



Plan ORSAN AMAVI COVID-19

Organisation territoriale de la prise en charge des patients

Conformément aux dispositions des articles L.3131-11 et R.3131-10 du code de santé publique, Le plan relatif à l'organisation sanitaire (ORSAN) face à l'afflux massif de patients COVID permet à l'ensemble des acteurs du territoire de se baser sur un référentiel commun d'organisation pour la prise en charge des malades.

L'Agence régionale de santé met en place sa cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS) afin de piloter ce plan ORSAN AMAVI. Cela lui permet d'apporter son appui coordonné aux établissements de santé et de réguler les flux de patients lorsque cela s'avère nécessaire.

Le point de contact de la CRAPS pour les établissements de santé se fait via la BAL Crise ou au numéro suivant

Plateforme RIPOSTE : **0590 99 14 74**

Plateforme CRAPS : ARS971-CRISE@ars.sante.fr

Cette organisation s'organise autour de 7 axes :

- L'organisation des soins critiques Dr Valette
- L'organisation de la chirurgie programmée non reprogrammable Pr Duflo
- L'organisation de la médecine non covid Pr Lannuzel
- L'organisation de la prise en charge médicale COVID Pr Roger
- L'organisation de la prise en charge SSR post COVID et non COVID Dr Foucan Patrick
- L'organisation des EVASAN patients COVID et non COVID Dr Portecop
- L'organisation des transports terrestres patients COVID ARS

Le principe est de confier pour chaque axe le pilotage médical à un référent de spécialité, en accord avec la gouvernance de son établissement d'appartenance, via une lettre de mission signée de la DG de l'ARS. Il remonte régulièrement à la CRAPS un point de situation sur la BAL crise.

Par ailleurs, ce plan évoque aussi l'organisation des laboratoires pour les tests COVID.

I. L'organisation des soins critiques : Référent médical coordinateur Dr Valette

Le dispositif de montée en charge des patients COVID relevant de la réanimation est une réponse graduée construite à partir de la réanimation du CHUG avec le soutien des établissements partenaires : le CHBT et la Clinique des EC.

Les principes de répartition territoriale sont les suivants :

- La réanimation du CHUG prend en charge les patients Covid de réanimation et soins continus ainsi que le non Covid ne pouvant être pris en charge ailleurs (neurochirurgie, polytraumatisme à la phase aiguë, épuration extra rénale...)
- La réanimation du CHBT prend en charge les patients non Covid. Le capacitaire actuel est de 5 lits. Possibilité de monter à 7 lits avec déprogrammation partielle qui doit être activée dès saturation du secteur non Covid.

- Le CHBT ouvre une USC de 5 lits au plus vite pour gérer les patients post réa (trachéo, nursing lourd ...) afin d'améliorer le turn over dans les lits de réanimation du CHUG et du CHBT
- La CEC doit être en mesure d'augmenter son nombre de lits d'USC de 4 à 8 lit afin de prendre en charge les patients de soins continus ne nécessitant pas de ventilation et non porteurs de trachéotomie.
- L'infectiologie doit ouvrir une USI afin de limiter les transferts vers la réanimation (6 lits)

La réponse est apportée en 6 niveaux en s'adaptant en fonction du nombre de cas à traiter. Au-delà du niveau 6, il s'agit d'une déprogrammation totale et d'une réorientation maximale de l'activité de soins critiques vers le COVID-19. Cette situation ne peut être que de très courte durée.

:

La progression du nombre de lits dédiés ouverts s'organise selon le schéma suivant

organisation de la montée en charge des capacités d'accueil des patients Covid et non covid dans les secteurs de soins critiques.

GUADELOUPE

le 13 09 2020



| | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 | Niveau 4 | niveau 5 | niveau 6 |
|------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Réa covid CHU | 4 | 7 | 12 | 20 | 28 | 36 |
| Réa non covid CHU | 18 | 19 | 18 | 15 | 18 | 10 |
| USI covid CHU | | | | | | 8 |
| Réa non covid CHBT | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| USC de la CEC (aval) | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| USC du CHBT post covid | | | | | 6 | 8 |
| USC CHU | 8 | 4 | 4 | 3 | 0 | 0 |
| total lits réa | 27 | 31 | 35 | 40 | 51 | 51 |
| total avec USC / USI | 35 | 35 | 39 | 47 | 61 | 71 |

| | | | | | | |
|--|-----|-----|-----------|---------------------------------|---|--------|
| BESOIN RH cumulés (CHU/CHBT/CHLCF/CEC) | non | non | oui | oui+++ | oui+++ | oui+++ |
| RH med | | | oui | oui+++ | oui+++ | oui+++ |
| anesthésistes | | | | | 5 | 7 |
| réanimateurs | | | | 3 | 6 | 7 |
| Médecin généraliste | | | | | 5 | 5 |
| urgentiste | | | | | 8 | 8 |
| urgence pédiatrique | | | | | 1 | 1 |
| infectiologue | | | | | 2 | 2 |
| gériatre | | | | | 2 | 3 |
| IADE | | | | 8 | 15 | 15 |
| IDE | | | | 10 | 19 | 20 |
| AS | | | | 10 | 15 | 17 |
| tech de lab | | | | | 3 | 4 |
| ARM | | | | | 2 | 3 |
| redéploiement du personnel interne | | | | partiel | en fonction des fermetures d'activité | |
| déprogrammation | non | non | partielle | presque totale | supérieure | totale |
| | | | | utilisation des salles de blocs | | |

Au-delà du niveau 6, on peut encore augmenter de 10 lits de réanimation pour atteindre un maximum de 81 lits en investissant les blocs opératoires ou en s'appuyant sur l'élément médical de réanimation du service de santé des armées. Cette 7ème phase incluant la déprogrammation totale est en cours de rédaction, permettant d'évaluer la capacité maximale totale de l'île à faire face à cet afflux massif de patients de soins critiques et les moyens nécessaires matériel et humain. Il sera alors nécessaire au-delà du renforcement des RH une aide en matériel et notamment au moins 10 respirateurs. La liste de ces matériels est en annexe 2

De son côté Le CHLCF IDN peut transformer comme pour la 1^e vague sa salle de réveil en 4 places USC en attendant EVASAN

II. L'organisation de la chirurgie programmée non déprogrammable : Référent médical coordinateur : Pr DUFLO

L'ensemble de la gestion des lits de chirurgie programmée des patients chroniques et cancéreux est confiée au Pr DUFLO qui régule les priorités des activités chirurgicales programmées sur les différents établissements contributeurs, soient le CHU, le CHBT la clinique des Eaux Claire, la Polyclinique et le CH de Saint-Martin.

La gestion de la chirurgie programmée des patients chroniques et cancéreux demande à être régulée à partir du moment où des déprogrammations sont nécessaires. Cela vise à diminuer au maximum les pertes de chances des patients.

Les patients qui ne peuvent pas attendre au-delà de 15 jours une prise en charge doivent pouvoir être identifiés et remontés à la référente ainsi qu'à la CRAPS. Cette organisation demande à être liée avec les évacuations sanitaires inter-îles entre les îles du nord, la Guadeloupe mais aussi la Martinique voire la métropole si nécessaire. Il faut pour cela identifier les patients à programmer rapidement et les lieux de prise en charge retenus.

La CRAPS est en appui pour les liens inter-établissements, l'usage des moyens d'EVASAN dans cet objectif ainsi que le lien avec la CGSS lorsque c'est nécessaire (accords préalables, financements, etc.)

Déprogrammation partielle ou massive si nécessaire :

- 1) Réorganisation des plateaux chirurgicaux et des équipes : possibilité de transfert de l'activité chirurgicale du CHU vers le CHBT , la polyclinique ; les CEC recevant déjà et depuis l'incendie (via location de salles opératoires) les patients programmés du CHU. Une organisation a été mise en place avec les anesthésistes de la CEC sur ces dites salles. Problématique du personnel paramédical redéployé (IADE, IBODE) sur la réanimation COVID.

- 2) Transformation d'une unité chirurgicale d'hospitalisation de semaine à la CEC en hospitalisation classique pour la prise en charge de ces patients.
- 3) Création d'une cellule de régulation des blocs avec priorisation des activités chirurgicales à programmer (PH des 4 établissements et leur encadrement)
- 4) Création d'une cellule de régulation des transports sanitaires ad hoc en lien avec l'ARS pour faciliter et permettre ces transports terrestres et aériens. Si besoin s'articuler avec STRATEVAC pour le transfert de patients hors région.

A noter que la prise en charge de ces malades chroniques et cancéreux est nécessaire pour éviter d'accentuer leur perte de chance. Cette chirurgie programmée dans le contexte actuelle ne peut se faire qu'avec l'aide de l'ensemble des établissements et la gestion de l'ensemble du personnel paramédical IADE et IBODE et du personnel médical en la qualité des anesthésistes. Il convient donc de renforcer ces équipes pour que la programmation de ces malades puisse avoir lieu en tenant compte des règles de sécurité et de qualité de prise en charge.

III. L'organisation territoriale des lits médicaux COVID : Référent médical coordinateur : Pr Pierre-Marie Roger

Les établissements suivants doivent pouvoir monter en charge pour mettre en place une ou plusieurs unités COVID par ordre de priorité :

- CHU : jusqu'à 68 lits (déjà à 54 lits mis en œuvre et bientôt 68 lits : le Smit 18 / le post urgences 15 / la médecine polyvalente 10 lits ce soir et 24 lits à court terme / CS Gériatrique 6 lits/ neuro 5 lits)
- CHBT : jusqu'à 20 lits
- Clinique des Eaux Claires : jusqu'à 8 lits
- CH Saint-Martin : jusqu'à 23 lits
- CH Marie-Galante : jusqu'à 6 lits

Ressources humaines supplémentaires pour mettre en œuvre ces capacités d'accueil :

Les besoins exprimés sont en lien avec la durée prévisible de la deuxième vague Covid, soit 8 à 10 semaines, au cours desquelles il faut d'emblée se mettre en situation d'éviter l'épuisement des équipes.

En l'état des ressources humaines, un renfort médical du CHU vers un autre établissement ne peut se concevoir que ponctuellement, à la journée sur le territoire de Guadeloupe, sur 48-72 heures en cas de déplacement sur St Martin ou Marie-Galante.

CHU : 2 médecins seniors, ayant de préférence une compétence en Infectiologie et/ou Pneumologie et/ou Cardiologie + 4 internes de médecine générale ou en formation dans les spécialités suscitées.

CHBT : 2 médecins seniors, ayant de préférence une compétence en Infectiologie et/ou Pneumologie et/ou Cardiologie + 2 internes de médecine générale ou en formation dans les spécialités suscitées.

CH St Martin : 2 médecins seniors, ayant de préférence une compétence en Infectiologie et/ou Pneumologie et/ou Cardiologie + 2 internes de médecine générale ou en formation dans les spécialités suscitées.

Clinique les Eaux Claires : 1 médecin senior, ayant de préférence une compétence en Infectiologie et/ou Pneumologie et/ou Cardiologie + 1 interne de médecine générale ou en formation dans les spécialités suscitées.

CH Marie Galante : 1 médecin senior, ayant de préférence une compétence en Infectiologie et/ou Pneumologie et/ou Cardiologie + 1 interne de médecine générale ou en formation dans les spécialités suscitées.

Avant d'ouvrir plus de lits au niveau d'un établissement, il est demandé à ce qu'une ventilation territoriale soit réalisée au préalable.

IV organisation territoriale des lits médicaux non covid : référent médical coordinateur **Pr. Lannuzel**

Les patients chroniques et cancéreux qui sont requérants de soins médicaux doivent pouvoir être priorités ; il faudra à l'échelle du territoire organiser leur prise en charge et notamment dans les îles du nord, accentuer les téléconsultations et la télémédecine.

Les patients chroniques et cancéreux qui sont requérants de soins médicaux doivent pouvoir être priorités ; il faudra à l'échelle du territoire organiser leur prise en charge et notamment dans les îles du nord, accentuer les téléconsultations et la télémédecine.

L'accueil des patients COVID relevant d'une spécialité médicale dans les services de gériatrie (secteur délimité de 6 places) et dans les services de spécialité médicale (actuellement Neurologie/UNIV-USINV, cardiologie/USIC, gastro-entérologie, pneumologie dans des chambres à 1 lit ou 2 lits selon leur capacité d'accueil) et la « fermeture » des secteurs de médecine post-urgente et polyvalente a considérablement réduit la capacité d'accueil des services de médecine au CHU. Il y a donc nécessité d'identifier des lits d'hospitalisation hors CHU et de mettre en place un système de transfert rapide « post-aigu ».

Il faut donc identifier :

- EN MEDECINE SPECIALISEE :
 - Des lits de spécialité médicale proches des plateaux techniques avec possibilité de visite médicale sur site
 - Des lits d'aval de spécialité médicale avec possibilité de consultations /téléconsultations de suivi (CHBT, CH de Beuperthuy, CH de CBE...)
- EN MEDECINE POST-URGENTE ET POLVALENTE :
 - des lits de « post-urgence » non COVID proches des plateaux techniques (Polyclinique, Eaux Claires..)
 - des lits de médecine polyvalente (CH de Beuperthuy, CH de CBE...).

Une coordination médicale spécifique s'impose. Il convient également de positionner sur les services de médecine polyvalente et post urgence des médecins de formation polyvalente.

1. Médecine ambulatoire : consultation urgente et hospitalisation de jour accessible depuis le service du SAU sur la plateforme ambulatoire pour les pathologies non COVID
2. Téléconsultation : consultation urgente accessible sur la plateforme ambulatoire pour les pathologies non COVID (patients de Marie Galante, de St Martin, du CHBT notamment)
3. Lits de médecine aux Eaux Claires : profil patients à définir (subaigu des services de spécialité médicale avec possibilité de visite médicale sur site : avantage : proximité du CHU ; médecin coordonnateur à recruter / positionner)

4. Lits de médecine à la polyclinique : profil patients à définir (pots-urgence et médecine polyvalente avec recrutement de la couverture médicale et positionnement d'internes)

IV. Organisation territoriale de la filière SSR post covid et non covid : Référent médical coordinateur : Dr Patrick Foucan

Les établissements MCO impliqués dans la prise en charge des patients COVID doivent pouvoir placer les patients rapidement en SSR post COVID ou non COVID afin de libérer des lits de réanimation et/ou de médecine.

Les établissements partenaires sont le CH M Selbonne/ le CHGR / le CHLDB/ Les nouvelles Eaux Marines, la clinique de Choisy/ le CHBE /le CMS/ clinique de la violette.

Le référent médical appuyé par la CRAPS identifiera les lits post COVID au sein de ces établissements.

Le placement des patients dans la période de l'épidémie doit pouvoir s'exonérer si besoin de Via Trajectoire.

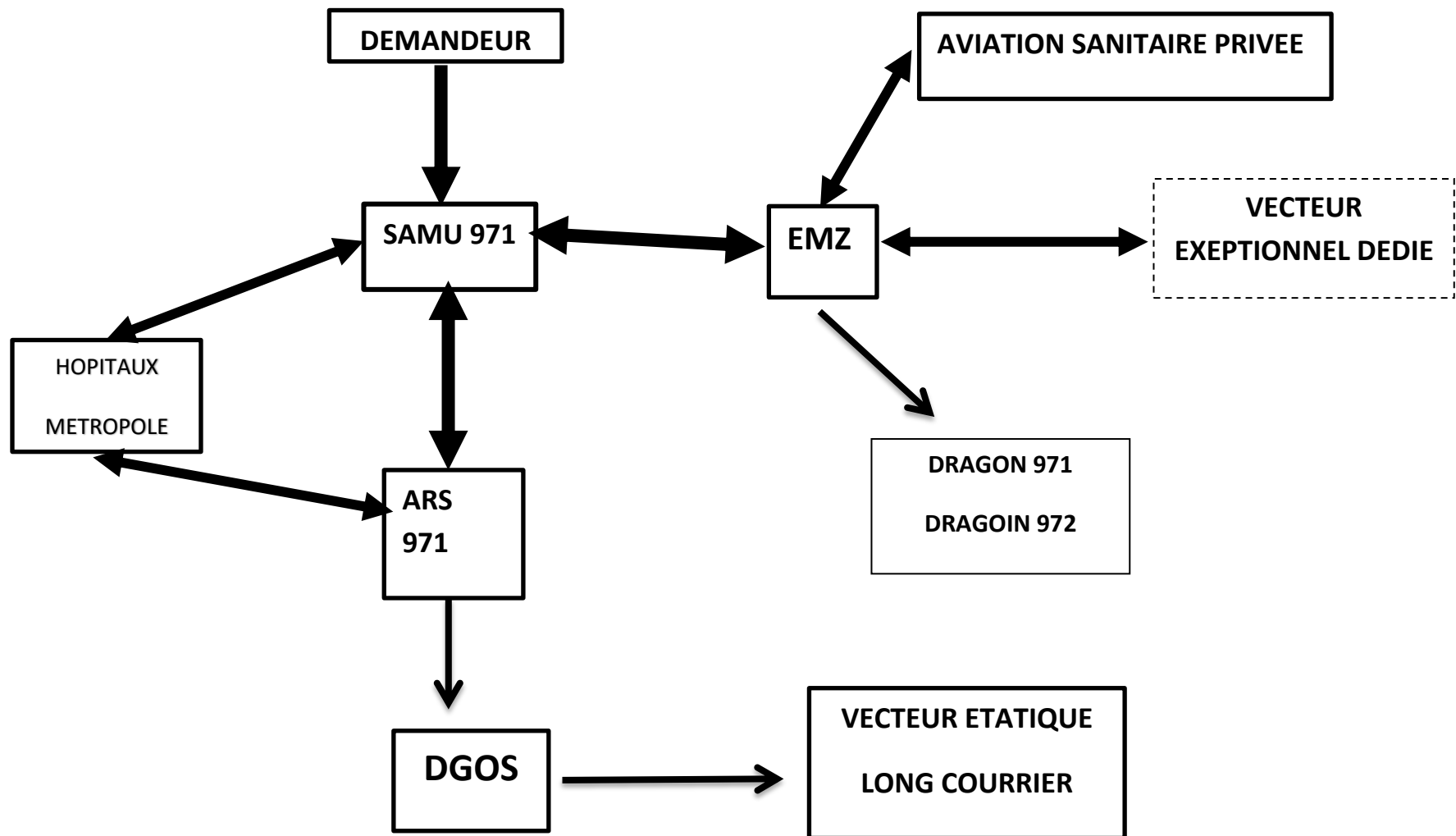
V. EVASAN : Référent médical coordinateur : Dr Patrick Portecop

Les EVASAN restent régulées par le SAMU 971 pour l'ensemble des demandes.

Le SAMU 971 se met en relation avec le SAMU 972 dans le cadre des EVASAN de zone.

L'ARS est en appui du SAMU 971 pour les STRATEVAC.

Logigramme demande EVASAN



Nb : Une annexe détaillant ces prises en charge est jointe au présent document

V. Transports sanitaires terrestres : ARS référent

Mise en place d'une garde de jour « COVID-19 » pour permettre de libérer plus facilement des lits en particulier les lits de réanimation du CHU. A ce jour, cette liste comprend une quinzaine d'entreprises volontaires réparties en 5 secteurs.

Adaptation de la garde (ligne de garde/plage horaires) à la montée en charge d'un nombre de patients à transporter et en cohérence avec le schéma de régulation territoriale des lits et notamment ceux de soins critique

VII. Organisation des laboratoires : Référent médical coordinateur : Pr Raymond Césaire

- Laboratoires privés BPA et Synergie Bio : prise en charge impérative des P1 (ordonnances) et si possible des P2 (contacts à risques avec SMS)
 - IPG : P1 + P2 + garantit un fond de 1500 tests/semaine à l'ARS
 - Campagnes ARS : P3 et P4
 - Laboratoires CHU + CIRAD : Patients hospitalisés + symptomatiques via les urgences et les soignants contact du CHU
 -
- **Priorité 1** : les personnes symptomatiques doivent appeler leur médecin car leur cas peut s'aggraver. Elles ne doivent pas se déplacer au cabinet médical avant d'y avoir été invitées par leur médecin. En cas d'absence de réponse par leur médecin, ces personnes doivent appeler l'association de garde médicale ADGUPS au 0590 90 13 13. Ces personnes bénéficient d'une prescription ;
- **Priorité 2** : les personnes identifiées comme contact à risque d'un cas positif par leur médecin, l'assurance-maladie ou RIPOSTE et qui reçoivent en conséquence un SMS, ainsi que les professionnels de santé de retour d'une zone où le virus circule activement ;
- **Priorité 3** : personnes ayant manifestement eu des comportements à risques, malgré les appels au respect des gestes barrières, lors de rassemblements où les mesures de sécurité sanitaire n'ont pas été bien respectées ;
- **Priorité 4** : les autres personnes désirant être dépistées. Ces personnes peuvent être dépistées sans urgence

ANNEXE 1

DOCTRINE DE GESTION DES EVACUATIONS SANITAIRES DE LA GUADELOUPE

La saturation des établissements de santé et en particulier le CHU de la Guadeloupe à l'occasion l'arrivée de la 2^e vague de patients en lien avec l'épidémie de COVID-19 sur le territoire de la Guadeloupe nécessitera la réalisation de transferts patients de Guadeloupe vers d'autres territoire du bassin caribéen (Zone Antilles = La Martinique, Zone de Guyane= La Guyane) ou vers la métropole. Ces EVASAN peuvent concerner des patients COVID et des patients non COVID.

- I. Indication de transferts de patients COVID
 - a. Insuffisance de plateaux techniques adaptés sur les dépendances de la Guadeloupe
 - b. Saturation de la capacité locale de gestion de patients COVID
- II. Indications de transferts de patients non COVID
 - a. Augmentation indirecte de la capacité de traitement locale de patients COVID
 - b. Perte de chances en rapport avec la déprogrammation imposée par la situation sanitaire en Guadeloupe
 - c. Indications habituelles en rapport avec les insuffisances connues de plateau technique en Guadeloupe
- III. Contre-indications de transferts de patients COVID
 - a. Durée de transfert supérieure à 2 heures
 - b. Pronostic vital engagé à très court terme
 - c. Absence de bénéfice à la réanimation
 - d. Patients ayant fait l'objet d'une limitation de soins

IV. RESSOURCES HUMAINES DISPONIBLES POUR LA REALISATION DES EVASAN

a. Les équipes SMUR

i. SMUR de Pointe a Pitre

Le SMUR de Pointe a Pitre est en mesure d'opérer des EVASAN au profit des îles du nord, des îles du sud, vers la Martinique et la Guyane.

Cependant l'effectif disponible du SMUR de Pointe a Pitre (personnel médicale et non médical) pour la réalisation d'EVASAN entre les îles du nord, les îles du sud, la Martinique est restreint et ne permet pas d'envisager la présence quotidienne d'une équipe dédiée sans obérer la couverture des lignes de SMUR terrestres.

ii. SMUR de Saint-Martin

L'effectif disponibles du SMUR de Saint-Martin pour la réalisation d'EVASAN vers la Guadeloupe ou la Martinique est restreint et ne permet pas d'envisager la présence quotidienne d'une équipe dédiée sans obérer la couverture des lignes de SMUR terrestres. Par ailleurs, les contraintes techniques d'organisation des vols sanitaire sont susceptibles de rendre indisponibles les équipes pour des durées variables (décollage de nuit avec retour impossible sur les îles du nord, pas de retour possible du vecteur pour le réacheminement des équipes.

iii. SMUR de Fort de France

Le SMUR de Fort de France est en mesure d'opérer des EVASAN au profit des îles du nord, des îles du sud, vers la Guadeloupe et la Guyane.

Cependant l'effectif disponibles du SMUR de Fort de France (personnel médicale et non médical) pour la réalisation d'EVASAN entre les îles du nord, les îles du sud, la Martinique est restreint et ne permet pas d'envisager la présence quotidienne d'un équipe dédiée sans obérer la couverture des lignes de SMUR terrestres.

V. LES VECTEURS AERIENS DISPONIBLES DANS LA ZONE ANTILLES et GUYANE

| | DRAGONS | GRIFFONS | Saint-Barth Exécutive | Jet-Budget | St-Barth Commuter | CASA |
|--------------------|---------|----------|-----------------------|------------|-------------------|------|
| Nbre patients | 1 | 1 | 1 à 2 civières | 1 Civière | 1 Civière | |
| COVID + | oui | non | oui | non | non | oui |
| Vol de Nuit | oui | oui | | | | oui |
| Patients instables | oui | non | | | | oui |
| IDN | oui | oui | oui | | | oui |
| MQUE | oui | oui | oui | | | oui |
| IDS | oui | oui | oui | | | oui |
| Guyane | non | non | oui | | | oui |
| | | | | | | |

Le potentiel machine actuel des DRAGON limite la répétition de vols de plus d'une heure. Le potentiel pilote des DRAGON ne permet pas actuellement une disponibilité H24 de ces vecteurs.

S'agissant des compagnies aériennes sanitaires privées françaises opérant dans la zone, seules JET-BUDJET et Saint-Barth Commuter dispose d'un marché en cours avec les hôpitaux des îles du nord. Saint-Barth Exécutive est disponible pour l'étude des opportunités de vols pour le compte de tous les hôpitaux sous réserve d'absence de litige financier antérieur.

A noter que le recours aux avions sanitaires permet une gestion optimisée des retours de patients pour garantir un flux favorable vers les plateaux techniques distants.

VI. LES VECTEURS DISPONIBLES POUR LES EVASAN TRANSATLANTIQUES

| | Compagnies commerciales | A400M | MORPHE | Aviation sanitaire privée |
|----------------|-------------------------|-------|--------|---------------------------|
| SSA | non | oui | oui | non |
| SMUR Métropole | oui | | | oui |
| SMUR 971 972 | oui | non | non | Oui a éviter |
| | | | | |

Les expériences des équipes médicales pré hospitalières nationales et régionales qui ont réalisés des EVASAN de patients COVID lors de la première vague nous apprennent qu'il est peu raisonnable d'envisager de transférer des patients COVID instables par voie aérienne ou terrestre pour des durée dépassant 2 heures sans exposer ces patients à des risques d'aggravation de leur état clinique.

Dans ce contexte, sont envisageables les catégories d'EVASAN suivantes :

| | EVASAN REGIONALES INTRA ZONALES Non COVID | EVASAN INTER REGIONALES Non COVID | EVASAN TRANS ATLANTIQUES Non COVID |
|----------------|--|--|---|
| SMUR PAP | Oui 1 ^{ère} intention | Oui 2 ^e intention | Oui à éviter |
| SMUR FDF | Oui 2 ^e intention | Oui 2 ^e intention | Oui à éviter |
| SMUR SXM | Oui | Non | Non |
| SMUR CAY | Non | Oui à privilégier | Non |
| SMUR métropole | Oui à privilégier | Oui à privilégier | Oui à privilégier |
| SSA | Oui à privilégier | Oui à privilégier | Oui à privilégier |

| | EVASAN REGIONALES INTRA ZONALES COVID | EVASAN INTER REGIONALES COVID | EVASAN TRANS ATLANTIQUES COVID |
|----------------|--|--|---|
| SMUR PAP | Oui 1 ^{ère} intention | Oui 2 ^e intention | à éviter |
| SMUR FDF | Oui 2 ^e intention | Oui 2 ^e intention | à éviter |
| SMUR SXM | Oui | Non | à éviter |
| SMUR CAY | Non | Oui à privilégier | à éviter |
| SMUR métropole | Oui à privilégier | Oui à privilégier | à éviter |
| SSA | Oui à privilégier | Oui à privilégier | à éviter |

Il apparaît une insuffisance de ressources humaines médicales dans la zone pour constituer tous les jours une équipe dédiée aux EVASAN dans les 3 territoires Guadeloupe, Martinique et Guyane.

Le positionnement d'un vecteur aérien dédié et de ressources médicales (PM et PNM) affectées aux missions liées à la gestion de crise COVID est justifié si on veut garantir une réactivité optimale compatible avec les caractéristiques des patients COVID instables éloignés des plateaux techniques de référence.

VII. LA COORDINATION DES EVASAN

Le SAMU 971 recense et coordonne les demandes d'EVASAN urgentes et programmées entre les différents établissements impliqués dans la gestion de la crise COVID en lien avec les SAMU 972 et 973. Un Correspondant EVSAN sera identifié au SAMU 972 et 973. Le SAMU 971 est en lien avec le COD 971.

Le SAMU 971 transmet quotidiennement avant 16h l'expression des besoins pour les EVASAN programmées et urgentes à l'état-major de zone Antilles qui établit un plan de vol en affectant les patients aux vecteurs disponibles communiqué à partir de 18h pour les opérations du lendemain.

L'ARS Guadeloupe est régulièrement informée des EVASAN zonales par la communication quotidienne d'un récapitulatif des mouvements de patients.

L'organisation d'EVASAN transatlantiques (STRATEVAC) est coordonnée par le SAMU 971 avec l'appui de l'ARS971 et de la DGOS.

VIII. SUIVI DES DEMANDES D'EVASAN

| Date | Nom Prénom | Départ | | Destination | | Médicalisation | Vecteur | |
|------|---------------|---------|---------|-------------|---------|----------------|---------|--|
| | | Hôpital | Service | Hôpital | Service | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

IX. DEMANDE D'EVASAN



DEMANDE D'UN TRANSPORT SECONDAIRE HELIPORTE PAR L'ARMEE D'UN PATIENT CIVIL

NOM :

PRENOM :

SEXE

AGE :

DDN :

Lieu d'hospitalisation :

Service:

Coordonnées téléphoniques du médecin demandeur :

DZ de départ :

Malade covid : oui – non

Malade : ventilé : oui – non

Nombre de PSE :

Oxygène dépendant : oui – non

Débit O2 L/min :

Malade : assis - couché

Hôpital de destination :

Service de destination :

Coordonnées du service receveur :

DZ d'arrivée :

Date d'effet souhaité :

immédiat,

différé : quelques heures, une journée

Date demande EVASAN:

Heure demande :

X. EXPRESSION DE BESOIN AU COD

| Mission à réaliser evasan/log/autre | Urgent ou Non urgent | Nombre de personne ou Nature du fret , poid, volume | Départ | | Arrivée | | Observation |
|--|-------------------------------|--|---------|--|---------|--|-------------|
| | | | Lieu | | Lieu | | |
| | | | Heure | | Heure | | |
| | | | Contact | | Contact | | |
| | | | Lieu | | Lieu | | |
| | | | Heure | | Heure | | |
| | | | Contact | | Contact | | |
| | | | Lieu | | Lieu | | |
| | | | Heure | | Heure | | |
| | | | Contact | | Contact | | |
| | | | Lieu | | Lieu | | |
| | | | Heure | | Heure | | |
| | | | Contact | | Contact | | |

Annexe 2

Matériel supplémentaires

CHU + CEC + CHBT

- 2 échographes
- 15 respirateurs de réanimation
- 15 scopes monitoring invasif + es
- 85 presses seringues électriques
- 30 circuits V60
- 15 humidificateurs chauffants
- 15 humidificateurs chauffants
- 6 optiflow (Airvo2)
- 40 canules optiflow
- 30 circuits Airvo2
- 4 Matelas anti escarres
- Consommables pour Cathéter artériel
- 1 lève malade
- bas de contentions pneumatiques
- 6 vidéo laryngoscopes King Vision

Attention : ces chiffres sont donnés sous réserve :

- de la stabilisation des arrêts maladies des personnels, actuellement en hausse
- de la stabilisation des évictions des agents positifs (sauf raisons médicales majeures)
- du non dépassement du stade 6 (soit 36 lits de réanimation covid, 10 lits de réanimation non covid,