

Mode d'emploi...

Observation pré-hospitalière de la Douleur Thoracique – EPP Nationale RéDoT

- ✓ **Rappel** : L'observation pré-hospitalière de la Douleur Thoracique est complétée par le médecin urgentiste. Pour une meilleure lisibilité sur les différents feuillets, nous recommandons l'**utilisation d'un stylo à bille** pour renseigner les fiches. De retour à la base, **l'exemplaire destiné à la saisie (= feuillet intermédiaire) est remis au(x) référent(s) RéDoT.**
- ✓ Sont inclus, de façon prospective et exhaustive, **tous les patients pris en charge vivants en pré-hospitalier pour une Douleur Thoracique non traumatique.** Pour chaque prise en charge, **une « Note d'information » sera systématiquement détachée de la fiche RéDoT et remise au patient** ou à l'un de ses proches. Ne sont pas inclus les patients refusant de participer à l'étude, les patients sous tutelle ou curatelle, et ceux en incapacité linguistique ou psychique à donner leur accord.
- ✓ Deux cas de figure sont acceptés : **le motif d'appel au 15 intègre la notion de douleur thoracique non traumatique** ou, **à l'interrogatoire de l'urgentiste auprès du patient, une douleur thoracique est également exprimée.**
- ✓ Pour les établissements qui le souhaitent, cette observation pré-hospitalière est destinée à devenir à terme votre dossier médical standardisé de la Douleur Thoracique. **L'EPP réalisée sur 15 jours vise à créer et implémenter chaque année une base de données nationale,** à partir de laquelle vous aurez la possibilité d'effectuer différents travaux et évaluations, pour votre établissement et/ou à l'échelon national. Les données médicales extraites et transmises sont bien évidemment anonymisées.

Stade Killip :

1. = Absence de râles crépitants aux bases
2. = Présence de râles crépitants limités aux bases
3. = Présence de râles crépitants perçus sur la moitié des champs pulmonaires et associés à un OAP
4. = Choc cardiogénique (TA < 8, cyanose des extrémités, pouls petit et filant, confusion / agitation)

Correspondance habituelle entre territoire électrique et artère coronaire

Déviations	Territoire électrique	Artère coronaire
V1 à V3	antéroseptal	IVA moyenne (avant 1 ^{ère} diagonale)
V3 et V4	apical	IVA moyenne (après 1 ^{ère} diagonale)
V1 à V4	antérieur	IVA moyenne
DI et VL	latéral haut	IVA (1 ^{ère} diagonale) ou circonflexe
V5 et V6	latéral bas	Circonflexe ou marginale
V1 à V6 et DI-VL	antérieur étendu	IVA proximale (avant la 1 ^{ère} septale)
V7, V8, V9 (et miroir V1-V2)	basal	Circonflexe ou IVA
V1 à V4 et DII, DIII, VF	antéro-inférieur (ou septal profond)	IVA dominante
V3R, V4R, VE et/ou V1	ventricule droit	CD ou marginale du bord droit
DII, DIII, VF	inférieur	CD ou circonflexe dominante
DII, DIII, VF et V8-V9 et DI-VL et/ou V5-V6	inféro-latéro-basal	CD ou circonflexe dominante

IVA : interventriculaire antérieure / CD : coronaire droite

L'ECG de A à Z