

Le « code rose néonatal » est spécifique au nouveau-né dès le premier contact avec les parents et jusqu'à 30 jours de vie.

PRÉPARATION
Matériel Unité d'obstétrique : - Appareil de ventilation prêt à utiliser (Si précautions additionnelles → ajouter filtre antimicrobien) - Chariot de réanimation néonatale (Si précautions additionnelles → toujours garder en zone propre) - Cabaret de médicaments néonatal (inclus dans chariot) - Moniteur cardio-respiratoire avec saturomètre - Succion fonctionnelle (murale ou portative) OU Urgence ou unité de pédiatrie : - Chariot de réanimation pédiatrique et néonatale (Si précautions additionnelles → toujours garder en zone propre) - Cabaret de médicaments pédiatrique et néonatal (préparé et remplacé par la pharmacie) - Moniteur cardiaque et respiratoire - Appareil de ventilation manuel (Si précautions additionnelles → ajouter filtre antimicrobien) - Succion fonctionnelle (murale ou portative) - Saturomètre portatif - Si précautions additionnelles → utiliser moyens de communication (ex. : iPad, Walkie-Talkie ou Moniteurs de bébé bidirectionnels)
Si précautions additionnelles → Premiers répondants : ÉPI aérien/contact/protection oculaire Masque N-95 Visière Blouse de protection Gants
Équipe de réanimation/intubation : ÉPI IMGA Masque N-95 Visière Blouse imperméable Gants Bonnet (optionnel)

Intervenants qui se déplacent sur le CODE ROSE NÉONATAL	
Intervenants	Particularités
- Médecin de l'urgence - Infirmière de l'urgence - Inhalothérapeute - Infirmière de l'unité de l'obstétrique - Intervenant de l'obstétrique (transport de la table chauffante)	À chaque quart de travail, l'ICASI des unités concernées identifie qui « courent » sur le code rose néonatal. - Les professionnels qui prêteront main-forte à l'intérieur de la chambre ou de la salle devront revêtir l'ÉPI approprié, et ce, avant d'entrer. - N.B. Le pédiatre de garde doit se présenter sur le code rose néonatal si présent dans l'établissement et doit être disponible sur appel s'il est absent. Une infirmière de pédiatrie, ainsi qu'un anesthésiste pourraient aussi se déplacer sur appel Si précautions additionnelles → ouvrir la porte de la chambre que pour donner du matériel ou des médicaments essentiels

ÉTAPES DE RÉANIMATION
Si précautions additionnelles → chaque intervenant doit revêtir l'ÉPI à leur arrivée sur les lieux du code - Le premier intervenant qui constate la détérioration de l'état du nouveau-né (apnée, gasps, FC inférieure à 100 bpm, etc.) : - Demande de l'aide et demande de lancer le code; - Débuté les interventions de l'Algorithme PRN du Programme de réanimation néonatale (voir verso). - Le CODE ROSE NÉONATAL est lancé par un intervenant alerté en indiquant le lieu. - Un intervenant en renfort : - Demande qu'on apporte le char de réanimation et la table chauffante; - Prête main-forte. - Débuter la VPP (ventile 2-3 ventile 2-3) dès que possible à l'aide du matériel disponible sur les lieux : - Ballon autogonflable avec oxygène à 21% (en attendant la table chauffante) selon le lieu du code - Si table chauffante, présente utiliser : - Insufflateur néonatal (Néopuff) (si disponible) ou ballon d'anesthésie avec masque (Ayre's t-piece); - Si précautions additionnelles → s'assurer de l'étanchéité du masque (le masque doit être muni d'un filtre antimicrobien et sécurisé à quatre mains (avec l'aide d'un autre intervenant). - Reprendre la séquence de réanimation jusqu'à l'arrivée de l'équipe de réanimation/intubation. - Si FC inférieure à 60 bpm, référer à l'Algorithme PRN du Programme de réanimation néonatale (voir verso) - Arrivée de l'équipe de réanimation/intubation : - À leur arrivée, positionner les intervenants selon l'expertise; - Poursuivre les étapes de réanimation selon l'Algorithme PRN du Programme de réanimation néonatale (voir verso)

ORIENTATION DU NOUVEAU-NÉ

Transfert inter établissement vers un centre désigné

- Le nouveau-né est stabilisé à l'endroit où le code a eu lieu. Selon le contexte, des intervenants seront attirés à la prise en charge du nouveau-né jusqu'à son départ vers un centre pédiatrique désigné.
- Si le code a lieu à l'unité d'obstétrique, le nouveau-né pourrait être transféré dans l'intervalle à l'endroit désigné pour les soins néonataux.

Si précautions additionnelles :

- L'équipe qui procède au transfert doit changer d'ÉPI et procéder à l'hygiène des mains avant le déplacement. Le cas échéant, elle doit s'assurer de ne pas contaminer de surface sur son trajet ou d'aviser de les faire nettoyer au besoin.

Si décès : Se référer à la [Procédure - Mortinascence et décès néonatal \(PRO-10175\)](#)

Si le nouveau-né est considéré suspect à la COVID-19 selon l'évaluation médicale : Référer à la directive [DIR-10193 Gestion des défunts - COVID-19 suspectée ou confirmée en milieu hospitalier](#). La décision d'un dépistage post-mortem doit être prise par le médecin.

INTERVENTIONS POST-CODE ROSE NÉONATAL

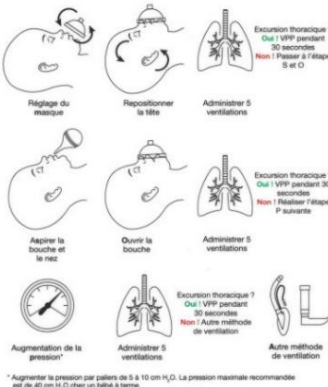
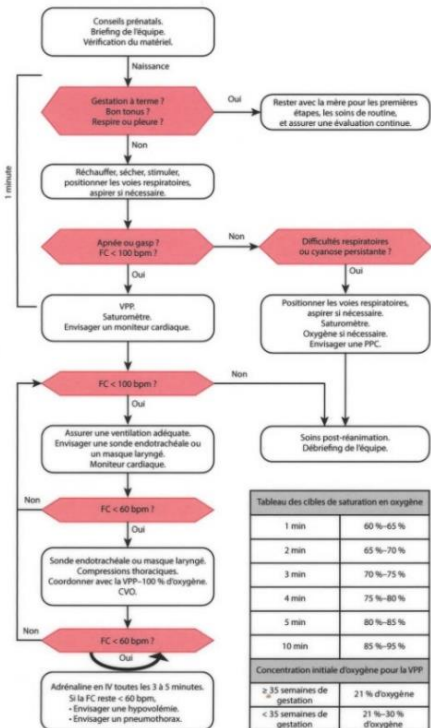
- L'infirmière responsable sur l'unité assure le remplacement du matériel manquant, remplace le cabaret de médicaments par celui en réserve et retourne l'autre à la pharmacie.
- Évaluation du déroulement - Arrêt cardiorespiratoire.

Si précautions additionnelles :

- L'infirmière responsable sur l'unité avise le service Hygiène et salubrité ou l'aide de service (selon le fonctionnement de l'unité) pour le nettoyage du matériel utilisé et la désinfection de la chambre après le départ de l'enfant (respect du temps de dépôt des aérosols).
- Les professionnels intervenant lors d'un code rose néonatal doivent changer leur uniforme s'il est souillé. L'usage de la douche est facultatif, mais pourrait être souhaitable en fonction des manifestations et de l'état clinique de la mère.

ALGORITHME PRN (Programme de réanimation néonatale)

Programme de réanimation néonatale®, 8e édition — Tableau de référence
L'étape la plus importante et la plus efficace de la réanimation néonatale est la ventilation des poumons du bébé.



Intubation endotrachéale

Gestation	Profondeur d'insertion de la sonde endotrachéale au niveau des lèvres (cm)	Poids approximatif (kg)	Taille de la sonde endotrachéale (DI, mm)
23-24 semaines	5,5	0,5-0,6	2,5
25-26 semaines	6,0	0,7-0,8	2,5
27-29 semaines	6,5	0,9-1,0	2,5-3,0
30-32 semaines	7,0	1,1-1,4	3,0
33-34 semaines	7,5	1,5-1,8	3,0
35-37 semaines	8,0	1,9-2,4	3,5
38-40 semaines	8,5	2,5-3,1	3,5
41-43 semaines	9,0	3,2-4,2	3,5-4,0

Tableau adapté de Kempley ST, Moreiras JV, Petrone FL. Endotracheal tube length for neonatal intubation. Resuscitation. 2008;77(3):369-373.

Médicaments de réanimation néonatale

Médicament	Dose*	0,5 kg	1 kg	2 kg	3 kg	4 kg	Administration
Adrénaline IV/IO	0,02 mg/kg	Dose IV : 0,01 mg	Dose IV : 0,02 mg	Dose IV : 0,04 mg	Dose IV : 0,06 mg	Dose IV : 0,08 mg	Poussée rapide IV/IO. Rincer avec 3 ml de solution physiologique NaCl 0,9 %.
Concentration : 0,1 mg/ml 1 mg/10 ml	Égal à 0,2 ml/kg	Volume : 0,1 ml	Volume : 0,2 ml	Volume : 0,4 ml	Volume : 0,6 ml	Volume : 0,8 ml	Répéter toutes les 3-5 minutes si la fréquence cardiaque est inférieure à 60 bpm.
Adrénaline endotrachéale	0,1 mg/kg	Dose ET : 0,05 mg	Dose ET : 0,1 mg	Dose ET : 0,2 mg	Dose ET : 0,3 mg	Dose ET : 0,4 mg	Peut être administré pendant l'établissement de l'accès vasculaire. Poussée rapide dans la sonde endotrachéale. Ne pas rincer. Faire des insufflations de VPP pour les distribuer dans les poumons.
Concentration : 0,1 mg/ml 1 mg/10 ml	Égal à 1 ml/kg	Volume : 0,5 ml	Volume : 1 ml	Volume : 2 ml	Volume : 3 ml	Volume : 4 ml	Injecter en 5-10 min.
Soluté physiologique NaCl 0,9%	10 ml/kg	5 ml IV	10 ml IV	20 ml IV	30 ml IV	40 ml IV	

*Intervalle posologique recommandé pour l'administration intraveineuse ou intra-osseuse est de 0,01 à 0,03 mg/kg (égal à 0,1 à 0,3 ml/kg).

L'intervalle posologique recommandé pour l'administration endotrachéale est de 0,05 à 0,1 mg/kg (égal à 0,5 à 1 ml/kg).

Ces doses d'adrénaline suggérées sont basées sur une volonté de simplifier la posologie pour une efficacité pédagogique et ne cautionnent aucune dose particulière dans l'intervalle posologique recommandé. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer la dose idéale d'adrénaline.



© 2021 American Academy of Pediatrics

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®



NRP340



Les recommandations contenues dans cette publication ne constituent pas un traitement exclusif ni une norme de soins médicaux. Des variations, qui tiennent compte des circonstances individuelles, peuvent être appropriées.

Quand commencer les compressions thoraciques?

FC inférieure à 60 bpm après 30 secondes de VPP qui assure une excursion thoracique.

Rythme compression/ventilation 3 : 1

Un-et-deux-et-trois-et-ventile-et;

Un-et-deux-et-trois-et-ventile-et;

Un-et-deux-et-trois-et-ventile-et;

Profondeur : 1/3 du diamètre AP du thorax.

Si précautions additionnelles :

Privilégier l'utilisation d'un filtre entre le masque et l'appareil manuel de ventilation. Lors de déconnexion, le filtre protège l'environnement des risques d'aérosolisation.

Montage Ayré's avec Barrierbaby Dar Filter 99,99%



Montage Néopuff avec Barrierbaby Dar Filter 99,99%



Références : Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine (avril 2020), *Protocole de code bleu avec COVID-19 confirmé ou suspecté*. Edelson et al., (2020), *Interim Guidance for Basic and advanced life support in Adults, Children, and neonates with suspected or confirmed COVID-19*, *Circulation* AHA. Repéré à <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.04746>. Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill (2020), *Protected COVID-19 Code pink procedures*. Ministère de la santé et des services sociaux (22 avril 2020), *Guide de procédures techniques Soins intensifs et Urgence SARS-CoV-2 (Covid-19)*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-98W.pdf>.

Direction émettrice :	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Entrée en vigueur :	2020-07-02
AMC-DSIEU-6058 (2024-05)		Révision :	2024-05-02