

Numéro d'intervention :  
.....

Questionnaire à remplir en cas de réanimation spécialisée avec dossier REAC

Données du patient à remplir (si non fait dans dossier REAC)	
Poids (estimé)  _ _ _  kg	Taille (estimée)  _ _ _  cm

Données de l'arrêt cardiaque (à remplir si non fait dans REAC)		
ACR  _ _ h _ _	No flow  _ _ _  min	Low flow  _ _ _  min
Compressions thoraciques	<input type="radio"/> Manuelles	<input type="radio"/> Planche à masser / LUCAS

Données sur l'arrêt des compressions (1 colonne par opérateur)					
Diplôme Opérateur					
Nb d'années d'expérience					
Nb de tentatives					
Arrêt des compressions	Nb	_	_	_	_
	Durée	_ _  sec	_ _  sec	_ _  sec	_ _  sec
	Exposition	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N
	Passage de sonde	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N
	Autre				

Données de l'intubation			
Position du patient	<input type="radio"/> Décubitus dorsal	<input type="radio"/> Assis	<input type="radio"/> Autre : _____
Position du professionnel	<input type="radio"/> Amendée de Jackson	<input type="radio"/> Piolet	<input type="radio"/> Décubitus ventral
BURP <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	Sellick : <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> N	Cormack <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	Force de traction : <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Elevée
ETCO2 Initial  _ _	A 3 min  _ _		
Si absence d'intubation malgré réanimation spécialisée, pourquoi _____			

<input type="radio"/> Intubation difficile (remplir le tableau)	<input type="radio"/> Intubation non difficile (fin du questionnaire)			
<b>Critères d'intubation difficile</b>	<input type="checkbox"/> ACR traumatique	<input type="checkbox"/> Difficulté d'accès au patient (incarcération par exemple)	<input type="checkbox"/> Cou court	<input type="checkbox"/> Grossesse > 6 mois
<input type="checkbox"/> Trauma facial	<input type="checkbox"/> Manque d'espace	<input type="checkbox"/> Œdème/ Goitre/ Lésion ORL	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Petite ouverture de bouche
<input type="checkbox"/> Social / Psychologique	<input type="checkbox"/> Vomissement/ Régurgitation	<input type="checkbox"/> Environnement dangereux	<input type="checkbox"/> Barbe/ Moustache	<input type="checkbox"/> Météo défavorable
<b>Moyens utilisés :</b>	<input type="checkbox"/> Guide ex Frova	<input type="checkbox"/> Mandrin (stylet)	<input type="checkbox"/> Aritraq	<input type="checkbox"/> Vidéo laryngoscope
<input type="checkbox"/> Masque laryngé type I gel	<input type="checkbox"/> Masque laryngé type fastrach	<input type="checkbox"/> Intubation rétrograde	<input type="checkbox"/> Crico	<input type="checkbox"/> Intubation nasotrachéale
<input type="checkbox"/> Autre : _____				