Fiche de saisie e-MUST 2019

Evaluation en Médecine d'Urgence des Stratégies Thérapeutiques des SCA ST+<24h pris en charge (PEC) par les SAMU/SMUR d'Île-de-France

SMUR : _____ SAMU : ☐☐ Date : ___ /___ /20____ Heure de PEC ☐☐ h ☐☐ mn

N° patient donné par le SAMU ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° de séjour donné par l'administration = NDA (N° étiquette) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PEC PRIMAIRE ☐

Code postal du lieu de PEC : ☐☐☐☐☐

Commune du lieu de PEC : _____

1° appel au SAMU :

-Par : Patient ou proche ☐ Généraliste ☐ Cardiologue libéral ☐

Sapeurs-pompiers ou secouristes sur place ☐ Autre ☐

-Date : ___ / ___ / 20___ H. ☐☐ h ☐☐ mn

-SMUR déclenché dès l'appel au SAMU: OUI ☐ ou NON ☐

PEC SECONDAIRE ☐

Etablissement de soins (ES) : _____

Service : SAU ☐ UHCD ☐ Méd/Chir ☐ Réa ☐ USIC ☐ Autre ☐

Si PEC au SAU uniquement, remplir les case ci-dessous

-Avant son arrivée au SAU, le patient a appelé :

Le SAMU ☐ Les pompiers ☐ Son médecin ☐ N'a pas appelé ☐

→ Si appel au SAMU : Date : ___ /___ / 20___ H. ☐☐ h ☐☐ mn

-Mode d'arrivée au SAU : Propres moyens ☐ Ambulance ☐ VSAV ☐ SMUR ☐

-Arrivée au SAU : Date : ___ /___ / 20___ H. ☐☐ h ☐☐ mn

-ECG validant : Date : ___ /___ / 20___ H. ☐☐ h ☐☐ mn

-Appel au SAMU pour secondaire Date : ___ /___ / 20___ H. ☐☐ h ☐☐ mn

DEBUT DE LA DOULEUR THORACIQUE Date : ___ /___ / 20___ H. ☐☐ h ☐☐ mn

CRITERES D'INCLUSION (délai "début de la douleur-appel au SAMU" < 24 h)

1. Douleur typique > à 20 min ☐ OU autre douleur ☐
2. ET sus-décalage ST >0,1 mV dans les dérivations frontales (D1, D2, D3, aVL et aVF), précordiales gauches (V4 à V6) ou postérieures (V7 à V9) ou >0,2 mV dans les dérivations précordiales droites (V1 à V3), dans au moins 2 dérivations contiguës d'un territoire coronaire OU sous-décalage ST de V1 à V3 (miroir d'un sus-décalage de ST inféro-postérieur) OU BBG récent
3. ET patient non en ACR au moment de la prise en charge par le SMUR et avant l'ECG qualifiant

PATIENT Sexe : F ☐ ou H ☐ DDN : ___ /___ / _____

ANTECEDENTS ET FACTEURS DE RISQUE

Interrogatoire impossible ☐ Coronaropathie personnelle ☐ Diabète ☐ Dyslipidémie ☐ Surpoids ☐

Aucun antécédent ☐ Coronaropathie familiale ☐ HTA ☐ Tabagisme actif ☐ Tabagisme sevré ☐

TRAITEMENT DE FOND PAR Anticoagulant : AVK ☐ ou Anticoagulant Oral Direct ☐ Antiagrégant plaquettaire: Aspirine ☐ Autre ☐

SIEGE DE L'INFARCTUS Antérieur et/ou latéral ☐ Inférieur ☐ Autre ☐

ELEMENTS DE GRAVITE

Killip I ☐, II ☐, III ☐ ou IV ☐ Catécholamines ☐ Troubles rythme/conduction ☐ RCP+/- Choc élec. ☐ IOT/VC ☐

1° élément de gravité survenu : avant PEC SMUR ☐ ou pendant PEC SMUR ☐ Date ___ /___ / 20___ H. ☐☐ h ☐☐ mn

DECISION DE DÉSOBSTRUCTION CORONAIRE PRISE PAR LE SMUR

OUI ☐ par Thrombolyse (THB) pré-hospitalière ☐ Date: ___ /___ / 20___ H. d'injection ☐☐ h ☐☐ mn

Angioplastie (ATL) primaire ☐ Date: ___ /___ / 20___ H. accord ATL ☐☐ h ☐☐ mn

Si TBH recommandée, existe-il un motif de non THB ?

Non ☐ ou Oui ☐ : Contre-indication à la THB ☐ Inclusion dans un essai clinique ☐ Refus du patient ☐ Autre ☐

NON ☐ car 1/ THB injectée avant la PEC SMUR ☐ Date: ___ /___ / 20___ H. d'injection ☐☐ h ☐☐ mn

2/ ATL décidée avant la PEC SMUR ☐ Date: ___ /___ / 20___ H. accord ATL ☐☐ h ☐☐ mn

3/ Autre ☐

AUTRES TRAITEMENTS ADMINISTRES AU PATIENT (quel que soit le prescripteur)

Antalgique : Paracétamol ☐ Morphine ☐ Autre ☐ TNT IV ☐ Bêtabloquant ☐

Anticoagulant : HNF ☐ HBPM ☐ Bivalirudine ☐ Autre ☐ / **Administration en** : bolus ☐ PSE ☐ SC ☐

Antiagrégant plaquettaire : Aspirine ☐ Clopidogrel ☐ Ticagrelor ☐ Prasugrel ☐ AntiGP2B3A ☐ Autre ☐

DESTINATION DU PATIENT Décédé avant hospitalisation ☐

Établissement: _____ Département: ☐☐ Service: USIC ☐ Salle de KT ☐ Urgences ☐ Réa ☐ Autre ☐

Date: ___ /___ / 20___ H. d'arrivée ☐☐ h ☐☐ mn

TRAITEMENT HOSPITALIER (DANS LES 24H APRES LA PRISE EN CHARGE)

Coronarographie ☐ Date: ___ /___ / 20___ H. ponction ☐☐ h ☐☐ mn

ATL ☐ Date: ___ /___ / 20___ H. passage guide ☐☐ h ☐☐ mn

Echec de réouverture ☐

THB hospitalière de 1° intention ☐ Pontage aorto-coronaire (PAC) en urgence ☐ TTT médical seul sans THB ni coro ni ATL ☐

EVENEMENTS PENDANT L'HOSPITALISATION

Décès	NON ☐ ou OUI ☐	Date: ___ /___ / 20___
AVC	NON ☐ ou OUI ☐	Date: ___ /___ / 20___ Hémorragie ☐ Ischémie ☐ ou Inconnu ☐
ATL ou PAC en urgence	NON ☐ ou OUI ☐	Date: ___ /___ / 20___
Transfusion	NON ☐ ou OUI ☐	Date: ___ /___ / 20___
Autre événement	NON ☐ ou OUI ☐	Type: _____