <u>7200</u> unités (60 unités/kg; max. de 5 000 unités)	Perfusion IV à <u>1080</u> unités/h (12 unités/kg/h; max. de 1 000 unités/h)
<input type="checkbox"/> MODIFIÉE	<input type="checkbox"/> Bolus IV de _____ unités (_____ unités/kg)	Perfusion IV à _____ unités/h soit _____ mL/h

[OIP-CEMTL-00988] - [Héparinothérapie intraveineuse (ajustement avec l'anti-Xa)] (SUITE)

Poids **ACTUEL** : Indiquer le poids actuel ci-dessus. Il est important de s'assurer que le poids inscrit est un poids à jour. Si possible, peser l'usager.

IMPORTANT : Cette OIP permet l'ajustement en fonction de l'anti-Xa (analyse qui ne peut être réalisée qu'à HMR).
 ✓ L'anti-Xa est un résultat qui est émis dans un délai plus long que le PTT.
 ✓ Le prescripteur doit au préalable s'assurer que le laboratoire puisse fournir les résultats en temps opportun (ex.: nouvelle ordonnance débutée en soirée ou la nuit). Si cela n'est pas possible, une validation est requise par ce dernier pour un ajustement selon le résultat de l'anti-Xa obtenu dans les heures de disponibilité du laboratoire.

L'ajustement avec l'anti-Xa est indiqué généralement en présence d'une des conditions suivantes :
 ✓ Présence d'un anticoagulant lupique connu (Recommandation : ajuster uniquement avec l'anti-Xa);
 ✓ Déficit en facteur en contexte d'hépatopathie avec prolongation du PTT de base;
 ✓ Résistance à l'héparine.

LABORATOIRES

- Prélèvements et analyses requis

Avant de débuter l'héparine IV (si non faits dans les dernières 24 h)	6 h après le bolus initial OU 6 h après le début de la perfusion d'héparine si pas de bolus	Après le début de l'héparine
<ul style="list-style-type: none"> ✓ FSC, plaquettes, glycémie, électrolytes, créatinine, bilan hépatique, bilirubine ✓ PT, PTT, Anti-Xa: Ne pas tenir compte de ces résultats pour l'ajustement de la perfusion 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anti-Xa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ FSC avec plaquettes q 3 j ✓ Anti-Xa: se référer au nomogramme à la page 2 de l'OIP pour les moments de prélèvements

HÉPARINE 25 000 unités dans 250 mL de D5% (100 unités/mL)

- Selon l'indication ou l'intention, ajuster le bolus et la perfusion initiale
- ✓ **IMPORTANT - Le bolus n'est pas recommandé en présence d'UNE des situations suivantes :**
 - Usager déjà sous anticoagulant thérapeutique
 - Usager ayant subi une chirurgie dans les dernières 24 h
 - Usager avec INR $\geq 1,4$ ou INR $\geq 2,2$ en présence de valve métallique

APPROCHE (Cocher l'approche souhaitée)	BOLUS (si désiré) (Cocher si souhaité) Se référer à l'annexe.	DÉBIT INITIAL DE PERFUSSION Se référer à l'annexe.
<input type="checkbox"/> STANDARD Indication(s) : Thromboembolie veineuse (TVP ou EP), valve métallique	<input type="checkbox"/> Bolus IV de _____ unités (80 unités/kg; max. de 8 000 unités)	Perfusion IV à _____ unités/h (18 unités/kg/h; max. de 2 000 unités/h)
<input type="checkbox"/> FAIBLE INTENSITÉ Indication(s) : SCA, anticoagulation requise en post op excluant usagers avec valve métallique	<input type="checkbox"/> Bolus IV de _____ unités (60 unités/kg; max. de 5 000 unités)	Perfusion IV à _____ unités/h (12 unités/kg/h; max. de 1 000 unités/h)
<input type="checkbox"/> MODIFIÉE	<input type="checkbox"/> Bolus IV de _____ unités (_____ unités/kg)	Perfusion IV à _____ unités/h soit _____ mL/h

Attention d'utiliser le bon OIP

Feuille de suivi thérapeutique

TABLEAU DE SUIVI DE L'HÉPARINOTHÉRAPIE IV

Date	Heure de réception du résultat	Résultats		Arrêt de la perfusion		Bolus (unités)	Heure d'adm. du bolus	Perfusion (ml/h)		Heure de modification du débit	Prochain prélèvement (date & heure)	Initiales 1	Initiales 2
		PTT (sec.)	Anti-Xa* (unités/ml)	De	À			+ / -	Débit				
								Départ					
2023-10-28	13:45	38,9	-	-	-	2500	13:50	+ 2 ml/h	12,8 ml/h	13:50	2023-10-28 19:50 h	TM	ML
2023-10-28	21:40	102,7	-	21:45	22:15	-	-	- 2 ml/h	10,8 ml/h	22:15	2023-10-29 2:15 h	TM	ML
2023-10-29	4:00	74,8	-	-	-	-	-	idem	10,8 ml/h	-	2023-10-30 AM	TM	ML



Demande d'hémodynamie

- Faxer la demande de coronarographie au secrétariat d'hémodynamie
- Placer la demande dans la section « consultations médicales » du dossier
- La secrétaire va nous appeler pour nous confirmer la date de la procédure (mais pas l'heure)

Système de gestion de l'accès aux services
 DT9002
Demande de service HÉMODYNAMIE
 Sections réservées au médecin référent

Date de demande de service : Année Mois Jour

Usager (informations supplémentaires)
 N° de dossier de l'établissement référant : N° de dossier de l'établissement où l'usager est référé (si connu) : N° téléphone en cas d'urgence : Ind. rég. :

Référant
 Nom de l'établissement : Site :
 Médecin référant : Spécialité : N° de permis :

Informations de base
 Provenance de l'usager : Domicile Transfert (hospitalisé au CH référant) Unité de soins :
 Hospitalisé – interne Urgence – interne
 Lors d'un transfert, personne à contacter dans l'établissement référant : Ind. rég. N° téléphone N° de poste Ind. rég. N° télécopieur
 Courriel : Code non nominatif (si télécopieur) :

Date(s) de non-disponibilité : Du Année Mois Jour Au Année Mois Jour Fin
Infection SARM¹ ERV² Autre :
Données anthropométriques
 Poids (kg) Taille (m)
Pontage coronarien antérieur
 Oui Non Date Lieu

Consentement à l'échange d'informations Signé Non signé

Motif de la demande
 Coronarographie Révision pontage coronarien Bilan hémodynamique (cathétérisme D-G) Angioplastie
 Valvuloplastie Fermeture de CIA Biopsie myocardique Autre :
 RMéré : Au service Dr.

1) SARM : Infection à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline – 2) ERV : Infection à Entérocoque résistant à la vancomycine
 Demande de service – HÉMODYNAMIE
 Page 1

Identification de l'usager Nom et prénom :

Informations cliniques
Cardiaque
 Syndrome coronarien : Oui Non Infarctus du myocarde : Aigu < 1 semaine < 3 mois > 3 mois
 Sténose valvulaire : Oui Non Si oui : Aortique Mitrale Pulmonaire Tricuspidienne
 Insuffisance valvulaire : Oui Non Si oui : Aortique Mitrale Pulmonaire Tricuspidienne
 Classification fonctionnelle (ROCT) : I II III IV-A IV-B IV-C1 IV-C2
 Autre :

Maladie vasculaire
 Syndrome vasculaire aigu : Oui Non Syndrome vasculaire stable : Oui Non
 Pouls radial présent : Droit Gauche Pouls fémoral présent : Droit Gauche

Résultats de tests non-invasifs
 ECG au repos – changements ischémiques récidivants : Oui Non
 Épreuve d'effort positive : < 5 Mets ou chute T.A. Troponine + : Oui Non
 Scintigraphie myocardique – Ischémie antérieure ou plusieurs zones ischémiques : Oui Non
 Fraction d'éjection : Inconnue % Source : Échographie Angiographie Méthode isotopique

Médication
 ASA (Aspirine) Plavix Antagonistes des récepteurs GP IIB IIIA Coumadin
 Héparine : standard fractionnée Autre :

Métabolique
 Créatinine : µmol/L Dialyse : Oui Non
 Diabète : Oui Non Si oui : Traité avec diète Traité avec hypoglycémifiants oraux Traité avec insuline

Allergie
 Iode Latex Autre :

Remarque

Résumé de dossier médical
 Inclus Suivre

Médecin référant Nom (en lettres majuscules) : Signature : Date : Année Mois Jour

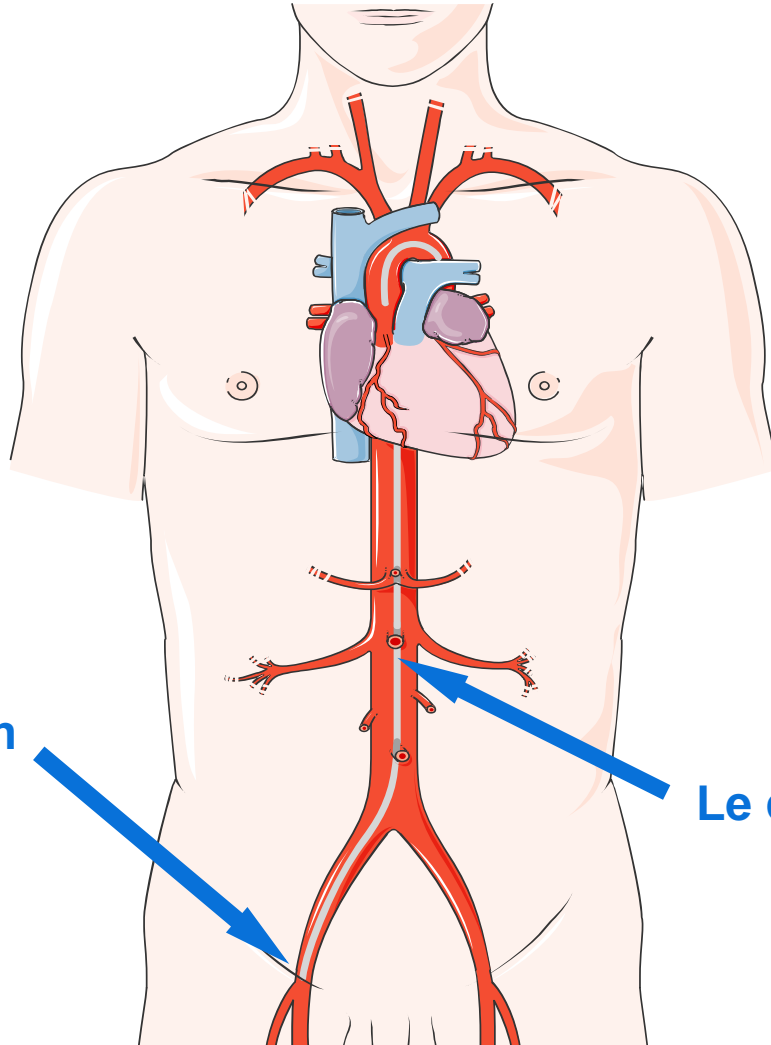
Classification fonctionnelle (CMQ¹ – ROCT²)

Classe	Description
I	Asymptomatique ou limitation apparaissant aux efforts violents, prolongés ou inhabituels.
II	Limitation légère lors d'activité régulière. La limitation peut survenir à la marche ou à la montée d'escaliers.
III	Limitation marquée lors des activités régulières.
IV-A	Limitation grave ou état instable maintenant stabilisé avec une médication orale.
IV-B	Limitation grave ou état instable. La limitation persiste lors d'activités légères ou au repos malgré le traitement médical optimal. Ne nécessite pas de thérapie intraveineuse.
IV-C1	Limitation grave ou état instable réfractaire au traitement médical optimal et nécessitant une thérapie intraveineuse.
IV-C2	Limitation grave ou état instable nécessitant une thérapie intraveineuse et demeurant en instabilité hémodynamique ou rythmique malgré celle-ci. Inclut aussi l'angioplastie primaire et de sauvetage dans l'infarctus du myocarde ainsi que la dissection aortique et la rupture d'anévrisme.

(1) CMQ : Collège des médecins du Québec
 (2) ROCT : Réseau québécois de cardiologie tertiaire
 Page :

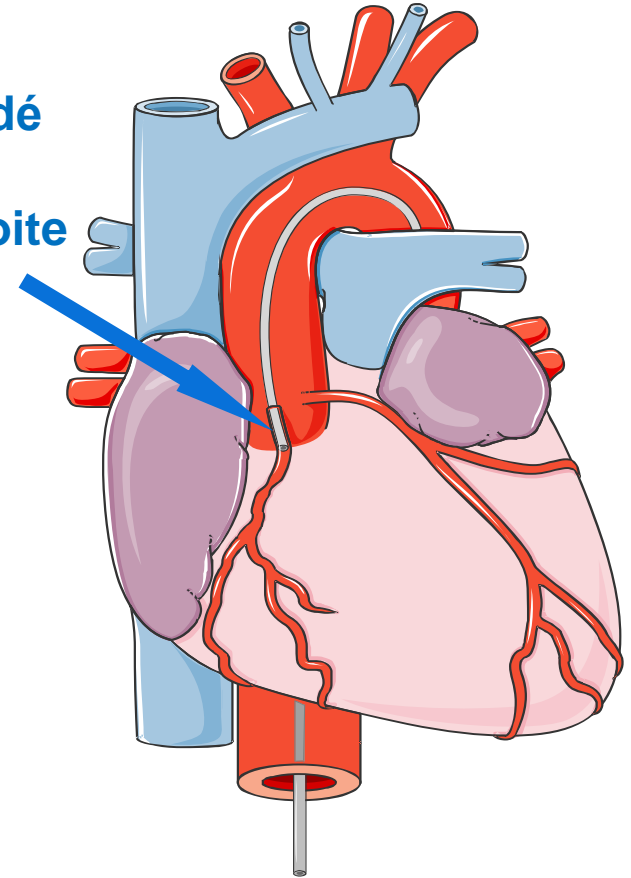
Coronarographie

Site d'insertion



Le cathéter remonte dans l'aorte

...et est guidé dans la coronaire droite



Imagerie

Le produit de contraste teint les artères en noir



<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/81/Ha1.jpg>

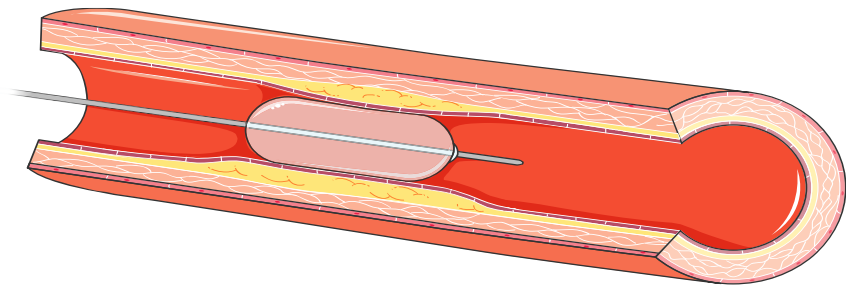
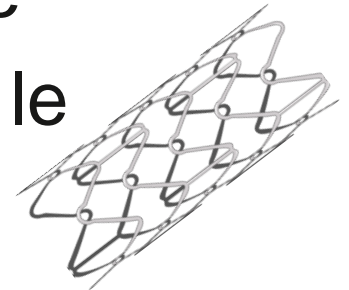


Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

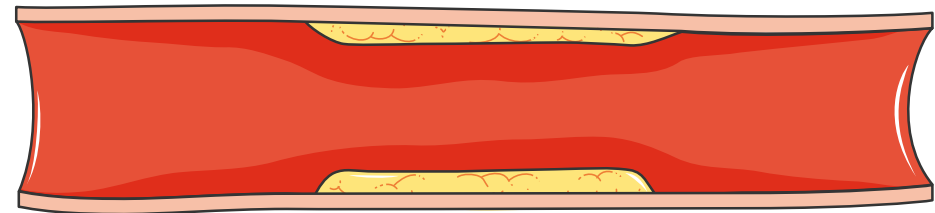
Québec 

Dilatation coronarienne et angioplastie

- Insertion d'un **cathéter avec un ballonnet** dans l'artère coronaire partiellement obstruée qui sera **gonflé** pour écraser la plaque d'athérome
- Le ballonnet est introduit par l'artère radiale ou fémorale
- L'installation d'une **endoprothèse (stent)** pour maintenir le vaisseau ouvert est fréquente



Dilatation au ballonnet
(PTCA)



[Angioplastie - CHUV](#)

Prescriptions pré-coronarographie

- Suivre la prescription pré-coronarographie: **OIP-CEMTL-00756**
- Faxer cette ordonnance à la pharmacie
- Si allergie à l'iode, **commencer la préparation la veille** de la procédure
- Protocole d'insuline IV **PRN** (de moins en moins utilisé)

[OIP-CEMTL-00756] – [Soins et surveillances pré-procédure hémodynamique (coronarographie ou angioplastie)]

ORDONNANCE POUR USAGER HOSPITALISÉ

EXAMENS ET LABORATOIRES (requêtes à compléter par le médecin)

- S'assurer d'avoir au dossier de l'usager dans les 10 derniers jours les examens et laboratoires suivants :
 - R-X pulmonaire
 - Coagulogramme complet
 - FSC, Urée, Créatinine (validité 1 semaine)
 - ECG
 - Groupe sanguin (ABO/Rh seulement)
 - Autres :

ALLERGIE À L'IODE

Non Oui → Prémédication à l'intervention planifiée :

Heure d'administration	Médicament
18 h PM la veille de la procédure	Prednisone 50 mg PO
23 h la veille de la procédure	Prednisone 50 mg PO
6 h AM jour de la procédure	Prednisone 50 mg PO
À l'appel	Diphenhydramine (Benadryl ^{MD}) 50 mg PO ou IV

→ Prémédication non planifiée / urgente :

- Methylprednisolone (Solu-Medrol^{MD}) 40 mg IV q 4 h ad l'examen ET
- Diphenhydramine (Benadryl^{MD}) 50 mg IV à l'appel

USAGER DIABÉTIQUE

- Consultation en endocrinologie (requête à compléter)
- Suspendre canagliflozine (Invokana^{MD}), dapagliflozine (Forxiga^{MD}), et empagliflozine (Jardiance^{MD}) 3 jours avant l'intervention (si délai impossible de 3 jours difficile à respecter, l'intervention ne doit pas être retardée)
- Insulinothérapie : utiliser les ordonnances en vigueur; compléter les OIP requises selon le contexte.

USAGER INSUFFISANT RÉNAL

- Complétion de l'OIP-CEMTL-00074 - « Protection rénale lors de l'administration d'agent de contraste »

USAGER SOUS ANTICOAGULANT

- Cesser l'anticoagulant oral suivant : _____ dernière dose à recevoir _____ jour avant l'intervention.
- Aucun anticoagulant de relais désiré.
- Anticoagulant de relais à prévoir
 - Si l'usager est sous warfarine ou acenocoumarol → compléter l'OIP en vigueur ou une ordonnance individuelle
 - Si l'usager est sous apixaban (Eliquis^{MD}), dabigatran (Pradaxa^{MD}), ou rivaroxaban (Xarelto^{MD}), edoxaban (Lixiana^{MD}) → compléter l'OIP en vigueur ou une ordonnance individuelle
- Enoxaparine (Lovenox^{MD}) ou autre _____ à cesser le matin de l'intervention.
- Héparine IV à cesser à l'appel de l'intervention

À PARTIR DE MINUIT, LA VEILLE DE L'INTERVENTION

- Garder à jeun (eau permise pour la médication)

LE MATIN DE L'INTERVENTION

- Coagulogramme complet, FSC
- Administrer la **médication usuelle** sauf les anti-hyperglycémiant
- Installer soluté NaCl 0,9 % (500 mL) à un débit de _____ mL/h (au bras gauche)
- Ne pas donner les médicaments suivants : _____

PRÉMÉDICATION À L'APPEL

Lorazepam (Ativan^{MD}) 1 mg PO Diphenhydramine (Benadryl^{MD}) 25 mg PO sauf si usager allergique à l'iode et a reçu sa dose

Vérification pré-coronarographie

- Remplir la feuille de vérification pré-coronarographie
- Faire signer le consentement tel qu'indiqué sur l'aide-mémoire

À remplir le matin de l'examen

NE RIEN ÉCRIRE DANS LA

FEUILLE DE VÉRIFICATION PRÉ-CORONAROGRAPHIE

Poids : _____ Taille : _____

Technique d'isolement : Non Oui _____

Allergie : Non Oui *Si oui* → Bracelet d'allergie en place Allergie à l'iode → *Protocole débuté selon OIP3302*

Bracelet d'identification en place Dossier Carte HMR FADM

Consentement à la coronarographie ± dilatation complété incluant la signature de l'utilisateur / personne autorisée et du témoin (*secteur B # 8 : écrit lisiblement*)

Bijoux retirés (piercing, bracelet...) Résultats de labos vérifiés Particularité : _____

Accès veineux calibre 20 minimal MSG Site intact Perméable

Installer le patient sur civière à l'appel (Jaquette seulement - Tout vêtement enlevé)

À jeun depuis minuit Prémédications reçues

Dialyse Non Oui *Si oui* → Prochaine dialyse : _____

Insuffisance rénale Non Oui *Si oui* → *Protocole débuté selon OIP3013: protection rénale lors de l'administration de produit de contraste IV*

Diabétique Non Oui *Si oui* → *Protocole d'insuline IV débuté selon OIP3332* Prochain gluco à : _____

Anticoagulant (ex : Coumadin) Non Oui *Si oui* → Cessé le _____ Rx de remplacement : Non Oui

Antiplaquettaire (ex : Plavix) Non Oui *Si oui* → Depuis le _____ Dernière dose _____ mg _____ h

Héparine IV Non Oui *Si oui* → Cessé le _____ Rx de remplacement : Non Oui

Surveillances et/ou soins particuliers à effectuer en hémodynamie Non Oui Spécifiez : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

POUR CENTRE RÉFÉRENT

Pression artérielle : _____ Pouls : _____ Plaquettes : _____ Date : _____

Respiration : _____ SatO₂ : _____ INR : _____ Date : _____

Température : _____ Créatinine : _____ Date : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

1000000315 2014-08-08 1 de 1



Coronarographie

Préparation de l'utilisateur

- À jeun à partir de minuit la veille
- Soluté de 0,9NS de préférence au bras gauche (éviter poignet droit) TVO ou selon Rx
- **Consentement signé**
- Liste de vérifications remplie (aide-mémoire)
- Inscrire le poids et la taille de l'utilisateur
- Rasage des poignets et des aines (vérifier après)



Coronarographie

Préparation de l'utilisateur (...suite)

- ECG du matin au dossier
- S'assurer que les laboratoires ont été faits au matin
 - FSC
 - **PT/PTT INR**
 - Urée, créat, E+, Ca, P, Mg
 - CK – tropo

Coronarographie

Préparation du patient (...suite)

- Donner pré-médication à l'appel selon Rx :
 - Ativan 1 mg PO + Bénédryl 25 mg PO
- Donner **toutes** les médications habituelles **sauf** :
 - Hypoglycémifiants oraux
 - Les bases d'insuline S/C → **mais on donne l'échelle correctrice**
 - Les diurétiques
 - Les HNF et HFPM

(Suivre les directives médicales pré-coronarographie)



Simulation



Retour de coronarographie



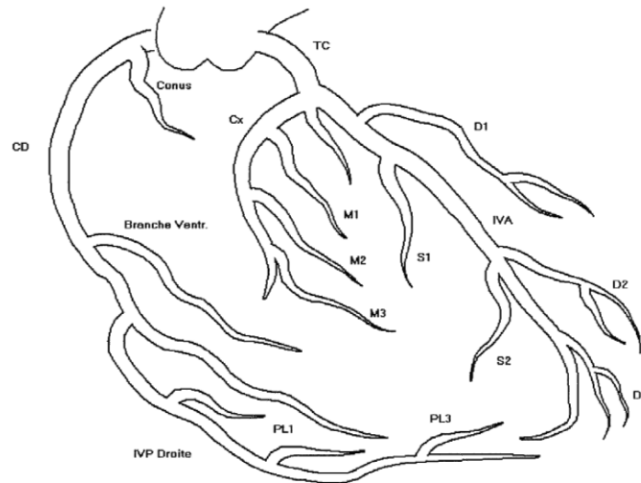
Rapport de coronarographie

HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Hopital Maisonneuve – Rosemont
Laboratoire D'Hemodynamique
5415, boulevard de l'Assomption
Montreal, Quebec H1T 2M4

Date de la procedure: 9/14/2015
Hemodynamicien: Constance, C. MD
Medecin Referant: Benzaquen, Bruno M.D.

Dominance: Right dominant



coro « blanche »

Christian Constance, M.D. Nicolas Pramo, M.D. Telephone: (514) 252-2813
Andre Gagnon, M.D. Ngoc Nguyen, M.D. Telecopieur: (514) 252-2835

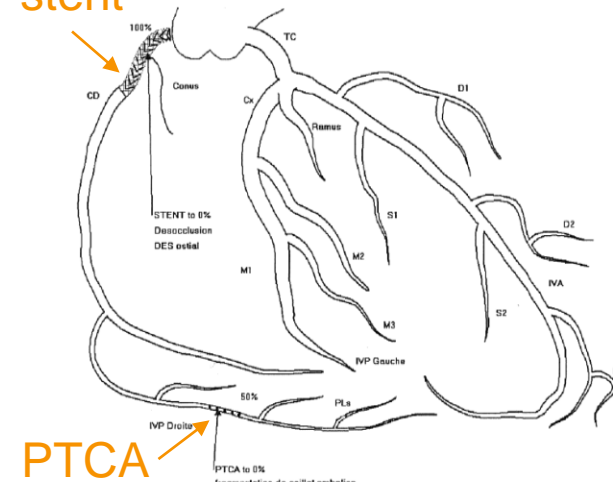


HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Hopital Maisonneuve – Rosemont
Laboratoire D'Hemodynamique
5415, boulevard de l'Assomption
Montreal, Quebec H1T 2M4

Date de la procedure: 2/9/2016
Hemodynamicien: Gagnon, André MD
Medecin Referant: Gagnon, André M.D.

stent



CORONAROGRAPHIE DIAGNOSTIQUE et ANGIOPLASTIE

Diagnostic clinique: Infarctus récent
Voie d'approche: Région fémorale droite
Hémostase: Angio seal mis en place via A.F.D 6 FR SUCCES

Dominance: Co-dominant

Christian Constance, M.D. Nicolas Pramo, M.D. Telephone: (514) 252-2813
Andre Gagnon, M.D. Ngoc Nguyen, M.D. Telecopieur: (514) 252-2835



Une copie peut être remise au patient et à sa famille

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

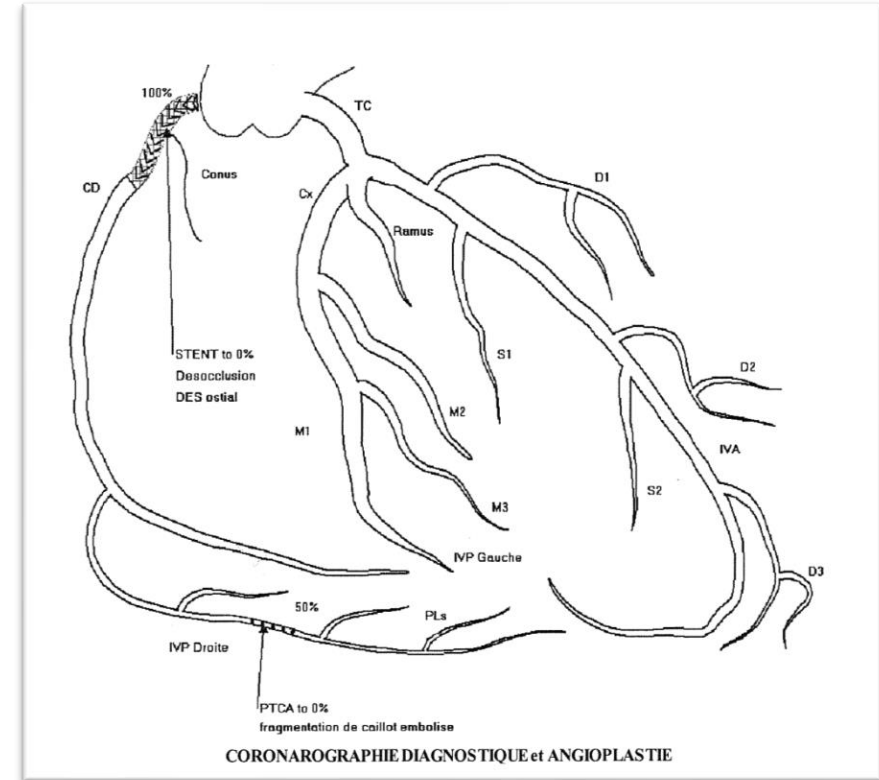


Retour de coronarographie

Mme Foster revient de coronarographie cet après-midi. Elle a eu une intervention par approche radiale. Voici son rapport:

Nommez quatre surveillances spécifiques à effectuer de façon prioritaire au retour de l'examen:

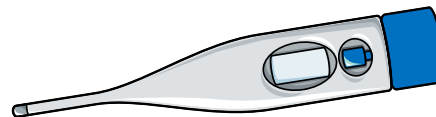
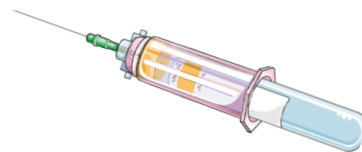
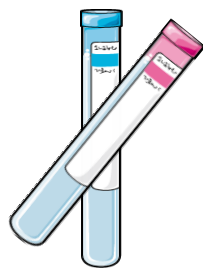
- _____
- _____
- _____
- _____



Surveillances post coro

• Signes vitaux

- q 15 min x 4
- q 30 min x 2
- q 1h par la suite ad stabilisation
- Prendre la température
- Signes neurologiques (si anti-plaquettaire)
- Surveiller l'apparition d'arythmies
- Surveiller la réapparition de DRS
- Labo spécifique selon antiplaquettaire reçu
- Favoriser le repos
- O₂ au besoin sur prescription
 - (si SatO₂ < 90%)



Surveillance - approche radiale


Annexe 1 COMPLICATIONS ET INTERVENTIONS APPROCHE RADIALE

1- ISCHÉMIE RELIÉE À UNE COMPRESSION TROP IMPORTANTE DE L'AVANT-BRAS	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution ou absence de pouls cubital. • Main froide, blanche ou cyanosée. • Douleur inhabituelle aux doigts ou à la main. • Paresthésie, diminution ou absence de la sensibilité. • Paralysie ou diminution de la motricité. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre le saturomètre sur un doigt de la main. 2. S'il n'y a pas de captation, desserrer le bracelet d'une encoche. 3. Vérifier 5 min plus tard si les signes neuro-vasculaires se sont améliorés. 4. Si persistance des signes cliniques malgré le desserrement du bracelet, aviser immédiatement l'hémodynamicien de garde.
2- SAIGNEMENT AU SITE DE PONCTION AVEC BRACELET EN PLACE	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement au site de ponction. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappeler à l'utilisateur de ne pas forcer avec le bras utilisé lors de l'intervention. 2. S'assurer que le bracelet est bien positionné sur le site de ponction et le réajuster, si besoin, en exerçant une compression adéquate. 3. Vérifier 5 min plus tard si absence de saignement. 4. Si saignement demeure présent, appliquer une pression au niveau de l'artère radiale en amont du site de ponction. 5. Si le saignement persiste, aviser l'hémodynamicien de garde.
3- SAIGNEMENT AU SITE DE PONCTION (POST-RETRAIT DU BRACELET)	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement au site de la ponction. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire une compression manuelle de l'artère sur le site de saignement. 2. Demander de l'aide et réinstaller le bracelet selon la procédure. 3. Surveiller le pouls en aval et en amont du bracelet. 4. Rappeler à l'utilisateur de ne pas forcer avec le bras utilisé lors de l'intervention. 5. Aviser l'hémodynamicien de garde si le saignement persiste après la réinstallation du bracelet. 6. Reprendre les surveillances au tableau « échec de l'hémostase ».
4- HÉMATOME RADIAL LOCALISÉ AU SITE DE PONCTION (AVEC BRACELET DE COMPRESSION EN PLACE)	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement sous la peau. • Oedème soudain ou progressif. • Main froide, blanche ou cyanosée. • Douleur inhabituelle aux doigts ou à la main. • Paresthésie, diminution ou absence de sensibilité. • Paralysie ou diminution de la motricité. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier le positionnement et la pression du bracelet compressif et l'ajuster au besoin. 2. Délimiter l'hématome à l'aide d'un crayon. 3. Surveiller le pouls en aval et en amont du bracelet. 4. Surveiller q 5 minutes la progression de l'hématome. 5. S'il y a progression, appliquer une pression manuelle continue en amont du site de ponction et aviser l'hémodynamicien de garde.
5- HÉMATOME RADIAL LOCALISÉ AU SITE DE PONCTION (POST-RETRAIT DU BRACELET)	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement sous la peau. • Oedème soudain ou progressif. • Main froide, blanche ou cyanosée. • Douleur inhabituelle aux doigts ou à la main. • Paresthésie, diminution ou absence de sensibilité. • Paralysie ou diminution de la motricité. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remettre le bracelet au-dessus de la zone de ponction. 2. Délimiter l'hématome à l'aide d'un crayon. 3. Prendre le pouls radial et les signes neuro-vasculaires q heure jusqu'à la stabilité de l'hématome. 4. S'il y a progression, appliquer une pression manuelle continue en amont du site de ponction et aviser l'hémodynamicien de garde.
6- HÉMATOME RADIAL NON LOCALISÉ AU SITE DE PONCTION (ACCUMULATION PROGRESSIVE DE SANG À L'AVANT-BRAS OU AU BRAS)	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Oedème ou induration non limités au poignet. • Ecchymose non localisée. • Douleur inhabituelle non localisée. • Main froide, blanche ou cyanosée. • Paresthésie, diminution ou absence de la sensibilité. • Paralysie ou diminution de la motricité. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre le brassard à pression manuelle à 200 mmHg sur le biceps du côté de l'intervention tel que détaillé dans l'OIP. 2. Aviser immédiatement l'hémodynamicien de garde. 3. Délimiter la superficie de l'hématome avec un crayon. 4. Prendre les mesures bilatérales du diamètre des bras et/ou des avant-bras pour suivre la progression de l'hématome (noter la date, l'heure et les circonférences). 5. Poursuivre la surveillance jusqu'au retour d'appel ou visite de l'hémodynamicien de garde.



Surveillance - approche fémorale

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Hôpital Santa Cabrini  HSC40358	Téléphone : _____ NAM : _____ Expiration : _____
--	--

SOINS ET SURVEILLANCES POST-PROCÉDURE HÉMODYNAMIQUE (CORONAROGRAPHIE OU ANGIOPLASTIE) - APPROCHE FÉMORALE

Date : _____

Compression manuelle puis pansement compressif installé à D G à _____ h
 Système de fermeture artériel en place
 Introducteur laissé en place (seulement à l'unité coronarienne)

Si complication(s) (ischémie, saignement ou hématome) se référer à l'annexe 1

Complications et interventions approche fémorale

* = un astérisque désigne une anomalie, une note au dossier est attendue

ÉTAPE 1 - Vérifications (q 15 min x 4)

Date : _____	Heure					
Chaleur: C = Chaud T = Tiède F* = Froid						
Coloration : N = Normale P = Pâle B* = Blanchâtre C* = Cyanosée						
Mobilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Sensibilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pouls pédieux présent	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pansement intact	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un hématome	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un saignement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Initiales						

ÉTAPE 2 - Vérifications (q 1h x 4 puis q 8h x 3 si hospitalisation)

En présence de l'introducteur effectuer les surveillances q 1h x4 puis q 4h jus qu'au retrait de l'introducteur

Date : _____	Heure					
Chaleur: C = Chaud T = Tiède F* = Froid						
Coloration : N = Normale P = Pâle B* = Blanchâtre C* = Cyanosée						
Mobilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Sensibilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pouls pédieux présent	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pansement intact	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un hématome	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un saignement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Initiales						

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom de l'usager :	N° dossier :				
Lors du retrait de l'introducteur (Par le médecin seulement) <ul style="list-style-type: none"> Retrait de l'introducteur et pansement compressif installé à Date : _____ Heure : _____ Init : _____ Poursuivre la surveillance en reprenant les ÉTAPES 1 et 2 					
ÉTAPE 1 - Vérifications (q 15 min x 4)					
Date : _____	Heure				
Chaleur: C = Chaud T = Tiède F* = Froid					
Coloration : N = Normale P = Pâle B* = Blanchâtre C* = Cyanosée					
Mobilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Sensibilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pouls pédieux présent	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pansement intact	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un hématome	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un saignement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Initiales					

ÉTAPE 2 - Vérifications (q 1h x 4 puis q 8h x 3)					
Date : _____	Heure				
Chaleur: C = Chaud T = Tiède F* = Froid					
Coloration : N = Normale P = Pâle B* = Blanchâtre C* = Cyanosée					
Mobilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Sensibilité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pouls pédieux présent	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Pansement intact	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un hématome	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Absence d'un saignement	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non*
Initiales					

Retrait du pansement

- Retirer le pansement compressif dès que les conditions suivantes sont rencontrées :
 - ✓ 1er lever effectué : Date : _____ Heure : _____ Init : _____
 - ✓ Absence de complications
- Appliquer un pansement adhésif de type « Elastoplast^{MD} » sur le site de ponction :

Date : _____ Heure : _____ Init : _____
- Le pansement peut être retiré 48h post-installation

Signature et titre d'emploi	Initiales	Unité	Signature et titre d'emploi	Initiales	Unité

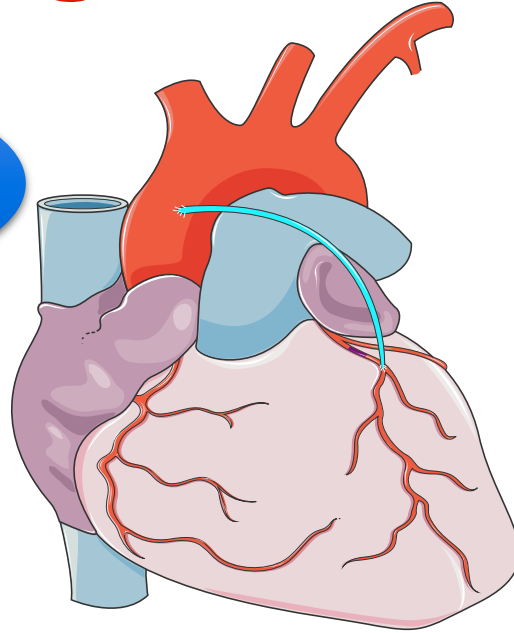
Surveillance - approche fémorale

Annexe 1 COMPLICATIONS ET INTERVENTIONS APPROCHE FÉMORALE

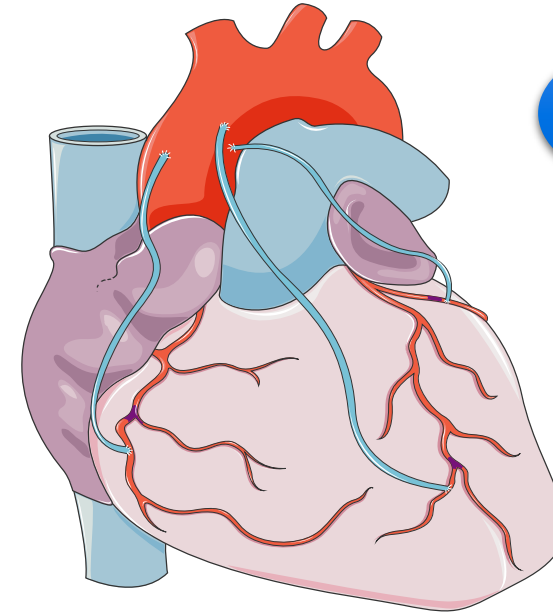
1- ISCHÉMIE RELIÉE À UNE COMPRESSION TROP IMPORTANTE	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution ou absence de pouls pédieux. • Pied froid, blanc ou cyanosé. • Douleur inhabituelle à la jambe. • Paresthésie, diminution ou absence de la sensibilité. • Paralysie ou diminution de la motricité. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desserrer légèrement le pansement compressif : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si système de fermeture artérielle en place aviser l'hémodynamicien de garde. 2. Si persistance des signes cliniques, envisager une thrombose de l'artère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aviser l'hémodynamicien de garde STAT ○ Surveiller les signes neuro-vasculaires jusqu'à l'arrivée de l'hémodynamicien de garde. 3. Si présence de saignement au site de ponction suivre les interventions pour saignement au site de ponction avec pansement, système de fermeture artérielle ou post-hémostase.
2- SAIGNEMENT AU SITE DE PONCTION AVEC PANSEMENT, SYSTÈME DE FERMETURE ARTÉRIELLE EN PLACE OU POST-HÉMOSTASE	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement au site de ponction. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appliquer une pression au niveau de l'artère fémorale en amont (2 à 3 cm) du site de ponction jusqu'à hémostase. 2. Garder l'usager en position couchée. 3. S'assurer que le pansement compressif est bien positionné sur le site de ponction et le réajuster en exerçant une compression adéquate. 4. Si non présence d'un pansement compressif en mettre un dès que hémostase présente. 5. Demander à l'usager de ne pas forcer. 6. Surveiller le pouls pédieux q 30 min. 7. Si persistance du saignement aviser l'hémodynamicien de garde.
3- HÉMATOME FÉMORAL LOCALISÉ AU SITE DE PONCTION AVEC PANSEMENT OU SYSTÈME DE FERMETURE ARTÉRIELLE EN PLACE OU POST-HÉMOSTASE	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement sous la peau/hématome. • Douleur ou brûlement au site de ponction. • Œdème soudain ou progressif. • Pied froid, blanc ou cyanosé. • Difficulté à bouger la jambe et la hanche. • Changement de couleur de la peau (rouge-mauve). • Suintement de sang au site d'insertion du cathéter. • Douleur inhabituelle à la jambe. • Paralysie ou diminution de la motricité. • Augmentation du volume de l'aîne ou de la jambe. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Appliquer une pression au niveau de l'artère fémorale en amont (2 à 3 cm) du site de ponction. 2. Délimiter l'hématome à l'aide d'un crayon. 3. Surveiller q 10 min la progression de l'hématome. 4. S'il y a progression, maintenir une pression manuelle continue en amont du site de ponction et aviser l'hémodynamicien de garde. 5. Effectuer la surveillance des signes vitaux q 15 à 30 min jusqu'à ce que l'hématome soit stable puis q 2 à 4h. 6. Effectuer la surveillance des signes neuro-vasculaires q 15 min. 7. Lorsque l'hémostase est présente : <ul style="list-style-type: none"> ○ En présence d'un pansement s'assurer que le pansement compressif est bien positionné sur le site de ponction ou le réajuster en exerçant une compression adéquate ○ En l'absence d'un pansement compressif en mettre un ○ Si pansement compressif souillé vous référer à la MSI
4- SAIGNEMENT RÉTRIPÉRITONÉAL	
Signes cliniques	Interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale ou au flanc. • Douleur au dos. • Décoloration de la jambe ou du flanc. • Signes vitaux instables (chutes de pression, tachycardie) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aviser l'hémodynamicien de garde STAT. 2. Mettre en position de Trendelenburg. 3. Bolus NS de 500ml IV STAT selon OIP. 4. Effectuer la surveillance des signes vitaux q 5min jusqu'à l'arrivée de l'hémodynamicien de garde. 5. Effectuer la surveillances des signes neuro-vasculaires q 15 min.

Le pontage coronarien

Pontage simple



Pontage triple



Qu'est-ce que c'est au juste?

La création d'une déviation ou « pont » entre l'aorte et l'artère coronaire au-delà du blocage afin de rétablir la circulation dans le myocarde

• Indications

- Sténose du tronc commun
- Sténose des 3 vaisseaux
- Si la dilatation n'est pas envisageable ou a échoué

[PAC - Pontage aorto-coronarien - Pontage cardiaque - CHUV](#)

Demande de chirurgie cardiaque

- Faxer la demande de chirurgie cardiaque au secrétariat de cardiologie
- Placer la demande dans la section « **consultations médicales** » du dossier
- La secrétaire de ♥ va s'occuper d'envoyer la demande au centre hospitalier visé
- Le CH qui fera la chirurgie va nous contacter en temps et lieu pour la préparation et le transfert du patient

Systeme de gestion de l'accès aux services

DT9001

Demande de service
CHIRURGIE CARDIAQUE

Sections réservées au médecin référent

Date de demande de service

Usager (informations supplémentaires)

Référent

Informations de base

Provenance de l'usager :

Données anthropométriques et autres

Infection

Cathétérisme antérieur

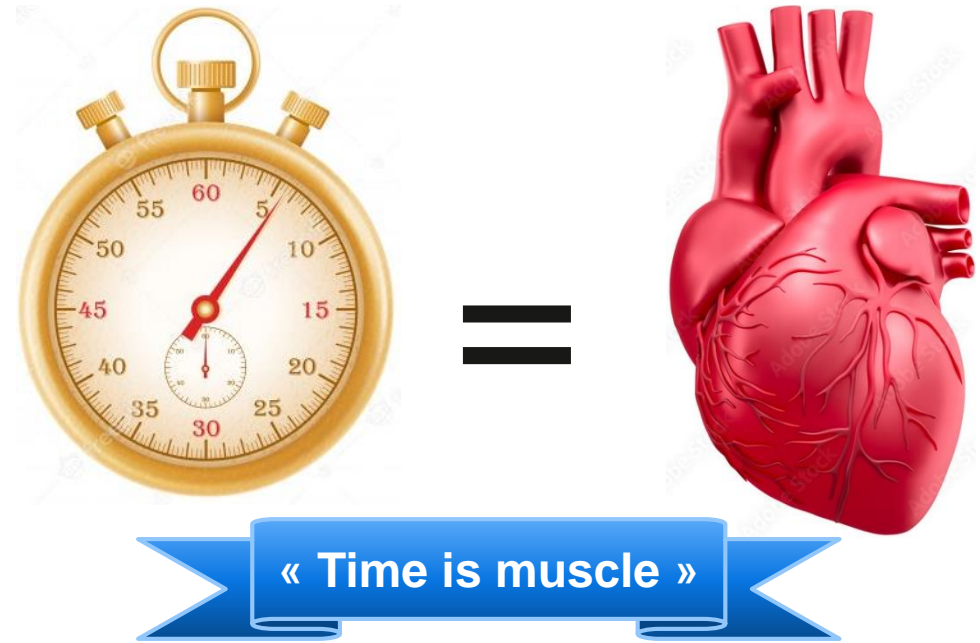
Consentement à l'échange d'informations

Motif de la demande

Page 1



Conclusion



Il est crucial de prendre en charge **rapidement** un patient avec un syndrome coronarien aigu afin de limiter au maximum les dommages myocardiques!



Autres pathologies cardiaques

- Insuffisance cardiaque congestive
- Insuffisance ou régurgitation valvulaire
- Sténose de la valve mitrale
- Valvuloplastie mitrale



Références

- Cœur et AVC lignes directrices SCA, 2020
- CHUV, centre hospitalier universitaire vaudois, vidéo consulté le 28 janvier 2025, atlas médical alphabétique
- Document organisationnel du CEMTL
- Guillaume Fontaine, inf. PhD, 4e colloque infirmier en cardiologie de l'ICM- 16 février 2024, Présentation orale: Améliorer les comportements liés à la santé de nos patients avec l'approche motivationnelle brève, c'est possible



CIUSSS
de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 