

**PLAN QUALITÉ CLINIQUE
ÉNONCÉS D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ
INDICATEURS CLINIQUES
PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ (PACQ)**

**Table des directeurs médicaux régionaux
des services préhospitaliers d'urgence du Québec**

Version 2.2

Septembre 2021

Table des matières

DÉFINITION DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE	1
PROTOCOLES DE RÉANIMATION.....	3
RÉA. 1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – ADULTE	4
<i>ÉNONCÉS</i>	4
1 RÉP/RÉA. 1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – ADULTE	5
<i>ÉNONCÉS</i>	5
RÉA. 1 - INDICATEURS.....	6
RÉA. 2 ARRÊT DES MANŒUVRES LORS D'ACR D'ORIGINE MÉDICALE - ADULTE	8
<i>ÉNONCÉS</i>	8
<i>INDICATEURS</i>	9
RÉA. 3 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE.....	10
<i>ÉNONCÉS</i>	10
1 RÉP/REA.3 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE	11
<i>ÉNONCÉS</i>	11
RÉA. 3 - ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE	12
<i>INDICATEURS</i>	12
RÉA. 4 ARRÊT DES MANŒUVRES LORS D'ACR D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE.....	13
<i>ÉNONCÉS</i>	13
<i>INDICATEURS</i>	13
RÉA. 5 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – PÉDIATRIQUE	14
<i>ÉNONCÉS</i>	14
1 RÉP/REA.5 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – PÉDIATRIQUE.....	16
<i>ÉNONCÉS</i>	16
RÉA. 5 - ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – PÉDIATRIQUE	17
<i>INDICATEURS</i>	17
RÉA. 6 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – PÉDIATRIQUE.....	18
<i>ÉNONCÉS</i>	18
1 RÉP/REA.6 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – PÉDIATRIQUE	19
<i>ÉNONCÉS</i>	19
RÉA. 6 - ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – PÉDIATRIQUE.....	20
<i>INDICATEURS</i>	20
RÉA. 8 PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE LORS D'INTERVENTION DE RÉANIMATION EN COURS AVEC DEA	21
<i>ÉNONCÉS</i>	21

PROTOCOLES MÉDICO - LÉGAUX.....	23
MED.-LÉG. 2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE AVEC RÉANIMATION IMPRATICABLE.....	24
<i>ÉNONCÉS</i>	24
1 RÉP/MED.-LÉG. 2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE AVEC RÉANIMATION IMPRATICABLE.....	24
<i>ÉNONCÉS</i>	24
MÉD.-LÉG. 2 - INDICATEURS.....	25
MÉD.-LÉG. 3 DIRECTIVE DE NON-RÉANIMATION	26
<i>ÉNONCÉS</i>	26
MÉD.-LÉG. 3 - INDICATEURS.....	26
MÉD.-LÉG. 4 MORT ÉVIDENTE	27
<i>ÉNONCÉS</i>	27
MÉD.-LÉG. 4 - INDICATEURS.....	27
STATISTIQUES UTSTEIN.....	29
ACR - MODÈLE UTSTEIN MODIFIÉ	30
ACR – DESCRIPTION DU MODÈLE UTSTEIN MODIFIÉ.....	31
COMBITUBE (TECH 6 ET RÉA. 7)	35
TECH. 6 TUBE OROTRACHÉAL À DOUBLE VOIE (COMBITUBE®)	36
<i>ÉNONCÉS</i>	36
<i>INDICATEURS</i>	37
RÉA. 7 INTUBATION AU COMBITUBE® DU PATIENT EN HYPOVENTILATION	39
<i>ÉNONCÉS</i>	39
<i>INDICATEURS</i>	40
PROTOCOLES MÉDICAUX.....	45
MED. 8 & PED.3 - DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE	46
<i>ÉNONCÉS</i>	46
<i>INDICATEURS</i>	47
MED. 10 DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE CARDIAQUE PROBABLE.....	48
<i>ÉNONCÉS</i>	48
<i>INDICATEURS</i>	50
MED. 16 – HYPOGLYCÉMIE	51
<i>ÉNONCÉS</i>	51
<i>INDICATEURS</i>	52
MED. 17 & PED. 5 RÉACTION ALLERGIQUE / ANAPHYLACTIQUE	53
<i>ÉNONCÉS</i>	53
1 RÉP/MED.17& 1RÉP/PED.5 - RÉACTION ALLERGIQUE / ANAPHYLACTIQUE	54
<i>ÉNONCÉS</i>	54
<i>INDICATEURS</i>	55

AUTRES PROTOCOLES.....	57
REFUS DE TRANSPORT	58
<i>ÉNONCÉS</i>	58
<i>INDICATEURS</i>	59
TRAUMA MAJEUR.....	60
<i>ÉNONCÉS</i>	60
TRAUMA MAJEUR.....	61
<i>PREMIERS RÉPONDANTS</i>	61
<i>INDICATEURS</i>	62
PLAN D'AMÉLIORATION CONTINUE.....	65
SUIVI SYSTÉMIQUE	66
SUIVI INDIVIDUEL	68
ABRÉVIATIONS	69

DÉFINITION DE L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION RÉTROSPECTIVE

Échelle	Description
A	La documentation fournie donne une image clinique complète de la condition du patient et justifie les soins que vous avez prodigués en regard des normes et protocoles reconnus.
B	La documentation fournie donne une image clinique acceptable de la condition du patient, mais ne justifie pas complètement les soins que vous avez prodigués ou omis de faire en regard des normes et protocoles reconnus.
C	La documentation fournie donne une image clinique insuffisante de la condition du patient et démontre que les soins que vous avez prodigués au patient ou omis de faire ne répondent pas aux normes et aux protocoles reconnus. Il aurait pu en résulter des dommages significatifs aux patients.
N/É	Non évalué : Action non-conforme, avec impact significatif même si sans préjudice au patient au sens clinique. Énoncé conservé au profil de l'intervenant.
STAT	Information à compiler à titre de statistique. L'énoncé n'est pas retenu au profil clinique de l'intervenant.

PROTOCOLES DE RÉANIMATION

RÉA. 1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – ADULTE**ÉNONCÉS**

Techniciens ambulanciers paramédics

	Énoncés	Échelle	Définitions
Critères d'inclusion et d'exclusion	Conforme ¹	A	
	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion	C	Aucune initiation de protocole RÉA. 1 lorsqu'indiqué : <ul style="list-style-type: none"> • non-reconnaissance de l'ACR ou • application de RÉA. 2 sans RÉA. 1 préalable ou • application erronée de MED.-LEG.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Analyse demandée chez un patient vivant (avec pouls).
	Avis de non-réanimation initié par les TAP	C	TAP questionne/suggère la non-réanimation dans un contexte non approprié AVANT l'ABC.
Séquence d'intervention	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	Aucune manœuvre de RCR entre 2 analyses, pendant l'évacuation, le transport ou d'autres moments requis.
	Aucune analyse demandée	C	Manœuvres RCR sans analyse demandée.
	Analyse non demandée sur rythme défibrillable	C	
	Analyse non demandée sur asystolie ou AESP*	B	*AESP : Activité électrique sans pouls.
	Choc non donné lorsque requis	C	Analyse demandée, choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Délai > 120 s dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR.
	Mouvement(s) ou contact(s) pendant l'analyse	C	
	Inversion de la séquence Combitube® et analyse en présence d'un rythme défibrillable	C	
	Inversion de la séquence Combitube® et analyse en présence d'asystolie ou AESP	B	
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du TAP - Problème opérationnel
	Si intervention désorganisée (sans énoncé « B » ou « C »)	A	Demander mesure ou maintien des compétences au besoin.
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	- Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	- Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible	C	- Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans RÉA. 1.

¹ Inclut les éléments suivants à améliorer : Une prise de pouls lorsque non requis; Prise de pouls oubliée; Erreur dans le nombre de cycles de réanimation; Absence de compression pendant l'insertion du tube.

1 RÉP/RÉA. 1 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – ADULTE**ÉNONCÉS**

Premiers répondants – premiers intervenants (si évalué)

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme ²	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion	C	Aucune initiation du protocole 1 RÉP/REA.1 lorsqu'indiqué : non reconnaissance de l'ACR ou application erronée d'un protocole MED.-LEG.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Analyse demandée/électrodes appliquées chez un patient vivant.
Séquence d'intervention	Ouverture tardive du DEA	B	Non-ouverture du DEA à la vue du patient.
	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	Aucune manœuvre de RCR entre 2 analyses ou autres moments requis.
	Aucune analyse demandée/électrodes appliquées	C	Manœuvres RCR sans analyse demandée/électrodes appliquées.
	Chocs non donnés lorsque requis	C	Analyse demandée/électrodes appliquées choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Délai > 120 s injustifié dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR.
	Mouvements ou contact pendant l'analyse ou la charge	C	
	Si intervention désorganisée (sans énoncé « B » ou « C »)	A	Demander mesure ou maintien des compétences au besoin.
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- <i>Responsabilité du PR/PI</i> - <i>Problème opérationnel</i>
Documentation	Enregistrement DEA non disponible	STAT	<i>Justifié</i>
	Enregistrement DEA non disponible	B	<i>Aucune documentation de la difficulté de transmission.</i>
	Enregistrement DEA non disponible	C	<i>Caractère intentionnel démontré.</i>
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans 1 RÉP/REA.0 ou selon entente(s) régionale(s).

² Inclut les éléments suivants à améliorer : Une prise de pouls lorsque non requis; Prise de pouls oubliée; Erreur dans le nombre de cycles de réanimation; Absence de compression pendant l'insertion du tube.

RÉA. 1 - INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole RÉA. 1 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des ACR Réa 1 si ACR à l'arrivée des TAP (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultats par distribution	100% des ACR RÉA 1 Ne pas retenir si champ « témoin vu ou entendu » coché pour TAP. Lors de la présentation des résultats, mettre en évidence les statistiques liées au TR de 8 min 59 sec et le TR du 80%.
2	Lors d'ACR devant technicien ambulancier paramédic, intervalle ACR-1 ^{ère} analyse	Définition : différence entre l'heure de la première analyse et l'heure de l'affaïssement.	Résultat	
2a	Lors d'ACR à l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics, intervalle chevet-1 ^{ère} analyse	Définition : différence entre l'heure de la première analyse et l'heure d'arrivée au chevet du patient.	Résultat	
3	Pourcentage de retour à la circulation spontanée	Pourcentage : nombre de patients ayant un retour de pouls d'une durée minimale de 30 secondes avant l'arrivée au CH divisé par le nombre de patients qui ont subi un arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine cardiaque devant témoin avec un rythme initial défibrillable (FV/TV).	Résultat	Le pouls doit être présent pour 30 secondes consécutives.
4	Pourcentage de patients sortis vivants du CH – ACR témoigné, Rythme initial FV/TV	Pourcentage : nombre de patients ayant reçu un congé du CH parmi les patients qui ont subi un arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine cardiaque devant témoin avec un rythme initial défibrillable (FV/TV).	Résultat	
4a	Pourcentage de patients sortis vivants du CH – ACR non témoigné, Rythme initial FV/TV	Pourcentage : nombre de patients ayant reçu un congé du CH divisé par le nombre de patients qui ont subi un arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine cardiaque non témoigné avec un rythme initial défibrillable (FV/TV).	Résultat	
4b	Pourcentage de patients sortis vivants du CH – ACR témoigné, Rythme initial Asystolie	Pourcentage : nombre de patients ayant reçu un congé du CH divisé par le nombre de patients qui ont subi un arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine cardiaque devant témoin avec un rythme initial asystolie.	Résultat	

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
4c	Pourcentage de patients sortis vivants du CH – ACR non témoigné, Rythme initial Asystolie	Pourcentage : nombre de patients ayant reçu un congé du CH divisé par le nombre de patients qui ont subi un arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine cardiaque non témoigné avec un rythme initial asystolie.		
4d	Pourcentage de patients sortis vivants du CH – ACR témoigné, Rythme initial AESP	Pourcentage : nombre de patients ayant reçu un congé du CH divisé par le nombre de patients qui ont subi un arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine cardiaque devant témoin avec un rythme initial AESP.		
4e	Pourcentage de patients sortis vivants du CH – ACR non témoigné, Rythme initial AESP	Pourcentage : nombre de patients ayant reçu un congé du CH divisé par le nombre de patients qui ont subi un arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine cardiaque non témoigné avec un rythme initial AESP.		
5	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des techniciens ambulanciers paramédics	Pourcentage : nombre d'interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées A ou B par rapport au nombre total d'interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées.	90%	
6	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des premiers répondants	Pourcentage : nombre d'interventions des premiers répondants évaluées A ou B par rapport au nombre total d'interventions des premiers répondants évaluées.	90%	
7	Nombre mensuel de protocoles RÉA. 1 appliqués	Nombre de protocoles appliqués par mois.	Résultat	
8	Nombre annuel de protocoles RÉA. 1 appliqués	Nombre de protocoles appliqués par année.	Résultat	
9	Exposition aux protocoles RÉA. 1 appliqués	Moyenne de protocoles RÉA. 1 appliqués par TAP 1.	Résultat	Nombre total d'intervention RÉA. 1 / nombre de paramédics actifs total dans la région (selon la région d'appartenance).
10 (ajouté)	Pourcentage d'intervention où la proportion de RCR au cours de l'intervention est supérieure aux normes suggérées	Nombre d'intervention dont la proportion de RCR au cours de l'intervention est supérieure à 50% du temps divisé par le nombre d'intervention de RÉA.1. Note : refaire pour les valeurs de 60, 70 et 80%	Résultat	

RÉA. 2 ARRÊT DES MANŒUVRES LORS D'ACR D'ORIGINE MÉDICALE - ADULTE**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

Énoncés		Échelle	Définitions
	Conforme ³	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion sans exclusion	B	Manœuvres poursuivies sans justification lorsque maintenues en présence de critères d'inclusion et absence de critère d'exclusion.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	<ul style="list-style-type: none"> • Manœuvres cessées lorsque choc donné lors d'une des trois analyses initiales ou en l'absence d'asystolie après la troisième analyse • Manœuvres cessées après 30 minutes lorsque choc donné dans les 10 dernières minutes ou absence d'asystolie.
	Protocole appliqué en présence de critères d'exclusion	C	<ul style="list-style-type: none"> • Manœuvres cessées lorsque présence de critères d'exclusion. (Critères d'exclusion énumérés dans RÉA. 2) • Manœuvres cessées après 30 minutes lorsque présence d'hypothermie ou sans accord médical pour les autres exclusions.
Séquence d'intervention	Minute de monitoring non fait	C	Minute d'asystolie non documentée (enregistrement, tracé ou RIP) .
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	<ul style="list-style-type: none"> - Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Absence de documentation de la présence de critères d'inclusion et de l'absence de critère d'exclusion.

³ Inclut les éléments suivants à améliorer : Une prise de pouls lorsque non requis; Prise de pouls oubliée; Erreur dans le nombre de cycles de réanimation; Absence de compression pendant l'insertion du tube.

INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole RÉA. 2 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage : nombre d'interventions évaluées A ou B par rapport au nombre total d'interventions évaluées.	95%	
2	Pourcentage d'arrêts de manœuvres d'origine médicale	Pourcentage : nombre de protocoles RÉA. 2 appliqués sur le nombre de RÉA. 1 appliqués.	Résultat	Chaque protocole d'arrêt de manœuvres est classifié comme un protocole RÉA 1. et un RÉA. 2.

RÉA. 3 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme ⁴	A	
Critères d'inclusion et d'exclusions	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Protocole utilisé pour une situation autre que IHV ou traumatisme pénétrant ou exsanguination
	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion sans exclusion	C	Aucune initiation du protocole RÉA. 3 lorsqu'indiqué : non-reconnaissance de l'ACR, application de RÉA. 4 sans RÉA. 3 préalable ou application erronée d'un protocole MED.-LEG.
	Avis de non-réanimation initié par les TAP	C	TAP questionne/suggère la non-réanimation dans un contexte non approprié AVANT l'ABC.
Séquence d'intervention	Transfert vers RÉA. 1 non fait lorsque choc recommandé	C	Ne procède pas à RÉA. 1 compte tenu du rythme défibrillable.
	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	Aucune manœuvre de RCR lorsque requis.
	Analyse initiale non demandée si rythme défibrillable	C	
	Analyse initiale non demandée si activité électrique sans pouls (AESP) ou asystolie	B	
	Chocs non donnés lorsque requis	C	Analyse demandée, choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Délai > 120 s injustifié dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR, n'incluant pas le délai de début de l'application du protocole par nonaccès au patient ou multiples victimes.
	Mouvements ou contact pendant l'analyse	C	
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du TAP - Problème opérationnel
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	- Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission.
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans RÉA. 1.

⁴ Inclut les éléments suivants à améliorer : Une prise de pouls lorsque non requis; Prise de pouls oubliée; Erreur dans le nombre de cycles de réanimation; Absence de compression pendant l'insertion du tube.

1 RÉP/REA.3 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE

ÉNONCÉS

Premiers répondants

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion sans critère d'exclusion	C	Aucune initiation de protocole 1 RÉP/REA.3 lorsqu'indiqué, non-reconnaissance de l'ACR ou application erronée d'un protocole 1 RÉP/MED-LEG.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Protocole utilisé pour une situation autre que IHV ou traumatisme pénétrant.
Séquence d'intervention	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	Aucune manœuvre de RCR lorsque requis.
	Analyse non demandée/électrodes non appliquées	C	
	Mouvements ou contact pendant l'analyse ou la charge	C	
	Chocs non donnés lorsque requis	C	Analyse demandée/électrodes appliquées, choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Continue 1 RÉP/REA.3 en présence d'un rythme défibrillable	C	Ne procède pas à 1 RÉP/REA.1 compte tenu du rythme défibrillable (N/A avec DEA avec autoanalyse).
	Délai > 120 s injustifié dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR ou retard dans l'application de la RCR sans raison valable (ex. : incarcération, accès difficile).
	Si intervention désorganisée (sans énoncé « B » ou « C »)	A	Demander mesure ou maintien des compétences au besoin.
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du PR/PI - Problème opérationnel
Documentation	Enregistrement DEA non disponible	STAT	- Justifié
	Enregistrement DEA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement DEA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans 1 RÉP/REA.1.

RÉA. 3 - ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE**INDICATEURS**

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole RÉA. 3 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des interventions RÉA. 3 identifiées (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultats par distribution	100% des ACR RÉA 3 Ne pas retenir si champ « témoin vu ou entendu » coché pour TAP. Lors de la présentation des résultats, mettre en évidence les statistiques liées au TR de 8 min 59 sec et le TR du 80%.
2	Pourcentage de retour à la circulation spontanée	Pourcentage : nombre de patients traumatisés en ACR avec retour de pouls sur le nombre de patients traumatisés en ACR.	Résultat	Le pouls doit être présent pour 30 secondes consécutives.
3	Pourcentage de patients sortis vivants du CH	Pourcentage : nombre de patients traumatisés en ACR ayant un congé du CH divisé par le nombre de patients traumatisés qui ont subi un ACR.	Résultat	
4	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des techniciens ambulanciers paramédics	Pourcentage des interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées A ou B par rapport aux interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées.	90%	
5	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des premiers répondants	Pourcentage des interventions des premiers répondants évaluées A ou B par rapport aux interventions des premiers répondants évaluées.	90%	
9	Nombre mensuel de protocoles RÉA. 3	Nombre de protocoles appliqués par mois.	Résultat	
10	Nombre annuel de protocoles RÉA. 3	Nombre de protocoles appliqués par année.	Résultat	
11	Exposition aux protocoles RÉA. 3	Moyenne de protocoles RÉA. 3 appliqués par technicien ambulancier paramédic 1.	Résultat	Nombre de total d'interventions RÉA. 3 divisé par nombre total de TAP actifs (selon la région d'appartenance).

RÉA. 4 ARRÊT DES MANŒUVRES LORS D'ACR D'ORIGINE TRAUMATIQUE – ADULTE**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

Énoncés		Échelle	Définitions
	Conforme ⁵	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion sans exclusion	B	Manœuvres poursuivies sans justification lorsque maintenues en présence de critères d'inclusion et absence de critère d'exclusion.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Manœuvres cessées lorsque choc donné lors de l'analyse initiale ou en l'absence d'asystolie.
	Protocole appliqué en présence de critères d'exclusion	C	Manœuvres cessées lorsqu'en présence de critères d'exclusion.
Séquence d'intervention	Minute de monitoring non fait	C	Minute d'asystolie non documentée (enregistrement, tracé ou RIP).
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	S'applique seulement si cette partie de l'intervention est manquante - Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète ⁶	B	Absence de documentation de la présence des critères d'inclusion et l'absence des critères d'exclusion.

INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole RÉA. 4 a été appliqué

#	Indicateur	Définition	Cible
1	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%
2	Pourcentage d'arrêt de manœuvres d'origine traumatique	Pourcentage du nombre de protocoles RÉA. 4 appliqués sur le nombre de RÉA. 3 appliqués.	Résultat

⁵ Inclut les éléments suivants à améliorer : Une prise de pouls lorsque non requis; Prise de pouls oubliée; Erreur dans le nombre de cycles de réanimation; Absence de compression pendant l'insertion du tube.

⁶ Si enregistrement MDSA documente l'information manquante sur le RIP, considérer conforme.

RÉA. 5 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – PÉDIATRIQUE**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

Énoncés		Échelle	Définitions
	Conforme ⁷	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion	C	Aucune initiation du protocole RÉA. 5 lorsqu'indiqué : • non-reconnaissance de l'ACR ou non-initiation de la RCR en présence d'inconscience « U » et de pouls < 60.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Analyse demandée chez un patient vivant et avec pouls > 60.
	Avis de non-réanimation initié par les TAP	C	TAP questionne/suggère la non-réanimation dans un contexte non approprié AVANT l'ABC.
Séquence d'intervention	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	• Absence de deux minutes de RCR avant la première analyse. • Aucune manœuvre de RCR entre 2 analyses, pendant l'évacuation, le transport ou d'autres moments requis.
	Aucune analyse demandée	C	Manœuvres RCR sans analyse demandée.
	Analyse non demandée sur rythme défibrillable	C	
	Analyse non demandée sur asystolie ou AESP*	B	*AESP : Activité électrique sans pouls.
	Électrodes de défibrillation non appliquées en présence de pouls < 60 et état de conscience « U »	B	
	Chocs non donnés lorsque requis	C	Analyse demandée, choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Délai > 120 s injustifié dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR.
	Mouvements ou contact pendant l'analyse	C	
	Inversion de la séquence Combitube® et analyse en présence d'un rythme défibrillable	C	
	Inversion de la séquence Combitube® et analyse en présence d'asystolie ou AESP	B	
	Si intervention désorganisée (sans énoncé « B » ou « C »)	A	Demander mesure ou maintien des compétences au besoin.
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du TAP - Problème opérationnel

⁷ Inclut les éléments suivants à améliorer : Une prise de pouls lorsque non requis; Prise de pouls oubliée; Erreur dans le nombre de cycles de réanimation; Absence de compression pendant l'insertion du tube.

Énoncés		Échelle	Définitions
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	- Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans RÉA. 5.

1 RÉP/REA.5 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – PÉDIATRIQUE**ÉNONCÉS**

Premiers répondants

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion	C	Aucune initiation de protocole 1 RÉP/REA.1 lorsqu'indiqué : non-reconnaissance de l'ACR.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Analyse demandée/électrodes appliquées chez un patient vivant.
Séquence d'intervention	Ouverture tardive du DEA	B	Non-ouverture du DEA à la vue du patient.
	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	Aucune manœuvre de RCR entre 2 analyses, ou autres moments requis.
	Aucune analyse demandée/électrodes appliquées	C	Manœuvres RCR sans analyse demandée/électrodes appliquées.
	Choc non donné lorsque requis	C	Analyse demandée/électrodes appliquées, choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Délai > 120 sec. dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR.
	Mouvement(s) ou contact(s) pendant l'analyse ou la charge	C	
	Si intervention désorganisée (sans énoncé « B » ou « C »)	A	Demander mesure ou maintien des compétences au besoin.
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du PR/PI - Problème opérationnel
Documentation	Enregistrement DEA non disponible	STAT	Justifié
	Enregistrement DEA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement DEA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans 1 RÉP/REA.0.

RÉA. 5 - ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE MÉDICALE – PÉDIATRIQUE**INDICATEURS**

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole RÉA. 5 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des interventions RÉA. 5 identifiées (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultats par distribution	100% des ACR RÉA 5 Ne pas retenir si champ « témoin vu ou entendu » coché pour TAP. Lors de la présentation des résultats, mettre en évidence les statistiques liées au TR de 8 min 59 sec et le TR du 80%.
2	Pourcentage de retour à la circulation spontanée	Pourcentage : nombre de patients ayant un retour de pouls divisé par le nombre total de RÉA. 5.	Résultat	Le pouls doit être présent pour 30 secondes consécutives.
3	Pourcentage de patients sortis vivants du CH	Pourcentage : nombre de patients ayant eu un congé du CH divisé par le nombre total de RÉA.5.	Résultat	
4	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des techniciens ambulanciers paramédics	Pourcentage des interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées. A ou B par rapport aux interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées.	90%	
6	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des premiers répondants	Pourcentage des interventions des premiers répondants évaluées A ou B par rapport aux interventions des premiers répondants évaluées.	90%	
9	Nombre mensuel de protocoles RÉA. 5	Nombre de protocoles appliqués par mois.	Résultat	
10	Nombre annuel de protocoles RÉA. 5	Nombre de protocoles appliqués par année.	Résultat	
11	Exposition aux protocoles RÉA. 5	Moyenne de protocoles RÉA. 5 appliqués par technicien ambulancier paramédic 1.	Résultat	Nombre de total d'interventions RÉA. 4 divisé par nombre total de TAP actifs (selon la région d'appartenance).
12 (ajouté)	Pourcentage d'intervention où la proportion de RCR au cours de l'intervention est supérieure aux normes suggérées	Nombre d'intervention dont la proportion de RCR au cours de l'intervention est supérieure à 50% du temps divisé par le nombre d'intervention de RÉA.1. Note : refaire pour les valeurs de 60, 70 et 80%	Résultat	

RÉA. 6 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – PÉDIATRIQUE**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme ⁸	A	
Critères d'inclusion et d'exclusions	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Protocole utilisé pour une situation autre que IHV ou traumatisme pénétrant ou exsanguination.
	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion	C	Aucune initiation du protocole RÉA. 6 lorsqu'indiqué : non-reconnaissance de l'ACR, application erronée d'un protocole MED.-LEG.
	Avis de non-réanimation initié par les TAP	C	TAP questionne/suggère la non-réanimation dans un contexte non approprié AVANT l'ABC.
Séquence d'intervention	Transfert vers RÉA. 5 non fait lorsque choc recommandé	C	Ne procède pas à RÉA. 5 compte tenu du rythme défibrillable.
	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	Aucune manœuvre de RCR lorsque requis.
	Analyse initiale non demandée si rythme défibrillable	C	
	Analyse initiale non demandée si activité électrique sans pouls (AESP) ou asystolie	B	
	Chocs non donnés lorsque requis	C	Analyse demandée, choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Délai > 120 s injustifié dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR, n'incluant pas le délai de début de l'application du protocole par nonaccès au patient ou multiples victimes.
	<i>Mouvements ou contact pendant l'analyse</i>	C	
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du TAP - Problème opérationnel
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	- Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission.
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans RÉA. 6.

⁸ Inclut les éléments suivants à améliorer : Une prise de pouls lorsque non requis; Prise de pouls oubliée; Erreur dans le nombre de cycles de réanimation; Absence de compression pendant l'insertion du tube.

1 RÉP/REA.6 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – PÉDIATRIQUE**ÉNONCÉS**

Premiers répondants

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion	C	Aucune initiation de protocole 1 RÉP/REA.6 lorsqu'indiqué : non-reconnaissance de l'ACR ou application erronée d'un protocole 1 RÉP/MED-LEG.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Protocole utilisé pour une situation autre que IHV ou traumatisme pénétrant.
Séquence d'intervention	Absence de manœuvre de réanimation (RCR) de base aux moments prévus dans le protocole	C	Aucune manœuvre de RCR lorsque requis.
	Analyse non demandée/électrodes non appliquées	C	
	Mouvements ou contact pendant l'analyse ou la charge	C	
	Chocs non donnés lorsque requis	C	Analyse demandée/électrodes appliquées, choc recommandé et non donné.
	Contact pendant le choc	N/É	Choc donné lorsqu'autre personne touchait au patient.
	Continue 1 RÉP/REA.5 en présence d'un rythme défibrillable	C	Ne procède pas à 1 RÉP/REA.5 compte tenu du rythme défibrillable (N/A avec DEA avec autoanalyse).
	Délai > 120 s injustifié dans l'application du protocole	C	Reconnaissance tardive de l'ACR ou retard dans l'application de la RCR sans raison valable (ex. : incarcération, accès difficile).
	Si intervention désorganisée (sans énoncé « B » ou « C »)	A	Demander mesure ou maintien des compétences au besoin.
	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du PR/PI - Problème opérationnel
Documentation	Enregistrement DEA non disponible	STAT	Justifié
	Enregistrement DEA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission.
	Enregistrement DEA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Réfère aux « renseignements requis » dans 1 RÉP/REA.1.

RÉA. 6 - ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (ACR) D'ORIGINE TRAUMATIQUE – PÉDIATRIQUE**INDICATEURS**

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole RÉA. 6 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des interventions RÉA. 6 identifiées (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultats selon distribution	
2	Pourcentage de retour à la circulation spontanée	Pourcentage : nombre de patients pédiatriques traumatisés en ACR avec retour de pouls sur le nombre de patients traumatisés en ACR.	Résultat	Le pouls doit être présent pour 30 secondes consécutives.
3	Pourcentage de patients sortis vivants du CH	Pourcentage : nombre de patients pédiatriques traumatisés en ACR ayant reçu un congé du CH sur le nombre de patients pédiatriques traumatisés en ACR.	Résultat	
4	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des techniciens ambulanciers paramédics	Pourcentage des interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées A ou B par rapport aux interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées.	90%	
8	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des premiers répondants	Pourcentage des interventions des premiers répondants évaluées A ou B par rapport aux interventions des premiers répondants évaluées.	90%	
9	Nombre mensuel de protocoles RÉA. 6	Nombre de protocoles appliqués par mois.	Résultat	
10	Nombre annuel de protocoles RÉA. 6	Nombre de protocoles appliqués par année.	Résultat	
11	Exposition aux protocoles RÉA. 6	Moyenne de protocoles RÉA. 6 appliqués par technicien ambulancier paramédic 1	Résultats	Nombre de total d'interventions RÉA. 6 divisé par nombre total de TAP actifs (selon la région d'appartenance).

- **Pourcentage de tous les ACR dont le code clinique MPDS est le 9 – Arrêt cardio-respiratoire :**
- Nombre d'ACR (RÉA. 1, 3, 5 et 6) dont le code clinique MPDS est le 9 divisé par le nombre total d'ACR (RÉA. 1, 3, 5 et 6)
- **Nombre et pourcentage d'ACR par code clinique MPDS**

RÉA. 8 PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE LORS D'INTERVENTION DE RÉANIMATION EN COURS AVEC DEA

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Séquence d'intervention	Période d'arrêt des manœuvres de réanimation incluant les analyses lors du transfert de soins des PR aux TAP	C	
	Si intervention désorganisée (sans énoncé « B » ou « C »)	A	Demander mesure ou maintien des compétences au besoin.
	Priorise la pose des électrodes au lieu de l'intubation	B	Si l'intubation est retardée par la procédure de transfert des électrodes (N/A si la pose des électrodes et la préparation du Combitube® sont faites de façon simultanée).

PROTOCOLES MÉDICO - LÉGAUX

MED.-LEG. 2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE AVEC RÉANIMATION IMPRATICABLE

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

Énoncés		Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Protocole appliqué en l'absence de rigidité.
Séquence d'intervention	Minute de monitoring non fait	C	Minute d'asystolie non documentée (enregistrement, tracé ou RIP).
Documentation			
	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	<ul style="list-style-type: none"> - Justifié: problème informatique - Justifié: non-disponibilité de carte - Justifié: carte défectueuse - Justifié: patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Contexte, description de la rigidité et de l'absence du pouls et de la respiration.

1 RÉP/MED.-LEG. 2 ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE AVEC RÉANIMATION IMPRATICABLE

ÉNONCÉS

Premiers répondants

Énoncés		Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole appliqué en absence de critère d'inclusion	C	Protocole appliqué en l'absence de rigidité.
Séquence d'intervention	Analyse non demandée	C	Réponse d'aucun choc recommandé nécessaire.
Documentation	Enregistrement DEA non disponible	STAT	Justifié
	Enregistrement DEA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission.
	Enregistrement DEA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Contexte, description de la rigidité et de l'absence du pouls et de la respiration.

MÉD.-LÉG. 2 - INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole MED-LEG. 2 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible
1	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%

MÉD.-LÉG. 3 DIRECTIVE DE NON-RÉANIMATION

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

Énoncés		Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	Protocole appliqué sans ordonnance de non-réanimation ou sans refus de réanimation (équivalent à RÉA. 1 « Protocole non-appliqué en présence de critères d'inclusion »).
	Protocole appliqué en présence de critères d'exclusion	C	Suicide ou homicide.
	Protocole non appliqué en présence de critère d'inclusion et sans présence de critère d'exclusion	C	TAP n'accepte pas le refus de façon non justifiée
	Avis de non-réanimation initié par les TAP	C	TAP questionne/suggère la non-réanimation dans un contexte non approprié AVANT l'ABC.
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	<ul style="list-style-type: none"> - Justifié: problème informatique - Justifié: non-disponibilité de carte - Justifié: carte défectueuse - Justifié: patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Absence d'identification du représentant qui demande la non-réanimation et absence de la signature du refus ou absence de la prescription de non-réanimation.

MÉD.-LÉG. 3 - INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole MED-LEG. 3 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible
1	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%
2	Taux de refus avec prescription écrite	Nombre d'interventions avec prescription de non-réanimation divisé par le nombre total de MED.-LEG. 3.	Résultats

MÉD.-LÉG. 4 MORT ÉVIDENTE

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

Énoncés		Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion	B	Applique RÉA. 1, 3, 5 ou 6 quand ne devrait pas intervenir.
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion/réanimation impraticable (mutuellement exclusif de l'énoncé suivant)	C B	Applique MED-LEG 4 quand la réanimation est indiquée ou qu'il s'agit d'une situation de réanimation impraticable : - Réanimation indiquée (C) - Réanimation impraticable (B)
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion (<i>mutuellement exclusif de l'énoncé précédent</i>)	C	Équivalent à RÉA. 1, 3, 5 ou 6, protocole non appliqué en présence de critères d'inclusion.
Séquence d'intervention	Transport effectué sans justification	N/É	
Documentation	Documentation écrite incomplète	B	Absence d'identification du critère de mort évidente.

MÉD.-LÉG. 4 - INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole MED-LEG. 4 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible
1	Nombre d'interventions sans transport	Pourcentage des interventions sans transport sur le nombre de mort évidente.	95%
2	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%

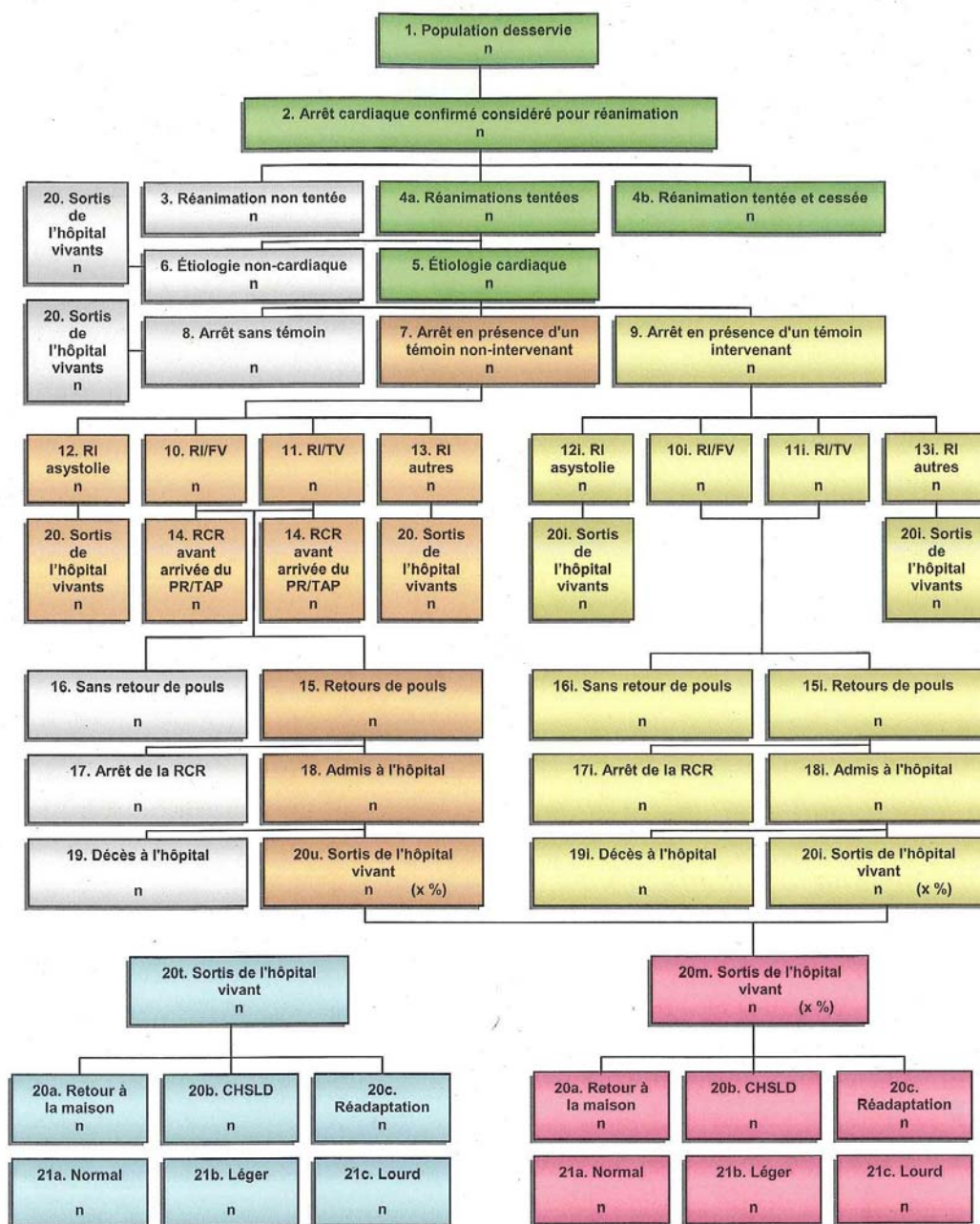
STATISTIQUES UTSTEIN

ACR - MODÈLE UTSTEIN MODIFIÉ

Santé
et Services sociaux
Québec

Rapport statistique : Utstein modifié

Date à date



ACR – DESCRIPTION DU MODÈLE UTSTEIN MODIFIÉ

#	Case	Description
1	Population desservie	
2	Arrêt cardiaque confirmé considéré pour réanimation	Nombre de patients en ACR.
3	Réanimation non tentée	Nombre de patients en ACR sans tentative de réanimation.
4	Réanimation tentée	Nombre de patients en ACR dont un des protocoles de réanimation a été débuté (au moins une boîte).
5	Étiologie cardiaque	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque (étiologie cardiaque ou de nature indéterminée).
6	Étiologie non cardiaque	Nombre de patients en ACR d'origine non cardiaque.
7	Arrêt en présence d'un témoin non-intervenant	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin non-intervenant (vu ou entendu, même au téléphone).
8	Arrêt sans témoin	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque sans témoin.
9	Arrêt en présence d'un témoin intervenant	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin intervenant (TAP, premiers répondants, etc.).
10	Rythme initial (RI) FV	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin non-intervenant avec un rythme initial FV.
10i	Rythme initial (RI) FV	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin intervenant avec un rythme initial FV.
11	Rythme initial (RI) TV	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin non-intervenant avec un rythme initial TV.
11i	Rythme initial (RI) TV	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin intervenant avec un rythme initial TV.
12	Rythme initial (RI) asystolie	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin non-intervenant avec un rythme initial asystolie.
12i	Rythme initial (RI) asystolie	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin intervenant avec un rythme initial asystolie.
13	Rythme initial (RI) autres	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin non-intervenant avec un rythme initial autre que FV, TV ou asystolie.
13i	Rythme initial (RI) autres	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant un témoin intervenant avec un rythme initial autre que FV, TV ou asystolie.
14	RCR avant l'arrivée des SPU	Nombre de patients en ACR ayant reçu la RCR avant l'arrivée des SPU.
15	Tous les retours de pouls	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin non-intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et retour de pouls quelles que soient sa durée et sa présence à l'arrivée au CH.
15i	Tous les retours de pouls	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et retour de pouls quelles que soient sa durée et sa présence à l'arrivée au CH.
16	Sans retour de pouls	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin non-intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et sans retour de pouls.
16i	Sans retour de pouls	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et sans retour de pouls.

#	Case	Description
17	Arrêt de la RCR	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin non-intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et retour de pouls, non admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage.
17i	Arrêt de la RCR	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et retour de pouls, non admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage.
18	Admis à l'hôpital	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin non-intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et retour de pouls, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage.
18i	Admis à l'hôpital	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV) et retour de pouls, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage.
19	Décès à l'hôpital	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin non-intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV), un retour de pouls, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage mais décédé.
19i	Décès à l'hôpital	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV), un retour de pouls, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage mais décédé.
20	Sortis de l'hôpital vivants	Nombre de patients en ACR toute étiologie confondue sauf arrêts en présence d'un témoin intervenant, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage et ayant reçu leur congé du CH.
20u	Sortis de l'hôpital vivants	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin non-intervenant avec un rythme initial défibrillable (FV/TV), avec un retour de pouls, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage et ayant reçu leur congé du CH.
20i	Sortis de l'hôpital vivants	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin intervenant catégorisé par rythme initial (FV/TV), avec un retour de pouls, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage et ayant reçu leur congé du CH.
20m	Sortis de l'hôpital vivants	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin (intervenant ou non) catégorisé par rythme initial (FV/TV), avec un retour de pouls, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage et ayant reçu leur congé du CH.
20t	Sortis de l'hôpital vivants	Nombre de patients en ACR d'origine cardiaque devant témoin (intervenant ou non) toute étiologie et tout rythme initial confondus, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage et ayant reçu leur congé du CH.
20a	Retour à la maison	Nombre de patients en ACR toute étiologie confondue, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage, ayant reçu leur congé du CH et retourner à la maison.
20b	CHSLD	Nombre de patients en ACR toute étiologie confondue, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage, ayant reçu leur congé du CH et retourner en CHSLD.
20a	Centre de réadaptation	Nombre de patients en ACR toute étiologie confondue, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage, ayant reçu leur congé du CH et retourner dans un centre de réadaptation.
21a	Normal	Nombre de patients en ACR toute étiologie confondue, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage, ayant reçu leur congé du CH et présentant un état neurologique normal.
21b	Léger	Nombre de patients en ACR toute étiologie confondue, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage, ayant reçu leur congé du CH et présentant un déficit neurologique léger.

#	Case	Description
21c	Lourd	Nombre de patients en ACR toute étiologie confondue, admis à l'unité des soins intensifs ou à l'étage, ayant reçu leur congé du CH et présentant un déficit neurologique lourd.

COMBITUBE (TECH 6 ET RÉA. 7)

TECH. 6 TUBE OROTRACHÉAL À DOUBLE VOIE (COMBITUBE®)**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Technique non appliquée lorsqu'indiquée* *Énoncé applicable seulement si intervention sans arrêt de manœuvres	C	- Présence de critères d'inclusion non reconnus - Absence de critère d'exclusion non reconnu
	Technique appliquée en présence de critères d'exclusion	C	
Séquence d'intervention	Technique non appliquée en raison de l'équipement manquant	STAT	- Responsabilité du TAP - Problème opérationnel
	Délai injustifié dans l'application du protocole d'intubation > 60 s	C	Fin de la dernière ventilation avant l'insertion jusqu'à la première ventilation d'auscultation.
	Ventilation dans le mauvais conduit (Combitube®)	C	- Mauvaise interprétation du VPO - Changement de tube accidentel non reconnu - Mauvaise décision suite à l'auscultation - Test de VPO effectué sur le mauvais conduit
	Gestion des voies aériennes non adéquate si Combitube® non utilisé ou contre-indiqué	C	Exemples : - Ventilation inadéquate d'un patient avec trachéostomie - Délai de succion prolongé - Non-reconnaissance de l'obstruction - Etc.
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	Sera compilé dans les statistiques des cas d'ACR
	Enregistrement MDSA non disponible	B ou C	Seront compilés dans les statistiques des cas d'ACR
	Documentation écrite incomplète	B	Résultat du VPO, résultat de l'auscultation, tube de ventilation choisi, grandeur de Combitube® utilisé et grandeur du patient.

TECH. 6 - TUBE OROTRACHÉAL À DOUBLE VOIE (COMBITUBE®)**INDICATEURS**

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole TECH. 6 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
	Nombre d'interventions où la technique aurait dû être tentée	Nombre d'insertions tentées additionné au nombre de Combitube non tenté lorsqu'indiqué.	Résultats	
	Nombre d'interventions où la technique a été tentée		Résultats	
	Nombre d'interventions où l'insertion a été réussie		Résultats	Insertions réussies = le tube est installé et les ballonnets gonflés.
	Nombres d'intervention où l'intubation a été réussie		Résultats	Intubation réussie = la ventilation est confirmée adéquate.
1	Taux de tentative d'intubation	Pourcentage : nombre d'interventions où la technique a été tenté divisé par le nombre d'interventions où la technique aurait dû être tentée.	100%	Définition de nombre d'interventions où la technique aurait d'être tentée = nombre d'insertions tentées additionné au nombre de «Combitube» non tenté lorsqu'indiqué.
2	Taux d'insertions réussies	Pourcentage : nombre d'interventions où l'insertion a été réussie divisé par le nombre d'interventions où la technique a été tentée.	95%	Insertions réussies = le tube est installé et les ballonnets gonflés.
3	Taux d'intubations réussies	Pourcentage : nombre d'intubations réussies divisées le nombre d'intubations tentées (techniques appliquées).	90%	Intubation réussie = la ventilation est confirmée adéquate par le paramédic = le paramédic a ventilé le patient avec Combitube.
4	Taux d'efficacité de la ventilation	Pourcentage : nombre d'intubations où le médecin à l'urgence a confirmé que la ventilation est adéquate divisé par le nombre d'intubations réussies.	100 %	La ventilation est confirmée adéquate par médecin à l'urgence.
5	Pourcentage de vérifications du VPO	Pourcentage de vérifications du VPO effectuées sur le nombre d'insertions réussies.	100%	
6	Pourcentage de vérification de la ventilation par auscultation	Pourcentage : nombre de vérifications par auscultation divisé par le nombre d'insertions réussies.	100%	
7	Nombre moyen d'expositions par TAP	Nombre moyen d'intubations tentées par TAP.	Résultat	
8	Nombre moyen d'intubations réussies par technicien ambulancier paramédic	Nombre moyen d'intubations réussies par TAP.	Résultat	
9a	Taux d'intubation réussie à la tentative #1	Pourcentage : nombre d'intubation réussie à la tentative #1 divisé par le nombre d'intubations	Résultat an 1	

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
		réussies.		
9b	Taux d'intubation réussie à la tentative # 1 et 2	Pourcentage : nombre d'intubations réussies à la tentative #1 et 2 divisé par le nombre d'intubations réussies.	Résultat an 1	
9c	Taux d'intubation réussie à la tentative #1, 2 et 3	Pourcentage : nombre d'intubations réussies à la tentative #1, 2 et 3 divisé par le nombre d'intubations réussies.	Résultat an 1	
10	Taux de non intubation ayant eu moins de 3 tentatives d'insertion	Pourcentage : nombre de patients non intubés mais tenté sans 3 tentatives divisé par le nombre de patient non intubés.		
11	Nombre moyen de ventilations efficaces par technicien ambulancier paramédic	Nombre moyen de ventilations efficaces par TAP.	Résultat	
12	Validation à l'urgence de la qualité de la ventilation	Pourcentage du nombre de ventilation vérifié à l'urgence sur le nombre d'intubation réussi.	90%	
13	Délai d'intubation par Combitube®	Pourcentage des délais entre la fin de la ventilation pré-intubation et la confirmation d'une ventilation adéquate qui sont de moins de 90 s.	90%	
14	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%	

RÉA. 7 INTUBATION AU COMBITUBE® DU PATIENT EN HYPOVENTILATION**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole non appliqué lorsqu'indiqué	C	- Présence de critères d'inclusion non reconnus - Absence de critère d'exclusion non reconnu
	Protocole appliqué en l'absence de critère d'inclusion	C	
	Protocole appliqué en présence de critères d'exclusion	C	
Séquence d'intervention	Technique non appliquée en raison de l'équipement manquant	STAT	Lorsque sous la responsabilité du paramédic.
	Délai injustifié dans l'application du protocole d'intubation > 60 s	C	Fin de la dernière ventilation avant l'insertion jusqu'à la première ventilation d'auscultation.
	Ventilation dans le mauvais conduit (Combitube®)	C	- Mauvaise interprétation du VPO - Changement de tube accidentel non reconnu - Mauvaise décision suite à l'auscultation - Test de VPO effectué sur le mauvais conduit
	Gestion des voies aériennes non adéquate si Combitube® non utilisé ou contre-indiqué	C	Exemples : (champ texte) - Ventilation inadéquate d'un patient avec trachéostomie - Délai de succion prolongé - Non-reconnaissance de l'obstruction - Etc.
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible	STAT	- Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission.
	Enregistrement MDSA non disponible	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Résultat du VPO, résultat de l'auscultation, tube de ventilation choisi, grandeur de Combitube® utilisé et grandeur du patient.

RÉA. 7 - INTUBATION AU COMBITUBE® DU PATIENT EN HYPOVENTILATION**INDICATEURS**

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole TECH. 6 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
	Nombre d'interventions où la technique aurait dû être tentée	Nombre d'insertions tentées additionné au nombre de Combitube non tenté lorsqu'indiqué.	Résultats	
	Nombre d'interventions où la technique a été tentée		Résultats	
	Nombre d'interventions où l'insertion a été réussie		Résultats	Insertions réussies = le tube est installé et les ballonnets gonflés.
	Nombres d'intervention où l'intubation a été réussie		Résultats	Intubation réussie = la ventilation est confirmée adéquate.
1	Taux de tentative d'intubation	Pourcentage : nombre d'interventions où la technique a été tenté divisé par le nombre d'interventions où la technique aurait dû être tentée.	100%	Définition de nombre d'interventions où la technique aurait d'être tentée = nombre d'insertions tentées additionné au nombre de «Combitube» non tenté lorsqu'indiqué.
2	Taux d'insertions réussies	Pourcentage : nombre d'interventions où l'insertion a été réussie divisé par le nombre d'interventions où la technique a été tentée.	95%	Insertions réussies = le tube est installé et les ballonnets gonflés.
3	Taux d'intubations réussies	Pourcentage : nombre d'intubations réussies divisées le nombre d'intubations tentées (techniques appliquées).	90%	Intubation réussie = la ventilation est confirmée adéquate par le paramédic = le paramédic a ventilé le patient avec Combitube.
4	Taux d'efficacité de la ventilation	Pourcentage : nombre d'intubations où le médecin à l'urgence a confirmé que la ventilation est adéquate divisé par le nombre d'intubations réussies.	100 %	La ventilation est confirmée adéquate par médecin à l'urgence.
5	Pourcentage de vérifications du VPO	Pourcentage de vérifications du VPO effectuées sur le nombre d'insertions réussies.	100%	
6	Pourcentage de vérification de la ventilation par auscultation	Pourcentage : nombre de vérifications par auscultation divisé par le nombre d'insertions réussies.	100%	
7	Nombre moyen d'expositions par TAP	Nombre moyen d'intubations tentées par TAP.	Résultat	
8	Nombre moyen d'intubations réussies par technicien ambulancier paramédic	Nombre moyen d'intubations réussies par TAP.	Résultat	
9a	Taux d'intubation réussie à la tentative #1	Pourcentage : nombre d'intubation réussie à la tentative #1 divisé par le nombre d'intubations	Résultat an 1	

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
		réussies.		
9b	Taux d'intubation réussie à la tentative # 1 et 2	Pourcentage : nombre d'intubations réussies à la tentative #1 et 2 divisé par le nombre d'intubations réussies.	Résultat an 1	
9c	Taux d'intubation réussie à la tentative #1, 2 et 3	Pourcentage : nombre d'intubations réussies à la tentative #1, 2 et 3 divisé par le nombre d'intubations réussies.	Résultat an 1	
10	Taux de non intubation ayant eu moins de 3 tentatives d'insertion	Pourcentage : nombre de patients non intubés mais tenté sans 3 tentatives divisé par le nombre de patient non intubés.		
11	Nombre moyen de ventilations efficaces par technicien ambulancier paramédic	Nombre moyen de ventilations efficaces par TAP.	Résultat	
12	Validation à l'urgence de la qualité de la ventilation	Pourcentage du nombre de ventilation vérifié à l'urgence sur le nombre d'intubation réussi.	90%	
13	Délai d'intubation par Combitube®	Pourcentage des délais entre la fin de la ventilation pré-intubation et la confirmation d'une ventilation adéquate qui sont de moins de 90 s.	90%	
14	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%	

INTUBATION PAR COMBITUBE®**INDICATEURS**

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où il y a eu une intubation par Combitube® (TECH. 6 ET RÉA. 7).

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
	Nombre d'interventions où la technique aurait dû être tentée	Nombre d'insertions tentées additionné au nombre de Combitube non tenté lorsqu'indiqué.	Résultats	
	Nombre d'interventions où la technique a été tentée		Résultats	
	Nombre d'interventions où l'insertion a été réussie		Résultats	Insertions réussies = le tube est installé et les ballonnets gonflés.
	Nombres d'intervention où l'intubation a été réussie		Résultats	Intubation réussie = la ventilation est confirmée adéquate.
1	Taux de tentative d'intubation	Pourcentage : nombre d'interventions où la technique a été tenté divisé par le nombre d'interventions où la technique aurait dû être tentée.	100%	Définition de nombre d'interventions où la technique aurait d'être tentée = nombre d'insertions tentées additionné au nombre de «Combitube» non tenté lorsqu'indiqué.
2	Taux d'insertions réussies	Pourcentage : nombre d'interventions où l'insertion a été réussie divisé par le nombre d'interventions où la technique a été tentée.	95%	Insertions réussies = le tube est installé et les ballonnets gonflés.
3	Taux d'intubations réussies	Pourcentage : nombre d'intubations réussies divisées le nombre d'intubations tentées (techniques appliquées).	90%	Intubation réussie = la ventilation est confirmée adéquate par le paramédic = le paramédic a ventilé le patient avec Combitube.
4	Taux d'efficacité de la ventilation	Pourcentage : nombre d'intubations où le médecin à l'urgence a confirmé que la ventilation est adéquate divisé par le nombre d'intubations réussies.	100 %	La ventilation est confirmée adéquate par médecin à l'urgence.
5	Pourcentage de vérifications du VPO	Pourcentage de vérifications du VPO effectuées sur le nombre d'insertions réussies.	100%	
6	Pourcentage de vérification de la ventilation par auscultation	Pourcentage : nombre de vérifications par auscultation divisé par le nombre d'insertions réussies.	100%	
7	Nombre moyen d'expositions par TAP	Nombre moyen d'intubations tentées par TAP.	Résultat	
8	Nombre moyen d'intubations réussies par technicien ambulancier paramédic	Nombre moyen d'intubations réussies par TAP.	Résultat	

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
9a	Taux d'intubation réussie à la tentative #1	Pourcentage : nombre d'intubation réussie à la tentative #1 divisé par le nombre d'intubations réussies.	Résultat an 1	
9b	Taux d'intubation réussie à la tentative # 1 et 2	Pourcentage : nombre d'intubations réussies à la tentative #1 et 2 divisé par le nombre d'intubations réussies.	Résultat an 1	
9c	Taux d'intubation réussie à la tentative #1, 2 et 3	Pourcentage : nombre d'intubations réussies à la tentative #1, 2 et 3 divisé par le nombre d'intubations réussies.	Résultat an 1	
10	Taux de non intubation ayant eu moins de 3 tentatives d'insertion	Pourcentage : nombre de patients non intubés mais tenté sans 3 tentatives divisé par le nombre de patient non intubés.		
11	Nombre moyen de ventilations efficaces par technicien ambulancier paramédic	Nombre moyen de ventilations efficaces par TAP.	Résultat	
12	Validation à l'urgence de la qualité de la ventilation	Pourcentage du nombre de ventilation vérifié à l'urgence sur le nombre d'intubation réussi.	90%	
13	Délai d'intubation par Combitube®	Pourcentage des délais entre la fin de la ventilation pré-intubation et la confirmation d'une ventilation adéquate qui sont de moins de 90 s.	90%	
14	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%	

PROTOCOLES MÉDICAUX

MED. 8 & PED.3 - DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

	Énoncés	Échelle	Définitions
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole d'administration de médicaments – Conforme	A	
	Salbutamol non donné en présence de critères d'inclusion sans exclusion	C	S'utilise également si 2 ^e dose non donnée.
	Salbutamol donné en l'absence de critère d'inclusion ou en présence de critères d'exclusion	C	
Séquence d'intervention	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- <i>Responsabilité du paramédic</i> - <i>Problème opérationnel</i>
	Oxygène non administrée selon tech 10.	B	Oxygène non reçue lorsque requis ou oxygène administrée avec mauvais <i>litrage</i> (dosage).
	Oxygène non administrée si saturation < 90%* *non applicable chez les MPOC O ₂ dépendant	C	
	Absence de signes vitaux avant une dose	B	
	Monitoring cardiaque non fait	B	
	Retard injustifié à donner médicament lorsqu'indiqué	C	1 ^{ère} ou répétition de dose (plus de 10 minutes de retard).
	Mauvaise dose administrée	B	N'inclut pas les erreurs de rédaction.
	Absence de réévaluation	B	SV 10 minutes post-dose ou avant l'arrivée au CH.
Documentation	Résultat de l'échelle d'évaluation avant et après traitement de la dyspnée non inscrit sans justification	B	
	Enregistrement MDSA non disponible* *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	STAT	- <i>Justifié : problème informatique</i> - <i>Justifié : non-disponibilité de carte</i> - <i>Justifié : carte défectueuse</i> - <i>Justifié : patient non transporté au CH</i>
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission.
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Inclusion/exclusion initiale, heures, dosage, voie d'administration.

MED. 8 & PED. 3 - DIFFICULTÉ RESPIRATOIRE
INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole MED. 8 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des interventions MED 8. identifiées (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultat par distribution	
2	Distribution des temps d'interventions pour lesquelles le délai sur les lieux est inférieur à 15 min	Définition : différence entre l'heure de départ des lieux et l'heure d'arrivée sur les lieux.	Résultat par distribution	
3	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%	
4	Pourcentage de Salbutamol administré lorsque indiqué	Pourcentage des patients ayant reçu du Salbutamol par rapport aux patients ayant les critères d'inclusion sans critère d'exclusion pour avoir du Salbutamol.	100%	Cette donnée est actuellement non disponible.
5	Pourcentage des patients dont l'état s'est amélioré	Pourcentage des patients dont l'état s'est amélioré sur l'ensemble des patients ayant reçu du Salbutamol.	Résultat	
6	Pourcentage des patients dont il n'y a aucun changement dans son état	Pourcentage des patients dont l'état ne s'est pas amélioré ou détérioré (sans changement) sur l'ensemble des patients ayant reçu du Salbutamol.	Résultat	
7	Pourcentage des patients dont l'état s'est détérioré	Pourcentage des patients dont l'état s'est détérioré sur l'ensemble des patients ayant reçu du Salbutamol.	Résultat	

MED. 10 DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE CARDIAQUE PROBABLE

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

Énoncés		Échelle	Définitions
	Protocole d'administration de médicaments – Conforme	A	
	Protocole ECG 12D – Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	AAS non donné en présence de critères d'inclusion sans exclusion	C	
	Nitro non donné en présence de critères d'inclusion sans exclusion	C	
	Protocole ECG 12D non fait en présence des critères d'inclusion sans exclusion	C	
	AAS donné en l'absence de critère d'inclusion ou en présence de critères d'exclusion	C	- Présence de critères d'inclusion non reconnus - Absence de critère d'exclusion non reconnu
	Nitro donné en l'absence de critère d'inclusion ou en présence de critères d'exclusion* *Inclure les cas où nitro donnée lorsque pouls ou tension artérielle non documentés avant l'administration	C	- Présence de critères d'inclusion non reconnus - Absence de critère d'exclusion non reconnu
	Protocole ECG 12D fait en l'absence de critère d'inclusion	B	Sauf justification.
	Protocole ECG 12D fait en présence de critères d'exclusion	C	
Séquence d'intervention	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du TAP - Problème opérationnel
	Protocole ECG 12D non fait en raison de l'équipement (administratif)	N/É	
	Oxygène non administré	C	Oxygène non administré.
	Oxygène non administrée selon tech 10.	B	Oxygène administré avec mauvais <i>litrage</i> .
	Monitoring cardiaque non fait avant administration nitro	C	
	Résultat(s) de l'échelle d'évaluation de la douleur avant ou après traitement non inscrit(s) sans justification	B	
	Absence de signes vitaux avant une dose	B	Autres signes vitaux que pouls ou tension artérielle (<i>ces derniers étant des critères d'inclusion ou d'exclusion</i>).
	Mauvaise dose AAS administrée	B	

Énoncés		Échelle	Définitions
	Mauvaise dose nitro administrée	C	
	Absence de réévaluation	B	SV et effet de la rx, particulièrement lorsque patient complètement soulagé.
	Intervalle inadéquat entre les doses non justifié	B	Nitro : un intervalle adéquat signifie entre 4 et 7 minutes.
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible* *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	STAT	- Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	OPQRST, inclusion/exclusion, heures, dosage, voie d'administration.

MED. 10 - DOULEUR THORACIQUE D'ORIGINE CARDIAQUE PROBABLE

INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole MED. 10 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des interventions MÉD 10. identifiées (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultat par distribution	
2	Distribution des temps d'interventions sans ECG 12D pour lesquelles le délai sur les lieux est inférieur à 15 min	Définition : différence entre l'heure de départ des lieux et l'heure d'arrivée sur les lieux pour les interventions sans ECG 12D.	Résultat par distribution	
3	Distribution des temps d'interventions avec ECG 12D pour lesquelles le délai sur les lieux est inférieur à 20 minutes	Définition : différence entre l'heure de départ des lieux et l'heure d'arrivée sur les lieux pour les interventions avec ECG 12D.	Résultat par distribution	
4	Taux de conformité sans évaluation C au MED. 10	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions MED. 10 évaluées.	95%	
5	Taux de conformité sans évaluation C au protocole ECG 12D	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions avec ECG 12D évaluées.	100%	
6	Pourcentage de conformité au triage du centre de cardiologie désigné	Pourcentage de patients transportés au centre de cardiologie désigné par rapport aux patients transportés, destinés au centre de cardiologie tertiaire.	95%	
7	Pourcentage d'AAS administré lorsque indiqué	Pourcentage des patients ayant reçu de l'AAS par rapport aux patients ayant les critères d'inclusion sans critère d'exclusion pour avoir de l'AAS.	100%	Cette donnée est actuellement non disponible.
8	Pourcentage de nitro administré lorsque indiqué	Pourcentage des patients ayant reçu de la nitro par rapport aux patients ayant les critères d'inclusion sans critère d'exclusion pour avoir de la nitro.	100%	Cette donnée est actuellement non disponible.
9	Pourcentage des patients dont l'état s'est amélioré	Pourcentage des patients dont l'état s'est amélioré sur l'ensemble des patients ayant reçu de la nitro.	Résultat	
10	Pourcentage des patients dont il n'y a aucun changement dans son état	Pourcentage des patients dont l'état ne s'est pas amélioré ou détérioré (sans changement) sur l'ensemble des patients ayant reçu de la nitro.	Résultat	
11	Pourcentage des patients dont l'état s'est détérioré	Pourcentage des patients dont l'état s'est détérioré sur l'ensemble des patients ayant reçu de la nitro.	Résultat	

MED. 16 – HYPOGLYCÉMIE

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Protocole d'administration de médicaments – Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Glucagon non donné en présence de critères d'inclusion sans exclusion	C	- Présence de critères d'inclusion non reconnus - Absence de critère d'exclusion non reconnu
	Glucagon donné en l'absence de critère d'inclusion ou en présence de critères d'exclusion	C	- Présence de critères d'inclusion non reconnus - Absence de critère d'exclusion non reconnu
Séquence d'intervention	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- Responsabilité du TAP - Problème opérationnel
	Oxygène non administré selon TECH. 10	C	Oxygène non reçu lorsque requis et lorsque possible.
	Monitoring cardiaque non fait avant administration du médicament (si non justifié)	B	
	Retard d'administration injustifié	C	Non-reconnaissance résultant une administration tardive.
	Mauvaise dose selon le poids (dose supérieure à la dose indiquée)	B	
	Mauvaise dose selon le poids (dose inférieure à la dose indiquée)	C	
	Mauvaise voie d'administration	B	
	Absence de réévaluation	B	Effet de la Rx : SV, Glycémie, AVPU.
	Glucose en gel non administré post-glucagon lorsque l'état de conscience le permet	B	
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible* *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	STAT	-Justifié : problème informatique -Justifié : non-disponibilité de carte -Justifié : carte défectueuse -Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	OPQRST, Inclusion/exclusion, heures, dosage, voie d'administration.

MED. 16 - HYPOGLYCÉMIE
INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole MED. 16 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des interventions MÉD 16. identifiées (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultat par distribution	
2	Distribution des temps d'interventions MÉD 16 identifiées pour lesquelles le délai sur les lieux est inférieur à 15 min	Définition : différence entre l'heure de départ des lieux et l'heure d'arrivée sur les lieux pour les interventions MÉD 16.	Résultat par distribution	
3	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%	
4	Pourcentage de glucagon administré lorsque indiqué	Pourcentage des patients ayant reçu du glucagon par rapport aux patients ayant les critères d'inclusion sans critère d'exclusion pour avoir du glucagon.	100%	Cette donnée est actuellement non disponible.
5	Pourcentage d'instaglucoose administré lorsque indiqué	Pourcentage des patients ayant reçu de l'instaglucoose par rapport aux patients ayant les critères d'inclusion sans critère d'exclusion pour avoir de l'instaglucoose.	100%	Cette donnée est actuellement non disponible.
8a	Pourcentage des patients dont l'état de conscience s'est amélioré	Pourcentage des patients dont l'état de conscience s'est amélioré sur l'ensemble des patients ayant reçu du glucagon.	Résultat	
8b	Pourcentage des patients dont la glycémie s'est améliorée	Pourcentage des patients dont la glycémie s'est améliorée sur l'ensemble des patients ayant reçu du glucagon.	Résultat	
9a	Pourcentage des patients dont il n'y a aucun changement dans son état de conscience	Pourcentage des patients dont l'état de conscience ne s'est pas amélioré ou détérioré (sans changement) sur l'ensemble des patients ayant reçu du glucagon.	Résultat	
9b	Pourcentage des patients dont il n'y a aucun changement dans la glycémie	Pourcentage des patients dont la glycémie ne s'est pas améliorée ou détériorée (sans changement) sur l'ensemble des patients ayant reçu du glucagon.	Résultat	
10a	Pourcentage des patients dont l'état de conscience s'est détérioré	Pourcentage des patients dont l'état de conscience s'est détérioré sur l'ensemble des patients ayant reçu du glucagon.	Résultat	
10b	Pourcentage des patients dont la glycémie s'est détériorée	Pourcentage des patients dont la glycémie s'est détériorée sur l'ensemble des patients ayant reçu du glucagon.	Résultat	

MED. 17 & PED. 5 RÉACTION ALLERGIQUE / ANAPHYLACTIQUE

ÉNONCÉS

Techniciens ambulanciers paramédics

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Protocole d'administration de médicaments – Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Épinéphrine non donné en présence de critères d'inclusion	C	
	Épinéphrine donné en l'absence de critère d'inclusion	C	
Séquence d'intervention	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- <i>Responsabilité du TAP</i> - <i>Problème opérationnel</i>
	Oxygène non administré	C	Oxygène non reçu lorsque requis.
	Monitoring cardiaque non fait avant administration du médicament (si non justifié)	B	
	Absence de signes vitaux avant une dose	C	
	Retard d'administration injustifié	C	Non-reconnaissance résultant une administration tardive.
	Mauvaise dose selon le poids	C	
	Mauvaise voie d'administration	B	
	Absence de réévaluation	B	Effet de la Rx : SV.
	Intervalle inadéquat entre les doses non justifié	B	
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible* *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	STAT	- <i>Justifié : problème informatique</i> - <i>Justifié : non-disponibilité de carte</i> - <i>Justifié : carte défectueuse</i> - <i>Justifié : patient non transporté au CH</i>
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite incomplète	B	Inclusion, heures, dosage, voie d'administration.

1 RÉP/MED.17& 1RÉP/PED.5 - RÉACTION ALLERGIQUE / ANAPHYLACTIQUE

ÉNONCÉS

Premiers répondants

Énoncés		Échelle	Définitions
Critères d'inclusion et d'exclusion	Protocole d'administration de médicaments – Conforme	A	
	Épinéphrine non donnée en présence de critères d'inclusion	C	
	Épinéphrine donnée en l'absence de critère d'inclusion	C	
Séquence d'intervention	Protocole non appliqué en raison de l'équipement manquant/défectueux	STAT	- <i>Responsabilité du PR</i> - <i>Problème opérationnel</i>
	Oxygène non administré	C	
	Absence d'évaluation (pouls radial, RR) avant une dose	C	
	Retard d'administration injustifié	C	Non-reconnaissance résultant en une administration tardive.
	Mauvaise dose selon le poids	C	
	Absence de réévaluation	B	Effet de la Rx : SV.
	Intervalle inadéquat entre les doses non justifié	B	
Documentation	Documentation écrite incomplète	B	Inclusion, heures, dosage, voie d'administration.

MED. 17 & PED. 5 - RÉACTION ALLERGIQUE POSSIBILITÉ DE CHOC ANAPHYLACTIQUE
INDICATEURS

Tous les indicateurs suivants concernent les interventions où le protocole MED. 17 a été appliqué.

#	Indicateur	Définition	Cible	Commentaires
1	Distribution des temps réponses des interventions MÉD 17. identifiées (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultat par distribution	
2	Distribution des temps d'interventions MÉD 17 identifiées pour lesquelles le délai sur les lieux est inférieur à 15 min	Définition : différence entre l'heure de départ des lieux et l'heure d'arrivée sur les lieux pour les interventions MÉD 16.	Résultat par distribution	
3	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%	
4	Pourcentage d'épinéphrine administrée lorsque indiquée	Pourcentage des patients ayant reçu de l'épinéphrine par rapport aux patients ayant les critères d'inclusion sans critère d'exclusion pour avoir de l'épinéphrine.	100%	Cette donnée est actuellement non disponible.
5	Pourcentage des patients dont l'état s'est amélioré	Pourcentage des patients dont l'état s'est amélioré sur l'ensemble des patients ayant reçu de l'épinéphrine.	Résultat	
6	Pourcentage des patients dont il n'y a aucun changement dans son état	Pourcentage des patients dont l'état ne s'est pas amélioré ou détérioré (sans changement) sur l'ensemble des patients ayant reçu de l'épinéphrine.	Résultat	
7	Pourcentage des patients dont l'état s'est détérioré	Pourcentage des patients dont l'état s'est détérioré sur l'ensemble des patients ayant reçu de l'épinéphrine.	Résultat	

AUTRES PROTOCOLES

REFUS DE TRANSPORT**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Conforme	A	
Critères d'inclusion et d'exclusion	Refus initié par le TAP	C	
Séquence d'intervention	Appréciation clinique non effectuée	C	Selon l'accord du patient, documentation requise.
	Support médical non fait dans les cas à risque – selon application régionale	C	
Documentation	Enregistrement MDSA non disponible* *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	STAT	<ul style="list-style-type: none"> - Justifié : problème informatique - Justifié : non-disponibilité de carte - Justifié : carte défectueuse - Justifié : patient non transporté au CH
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	B	Aucune documentation de la difficulté de transmission
	Enregistrement MDSA non disponible *Énoncé applicable seulement si décision d'écoute	C	Caractère intentionnel démontré
	Documentation écrite ou audio incomplète	B	Évaluation de l'aptitude, de l'orientation, informations sur les conséquences selon capacité du TAP, raison du refus.

Les cas à risque⁹ sont :

- Âge < 14 sans adulte responsable sur place
- Âge < 14 en présence de critère de risque
- Atteinte de l'état de conscience (VPU)
- Atteinte neurologique nouvelle
- Confusion
 - Confusion aiguë
 - Confusion chronique, sans adulte responsable sur place
- Difficulté respiratoire avouée par le patient ou objectivée : saturation < 92% / cyanose/tirage/sibilances ou wheezing
- Douleurs non traumatiques < 48 heures dont céphalée, douleur abdominale, douleur dorsolombaire
- Douleur thoracique OU palpitations
- Grossesse (douleur abdominale/saignement vaginal/syncope)
- Hémorragie active
- Hypoglycémie < 4 mmol/L
- Intervention dans le cadre du programme de soulagement des symptômes (PSS),
- Intervention dans le cadre du programme de soulagement des symptômes (PSS)
- Pouls < 50 ou > 120/min
- Réaction allergique
- Syncopes ou convulsions
- Tension artérielle systolique < 100 ou > 200 mm Hg OU diastolique > 100 mm Hg (à interpréter selon l'âge)
- Trauma crânien avec symptôme(s) ou signe(s) présent(s)
- Tout trauma avec un IPT ≥ 1 ou Glasgow ≤ 14

⁹ Selon liste du AS-803 – Légende et aide à la rédaction au verso du formulaire, (rév. 2010-04).

REFUS DE TRANSPORT (RDT)**INDICATEURS**

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Taux de refus de transport	Pourcentage du nombre de refus transport (patients évalués et non transportés) sur le nombre d'interventions.	Résultat	<i>Inclus toutes personnes non transportées qui a eu un contact avec une ressource ambulancières. Exclus les RÉA 2 et 4 ainsi que MÉD. LÉG 2,3 et 4 (pour les situations où il y a un constat de décès sur place).</i>
2	Pourcentage d'utilisation du support médical	Pourcentage d'appels au support médical à distance (nombre de formulaires RDT ou médecin contacté ou téléphone ou radio est coché) sur le nombre d'interventions jugées à risque*.	90%	Pour les régions où le support médical est disponible.
3	Pourcentage de refus avec formulaires de refus complétés	Nombre de refus de transport ayant un formulaire de refus de transport complété par rapport au nombre de refus de transport.	100%	
4	Taux de conformité sans évaluation C	Pourcentage des interventions évaluées A ou B par rapport aux interventions évaluées.	95%	

Note : le SPU doit analyser le type de clientèle associé au refus de transport et également le contexte des opérations où ces refus se produisent (ex. : pourcentage en fin de quart, avant la période de repas, individuel et de groupe).

TRAUMA MAJEUR**ÉNONCÉS****Techniciens ambulanciers paramédics**

	Énoncés	Échelle	Définitions
	Protocole d'intervention clinique TRAUMA – Conforme	A	
	Protocole destination centre trauma – Conforme	A	
IPT/ÉTP	IPT non documenté	STAT	
	IPT mal calculé	STAT	
Stabilisation	Patient non immobilisé lorsqu'indiqué	C	
	Matelas coquille non utilisé lorsqu'indiqué	B	Patient immobilisé sur planche lorsqu'un cas autre qu'un ACR ou 2 ^e patient, sans justification.
	Oxygène non administré	C	Oxygène non reçu lorsque requis.
	Monitoring cardiaque non fait	B	
Intervention	Délai de plus de 15 minutes sur la scène (sans justification)	B	
	Délai sur la scène (si non incarcéré)	STAT	
	Préavis non fait ou fait tardivement	B	
	Mauvais respect des corridors de service – patient traumatisé majeur (sous-évalué)	C	- IPT mal calculé - IPT non calculé - Consignes non respectées
	Mauvais respect des corridors de service – patient traumatisé mineur (surévalué)	B	
Documen- tation	Documentation écrite incomplète	B	(Mécanismes du traumatisme, AVPU, Glasgow si TCC).

TRAUMA MAJEUR**ÉNONCÉS****PREMIERS RÉPONDANTS**

Énoncés		Échelle	Définitions
	Protocole d'intervention clinique TRAUMA – Conforme	A	
Intervention	Patient non immobilisé lorsqu'indiqué	C	
	Matelas coquille non utilisé lorsqu'indiqué et disponible	B	Patient immobilisé sur planche lorsqu'un cas autre qu'un ACR ou 2 ^e patient, sans justification.
	Oxygène non administré	C	Oxygène non reçu lorsque requis.
	Retour aux TAP non fait ou fait tardivement	B	
Documentation	Documentation écrite incomplète	B	(Mécanismes du traumatisme, AVPU).

Les cas identifiés à l'assurance de la qualité comme trauma majeur pour les TAP devront être évalués pour les PR

TRAUMA MAJEUR**INDICATEURS**

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
1	Distribution des temps réponses des traumatismes majeurs identifiés* (Temps de réponse des SPU)	Définition : différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux et l'heure de réponse de l'appel au CCS.	Résultat par distribution	100% des traumatisés majeurs. Lors de la présentation des résultats, mettre en évidence les statistiques liées au TR de 8 min 59 sec et le TR du 80% des délais les plus petits.
1a (ajouté)	Distribution des délais d'intervention sur les lieux des traumatismes majeurs identifiés* et non incarcérés	Définition : différence entre l'heure de départ des lieux et celle d'arrivée sur les lieux.	Résultat par distribution	100% des traumatisés majeurs. Lors de la présentation des résultats, mettre en évidence les statistiques liées au TR de 9 min 59 sec et le délai d'intervention correspondant à 80% des données les plus petites.
2	Distribution des délais d'accès au centre de traumatologie.	Définition du temps d'accès au centre de traumatologie : différence entre l'heure d'arrivée au centre de traumatologie désigné et l'heure de l'appel au CCS.	Résultat par distribution	100 % des traumatisés majeurs Faire distinction dans les sous-classes : <ul style="list-style-type: none"> • Patients multiples ; • IPT 4 et plus ; • IHV. Identifier le % à 30 minutes et moins.
3	Pourcentage de conformité au triage centre traumatologie majeur désigné	Pourcentage de patients traumatisés majeurs transportés de façon conforme aux corridors de services.	95 %	100% des traumatisés majeurs.
3a	Pourcentage de conformité au triage centre de traumatologie désigné	Pourcentage de patients traumatisés mineurs transportés de façon conforme aux corridors de services avec impact réseau.		100% des traumatisés autres que majeurs Régions concernées : Montréal, Laurentides, Lanaudière, etc. Indicateur facultatif, en lien avec des demandes du réseau.
4	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des techniciens ambulanciers paramédics	Pourcentage : nombre d'interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées A ou B par rapport au total des interventions des techniciens ambulanciers paramédics évaluées.	90 %	100% des traumatisés majeurs Ajouter le niveau de sévérité dans la liste des énoncés.
5	Taux de conformité sans évaluation C pour les interventions des premiers répondants	Pourcentage : nombre d'interventions des premiers répondants évaluées A ou B par rapport au total des interventions des premiers répondants évaluées.	90 %	100% des traumatisés majeurs identifiés par l'indicateur 5.

#	Indicateur	Définition	Cible	Modifications/commentaires
6	Taux d'utilisation du matelas immobilisateur	Pourcentage d'utilisation du matelas immobilisateur sur le nombre de traumatismes immobilisés.	90 %	100% des traumatisés majeurs immobilisés. *** Échantillonnage sur les traumas mineurs-facultative.
7	Pourcentage d'avis au centre de traumatologie désigné (10-10) pour les patients traumatisés majeurs	Pourcentage des interventions avec traumatisés majeurs dont l'avis a été donné au centre hospitalier par rapport au nombre total de traumatisés majeurs.	100 %	
AV	Délai d'arrivée des pinces de désincarcération	Heure d'arrivée sur les lieux des pinces-heure de l'appel.	Résultat	À venir

* Trauma majeur : Patient traumatisé avec un indice préhospitalier pour traumatisme (IPT) supérieur ou égal à 4 ou une évidence d'impact à haute vitesse (PICTA 2007).

PLAN D'AMÉLIORATION CONTINUE

Programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ)

SUIVI SYSTÉMIQUE

Intervention/protocole	Échantillonnage		Données étudiées		Spécifications
	Phase d'implantation*	Phase de croisière	Formulaire/ bande de rythme	Audio/ numérique	
ACR avec tentative de réanimation :					
RÉA. 1/3/5/6 - ACR devant TAP	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 1 - ACR médical Adulte - retour de pouls	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 1 - ACR médical Adulte - FV/TV	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 1 - ACR médical Adulte - toute autre situation	N/A	Non	RIP	Numérique	L'écoute de la bande audio est facultative. Le but de la révision est l'évaluation de la conformité globale et la recherche des critères d'Utstein.
RÉA. 2 - Arrêt des manœuvres lors d'ACR médical	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 3 - ACR traumatique Adulte	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 4 - Arrêt des manœuvres lors d'ACR traumatique	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 5 - ACR médical Pédiatrique	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 6 - ACR traumatique Pédiatrique	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 7 - Intubation Combitube® hypoventilation	N/A	Non	RIP	Audio et numérique	
RÉA. 8 - Réanimation avec DEA	N/A	N/A	RIP	Audio et numérique	Aucune révision spécifique en phase de croisière car les cas à réviser le seront par les autres protocoles de RÉA.
Médico-légal					
MED-LEG. 2 - ACR avec réanimation impraticable	N/A	Non	RIP	Numérique	

Intervention/protocole	Échantillonnage		Données étudiées		Spécifications
	Phase d'implantation*	Phase de croisière	Formulaire/bande de rythme	Audio/numérique	
MED-LEG. 3 - Directive de non-initiation de réanimation	N/A	Non	RIP	Audio	
MED-LEG. 4 - Mort évidente	N/A	Non	RIP	Aucune	
Altération de l'état de conscience / Détresse respiratoire : Patient adulte nécessitant une assistance ventilatoire/respiratoire	100%	Non	RIP	Audio et numérique	En phase d'implantation, les données audio et numériques sont révisées.
Patient pédiatrique nécessitant une assistance ventilatoire/respiratoire	100%	Non	RIP	Audio et numérique	En phase d'implantation, les données audio et numériques sont révisées.
Douleur d'origine cardiaque probable et ECG en 12 dérivations :					
MED. 10 - AAS/Nitro administrées	100%	Oui	RIP	Aucune	
ECG 12 dérivations	100%	Oui**	RIP	Aucune	En phase de croisière la révision des cas d'ECG 12 dérivations est segmentée.
ECG 12 dérivations avec mention « INFARCTUS AIGU » ou « SCA »	100%	Non	RIP	Aucune	
Dyspnée avec bronchospasme probable : MED. 8/PED 3 - SALBUTAMOL administré	100%	Oui	RIP	Aucune	
Réaction anaphylactique : MED.17/PED 5 - ÉPINÉPHRINE administré	100%	Non	RIP	Aucune	
Hypoglycémie : MED. 16 - GLUCAGON administré	100%	Non	RIP	Aucune	
Refus des soins et/ou de transport : Refus des soins et/ou de transport	N/A	Oui	RIP	Audio	
Traumatisé majeur : Trauma avec IPT ≥ 4 (adulte) Trauma haute vitesse	100%	Non	RIP	Aucune	
	100%	Oui	RIP	Aucune	

Note : le taux d'échantillonnage doit être établi en fonction du nombre de cas estimé annuellement. Il se calcule en fonction d'un intervalle de confiance de 95%, d'une marge d'erreur de 3% (qui peut aller jusqu'à environ 4,5%) et se base sur les résultats antérieurs dont les données sont fiables.

*Tout autre nouveau protocole impliquant une médication ou un acte autorisé à titre d'activité médicale

** Seront les mêmes cas que MED.10 – AAS/Nitro administrées

PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ (PACQ)***SUIVI INDIVIDUEL***

Intervention/protocole	Niveau d'échantillonnage	Données étudiées		Spécification
		Formulaire/ bande de rythme	Audio/ numérique	
Nouveaux TAP dans la région	100%	Selon PACQ	Selon PACQ	Les 50 premières interventions de tous protocoles confondus sont révisées selon les modalités du PACQ
TAP en difficulté	100%	Selon le DMR	Selon le DMR	La durée est déterminée par le DMR

ABRÉVIATIONS

AAS	Acide acétylsalicylique
ACR	Arrêt cardiorespiratoire
Agences	Agence de la santé et des services sociaux
AVPU	Niveau de conscience
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DMR	Directeur médical régional
DRS	Difficulté respiratoire
ECG 12D	Électrocardiogramme 12 dérivations
FV	Fibrillation ventriculaire
IHV	Impact à haute vélocité
IPT	Indice préhospitalier pour traumatisme
MDSA	Moniteur défibrillateur semi-automatique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N/É	Non évalué
PACQ	Programme d'amélioration continue de la qualité
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Rythme initial
RR	Rythme respiratoire
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SV	Signes vitaux
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TV	Tachycardie ventriculaire
VPO	Vérificateur de position œsophagienne