

CARUM 2019



CESIMMO

REFONTE DU RÉFÉRENTIEL DU SAUVETAGE AU COMBAT: POURQUOI ET COMMENT ?

29 Novembre 2019

ICaSS P Valérie BELLARD

MC Luc AIGLE

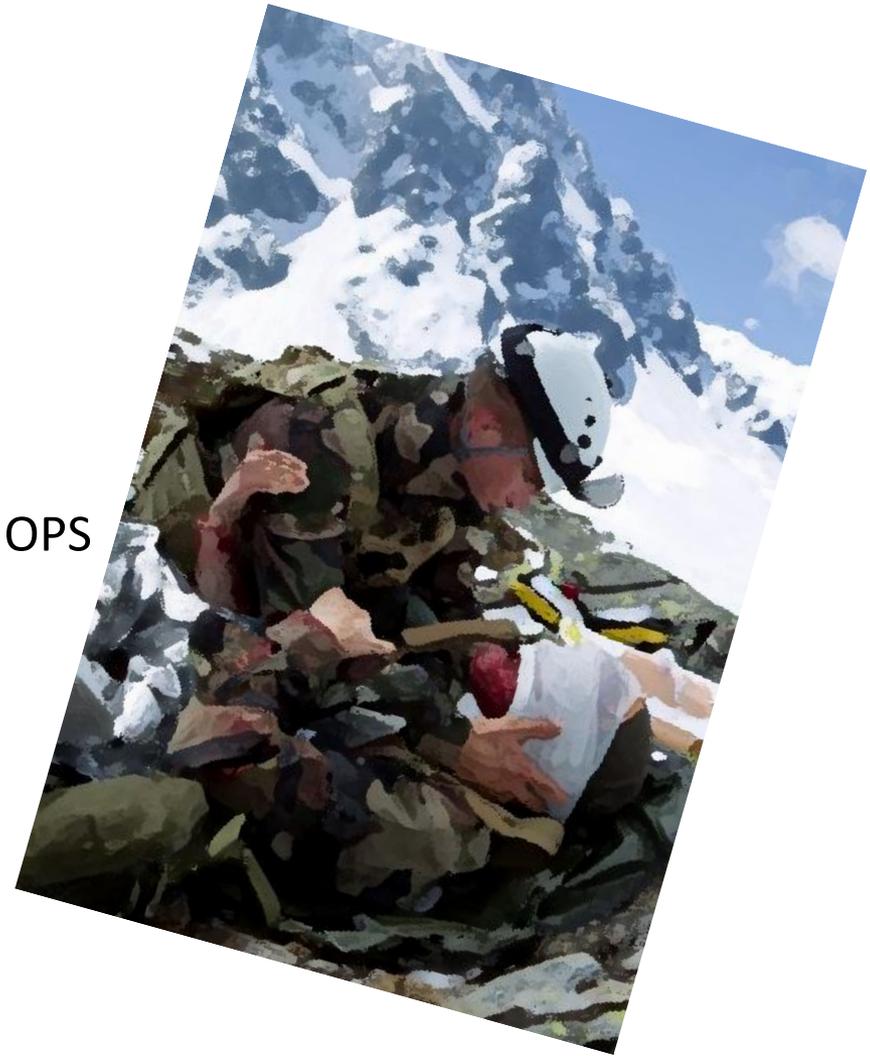


Ecole du Val-de-Grâce



SOMMAIRE

- Historique
- Ses enjeux?
 - Son activité
 - Un changement de paradigme
 - Répondre au besoin de la prépa OPS
- Construire un référentiel commun
 - Pourquoi ?
 - Comment ?
 - Composition du référentiel
 - Organisation
- Perspectives du CESImMO



Des CITEra au CESimMO

Projet SSA 2020: changement de paradigme

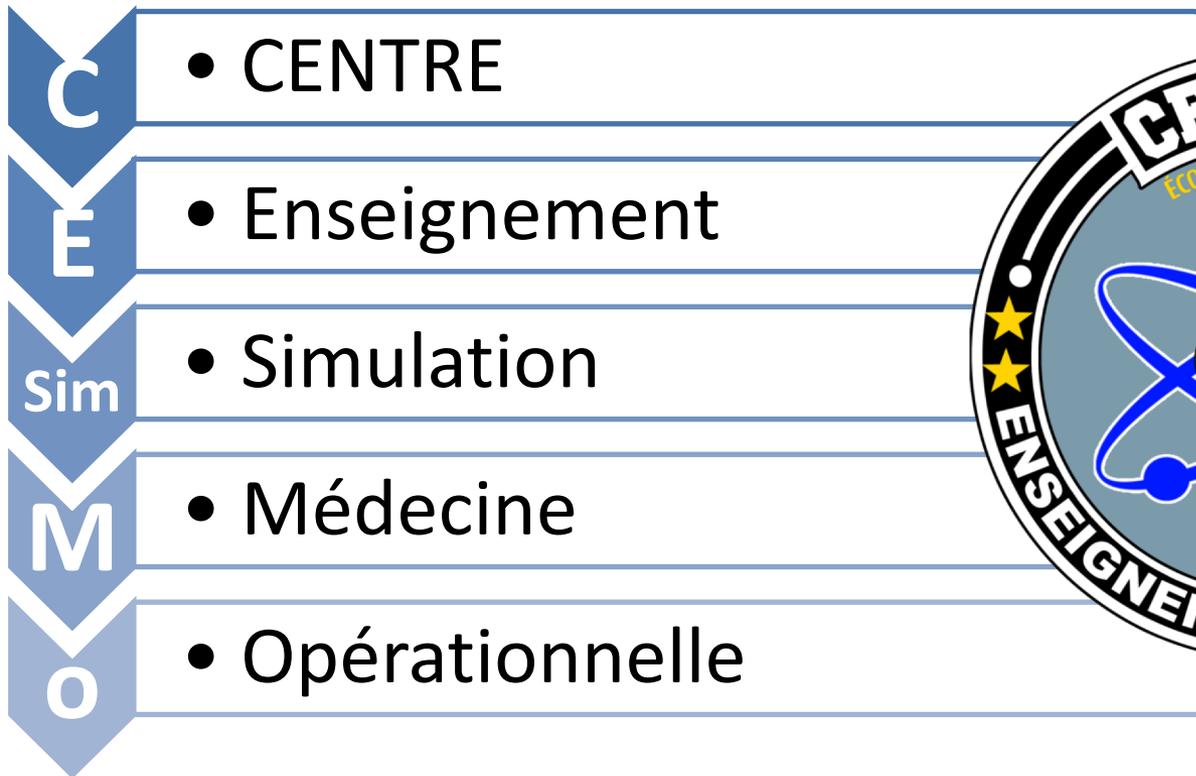
- Objectifs pour la formation:
« Centrer le dispositif de formation sur la raison d'être du SSA et l'adapter aux évolutions du monde de la santé »

Pour réussir ces défis, et gagner en efficience, le principe de concentration s'appliquera également aux moyens de la formation :

- réduction du nombre d'écoles, concrétisée par la densification du site de Lyon grâce au transfert de l'EPPA sur le site de l'ESA en 3 ans, à partir de 2016⁵⁹ ;
- diminution du nombre de CITEra de 6 à 3 et rationalisation des équipements de l'enseignement par simulation;

Concentration - Simplification - Ouverture

LE CESIMMO



Décision N°521621/DEF/DCSSA/RH/PF2R

16 octobre 2014

Décision N° 518802/ARM/DCSSA/RH/PF2R

22 décembre 2017

○ — Ses enjeux ?



Maintenir
et
développer
l'activité



Amorcer le
changement de
paradigme
(communiquer)



Répondre
aux besoins
de la
prépa-ops
pour tous

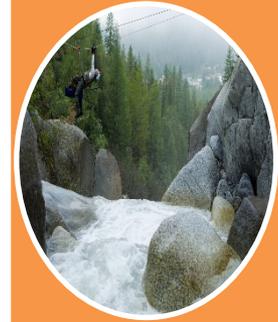


Construire un
enseignement
et un
référentiel
commun



Harmoniser

l'enseignement
du SC



Evaluer et
certifier le
CESimMO
(qualité et
reconnaissance)



M : maintenir et augmenter l'activité

2014 : Création du CESimMO

- 3 Antennes
- 1530 Stagiaires formés
- 22 MCSBG
- 7 MédicHos

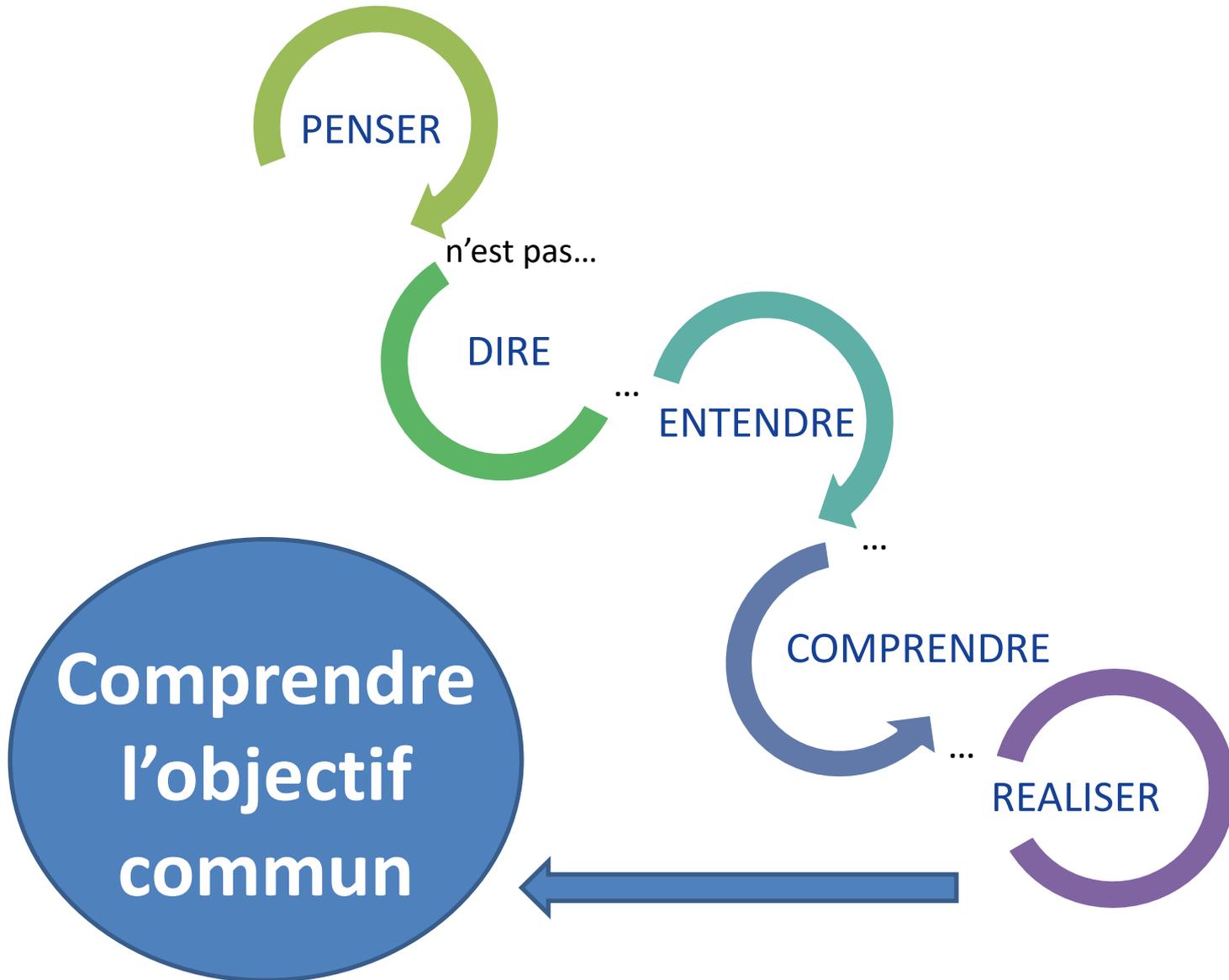
2017 : Après 3 ans d'existence

- 3 Antennes
- 3647 Stagiaires formés **+230 %**
- 41 MCSBG + 86 %
- 13 MédicHos + 85% (8 Terre – 3 FS – 2 Air)

2018 : Après 4 ans d'existence

- 4 Antennes
- 2456 Stagiaires formés - 32,65% **+12,61% pour la PO**
- **44** MCSBG
- **13** MédicHos

A : Amorcer le changement de Paradigme



○ R : Répondre aux besoins de la prépa-ops

1. Le Sauvetage au Combat R1

📺 MCSBG : SAFE MARCHÉ RYAN
[- Présentation CESimMO 2019.mov](#)

📺 MédicHos : le CRM SSA - FORCE
[- MEDICHOS CALVI .mp4](#)

R : Répondre aux besoins de la prépa-ops

2.

La préparation opérationnelle pour tous...



Les EMSLB – ouverture Civils ...

○ Au cœur de la préparation opérationnelle



C : Construire un référentiel d'enseignement du SC

- Pour plus de cohérence:

Service de santé
des armées

MINISTÈRE
DES ARMÉES

Référentiel Technique pour Le Sauvetage au Combat

FICHES D'ENSEIGNEMENT DES GESTES TECHNIQUES

06 Février 2019

ICaSS P Valérie BELLARD
Coordinatrice du CESimMO

École du
Val-de-Grâce

CESIMMO
ENSEIGNER POUR SAUVER

○ — Pourquoi ?

- ✓ Volonté depuis 2013 d'harmoniser l'enseignement du Sauvetage au Combat.
- ✓ Manuel commun pour tous les primo-formateurs SC1 SC2 et SC3.
- ✓ Homogénéisation des pratiques dans toutes les armées et la gendarmerie.
- ✓ Fiches techniques à intégrer selon le niveau à tous les référentiels de formation.

○ — Comment?

✓ Démarche projet ré initiée en février 2018:

- Chef Projet: ICaSS P Valérie BELLIARD
- Adjoint CP et rédacteur du référentiel: ISG 2G David FLE

✓ Comité de rédaction composé des:

- Membres du CESimMO : équipe paramédicale
- Membres du CeFOS : équipe paramédicale
- Professeurs agrégés de la Médecine des forces et d'urgences

○ — Comment?

- ✓ **Comité de relecture oct 2018 – jan 2019 composé des :**
 - Membres du CESimMO: Equipe médicale
 - Membre du CeFOS: MC NOVEL
 - Professeurs agrégés (réanimation, médecine d'urgence, des forces)

- ✓ **Modalité de validation Février 2019 la V1 :**

- Directeur de l'EVDG, président du COESC

Après avis

- Titulaire de la chaire d'Anesthésie et de Réanimation appliquée aux armées
- Titulaire de la chaire de Chirurgie appliquée aux armées

- ✓ **Septembre 2019 la V2**

Composition du référentiel

- Les fiches conduites a tenir
(SAFE MARCHÉ RYAN)
- Les fiches techniques
- Les fiches protocoles
- Les fiches matériels



Organisation du référentiel

M : MASSIVE BLEEDING CONTROL					VERSION	MISE A JOUR
CAT	M		2	Conduite à tenir M	1.D.M.01	Décembre 2018
FT	M	SC1	3	Le garrot tactique	1.FT.M.01	Octobre 2018
FT	M	SC1	2	Le garrot de fortune	1.FT.M.02	Octobre 2018
FT	M	SC3	2	Le garrot pneumatique type Delfi®	1.FT.M.03	Octobre 2018
FT	M	SC1	2	Le pansement compressif d'urgence	1.FT.M.04	Octobre 2018
FT	M	SC2	2	Le pansement compressif Olaes®	1.FT.M.05	Octobre 2018
FT	M	SC2	2	Le pansement compressif H-bandage®	1.FT.M.06	Octobre 2018
FT	M	SC2	2	Le pansement hémostatique QuikClot®	1.FT.M.07	Octobre 2018
FT	M	SC3	2	La conversion du garrot tactique	1.FT.M.08	Octobre 2018
FT	M	SC2	3	La ceinture pelvienne	1.FT.M.09	Octobre 2018
FT	M	SC3	2	La ceinture SJT	1.FT.M.10	Octobre 2018
FT	M	SC3	2	Plaie du cuir chevelu	1.FT.M.11	Octobre 2018
FT	M	SC2	2	Le packing de plaie	1.FT.M.12	Octobre 2018
FT	M	SC3	3	Epistaxis	1.FT.M.12	Octobre 2018

Organisation du référentiel

CONDUITE A TENIR MASSIVE BLEEDING CONTROL

FICHE
-
C.A.T I.D.M.01

Généralités :

- Les hémorragies sont la première cause de décès évitables ;
- Il faut traquer méticuleusement toutes les hémorragies pour les arrêter ;
- On distingue trois types d'hémorragies :
 - Les hémorragies garrotables et/ou compressibles (hémorragies des membres), sur lesquelles tous les sauveteurs ont une action potentielle ;
 - Les hémorragies non garrotables mais compressibles (hémorragies jonctionnelles, du scalp, épistaxis), qui seront prises en charge au moins au nid de blessés (ouverture de la TIC) ou au point de regroupement des blessés (ouverture des sacs médicaux) ;
 - Enfin les hémorragies qui ne sont ni garrotables ni compressibles (thorax, abdomen, bassin), qui doivent être évacuées le plus rapidement possible pour une prise en charge chirurgicale.

Objectif :

- Contrôler les hémorragies est l'action prioritaire du sauveteur.

Actions à mener :

Sur le site de la blessure

- Stopper immédiatement les hémorragies visibles. Pas de déshabillage ;
- La pose du garrot tactique ou de fortune par le blessé lui-même ou par un camarade est la seule action potentiellement réalisable sous le feu (Cf. [1.FTM.01.02](#)) ;
- En dehors des actions de feux, on débutera par une compression manuelle directe relayée immédiatement par un pansement compressif ou un garrot tactique si nécessaire ;
- Se protéger dès que possible en remplaçant les gants de combat par des gants de soins à usage unique ;
- Ensuite il va être nécessaire de chercher les autres hémorragies et agir en conséquence, par étape afin d'être en sécurité ;

Au nid de blessés :

- Le blessé est laissé dans la position dans laquelle il se sent le mieux (généralement allongé)
- Vérifier l'efficacité des garrots qui ont été posés ; resserrer ou rajouter un garrot si insuffisant ;
- Déséquiper sommairement le blessé si le contexte le permet ;
- Chercher les hémorragies compressibles dans les zones difficiles (tête, plis aisselles et aines, thorax, abdomen, bassin, dos) en étant méthodique, examen de la tête aux pieds ou des pieds à la tête ;
- Les compressions manuelles directes seront relayées par la mise en place les pansements compressifs, associés ou non à du packing simple ou hémostatique de plaie (Cf. [1.FTM.04.05.06.07.12](#)) ;



Rédaction :
Août 2018

Relecture :
Décembre 2018

Validation :

p. 1

SC 1 2 3

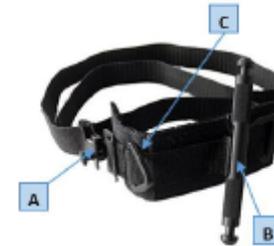
GARROT TACTIQUE

M

FICHE
TECHNIQUE I.F.T.M.01

Description :

- Le garrot réglementaire est le SOP[®]T ;
- Il se compose d'une sangle, d'un système de serrage (A), d'une barre métallique (B) et un ou deux triangles de blocage (C) ;
- De nombreux autres modèles existent. Ne jamais choisir de contrefaçon.



Comment :

Le garrot tactique se pose sur la partie la plus haute (racine) du membre (la cuisse ou le bras) qui saigne, optimisant ainsi les chances d'être au-dessus de l'hémorragie. Celui-ci peut être posé par le combattant lui-même en première intention.

Poser le garrot :

1. Enfiler des gants à usage unique, à défaut, les gants de combat ;
2. Mettre en place le garrot à la racine du membre (en laissant la place pour qu'un second garrot puisse être rajouté) ;
3. Serrer la bande de tissu au maximum ;
4. Tourner la barre métallique de serrage au maximum ou alors jusqu'à l'arrêt du saignement (ce geste est douloureux ! mais ne doit pas interrompre la mise en place) ;
5. Vérifier l'arrêt de saignement ;



Rédaction :
Août 2018

Relecture :
Décembre 2018

Validation :

p. 1

http://www.sante.defense.gouv.fr/site/index.php?id_path=4_3&idpub=7213&idb=86&idsd=8

Conduite à tenir

CONDUITE A TENIR MASSIVE BLEEDING CONTROL

FICHE
-
I.D.M.01
C.A.T

Généralités :

- Les hémorragies sont la première cause de décès évitables ;
- Il faut traquer méticuleusement toutes les hémorragies pour les arrêter ;
- On distingue trois types d'hémorragies :
 - Les hémorragies garrotables et /ou compressibles (hémorragies des membres), sur lesquelles tous les sauveteurs ont une action potentielle ;
 - Les hémorragies non garrotables mais compressibles (hémorragies jonctionnelles, du scalp, épistaxis), qui seront prises en charge au moins au nid de blessés (ouverture de la TIC) ou au point de regroupement des blessés (ouverture des sacs médicaux) ;
 - Enfin les hémorragies qui ne sont ni garrotables ni compressibles (thorax, abdomen, bassin), qui doivent être évacuées le plus rapidement possible pour une prise en charge chirurgicale.

Objectif :

- Contrôler les hémorragies est l'action prioritaire du sauveteur.

Actions à mener :

- **Sur le site de prise en charge :**
 - Stopper immédiatement les hémorragies visibles. Pas de déshabillage ;
 - La pose du garrot tactique ou de fortune par le blessé lui-même ou par un camarade est la seule action potentiellement réalisable sous le feu (Cf. [1_FT.M.01_02](#)) ;
 - **En dehors des actions de feux**, on débutera par une compression manuelle directe relayée immédiatement par un pansement compressif ou un garrot tactique si nécessaire ;
 - Se protéger dès que possible en remplaçant les gants de combat par des gants de soins à usage unique ;
 - Ensuite il va être nécessaire de chercher les autres hémorragies et agir en conséquence, par étape afin d'être en sécurité.
- **Au nid de blessés :**
 - Le blessé est laissé dans la position dans laquelle il se sent le mieux (généralement allongé) ;
 - Vérifier l'efficacité des garrots qui ont été posés ; resserrer ou rajouter un garrot si insuffisant ;
 - Déséquiper sommairement le blessé si le contexte le permet ;
 - Chercher les hémorragies compressibles dans les zones difficiles (tête, plis aisselles et aines, thorax, abdomen, bassin, dos) en étant méthodique, examen de la tête aux pieds ou des pieds à la tête ;
 - Les compressions manuelles directes seront relayées par la mise en place les pansements compressifs, associés ou non à du packing simple ou hémostatique de plaie (Cf. [1_FT.M.04_05_06_07_12](#)) ;
 - Stabiliser le pelvis (Cf. [1_FT.M.09](#)).



Rédaction :
Août 2018

Relecture :
Décembre 2018

Validation :
Avril 2019

CONDUITE A TENIR MASSIVE BLEEDING CONTROL

FICHE
-
I.D.M.01
C.A.T

➤ Au point de regroupement des blessés :

- Déshabiller totalement le blessé (puis le recouvrir dès que possible) ;
 - Vérifier à nouveau l'efficacité des garrots ou des pansements mise en place ;
 - Se poser la question de la conversion du garrot (Cf. [1_FT.M.08](#)) ;
 - Mettre en place des moyens plus élaborés : garrot pneumatique DELFTI® (Cf. [1_FT.M.03](#)), Sam Junctionnal Tourniquet® (Cf. [1_FT.M.10](#)) ;
 - Réaliser si besoin la suture du cuir chevelu (Cf. [1_FT.M.11](#)) ;
 - Contrôler les épistaxis (Cf. [1_FT.M.13](#)) ;
 - Protéger les éviscérations.
- Si l'hémorragie est non garrotable non compressible : le blessé doit être évacué le plus vite possible vers une structure chirurgicale (ROLE 2).

Points clés :

- Laisser le blessé dans la position dans laquelle, il se sent le mieux ;
- La pose du garrot est le seul geste qui peut être réalisé sous le feu ;
- Etre méthodique pour ne pas passer à côté d'une hémorragie ;
- Le bon geste par le bon sauveteur au bon moment :

Sous le feu	Pose du garrot tactique	SC1 SC2 SC3
Nid de blessés	Pose du garrot de fortune	SC1 SC2 SC3
	Compression manuelle directe	SC1 SC2 SC3
	Pansement compressif d'urgence	SC1 SC2 SC3
	Packing de plaie	SC2 SC3
	Pansement Olaes®	SC2 SC3
	Pansement H-Bandage®	SC2 SC3
	Pansement hémostatique QuikClot®	SC2 SC3
	Ceinture pelvienne	SC2 SC3
Point de regroupement des blessés	Sam Junctionnal Tourniquet®	SC3
	Garrot pneumatique	SC3
	Conversion du garrot tactique	SC2 isolé SC3
	Plaie du Cuir chevelu	SC3
	Contrôle des Epistaxis	SC3



Rédaction :
Août 2018

Relecture :
Décembre 2018

Validation :
Avril 2019

Fiche technique

SC 1 2 3

GARROT TACTIQUE

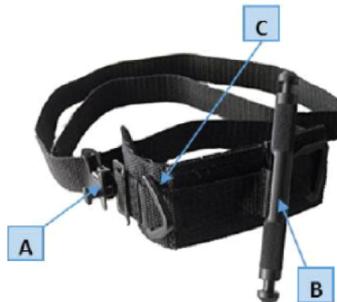
M

FICHE
TECHNIQUE

1.FT.M.01

Description :

- Le garrot réglementaire est le SOF®T ;
- Il se compose d'une sangle, d'un système de serrage (A), d'une barre métallique (B) et un ou deux triangles de blocage (C) ;
- De nombreux autres modèles existent. Ne jamais choisir de contrefaçon.



Comment :

Le garrot tactique se pose sur la partie la plus haute (racine) du membre (la cuisse ou le bras) qui saigne, optimisant ainsi les chances d'être au-dessus de l'hémorragie. Celui-ci peut être posé par le combattant lui-même en première intention.

Poser le garrot :

1. Enfiler des gants à usage unique, à défaut, les gants de combat ;
2. **Mettre en place** le garrot à la racine du membre (en laissant la place pour qu'un second garrot puisse être rajouté) ;
3. **Serrer** la bande de tissu au maximum ;
4. **Tourner** la barre métallique de serrage au maximum ou alors jusqu'à l'arrêt du saignement (ce geste est **douloureux !** mais ne doit pas interrompre la mise en place) ;
5. **Vérifier** l'arrêt de saignement ;



Rédaction :
Avril 2018

Relecture :
Décembre 2018

Validation :
Avril 2019

SC 1 2 3

GARROT TACTIQUE

M

FICHE
TECHNIQUE

1.FT.M.01

6. **Bloquer** la barre métallique dans un des petits triangles plastiques, dont un est mobile ;
7. **Visser** la molette pour éviter qu'un choc ne desserre secondairement le garrot ;
8. **Noter** sur le front du blessé avec un marqueur permanent la lettre « T » correspondant à « Tourniquet » qui signifie « garrot » en anglais, ainsi que l'heure de la pose à 4 chiffres (ex 13h23).



S'il est impossible d'écrire sur le front, écrire sur une partie visible du blessé ou sur le garrot lui-même (sur certains garrots, une étiquette est prévue à cet effet).

Ne jamais écrire l'heure de pose sur les vêtements (risque de découpage de tenue lors de la prise en charge).

Points particuliers :

- Lors de la perception initiale, il est recommandé de l'assouplir en le manipulant, et de le positionner prêt à l'emploi (boucle formée à la taille de son propre membre supérieur, barre de serrage au contact du tissu, vis desserrée), la constatation de toute anomalie nécessite un changement immédiat auprès du Role 1 ;
- Avant chaque mission, contrôler la présence de la vis et vérifier que les dents de la boucle ne soient pas usées ;
- Il est nécessaire de contrôler régulièrement, voire de resserrer un garrot déjà posé ;
- En cas d'inefficacité, un second garrot devra être posé ;
- Une fois posé, la pertinence du garrot sera réévaluée régulièrement par un SC3 avec conversion dès que possible ([Cf. 1.FT.M.08](#)).

Risques :

1. Décès rapide du blessé si garrot :
 - Mal posé ou non sécurisé ;
 - Mal serré ;
 - Posé tardivement.
2. Amputation du membre :
 - Envisagée par le chirurgien au-delà de 6 heures de pose en continu
3. Utiliser un garrot contrefait, usé, ancien rendu fragile et/ou inefficace.



Rédaction :
Avril 2018

Relecture :
Décembre 2018

Validation :
Avril 2019

Fiche technique

SC 1 2 3

GARROT TACTIQUE

M

FICHE
TECHNIQUE

1.FT.M.01

Critère d'efficacité :

Arrêt du saignement.

A retenir :

- Le placer au plus haut (racine) du membre ;
- Ordre de mise en place : Serrer/Tourner/Vérifier/Bloquer/Visser/Noter l'heure ;
- Un garrot est douloureux, ne pas interrompre la pose, ne pas desserrer en cas de couleur : intérêt de l'administration de morphine ;
- Réévaluation dès que possible par un SC3.

Fiche de protocole

SC 3 AMINES C PROTOCOLE 2.P.C.03

Description :

- Mise en œuvre d'un traitement vasopresseur pour maintenir un niveau de pression artérielle (PA) déterminé si le remplissage vasculaire seul n'est pas suffisant ;
- Objectifs de PA :
 - Pous radial perceptible chez le blessé hémorragique en l'absence de moyen de mesure de la PA ;
 - PAS à 80 mm Hg chez le blessé hémorragique ;
 - PAS à 120 mm Hg chez le neuro-agressé en l'absence de choc hémorragique.
- L'administration en continu au pousse-seringue électrique (PSE) est mieux tolérée et limite les à-coups hypertensifs pouvant être à l'origine d'une reprise de saignement.

Adrénaline 1mg / 1ml CPS 1018022	Noradrénaline 8mg / 4ml CPS 1017560
	

Comment :

- Au nid de blessé : Utilisation d'adrénaline en bolus répétés de 0.1 mg :
 - Dilution d'une ampoule de 1 mg (1 ml) d'adrénaline dans 9 ml de NaCl 0.9% (soit 0.1 mg/ml).
- Au point de regroupement des blessés : utilisation d'amines au pousse seringue électrique :
 - Dilution d'une ampoule de 8 mg (4 ml) de noradrénaline dans 44 ml de NaCl 0.9% (8 mg/48 ml soit 0.16 mg/ml) ;
 - Si l'on ne dispose que de mini PSE, la seringue de 50 ml servira de solution « mère » pour le remplissage de seringues de 20 ml ;
 - La vitesse du PSE sera réglée de 5 en 5 pour obtenir le niveau tensionnel désiré ;
 - L'utilisation des amines au PSE sera effectuée de préférence sur une VVP dédiée, du côté opposé au brassard de mesure de la PNI. Si la VVP est posée sur une zone de flexion (coude, poignet), une immobilisation du membre sera réalisée (attelle SamSplint®) ;
 - Pas de soluté ou d'administration de médicaments en amont du site de perfusion de la noradrénaline (risque de bolus).

Rédaction :
Décembre 2018

Relecture :
Janvier 2019

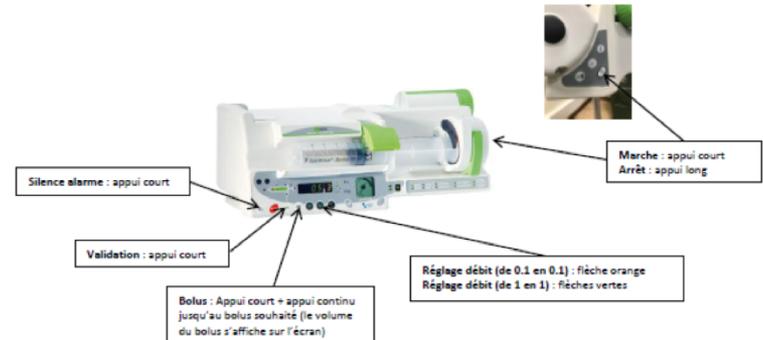
Validation :
Août 2019

SC 3 AMINES C PROTOCOLE 2.P.C.03

- PSE Injectomat Agila® : (cf. notice d'utilisation)



- PSE Orchestra - Fresenius Vial® : (cf. notice d'utilisation)



Rédaction :
Décembre 2018

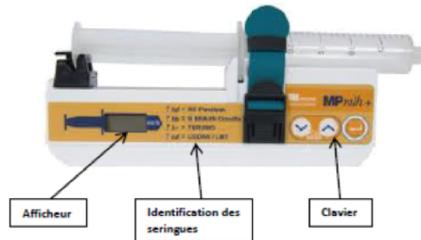
Relecture :
Janvier 2019

Validation :
Août 2019

Fiche de protocole

SC 3 AMINES C PROTOCOLE 2.P.C.03

- PSE Micropump – Micrel® : (cf. notice d'utilisation)



- **Marche / Arrêt** : Appui simultané 3 sec
- **Sélection seringue** : Sélectionner la seringue (cf. étiquette d'identification) et valider
- **Réglage du débit** : Régler le débit et valider
- **Silence alarme** : Eteindre l'appareil. Régler le problème puis remettre le PSE en marche
- **Bolus** : cf. notice d'utilisation

Contre-indications :

- Pas de contre-indication ;
- L'utilisation des amines doit avoir été précédée d'un remplissage vasculaire et/ou d'une transfusion et s'accompagne impérativement de la poursuite de celui-ci (au-moins 1000ml/h si cristalloïdes).

Risques :

- Hypoperfusion d'organes si le contrôle tensionnel est insuffisant ;
- A-coups hypertensifs pouvant être à l'origine d'une reprise de saignement ;
- Effets délétères si administration à dose plus importante que celle strictement nécessaire à l'atteinte des objectifs tensionnels préconisés (Cf. [2.D.C.01](#) et [1.FT.H.02](#))

Critère d'efficacité :

- Restauration d'une pression artérielle en adéquation avec l'atteinte des objectifs :
 - Pouls radial perçu ;

SC 3 AMINES C PROTOCOLE 2.P.C.03

- PAS à 80 mm Hg chez le blessé hémorragique ;
- PAS à 120 mm Hg chez le neuro-agressé en l'absence de choc hémorragique.

A retenir :

- Au nid de blessé : adrénaline en bolus de 0.1 mg (1mg + 9 ml de NaCl 0.9%)
- Au PRB : noradrénaline au PSE (1A + 44 ml de NaCl 0.9%)

Fiche technique :

Amines

Restauration de la pression artérielle

1/ Utiliser une voie veineuse dédiée;

2/ Au nid de blessé, diluer une ampoule d'adrénaline de 1 mg / 1 ml dans une seringue de 10 ml avec 9 ml de NaCl à 0,9%;

3/Au PRB; administrer de la noradrénaline au PSE . Diluer une ampoule de 8 mg / 4 ml dans une seringue de 50 ml avec 44 ml de NaCl à 0,9%



Rédaction :
Décembre 2018

Relecture :
Janvier 2019

Validation :
Août 2019

Fiche de matériel

SC 3 ENREGISTREMENT/CAPTEUR DE TEMPERATURE EMERALD FICHE MATERIEL 1.FM.SC.04

Description :

- Permettre le contrôle en temps direct ou a posteriori de la température interne d'un contenant isotherme ;
- A insérer impérativement dans la Golden Hour Box® (G.H.B) pour un emport préhospitalier de Concentrés de Globules Rouges (CGR) ou de Sang Total Déleucocyté groupe O à faible titre en hémolysines (STOD distribués par le CTSA) pendant plus de 48 heures, en prévision d'une éventuelle réintégration de ces PSL dans la banque du sang du Role 2/3 (Cf. [1.FM.SC.05](#); [1.FM.SC.02](#)) ;

Mode d'emploi :

NB : documentation complète (à consulter avant première utilisation) sur : www.oceansoft.com/obt

Matériel nécessaire :

- 1 Traceur Emerald, avec pile ;
- 1 tournevis cruciforme (si besoin) ;
- 1 tablette + sacoche de protection + chargeur ou smartphone dont on aura préalablement téléchargé l'application gratuite OCEAVIEW (scan QR code au dos du traceur).



Ouverture du programme OCEAVIEW :

- Ouvrir l'application OCEAVIEW sur tablette ou smartphone ;
- Dans l'onglet « scan », appuyer sur la double flèche recyclage en haut à gauche ;
- Sélectionner le mode Emerald en cliquant dessus.



Rédaction :
Janvier 2019

Relecture :
Janvier 2019

Validation :
Avril 2019

SC 3 ENREGISTREMENT/CAPTEUR DE TEMPERATURE EMERALD FICHE MATERIEL 1.FM.SC.04

Vérification de la pile du traceur :

- Vérifier l'état de la pile du traceur Emerald en cliquant sur l'icône « avancée » en haut et à droite de l'écran puis sur afficher en dessous du niveau de la pile. Si le niveau de la pile est inférieur à 25%, remplacer la pile. Le changement de pile s'effectue à l'aide d'un tournevis cruciforme : retirer les 3 vis du boîtier, changer la pile et visser le capot du traceur ;
- Après avoir changé la pile, cliquer sur « réinitialiser » en dessous du niveau de la pile.

Programmation du traceur :

- Revenir sur le dernier écran (appuyer 1 fois sur la flèche retour en haut et à gauche de l'écran) ;
- Cliquer sur « programmer une nouvelle mission »
- Réglage des seuils (si non effectué par CTSA) :
 - Désélectionner « enregistrement en boucle » ;
 - Dans la partie « démarrage », sélectionner « T° en dessous de 10°C » ;
 - Dans la partie « alarmes », sélectionner « seuil bas 1°C », « seuil haut 10°C » ;
- En haut à droite de l'écran, cliquer sur « programmer » ;
- Confirmer la programmation ;
- Vérifier la présence d'un message de confirmation de programmation.



Conditionnement dans le contenant isotherme :

- Placer le traceur et les PSL dans un même sachet plastique ;
- Conserver l'ensemble dans un même sachet plastique lors des différentes manipulations (passage de la banque de sang à la G.H.B, changement de G.H.B, ...) ;
- Positionner autant que possible le traceur Emerald® à proximité du couvercle du contenant isotherme (Golden Hour Box par exemple), ce qui facilitera la transmission entre le traceur et la tablette/smartphone une fois le contenant fermé.

Contrôle de la température en cours de mission :

- Sélectionner le module Emerald® dans l'application OCEAVIEW ;
- Appuyer sur « lire la température »



Rédaction :
Janvier 2019

Relecture :
Janvier 2019

Validation :
Avril 2019

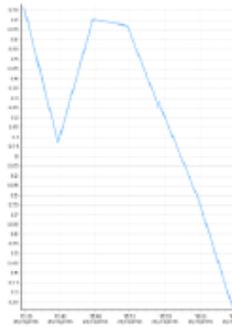
Fiche de matériel

SC 3 ENREGISTREMENT/CAPTEUR DE TEMPERATURE EMERALD FICHE MATERIEL 1.FM.SC.04



❖ Contrôle rétrospectif de la température (notamment pour décision de réintégration des PSL dans la banque du sang du Role 2/3) :

- Sélectionner le module Emerald® ;
- Appuyer sur « consulter la mission en cours »



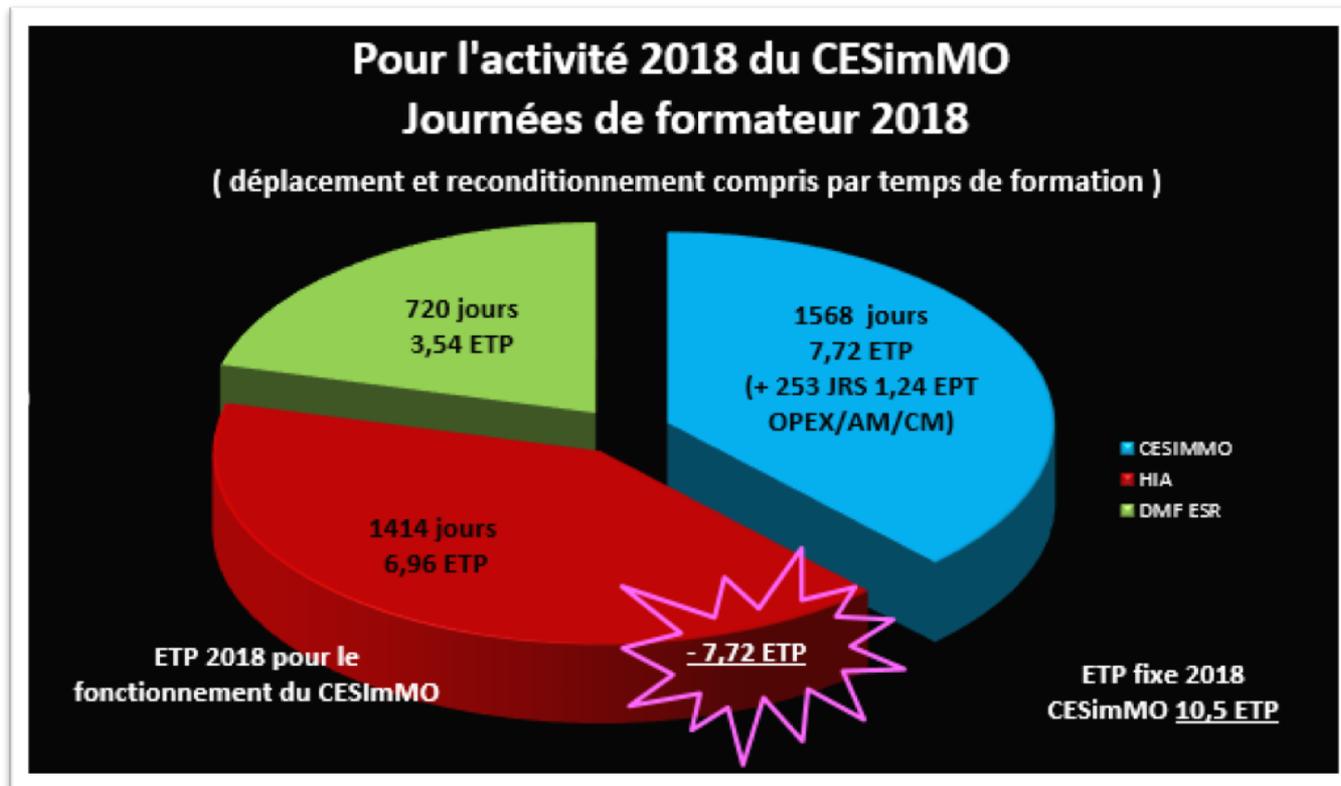
○ — Point clef des évolutions

- Protocole de gestion des chocs hémorragiques
- Conversion du garrot tactique
- Méthode des 3 R : triage
- Place de l'échographie : priorisation de l'évacuation

Référentiel de l'enseignement du SC harmonisé
pour les 3 armées et la Gendarmerie
(SC1, 2 et 3)

○ — Perspectives CESimMO

- Adaptation des formations aux contextes opérationnels :
 - Création du Soins Critique en Situation d'Exception
- Continuer l'harmonisation:
 - MCSBG : cours – vidéo des gestes- sonorisation
 - MédicHos
 - Référentiel (une révision / an)
 - Echographie
- Ouvertures au monde civil
- Certification du centre



Merci à vous tous, Médecins et Paramédicaux des forces, des HIA, et de la réserve...

Et

Merci à l'équipe pédagogique fixe du CESimMO pour leur disponibilité.

○ — Je vous remercie pour votre attention

