



Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

CODE BLEU LANCÉ À \_\_\_ : \_\_\_ DÉBUT MASSAGE CARDIAQUE \_\_\_ : \_\_\_ ARRIVÉE LEADER MÉDICAL \_\_\_ : \_\_\_

ÉQUIPE DE RÉANIMATION	
LEADER MÉDICAL	
LEADER INFIRMIER	
INTUBATEUR	

ÉVALUATION DU RYTHME CARDIAQUE AUX 2 MIN.									
HEURE :									
RYTHME :									

DÉFIBRILLATION									
HEURE :									
JOULES :									

INSTALLATION DU SYSTÈME DE MASSAGE CARDIAQUE	HEURE ___ : ___	MODE : 30 : 2 <input type="checkbox"/>	CONTINU <input type="checkbox"/>
VENTILLATION AVEC BALLON RÉANIMATEUR	DÉBUT ___ : ___	INTUBATION	DÉBUT ___ : ___

BOLUS IV		INSCRIRE DOSE ET HEURE D'ADMINISTRATION											
Épinéphrine (Adrénaline)	HEURE	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
	DOSE												
Amiodarone	HEURE	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
	DOSE												
Lidocaïne	HEURE	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
	DOSE												
Bicarbonate de Na+	HEURE	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
	DOSE												
Sulfate de magnésium	HEURE	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
	DOSE												
	HEURE	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
	DOSE												
	HEURE	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __
	DOSE												

PARAMÈTRES VITAUX									
HEURE :									
PETCO <sub>2</sub>									
Pression artérielle	/	/	/	/	/	/	/	/	/

\*Pour contrôler et optimiser la qualité de la RCR, surveiller les valeurs de PETCO<sub>2</sub> (> 10 mmHg) et de PA diastolique.

PERFUSIONS									
Épinéphrine (Adrénaline) 5 mg/250 ml NS Autre concentration ____ mg/250 ml NS	Heure	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_
	Débit (mcg/Kg/min)								
Amiodarone 375 mg/250 ml D5%	Heure	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_
	Débit(mg/h)								
Norépinéphrine (Lévophed) 4 mg/250 ml D5% Autre concentration ____mg/250 ml D5%	Heure	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_
	Débit (mcg/Kg/min)								
Autre : _____	Heure	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_
	Débit(mg/h)								
Autre : _____	Heure	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_	_:_
	Débit (mcg/Kg/min)								

PROCÉDURE D'INSTRUMENTATION		
Tube gastrique oro : <input type="checkbox"/> naso : <input type="checkbox"/>	Heure : ____:____	
<u>Stimulation cardiaque :</u>		
Transcutanée <input type="checkbox"/>	Heure : ____:____	Fréquence : ____ mA: ____
Epicardique <input type="checkbox"/>	Heure : ____:____	Fréquence : ____ mA: ____
Endoveineuse <input type="checkbox"/>	Heure : ____:____	Fréquence : ____ mA: ____
Cathéter IV périphérique <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/>	Heure : ____:____	Site : _____
Cathéter IV périphérique <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/>	Heure : ____:____	Site : _____
Canule artérielle	Heure : ____:____	Site : _____
Cathéter intra osseux	Heure : ____:____	Site : _____
Autre : _____	Heure : ____:____	Site : _____

NOTES	
_____ _____ _____ _____	
Fin de la réanimation : Heure ____:____ Survie <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Demande don tissu <input type="checkbox"/>	
Transfert : Heure ____:____ Unité de soins: _____ Hémodynamie <input type="checkbox"/>	
Médecin traitant avisé <input type="checkbox"/> _____ Proche/famille avisé <input type="checkbox"/> _____	

 \_\_\_\_\_  
**Signature de l'infirmière**

 \_\_\_\_\_  
**Signature du médecin responsable**