

ECG 18 dérivations **DIAGNOSTIC** + D2 long +++
Scope ECG, PNI, SpO₂, Examen clinique (IC etc.)

EVALUATION DE LA TOLERANCE

BONNE

- Pas d'insuffisance cardiaque
- Pas de douleur angineuse
- Bonne hémodynamique

SURVEILLANCE

Discuter explorations complémentaires

MODEREE

- Insuffisance cardiaque
- Douleur angineuse/SCA
- Hypotension

QRS FIN ?
< 120ms

QRS FIN

Cf. Tachycardie A QRS fin Modérément tolérée

QRS LARGE

Cf. Tachycardie A QRS large Modérément tolérée

MAUVAISE

- Perte de connaissance
- Choc
- Détresse respiratoire

CARDIOVERSION ELECTRIQUE EN URGENCE

Si FA/Flutter

Avant le geste

LOVENOX SC 100UI/kg

Si conscient SEDATION

PROPOFOL

0,5-0,8 mg/kg en bolus

Puis CEE

200J (max 360J)

Biphasique synchrone

3x Si Besoin = orage rythmique

Ajouter CORDARONE

300mg IVSE 10'

Puis CORDARONE

900mg/24h

Echec/Récidive/Dégradation

ANESTHESIE GENERALE

Cf. ISR et IOT

PED :

Si conscient SEDATION

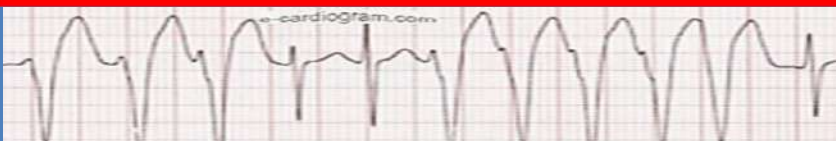
KETAMINE 1 mg/kg ou

PROPOFOL 1 mg/kg

Puis CEE

1J/kg puis **2J/kg** si échec

PIEGE : FA + WOLF PARKINSON WHITE



« QRS en accordéon »

Pas d'ATP, passage en TV et risque d'ACR

CORDARONE : 5mg/kg sur 20' Puis relais 50mg/h

+ ANTICOAGULATION : LOVENOX : 100UI/kg en SC

OU CEE si mal toléré