

PROTOCOLE COVID 19 pour médecin coordonnateur

- Organiser et définir en amont de l'épidémie possible dans l'EHPAD un secteur dédié COVID+ identifié.
- Avoir défini pour chaque résidents un niveau de soins : quels sont les résidents pour lesquels une PEC et une surveillance des symptômes en gériatrie aigue doit être envisagée (GIR 3- 4)
- Disposer d'un protocole de prise en charge des symptômes respiratoires
- -En soins habituel d'un patient ayant une pneumopathie COVID+
- -En situation palliative

PATIENT ou RESIDENT « SUSPECT » : Fièvre sup ou égale à 38 et signes respiratoires et /ou diarrhées, changement de comportement et chute.

- ☐ Les soignants doivent porter un masque chirurgical ainsi que le patient
- ☐ Si en chambre seule : l'isoler dans sa chambre
- ☐ Si en chambre double : l'isoler dans une chambre seule
- ☐ Si dément déambulant : ne pas le changer d'unité et essayer de le confiner dans sa chambre (car si + les autres résidents sont déjà cas contact)
- ☐ Prévenir le médecin et organiser le dépistage du premier cas (Laboratoire de ville et CERBA)
- ☐ A faire en tenue COVID avec écouvillon grippe à adresser au labo dans l'emballage fournit par le labo.

1) Si premier cas positif :

- ☐ Poursuivre isolement et mettre en place des mesures barrières de la part du personnel.
- ☐ Gérer les symptômes : fièvre, douleurs diffuses avec paracétamol si mal tolérée
 - Si anxiété SERESTA ou XANAX
 - Hydratation per os ou G5% sous cutanée
 - Prévention TVP sous HBPM en préventif
- ☐ Si signes respiratoires toux : débiter ROCEPHINE SC 1g/j
- ☐ Surveillance saturation x3/jour minimum
- ☐ Oxygène nasal (objectif 93% sauf BPCO)
- ☐ Respecter la PA élevée, suspendre les IEC et préférer les ICA
- ☐ Signes biologiques fréquents à ne pas surveiller systématiquement : rhabdomyolyse, lymphopénie, thrombopénie, élévation modérée de la CRP, hypokaliémie.

→ **Si deuxième cas positif**, considérer que tout nouveau résident symptomatique est positif sans prélèvement diagnostic : il sera d'emblée mis dans la zone dédiée pour faciliter la PEC par un personnel dédié.

- 2) Si évolution péjorative avec désaturation sous O2 3l et/ou apparition de signes de lutte
FR > 30/min :
GIR 1 et 2

Gérer inconfort respiratoire avec

- **Morphine SC** à la seringue électrique si possible 0.2 à 0.5 mg/h
Si pas de MORPHINE injectable → **MATRIFEN 12** en patch
+ **ORAMORPH 5 gouttes** Po initialement (solution compte-goutte (20mg/ml) en sublingual)
ou **ACTISKENAN 5 mg** en sub lingual (possibilité d'ouvrir la gélule). A renouveler toutes les 4h pendant 12h.
- anxiolytiques : **CLONAZEPAM 1mg** en SC à relayer toute les 8h ou relais par **VALIUM 1%** sol buv en sub lingual (3 gouttes = 1mg) donner 5 à 10 gouttes à renouveler en fonction des symptômes.
- Si encombrement bronchique : Patch de **SCOPODERM** à titrer jusqu'à 3.
- Si vomissements : **Plitican sc 1 ampoule** (ou **HALDOL 5 mg** : ½ ampoule si pas d'amélioration agitation ou vomissements)

- 3) Si poursuite aggravation et détresse respiratoire aigüe terminale :

Morphine en SC 10 mg d'emblée en SC soit par bolus de 5mg en 5 mg espacé de 20 min.

PROCEDURE COVID - EHPAD 78

PEC patients COVID +



ANTICIPER CONDITIONS de TRANSFERT en discutant les GIR 3- 4 pour transfert en gériatrie aiguë dès que oxygénorequérance $\geq$ ou $\geq$ 3l/min

Evolution : Aggravation possible sur le plan respiratoire entre J7 et J 10 du début des symptômes

Cependant possibilité d'amélioration sous oxygénothérapie prolongée entre 3 et 6 litres sans nécessité de recours à la morphine si tolérance.

Persistance d'une asthénie sévère, d'une anorexie et d'un train fébrile (15 j) .

Dépister les complications liées au décubitus (phlébite, trouble de ventilation des bases, escarre..)

➔ Mettre au fauteuil, CNO.

Annexes : <https://sfgg.org/actualites-covid-19/prise-en-charge-en-ehpad/>