



OXYGÉNOTHÉRAPIE

- Objectif : SpO₂ > 95% (sauf BPCO 90 % < SaO₂ < 92 %)
- 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.

Si pas d'AOD ou d'AVK au long cours, proposer :

- en l'absence d'insuffisance rénale : **Enoxaparine** (ex: Lovenox®) **4000 UI X 2/ jour SC**
- Si clairance < 30ml/mn: **Enoxaparine** (ex: Lovenox®) **4000 UI 1/ jour SC**

Si **poids > 120 kg** : **Enoxaparine** (ex: Lovenox®) **6000 U X 2/ jour SC**

- 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 : TRT PO par AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Si voir orale impossible : **CEFTRIAXONE 1 g SC /jour pendant 7 jours**



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