



ORDONNANCE COLLECTIVE

INITIER L'ADMINISTRATION D'OXYGÈNE EN CAS D'ABSENCE MÉDICALE

OC-T-9

Date d'entrée en vigueur

27 janvier 2015

Date de révision

Professionnels habilités à exécuter l'ordonnance

Les infirmières et infirmiers habilités qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires.

Secteurs d'activité visés

- Centre de services Avellin-Dalcourt :
 - Programme hébergement
 - Programme santé physique : service des urgences
 - Programme SAPA : unité de courte durée gériatrique (UCDG)
- Point de service Saint-Paulin : services de santé courants
- Point de service Saint-Alexis-des-Monts : services de santé courants

Personne, groupe de personnes ou situation clinique visés

L'ensemble de la clientèle des secteurs visés lors d'**absence médicale seulement**.

Activités réservées de l'infirmière

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Médecin répondant

- Médecin de garde du service des urgences et des points de service
- Médecin traitant de l'hébergement et de l'UCDG

Indications et conditions d'initiation

- Présence de dyspnée, associée à **un ou plusieurs des signes et symptômes suivants** :
 - tachypnée (Consulter le tableau de référence à la page 3 : Fréquence respiratoire pédiatrique et adulte normale par minute.);
 - désaturation :
 - usager MPOC : saturation inférieure à 88 %,
 - usager pédiatrique et adulte sans MPOC : saturation inférieure à 94 %,
 - cyanose, pâleur ou extrémités froides;
 - respiration laborieuse :
 - battements des ailes du nez;
 - tirage;
 - effort à l'inspiration augmenté;
 - bruits respiratoires audibles (Wheezing);
 - altération de l'état de conscience potentiellement due à la dyspnée;
 - difficulté à parler.

	<p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'une situation d'urgence suivante : <ul style="list-style-type: none"> ➢ suspicion d'empoisonnement au monoxyde de carbone; ➢ suspicion d'intoxication médicamenteuse; ➢ suspicion de traumatisme crânien; ➢ suspicion d'accident cérébrovasculaire ischémique; ➢ arrêt cardiorespiratoire (recommandé d'administrer de l'O₂ 100 % durant la réanimation si disponible). <p>Alerte : L'administration d'oxygène doit se faire avec prudence à l'usager/résident atteint de MPOC, car de trop hautes concentrations d'oxygène diminuent le réflexe respiratoire.</p>
Intentions thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> • Visé à corriger rapidement toute hypoxémie importante. • Visé à éviter une détérioration de l'état clinique de l'usager. • Visé à diminuer le travail respiratoire.
Contre-indication	S. O.
Limites/Référence au médecin	<ul style="list-style-type: none"> • Pour le service des urgences : le médecin de l'urgence reste joignable par téléphone en absence médicale. L'initiation de cette ordonnance collective reste une mesure temporaire. Le médecin de garde doit être rejoint le plus tôt possible dès la mise en application de cette ordonnance collective, et ce, lorsque l'état de l'usager le permet. • Pour l'hébergement et l'UCDG : contacter le médecin traitant le plus tôt possible dès l'application de cette ordonnance collective.
Directives	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer l'oxygène : <ul style="list-style-type: none"> ➢ usager MPOC : viser une saturation de 88 % à 92 %; ➢ usager pédiatrique, adulte sans MPOC : maintenir une saturation supérieure à 94 %. • L'histoire de l'usager doit être questionnée afin d'obtenir : <ul style="list-style-type: none"> ➢ un bref historique du début de la dyspnée et de son évolution; ➢ les antécédents relatifs aux difficultés respiratoires (durée, sévérité, évolution et détérioration des symptômes). • Des signes vitaux complets doivent être pris et font partie de l'évaluation clinique initiale de l'infirmière : <ul style="list-style-type: none"> ➢ la saturation doit être mesurée avant et pendant l'initiation de cette ordonnance; ➢ le rythme respiratoire doit donc être mesuré : <ul style="list-style-type: none"> – si le rythme respiratoire est régulier : surveiller les mouvements du thorax pendant 30 secondes et multiplier le nombre obtenu par deux pour connaître la fréquence durant une minute; – si le rythme respiratoire est irrégulier : évaluer la fréquence respiratoire durant une minute complète.

- La surveillance de l'usager de façon continue est requise et doit être assumée par l'infirmière. Voici les éléments de surveillance à appliquer :
 - la saturation et la fréquence cardiaque en permanence;
 - la fréquence respiratoire.
- **Pour le service des urgences et les points de service** : il est à noter qu'en tout temps, selon l'évaluation de l'infirmière, elle peut décider d'appeler l'ambulance pour transférer l'usager.
- **Pour l'hébergement et l'UCDG** : il est à noter qu'en premier lieu, le médecin traitant ou le médecin de garde doit être rejoint afin d'avoir ces directives. Par contre, si aucun retour d'appel n'est obtenu, l'infirmière selon son évaluation peut décider de transférer l'usager/résident au service des urgences pour une évaluation médicale.

Références aux méthodes de soins de l'AQESSS

- Concernant la mesure des signes vitaux et la surveillance :
 - mesure de la saturation en oxygène ; saturomètre (SpO2);
 - évaluation de la respiration;
 - tableau de référence :

Fréquence respiratoire pédiatrique et adulte normale par minute

GROUPES D'ÂGE	FRÉQUENCE
0 - 1 mois	30 - 60
1 - 12 mois	20 - 40
1 - 3 ans	20 - 30
3 - 6 ans	20 - 25
6 - 12 ans	14 - 22
14 ans	18 - 22
16 ans	16 - 20
18 ans	12 - 20
Adulte	10 - 20

Tiré : MSI : Évaluation de la respiration, 2005-2014, AQESSS

- Concernant l'administration d'oxygène :
 - administration d'oxygène en situation d'urgence;
 - administration d'oxygène par masque;
 - administration d'oxygène par lunette nasale;
 - utilisation d'un cylindre d'oxygène;
 - utilisation d'un concentrateur d'oxygène.

Sources	<p>CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE. <i>Ordonnance collective « Administrer de l'oxygène en situation d'urgence »</i>, juin 2009.</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX - INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE. <i>Ordonnance collective « Détresse respiratoire : administration d'oxygène »</i>, 2012.</p> <p>AQESSS. <i>Méthodes de soins informatisées</i> [en ligne]</p>
----------------	--

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Rédigée par :	
Karine Bertrand, conseillère en soins infirmiers	Date : 2015-01-05
Personnes et instance consultées :	
Annie Dubé, conseillère cadre intérimaire en soins infirmiers	Date : 2015-01-08
Dr Thierry Dambry, directeur des services professionnels intérimaire	Date : 2015-01-08
Catherine Laquerre, ASI au service des urgences	Date : 2015-01-09
Guylaine Bellemare, infirmière clinicienne à l'hébergement	Date : 2015-01-09
Dre Rosalie Bilodeau, urgentologue et chef du service des urgences	Date : 2015-01-09
CECII	Date : 2015-01-19
Validée par :	
<i>Original signé</i>	
<hr/> Jocelyn Milot, inf., M. Sc. Directeur des soins infirmiers et des programmes services	Date : 2015-01-09

PROCESSUS D'APPROBATION

Approuvée par :	
<i>Original signé</i>	
<hr/> Dr Martin Lamy Président du CMDP	Date : 2015-01-27