

Guide d'aide à la décision pour le choix de l'équipe de transfert

À interpréter selon jugement clinique en prenant en considération la globalité de la situation

Stabilité	Stable	Modéré **Décision avec Médecin Régulateur**	Instable	
Niveau	NAVETTE-Multipatients	AVION-Ambulance	AVION-Hôpital	
Équipage	Infirmière-Infirmière	Infirmière-Infirmière	Infirmière-Médecin	
CONDITIONS		*Une équipe médicale complète, un avion et son équipage doivent en tout temps être disponibles en cas de mission d'avion-hôpital urgente*		
Risque de détérioration	Nul Aucun prévisible	Faible à Modéré Patient nécessitant un transfert rapide Possibilité d'intervention infirmière durant le transport	Modéré / Élevé Risque de décès ou d'atteinte des organes ciblent Possibilité d'intervention médicale durant le transport	
État clinique	Airway Breathing	<ul style="list-style-type: none"> † Pathologie des voies respiratoires stable sans détresse respiratoire † Oxygénothérapie simple sans augmentation des besoins † Trachéotomisé sans complication † Pneumothorax/hémothorax sous drainage libre ou succion avec saignement peu actif † Drain thoracique retiré depuis au moins 48H † Intubé en soins de confort, avec inhalo à bord (après acceptation par gestionnaire de garde) 	<ul style="list-style-type: none"> † Pathologie des voies respiratoires stable sans détresse respiratoire † FR entre 8 et 32/min, sans cyanose, tirage, stridor et de BAN. † Saturation $\geq 90\%$ AA ou VM 50%/LN 5L max † Pneumothorax drainé avec drain/valve en place † Hémothorax drainé avec stabilité post observation de 4h † Pleurevac ou valve Heimlich en place † Intubé, en soins de confort, avec inhalo à bord 	<ul style="list-style-type: none"> † Détresse respiratoire † IET ou VNI (ou sevrage récent) † AEC À risque de compromis des voies respiratoires † Besoins O2 en augmentation † Pneumothorax/hémothorax non drainé † Trauma laryngé
	Circulation	<ul style="list-style-type: none"> † Angine ou NSTEMI stable à faible risque de complication sans DRS/arythmie maligne¹ $\geq 8h$ ***Si connu cardiaque peut avoir eu douleur < 8hres mais a été soulagé rapidement avec prise de Nitro bouffée max 3 doses, douleur de courte durée sans récurrence*** † Insuffisance cardiaque stabilisée (biberon de Milrinone accepté) † Douleurs abdominales non traumatique stable HD † STEMI thrombolysé HD stable $\geq 24h$ (ECG normalisé, aucune DRS/arythmie maligne¹) † Produits sanguins en cours stable HD † Perfusion Tridil/cordarone (débit idem $\geq 4h$, sans DRS/arythmie DRS et TAS ≥ 100 mmHg) † Hb ≥ 70 g/l 	<ul style="list-style-type: none"> † SCA (Angine, STEMI ou NSTEMI) † STEMI thrombolysé; observation $\geq 4h$ post TNK, ECG normalisé et absence d'arythmies malignes¹ † DRS $\leq 5/10$ contrôlable avec nitroglycérine ou analgésie † TAS ≥ 90mmHg ou ≤ 180mmHg, FC ≥ 40 ou ≤ 120/min asymptomatique † Saturation $\geq 90\%$ AA ou VM 50%/LN 5L max † Perfusions d'antiarythmiques (ex : cardizem/cordarone) avec ordonnance d'ajustement † Perfusion Tridil avec ordonnance d'ajustement † Insuffisance cardiaque stabilisée (perfusion lasix/primacor autorisé) † Produits sanguins en cours et stable HD 	<ul style="list-style-type: none"> † SCA à haut risque angine instable/arythmie maligne/DRS active non contrôlée † ACR pré transfert † Instabilité HD (FR ≥ 32 ou ≤ 8, saturation $\leq 90\%$ malgré traitement optimal. Bradycardie symptomatique ≤ 40/min, TAS ≤ 90 mmHg symptomatique) † Insuffisance cardiaque décompensée sous perfusion † STEMI thrombolysé récent (inférieur à 4h) † STEMI échec à la thrombolyse † BAV haut grade † Arythmie maligne ou syndrome congénial symptomatique † Anomalie ionique sévère † Produits sanguins en cours pour contrer état de choc
	Disability	<ul style="list-style-type: none"> † Pathologie neurologique stable $\geq 8h$ † Glasgow ≥ 10, stable depuis $\geq 8h$ 	<ul style="list-style-type: none"> † Pathologie neurologique stabilisée $\geq 4h$ † Glasgow ≥ 10 depuis au moins 4h † TCCL † AVC thrombolysé ou non, Stable, transféré pour endartériectomie précoce † Transfert pour Thrombectomie † AVC ischémique (chronodépendant) sans risque de détérioration 	<ul style="list-style-type: none"> † Glasgow qui se détériore (à risque d'intubation) † AVC thrombolysé ou non pour endartériectomie † TCCL complexe et modéré-grave chez patient anticoagulé † Convulsions actives ou persistantes malgré Tx † Pathologie neurologique aigue $\leq 4h$ † AVC ischémique avec risque de détérioration † AVC hémorragique
	Exposure	<ul style="list-style-type: none"> † Fractures simples des membres sans compromis neurovasculaire (mon trauma) † Brûlures stables sans risque de complications, sans compromis neurovasculaire ni respiratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> † Fractures simples des membres † Amputation traumatique pour réimplantation † Brûlures stables sans risque de complications † Compromis neurovasculaire avec syndrome compartiment suspecté † Polytraumatisé stable post observation $\geq 4h$ avec faible risque de détérioration † Blessé médullaire stable sans déficit de novo $\geq 4h$ † Trauma oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> † Fracture bassin instable † Brûlures visage avec atteinte des voies respiratoires ou risques de complications † Polytraumatisé aigu instable † Traumatisme spinale avec atteinte neuro

Obstétrique		<ul style="list-style-type: none"> ‡ Transfert préventif de grossesse ‡ Pré-éclampsie légère ‡ Pas de signe de travail actif pré-transfert ‡ RPM sans travail actif ≥2h 	<ul style="list-style-type: none"> ‡ Travail prématuré ‡ Pré-éclampsie sévère ‡ Travail actif ‡ Anomalies placentaires ‡ RPM avec travail actif
Néonatalogie *Admis Unité de néonatalogie (UNN)	<ul style="list-style-type: none"> ‡ Néonatalogie stable Transfert pour investigation ou intervention non-urgente, pas de soins actifs requis au CH référent 	<p style="text-align: center;">***Uniquement d'un CH vers Québec (CHUL)***</p> <ul style="list-style-type: none"> ‡ Néonatalogie à faible risque de complications avec équipe de transport néonatale (infirmière et inhalothérapeute) + (infirmière et infirmière EVAQ). <p style="text-align: center;"><i>Référence à la Note de service EVAQ du 13 avril 2023- AJUSTEMENTS-Guide d'aide à la décision pour le choix de l'équipe de transfert</i></p> <p style="text-align: center;"><u>pour le processus à respecter pour le moment.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ‡ Mission spéciale possible, par exemple nouveau-né sous VNI connu en centres tertiaires pour retours en région ou transferts de patients chroniques entre centre tertiaires (prévoir discussion avec équipe de transport néonatal avant de lancer la mission). 	<ul style="list-style-type: none"> ‡ Néonatalogie à risque de complications <ul style="list-style-type: none"> • Grand préma ≤32 semaines • Cardiopathie à risque de détérioration, hernie diaphragmatique • Instabilité hémodynamique ou respiratoire récente • Détresse respiratoire • Intubé • Sous VNI
Pédiatrie *Admis Unité de pédiatrie	<ul style="list-style-type: none"> ‡ Enfant stable transféré pour investigation sans compromis respiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> ‡ Enfant stable HD ≥8h avec ou sans O2 	<ul style="list-style-type: none"> ‡ Enfant avec instabilité HD

Note 1 : TV soutenue (≥ 30 sec), FV, torsade de pointe ou BAV 2° Degré et plus.

Cet outil est un guide d'aide à la prise de décision et il ne se substitue en aucun cas à l'évaluation et au jugement de l'infirmière de la centrale et du médecin régulateur. Les pathologies inscrites sont à titre d'exemple uniquement afin d'aider la prise de décision quant au choix du meilleur service selon : la condition clinique de l'usager, la disponibilité des équipages, la disponibilité des avions, les autres demandes ainsi que tous les considérants que vous connaissez déjà...