



OXYGÉNOTHÉRAPIE

- Objectif : SpO₂ > 95%
- Si besoin > 6L/min : **appel du 15**
+ port du masque FFP2, lunettes, charlotte pour tout personnel entrant dans la chambre (risque d'aérosolisation)



ANTI-PYRÉTIQUE

- Systématique si température > 38°C
- Uniquement **Paracétamol** per os, voie rectale ou injectable
- Contre-indication formelle des anti-inflammatoires



ANTICOAGULATION (AC) PRÉVENTIVE

Posologie plus élevée que la dose isocoagulante.
Évaluer en premier le risque hémorragique++

- Si pas d'AOD ou d'AVK au long cours, proposer une **AC simple** :
Enoxaparine (ex: Lovenox®) 4000 UI/24h en SC
- Si **IMC > 30kg/m², CRP >100, D-Dimères > 3µg/ml**, proposer une **AC renforcée** :
Enoxaparine (ex: Lovenox®) 4000 UI/12h en SC
- Si **clairance < 30mL/min**, rester sur une **AC simple**.
- Si anticoagulation non possible : port de **bas de contention**.



TRAITEMENT ANTI-VIRAL

Il n'y a pas à ce jour de données suffisantes pour privilégier un traitement en EHPAD en dehors de l'inclusion dans un protocole de recherche.



ANTIBIOTHÉRAPIE

Pas d'antibiothérapie systématique sauf si :

- argument clinique (expectorations sales, encombrement)
- argument biologique (élévation franche de leucocytes, CRP > 100)

Choix molécule : **CEFTRIAXONE 1 g SC /jour pendant 7 jours**
(relais PO par AMOXICILLINE et ACIDE CLAVULANIQUE)



HYDRATATION

Veiller à une bonne hydratation orale ou sous-cutanée si besoin.
Si fièvre : augmenter les apports hydriques (+500mL /24h /degré supérieur à 37°C)



PRÉVENTION

- **Dénutrition** : prescription de 2 CNO HP HC /j (*patient en hypercatabolisme*)
- **Perte d'autonomie** : mobilisation quotidienne
- **Complications de décubitus** : matelas anti-escarre si résident alité