



## Les cartes d'urgence vitale pédiatrique

Retrouvez sur une seule fiche, toutes les informations pour prendre en charge une détresse vitale de l'enfant en fonction de son âge et son poids (nouveau-né / 3 kg à 15 ans / 50 kg) :

- 1 - Normes de paramètres vitaux (FC, FR, PAs / objectifs PAs, PAm, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, Hb)
- 2 - Matériel de ventilation et réglage du respirateur
- 3 - Préparation et administration des médicaments selon :
  - Hémodynamique (remplissage, NA, A, ac tranexamique)
  - Analgésie en VS (morphine, kétamine)
  - Induction en séquence rapide (kétamine, curare)
  - Sédation (midazolam, kétamine, sufentanyl, curare)
  - Osmothérapie (SSH, mannitol)
  - Antibiothérapie (amox - ac. clavulanique)

12 mois – 10 kg – Taille 74-84 cm												
Scope en mode pédiatrique						Régler alarme minite inférieure = PAS mini						
NORMES	FC	PAS normale +/- 10 mmHg	Masse sanguine (mL)	OBJECTIFS	PAS mini (mmHg)		PAM (mmHg)		SpO <sub>2</sub>	EtCO <sub>2</sub> (mmHg)	Hb	
					Hors TC	72	≥ 45	94-98%				35-40
20-40	110 (100-170)	90	760		TC	90	≥ 55				10 g/dL	
MATÉRIEL VENTILATION	Insufflateur manuel	Taille masque facial insufflateur-péd	Lame laryngo	Mandrin biquillé (CH)	Sonde IOT	Respire oral pour Sonde IOT	Sonde aspiration trachéale (CH)	Pression gonflage ballonnet	Masque laryngé	Canule guidée	Exsufflation pneumothorax compressif	
	Red	1-2	1	10	4	11	8	< 25 cm H <sub>2</sub> O	2 ou 1-Gel	1	16G longue	
RÉGLAGES RESPIRATEUR	Ventilation en mode contrôlé à adapter aux ACSOS											
	Tester fuite sur tuyaux pédiatriques - Respirateur en mode pédiatrique - régler paramètres ventilation - régler alarmes											
	Tuyaux respi	Mode ventilatoire	Vt = 6 mL/kg	FR	I/E	PEEP cmH <sub>2</sub> O	FiO <sub>2</sub>					
Enfant	VVC	60 mL	25 (25-30)	1/2	5	100% puis QSP pour SpO <sub>2</sub> 94 à 98%						
MÉDICAMENTS		PRÉPARATION				ADMINISTRATION						
						MODE	DOSE en mg	VOLUME (mL) OU VITESSE PSE mL/h				
HÉMODYNAMIQUE	Aiguille Intra-osseuse : Bleu 25 mm		Débit de base NaCl 0,9% : 40 mL/h				AC : ENERGIE 1 <sup>er</sup> au 5 <sup>ème</sup> CEE : 50 J					
	REMPLISSAGE : 100 mL à la seringue à renouveler					TRANSFUSION : 200 mL						
	NORADRENALINE		1 mg / 50 mL G5% Conc: 0,02 mg/mL				PSE	21 vitesse par palier de 0,1 µg/kg/min / 3 min jusqu'à objectifs				
	Amp 8 mg/4 mL		A DILUER					0,1 µg/kg/min Vitesse = 3 mL/h 0,5 µg/kg/min Vitesse = 15 mL/h				
ANALGÉSIE EN VS	AC TRANEXAMIQUE		200 mg / poche 50 mL				IVL 10 min	15-20 mg/kg = 200 mg 2 mL / poche 50mL				
	Amp 500 mg / 5 mL		A DILUER					0,01 mg/kg = 0,1 mg 1 mL				
	ADRENALINE (AC)		1 mg / 10 mL				IVD	0,1 mg/kg puis 0,05mg/kg en titration 1 mg puis 0,5 mg 1 mL puis 0,5 mL				
	Amp 5 mg / 5 mL		A DILUER					0,2 mg/kg = 2 mg 2 mL				
INDUCTION SÉQUENCE RAPIDE	KETAMINE (SÉDATION)		20 mg (0,4 mL à prélever avec seringue de 1 mL) / 20 mL				IVDL	0,5 mg/kg = 5 mg 5 mL				
	Amp 250mg/5mL		A DILUER					3-4 mg/kg = 30 mg 3 mL				
	KETAMINE (ISR)		200 mg / 20 mL				IVD	2 mg/kg = 20 mg 2 mL				
	Amp 250mg/5mL		A DILUER					1 mg/kg = 10 mg 1 mL				
SÉDATION	+ SUXAMETHONIUM		100 mg / 10 mL				IVD	2 mg/kg = 20 mg 2 mL				
	Amp 100mg/2mL		A DILUER					0,1 à 0,3 mg/kg/h Débuter V 1 mL/h (2) jusqu'à 3 mL/h				
	OU ROCURONIUM		50 mg / 5 mL				IVD	2 à 4 mg/kg/h Débuter V 4 mL/h (2) jusqu'à 8 mL/h				
	Fl 50mg/5mL		PURE					0,2 µg/kg = 2 µg 2 mL				
OSMOTHÉRAPIE	MIDAZOLAM		50 mg / 50 mL				PSE	0,15 mg/kg = 1,5 mg 3 mL				
	Amp 50mg/10mL		A DILUER					0,2 µg/kg/h à 0,5 µg/kg/h				
	OU KETAMINE (SÉDATION)		250 mg / 50 mL				PSE	0,05 mg/kg = 0,5 mg 1 mL				
	Amp 250mg/5mL		A DILUER					10 mL de la seringue mère / poche 50 mL NaCl 0,9%				
ANTIBIO	AMOXICILLINE-AC CLAVULANIQUE		Reconstituer un flacon / 10 mL EPPI = seringue mère				IVL 30 min	500 mg				
	Fl 50mg/50mg		A RECONSTITUER					10 mL de la seringue mère / poche 50 mL NaCl 0,9%				

PARUTION

Janvier 2026

!!! Avec mise à jour du livret du médicament pédiatrique en ligne !!!

# Référentiels sur la prise en charge des nouveau-nés dans le cadre de transferts néonataux (régulation CRTP)

CRTP ARA



Ces référentiels travaillés par les 5 réseaux de périnatalité d'Auvergne-Rhône-Alpes, la Cellule Régionale des Transferts Périnataux (CRTP) et la filière Pédi'Ara, rappellent, pour différentes pathologies, l'orientation et le niveau de soins durant le transfert pour les nouveau-nés relevant d'une régulation par la CRTP :

## Détresse respiratoire NN > 34 SA

### DÉTRESSE RESPIRATOIRE A LA NAISSANCE (< 3h de vie) - ÂGE ≥ 34 SA

Les détresses respiratoires secondaires (> 3h de vie) ne sont pas l'objet de ce protocole

#### CIRCONSTANCES FAVORISANTES

Césarienne avant travail  
et/ou avant 39 SA  
Contexte infectieux  
LA méconial  
Asphyxie périnatale  
Diabète maternel

Après 15 min de vie

#### EVALUATION PAR LE MEDECIN

#### MONITORAGE

Scope  
Sonde thermique  
Oxymètre de pouls, main droite  
FiO<sub>2</sub> > 21% pour SpO<sub>2</sub> 92%-96%  
FR, Signes de lutte, apnées  
RC, TA, TRC  
Gazométrie au cordon

#### DÉTRESSE RESPIRATOIRE MINIME

Tachypnée isolée (FR > 60/min)  
ou signes de lutte modérés  
ET SpO<sub>2</sub> ≥ 92 % en VS sous air  
ET gazométrie au cordon  
pH > 7.13 et lactates < 6mmol/l

#### DÉTRESSE RESPIRATOIRE MODERÉE OU SÉVÈRE

FR > 60/min ou < 40/min, Apnées  
ET/ou autres signes de lutte  
ET/ou SpO<sub>2</sub> < 92 % en VS sous air  
ET/ou état hémodynamique instable

PEP avec monitoring FiO<sub>2</sub> et Évaluation avant H1

#### DÉTRESSE RESPIRATOIRE MODERÉE

FR > 60/min  
ET score de Silverman < 4  
ET Oxygénodépendance ≤ 25 %  
ET Absence troubles hémodynamiques  
ET Absence de troubles neurologiques

PEP (si non mise auparavant)  
Rx thorax / Écho pulmonaire  
Surveillance glycémie capillaire  
Envisager VPP

RÉÉVALUATION SYSTÉMATIQUE À H2  
Prendre en compte : cinétique de la DR, AG, signes associés, distance géographique

PERSISTENCE DE CRITÈRES POUR UNE DR MODÉRÉE ou AGGRAVATION

Conférence téléphonique par la CRTP avec référent néonatal du réseau ou Smur spécialisé

Type IIB ou III

Si non faits : Abord veineux/Radiographie du thorax / SpO<sub>2</sub> pré et post ductale

Transfert en réanimation selon protocole réseau et organisation régionale

Adaptier le support ventilatoire (VNI/intubation) envisager mesure PCO<sub>2</sub>

Traitement étiologique (Antibiotiques, Surfactant, ponction pleurale évacuatrice...)

Amélioration complète

Amélioration partielle

Surveillance clinique

RÉÉVALUATION À H2

AGGRAVATION

AMÉLIORATION OU ABSENCE DE CRITÈRES POUR DR MODÉRÉE

Eupnéique (FR 30-60/min)

SpO<sub>2</sub> >= 95 %

= poursuite de la surveillance

RÉÉVALUATION H4

AMÉLIORATION COMPLÈTE

Eupnéique et SpO<sub>2</sub> ≥ 95 %

pendant au moins 30 mn après l'arrêt de la PEP

= poursuite de la surveillance en maternité ou en néonatalogie

selon AG et/ou possibilité de surveillance 24h/24

Type I ou IIA

## Contexte infectieux NN > 34 SA

### ORIENTATION DU NOUVEAU-NE DANS UN CONTEXTE INFECTIEUX

#### NOUVEAU-NE ASYMPTOMATIQUE

Catégorie A, B ou C

Surveillance et examen clinique standardisés selon RBP HAS 2017

≥ 36 SA : En maternité (suites de couches)

Pas de nécessité de transfert sur le seul critère du risque infectieux, quels que soient la catégorie ou le type de maternité.

≥ 34 SA et < 36 SA : Admission dans le niveau de soins adéquat (néonatalogie) : Type IIA

#### NOUVEAU-NE SYMPTOMATIQUE

##### SANS SIGNES DE GRAVITÉ

Signes digestifs : refus de boire, vomissements

Signes généraux : fièvre (température ≥ 38,0°C) ou hypothermie (température < 36,0°C)

Conférence téléphonique par la CRTP avec référent néonatal du réseau

Type IIA, IIB ou III

##### AVEC SIGNES DE GRAVITÉ

Signes respiratoires : détresse respiratoire (gêne, battement des ailes du nez, signes de rétraction), tachypnée (FR > 60/min), apnée

Signes hémodynamiques : tachycardie (> 160 bpm) ou bradycardie (< 80 bpm), signes de choc (augmentation du temps de recoloration cutanée, pâleur, hypotension artérielle, oligurie), nécessitant un remplissage vasculaire ou l'administration de drogues vaso-actives

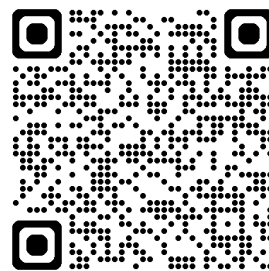
Signes neurologiques : somnolence, irritabilité, hypotonie, convulsions troubles de la conscience

Type III

## Préprogramme journée Traum'Ara à Pont de l'Isère (26)

### PRESENTIEL ET DISTANCIEL 29 JANVIER 2026

- Actualités filière Traum'Ara / Biblio : Les dix papiers trauma intéressants 2024-2026
- Atelier interactif hybride MATIN et APRES-MIDI :
  - Gradation et orientation
  - Reconnaissance et traitement des défaillances d'organes en traumatologie
- Le déchocage de 2035



Lien d'inscription

### SAVE THE DATE

12 janvier 2026 => Webinaire «L'avalanché»  
28 avril 2026 => Printemps Urg'Ara

Tous nos référentiels sur [www.urgences-ara.fr](http://www.urgences-ara.fr)

