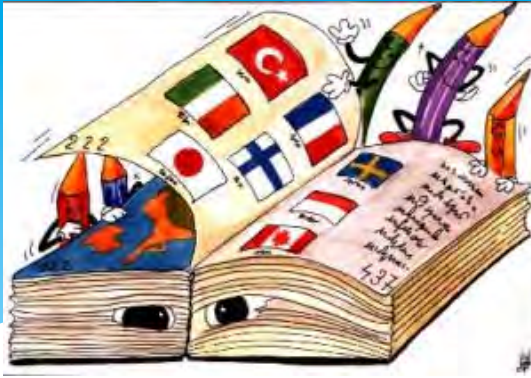


URGENCES AU CABINET



Dr F. GANE-TROPLENT
MCU-A
Novembre 2012



DÉFINITION

- * « Etat fonctionnel d'un sujet l'incitant à appeler un médecin qui doit répondre et intervenir dans un délai approprié à la nature de l'appel et aux possibilités thérapeutiques dont il dispose »
- * « Est considéré comme urgence tout ce qui est ressentie par le patient comme étant d'ordre médical et qui ne peut souffrir de retard »

CLASSIFICATION



- * *Situation vécue par le patient ou son entourage comme nécessitant une intervention médicale immédiate(1)*
- * **Urgence vitale** : mettant en jeu le pronostic vital
- * **Urgence vraie** : n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides
- * **Urgence ressentie** : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie
- * **Urgence de confort** : Majoration des symptômes par le patient pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée
- * (1) Collège National des Généralistes Enseignants. *Médecine Générale 2^{ème} édition. Paris: Masson, 2009,454.978-2-294-06768-6br*



CCMU

- * Au niveau somatique, la classification clinique des malades urgents (C.C.M.U) peut être utilisée (2) :

- * 1a : Pas de geste, ni prescription thérapeutique ou diagnostique
- * 1b : Pas de geste sur place mais prescription à visée thérapeutique ou diagnostique
- * 2 : Anomalie d'une fonction vitale devant être traitée mais pas de transfert
- * 3 : Mise en place d'un traitement nécessitant une surveillance, décision de transfert dépendant de la thérapeutique
- * 4 : Pronostic vital en jeu, nécessité d'une hospitalisation
- * 5 : Urgence nécessitant l'intervention d'une équipe médicale

CLASSIFICATION

	Besoins de soins	Pronostic Vital	Equivalence CCMU	Exemple de cas
Urgence vitale (absolue)	Immédiat	Pathologie mettant en jeu le pronostic vital	Classification 3 à 5	Coma diabétique
Urgence vraie	Soins rapides	Pathologie subaiguë menaçant son pronostic vitale	Classification 2	Cystite
Urgence ressentie	Différée et/ou injustifiée	Non engagé	Classification 1a à 2b	Faux AVC
Urgence de confort	Injustifiée, traitée par téléphone	Non engagé	Classification 1 à 2	Syndrome grippal



QUID SITUATIONS CLINIQUES

- * 1) Vous êtes appelé en urgence par la voisine de Madame B. Celia 55 ans, qui a fait une tentative de suicide par pendaison. Elle a chuté mais est consciente.
 - * Quelle type d'urgence?
 - * Que décidez-vous?

- * 2) Monsieur M. Rosan 40 ans, désire être reçu rapidement il vient d'être piqué par une abeille au niveau de son œil droit. Il présente un œdème important.
 - Quelle type d'urgence?
 - Que décidez-vous?



QUID SITUATIONS CLINIQUES

- * 3) Vous êtes appelé par la gendarmerie afin d'établir un certificat de décès concernant Monsieur B. Yvon qui a été retrouvé chez lui. Cette mort remonte à 1 mois.
 - Quelle type d'urgence?
 - Que décidez-vous?

- * 4) Votre patiente Madame L. Edna est décédée à son domicile. Elle avait pour antécédent une hémiplégie faisant suite à un AVC, un diabète de type 2, une maladie de Parkinson, ainsi qu'une maladie d'Alzheimer. Depuis deux jours, elle avait été mis sous antibiotique pour une pneumopathie aiguë. La famille vous appelle pour le certificat de décès.
 - Quelle type d'urgence?
 - Que décidez-vous?



QUID SITUATIONS CLINIQUES

- * 5) La mère du jeune G. Yann se présente, car son fils de 19 ans est très agité et agressif. Il a été suivi par le psychiatre pendant 4 ans mais depuis un an , il ne prend plus aucun traitement. Elle a peur et voudrait l'hospitaliser.

Quelle type d'urgence?

Que décidez-vous?

Quid situations cliniques



- * 6) Mademoiselle B. Leslie, demande a être vue en urgence car elle a remarqué que son ongle de son orteil était noir.
Quelle type d'urgence?
Que décidez-vous?
- * 7) Monsieur K. Vince, 60 ans se présente en urgence car il vient de chuter d'un arbre alors qu'il y grimpait. Il se plaint du dos et dit ne plus pouvoir bouger correctement.
Quelle type d'urgence?
Que décidez-vous?

PERMANENCE DES SOINS

- * « Organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés , adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés par les patients.
- * Assurée par les médecins libéraux sur la base du volontariat .
- * Organisation collective propre à chaque Département
- * Plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture de cabinets libéraux et en l'absence médecin traitant.
- * Gestion par l'A.R.S (juillet 2010)

SITUATION DE LA PERMANENCES DES SOINS EN GUADELOUPE

- * Centre de régulation 15Bis
- * ADGUPS
- * Maisons médicales de garde

OBLIGATIONS MÉDICO-LÉGALES

* L'article 223-6 du code pénal stipule :

« Sera puni des mêmes peines, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »



OBLIGATIONS DU MÉDECIN

- * Définies par:
- * -Code Pénal: Art 223-6
- * Code de Santé Publique: Art R,4127-6, Art R4127-9, Art R4127-47, Art R4121-59, Art R4127-77
- * Code de Déontologie: Art 6, Art 9, Art47, Art 59, Art77

QUID



* Le médecin :

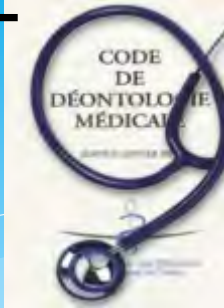
- * -Doit porter assistance à toute personne en péril Vrai Faux
- * -Doit participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlement qui l'organisent. Vrai Faux
- * -Doit assurer la continuité des soins lors de son absence Vrai Faux
- * -Doit rapidement décider s'il doit quitter ses consultations en cours ou si la visite peut attendre quelques heures dès lors qu'il prend lui-même un appel urgent. Vrai Faux
- * -Doit être formé à l'urgence qui fait partie intégrante de l'exercice médical et-Doit entretenir, améliorer ou réactualiser ses connaissances notamment après une interruption prolongée de la pratique des gardes pour quelque motif que ce soit et posséder un matériel minimum. Vrai Faux
- * Peut refuser à tout moment des soins pour des raisons personnelles et professionnelles. Vrai Faux

QUID 2



- * Est possible d'une sanction pénale :
- * Tout médecin qui s'abstiendrait volontairement de secourir un patient pour lequel il a été clairement averti du risque réel d'un état en péril.
 - Vrai
 - Faux
- * Un médecin qui peut invoquer une excuse majeure (médecin occupé par un autre malade dans un état grave, un accouchement, une intervention chirurgicale ou lui-même sérieusement malade), n'a pas besoin de se déplacer au chevet du patient; il doit s'assurer cependant que la personne à secourir reçoive d'un tiers les soins nécessaires.: au secours du patient.
 - Vrai
 - Faux

RAPPEL : CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE



* **Article 6** (article R.4127-6 du code de la santé publique):

« Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. »

* **Article 9** (article R.4127-9 du code de la santé publique):

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

* **Article 47** (article R.4127-47 du code de la santé publique):

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE (SUITE)

- * Article 59 (article R.4127-59 du code de la santé publique):
« Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. Il en conserve le double. »

- * Article 77 (article R.4127-77 du code de la santé publique):
« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »

Cas Cliniques



CAS CLINIQUE N°1

URGENCES MÉTABOLIQUES

- * Mme B. Adolphine 84 ans est une patiente aux ATCD de diabète de type 2, d'HTA, de confusion mentale, d'AVC, de dyslipidémie, de cécité
- * Sa fille appelle pour une consultation en urgence car sa mère ce matin est somnolente, ne répond pas aux ordres simples et a très peu mangé depuis plusieurs jours



MODE DE VIE

Actuellement elle vit dans un foyer d'accueil depuis une chute avec fracture du col du fémur

Son traitement actuel :

- *Monotildiem*
- *Tahor*
- *, Plavix*
- *. Levothyrox*
- * Norset*,
- *Coaprovel*
- * Theralene* ,
- *Novonorm*



QUESTIONS ?

- * Quel(s) diagnostic(s) métaboliques pouvez-vous évoquer?
- * Quelle(s) autre(s) pathologie(s) sont à éliminer?
- * Quelle(s) attitude(s) adoptez-vous ?



VISITE A DOMICILE

- * la patiente
 - * réagit au pincement ,
 - * TA 90/60,
 - * pouls à 100/mn
 - * dextro est 0,5g/l
 - * apyrétique
 - * amaigrissement non chiffrable
- * Quelle est votre attitude?



VISITE A DOMICILE

Vous décidez de la perfuser?

* Quelle sera alors votre attitude ?



CAS CLINIQUE N°2

APPEL DU 17

- * Vous êtes appelé par la police alors que vous êtes en remplacement dans un cabinet médical au Moule , pour une victime d'immersion à 11heures30
- * La noyade a été signalée par la famille qui a découvert le corps inanimé flottant sur l'eau
- * Quelle est votre attitude ?



APPEL DU 17

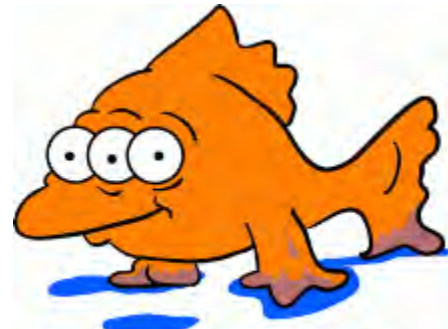
- * A votre arrivée, il s'agit d'un homme de 45 ans en vacances sans ATCD particuliers qui a été sorti de l'eau , entouré d'une foule de badauds, en arrêt cardiorespiratoire

Que décidez – vous de faire?

CAS CLINIQUE N°3

LE POISSON NUCLÉAIRE

- * Vous êtes appelé à 9H30 pour faire une consultation d'urgence au domicile de Mme V. 45 ans sans antécédent particulier qui se plaint de nausées, vomissements qui ont débuté dans la soirée , ainsi que des picotements dans les jambes , des douleurs musculaires et d'une fatigue intense
- * Le mari qui a appelé précise que la patiente a mangé hier des carangues le midi et le soir
- * Que lui répondez-vous ?



gdb d'après le poisson "nucléaire" des Simpson

TABLEAU CLINIQUE

- * Altération de l'état général avec pâleur , TA à 80/50,
- * Bradycardie avec un pouls à 48:mn, un pli cutané, une sécheresse de la muqueuse buccale
- * Elle a très soif et a essayé de boire mais vomit à chaque fois
- * Elle a également fait un malaise avec sueurs et perte de connaissance brève en se levant ce matin pour se rendre aux toilettes

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

Quelle conduite proposez-vous?

CAS CLINIQUE N° 4

MASSE ABOMINABLE



- * Mme Christine R 35 ans 75Kg, consulte en urgence pour une douleur et présence d'un nodule du sein gauche (QSE). Cette patiente nous dit avoir déjà subi une exérèse d'un adénofibrome du sein gauche en 2007.
- * ATCD :
 - * G1P1 ,
 - * Asthme ,
 - * Dépression
 - * Coelioscopie pour kystes ovariens
 - * Allergie aux AINS /aspirine
- * ATCD familial :
 - * cancer du sein chez la mère (actuellement en traitement)
- * Quel(s) examen(s) proposez-vous?

INVESTIGATIONS



- * L'échographie sein : un syndrome de masse du QSEG évolutive, géométrique aux limites floues
- * L'IRM : adénofibromes surtout au niveau du QSE de 2 à 9,5 mm au nombre de 3 associés à des adénopathies axillaires et mammaires internes gauches.
- * Que décidez vous ?

TABLEAU CLINIQUE

- * Mme Christine R consulte en urgence 15 jours après pour des douleurs abdominales et la découverte d'une masse hépatique.
- * Elle est dyspnéique.
- * Que faites vous?



INVESTIGATIONS

- * Bilan Biologique:

- * ACE: 137, 6 ,
- * CA :15-3 290
- * , CA: 19-9 414 ,
- * ASAT 176 ,
- * ALAT: 111,
- * GGT: 350,
- * PAL: 196,
- * LDH: 441



- * Echographie abdominale: Nodules en cocarde dans les 2 lobes hépatiques faisant évoquer des localisations secondaires.
- * Quel diagnostic évoquez-vous?
- * Quelle attitude adoptez-vous? (La malade désire changer de gynécologue.)

HÔPITAL



Carcinome canalaire infiltrant et métastases hépatiques.

Traitement par tumorectomie et chimiothérapie.

La patiente consulte en urgence suite à une douleur du mollet gauche évoluant depuis 2 jours.

- *Quel (s) examen (s) clinique devez-vous réaliser?
- *Quel (s) diagnostic (s) envisagez-vous?
- *Quelle attitude adoptez-vous?

CAS CLINIQUE N° 5

A BOUT DE SOUFFLE

- * Madame C. Evelyne, 65 ans, retraitée ancienne infirmière, consulte en urgence pour des sifflements très importants depuis deux jours, avec élocution difficile, voix éteinte, toux grasse, expectoration purulente.



CAS CLINIQUE N° 5

A BOUT DE SOUFFLE

* ATCD

- * 1993 Syndrome Sec (Sd Gougerot-Sjrogrën)
- * 1996-1998 : Phlébite de Mondor
- * 1997-1998: Méningiome
- * 1999: Sarcoïdose
- * 1999: Nodule médiastinal
- * 2000: Narcolepsie
- * 2000: Nodule mammaire
- * 2000: Lobectomie et isthmectomie thyroïdienne
- * 2000: Infarctus pulmonaire
- * 2001: Asthme
- * 2009: Maladie de Gilbert



TABLEAU CLINIQUE

- * La Tension Artérielle était à 130/90 T°: 36,7°C
- * Tirage SCM
- * frein expiratoire
- * Toux Grasse avec rhinorrhée et brûlure retro sternale.
- * Sibilants symétrique s
- * Murmure vésiculaire présent bilatérale
- * Fréquence respiratoire: 30 c/min-1 SaO₂: 90%



QUESTIONS

- * Quel diagnostic évoquez-vous et que faites vous dans l'immédiat?
- * Malgré ce premier traitement, la patiente est en détresse respiratoire avec hypoxie 85%, dyspnée à 35/mn
- * Que décidez-vous?



UN SOUFFLE COURT

- * La patiente revient deux jours après au cabinet pour une exacerbation de son asthme avec dyspnée spastique, détresse respiratoire importante et sifflements bruyants malgré la prise régulière de son traitement
- * Quelle attitude adoptez-vous?



CAS CLINIQUE N° 6

LA SAMBA DU CŒUR

- * Monsieur Jean –Paul L. 47 ans consulte en urgence pour des palpitations, une tachycardie et des douleurs rétro-sternales non irradiantes.
- * Antécédents familiaux:
 - * frère: mort subite
 - * père : AVC
- * ATCD personnels :
 - * Hernie inguinale
- * Tabac : 0
- * Alcool: occasionnellement
- * Quel(s) examen(s) doit on réaliser dans l'immédiat?



HÔPITAL



A l'ETT: cardiomyopathie dilatée modérément hypokinétique avec une FEVG à 48%

* Quel(s) traitement(s) sera proposé(s)?

CAS CLINIQUE N° 7

MÉTÉORITE DÉRANGÉANTE

- * Mme D Olivia, 47 ans consulte pour une douleur au bras droit avec œdème de la main droite évoluant depuis un mois à type de décharge électrique violente empêchant toutes activités.
- * Antécédents: épisodes de thrombose veineuse profonde (3)
- * Migraines
- * Lithiase rénale droite
- * Obésité
- * Dépression
- * Appendicectomie
- * Atcd Familial: thrombose veineuse profonde secondaire à AVC paternel



TABLEAU CLINIQUE

- * Poids : 110kg
- * TA: 140/90
- * 1) Œdème de la main droite avec rougeur
- * 2) Douleur du membre supérieur droit
- * 3) Diminution de la force musculaire
- * 4) Pas de circulation collatérale cutanée au niveau de la clavicule droite
- * 5) Pas de cordon retrouvé au creux axillaire.



QUESTIONS

- * Quel(s) examen(s) prescrivez-vous en urgence?
- * Quel (s) diagnostic (s) évoquez-vous?
- * Quel (s) traitement (s) préconisez-vous?



- * Madame D Olivia, est sous PREVISCAN* depuis sa thrombose veineuse profonde.
- * Elle consulte en urgence pour des lombalgies droites de survenue brutales sans fièvre irradiant dans la fosse lombaire droite.



TABLEAU CLINIQUE

- * A l'examen:
- * Douleur de la fosse lombaire avec irradiation dans la FID accentuée par la percussion (signe de Giordano)
- * Examen du thorax normal
- * Pas d'hématurie
- * Pas de fièvre



QUESTIONS

- * Quel(s) diagnostic(s)s évoquez-vous
- * Quel(s) examen(s) préconisez-vous
- * Quels sont les hypothèses thérapeutiques



CAS CLINIQUE N° 8

UNE HISTOIRE À PERDRE LA TÊTE

- * Madame M. Patricia, 53 ans, divorcée est examinée en urgence suite à un signalement fait par les voisins et son ex-mari pour des bizarreries du comportement.
- * Antécédent(s):
 - * comportement suicidaire en période d'adolescence
- * Familiaux:
 - * père HTA, décès suite à AVC /
 - * Mère : DID, HTA , décès suite à AVC, possible dépression/
 - * Frère et sœurs : Cholestérol, diabète, HTA et dépression.



TABLEAU CLINIQUE



Altération de l'état général avec perte de l'appétit

Difficultés financières

« Craint qu'on ne lui coupe l'eau et l'électricité et qu'un huissier ne la mette à la porte de son logement .

Grande tristesse

Isolement (pas de téléphone fixe, ni portable)

Dit entendre des voix.

Chuchote au cours de l'entretien de peur qu'on entende la conversation.

Troubles importants du sommeil.

*Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous?

*Quelle (s) prise (s) en charge proposez vous dans l'immédiat?



LE SPÉCIALISTE

- * Le psychiatre diagnostique une dépression à caractère psychotique. Il prescrit Stablon* (anti dépresseur), Semap* (neuroleptique).
- * Survenue de sifflements avec surdité progressive de l'oreille droite sans vertige ni troubles de l'équilibre.
- * Quel(s) bilan(s) préconisez-vous?
- * Quelle Hypothèse diagnostic?



LA CHIRURGIE



- * Exérèse neurinome de l'acoustique stade II par voie trans-labyrinthique et dérivation ventriculo-péritoneale
- * Arrêt de tout traitement psychiatrique par les ORL.
- * Six mois après, décompensation paranoïaque avec délires de persécution: « refuse de manger car repas infectés, refus de verbaliser ce qui se passe car tout le monde entend ce qu'elle dit »
- * Quelle (s) prise en charge préconisez-vous?

CAS CLINIQUE N° 9

TENSION EN FOLIE

- * Mr R. Eddy, 35 ans consulte pour des douleurs cervico-brachiales gauches d'apparition brutale survenue la veille.
- * Antécédents : Tabagisme (5PA),
Obésité
- * HTA familiale (père et mère)
- * Aucun traitement régulier
- * Sport « bœufs tirants»



TABLEAU CLINIQUE

- * Tension artérielle BD = 240/140 BG: 220/130
- * Poids:90 Taille:170 IMC: 30
- * Pas de souffle cardiaque, ni vasculaire, BDC réguliers
- * Pas d'O.M.I
- * Pas de douleur thoracique
- * Pas de dyspnée
- * Pas de signe d'insuffisance cardiaque.
- * Pas d'acouphènes, ni phosphènes

- * Quelle est votre attitude?



HÔPITAL



- * Réduction de la TA sous LOXEN* en IVSE
- * Troponine et BNP normales,
- * créatinine 160 μ mol/l, clairance Cockcroft: 71,6ml/mn,
- * Na 142 mmol/l, K 4,4 mmol/l
- * AngioScanner thoracique: pas de dissection aortique
- * ECG: RS 101/mn, PR 0,19, HVG surcharge systolique +++, ondes T négatives asymétriques diffuses
- * Echo doppler cardiaque : CMH sévère concentrique
- * Echographie rénale: normale
- * Echo doppler TSA: normal

QUESTIONS

* Quel (s) diagnostic (s) évoquez-vous?



CAS CLINIQUE N° 10

LA MAIN DANS LE GRILL

- * Mme Léone B 45 ans, arrive en fin de journée au cabinet au moment de la fermeture car elle désire que vous preniez en charge son beau-fils de 13 ans en urgence pour un plaie de la main
- * A l'interrogatoire elle hésite et finit par avouer que le père de l'enfant lui a brûlé la main volontairement suite à un vol d'argent



TABLEAU CLINIQUE

- * Enfant prostré
- * Plaie circulaire de la paume de la main droite
- * Douloreuse et rouge
- * Phlyctènes

QUESTIONS

- * Quel diagnostic retenez-vous?
- * Que faites vous en urgence ?
- * Quelles mesures devez-vous adopter d'un point de vue médico-légal ?



MATÉRIELS ET ÉQUIPEMENTS

- * Cabinet doit être:
- * Équipé
- * Adapté
- * D'accès facile

TROUSSE D'URGENCE (3;4)



(3) P. RAMSAL: LA VISITE A DOMICILE Modalités pratiques à partir d'un cas vécu. Etude épidémiologique des patients vus en visite en stage ambulatoire. Perspectives d'avenir. Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAU; octobre 2010-39

(4) M. DELAY: Composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Haute-Garonne en 2007- Faculté de Médecine Paul SABATIER, Université TOULOUSE III ; octobre 2007-141;142

TROUSSE D'URGENCE MATÉRIEL ADMINISTRATIF



- * Carte routière
- * Téléphone portable avec numéros des professionnels de santé et patients visités
- * Assistant numérique de poche avec logiciels : Vidal®...
- * Carnet d'ordonnances : simples, bi-zones et sécurisées
- * Tampon professionnel
- * Stylos
- * Fiche de VAD
- * Bons de transport
- * Arrêt de travail
- * Certificats Coups et Blessures, Hospitalisation à la Demande d'un Tiers et Hospitalisation d'Office pré-remplis
- * Certificats de décès
- * Montre avec trotteuse


TROUSSE D'URGENCE MATÉRIEL DIAGNOSTIC



- * Stéthoscope
- * Sphygmomanomètre avec brassards tailles adulte et obèse
- * Electrocardiogramme
- * Oto-ophtalmoscope
- * Thermomètre frontal électronique
- * Abaisse-langue
- * Lampe de poche
- * Marteau à réflexe, ruban à mesurer
- * Saturomètre
- * Débitmètre de pointe
- * Glucomètre
- * Bandelettes urinaires
- * Feuilles de tests : Mini Mental State, AGGIR, ADL
- * BAVU

TROUSSE D'URGENCE FOURNITURES

- * Gants stériles et non stériles, lubrifiant
- * Pots pour culture d'urine
- * Désinfectant, solution hydro-alcoolique
- * Nécessaire pour débridements
- * Pansements : bandes, compresses, pansements de différents types
- * Nécessaire pour injections
- * Lancettes et bandelettes réactives adaptées au glucomètre
- * Contenants pour aiguilles souillées
- * Chambre d'inhalation



TROUSSE D'URGENCE MÉDICAMENTS

- * Adrénaline
- * Aspirine
- * Benzodiazépine injectable
- * Paracétamol
- * Anxiolytiques
- * Ceftriaxone
- * Corticoïdes
- * Dérivés nitrés en spray
- * Diurétique de l'anse
- * Morphine en ampoules
- * Neuroleptique sédatif injectable
- * Anti-inflammatoires per os et injectables
- * HBPM
- * Salbutamol aérosol
- * Glucose 30 % ampoules
- * Anti-émétisants
- * Anti-vertigineux
- * Anti-convulsivants

