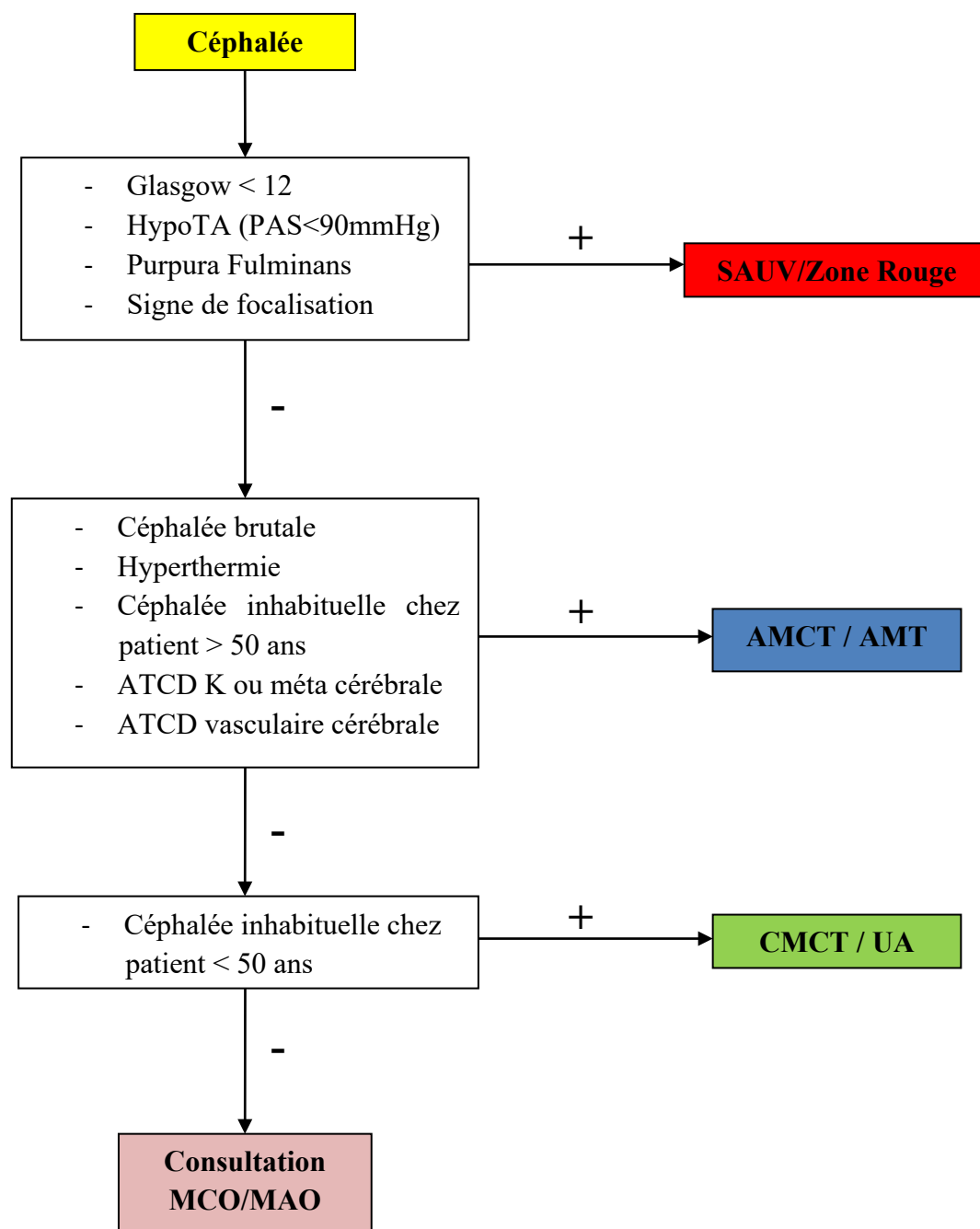


Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Céphalée	Version : 1 Date d'application : 07/2019

I. OBJET DU DOCUMENT :

1. Orientation en secteur de soin



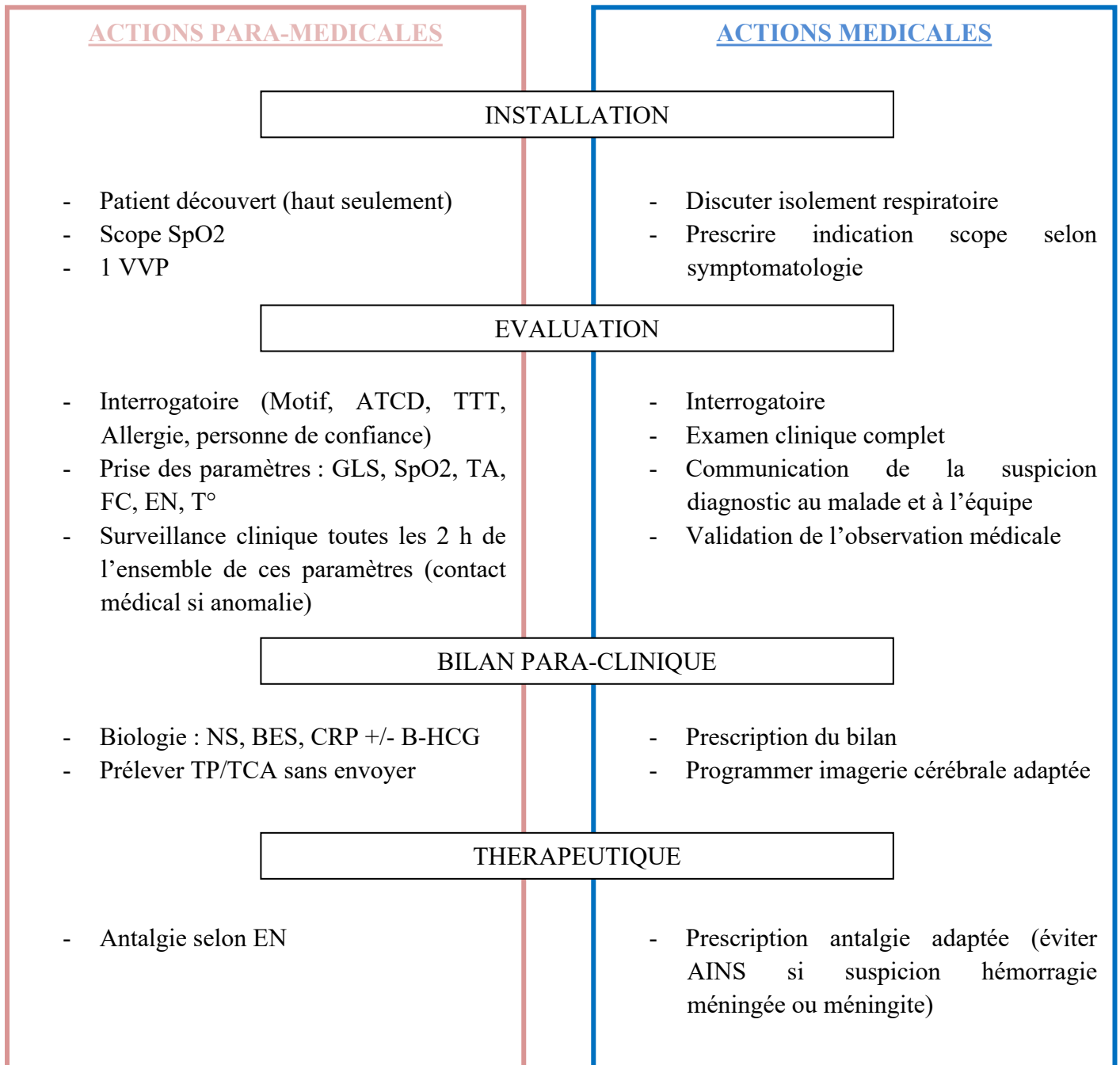
Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Dr CONCINA F.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Céphalée	Version : 1 Date d'application : 07/2019

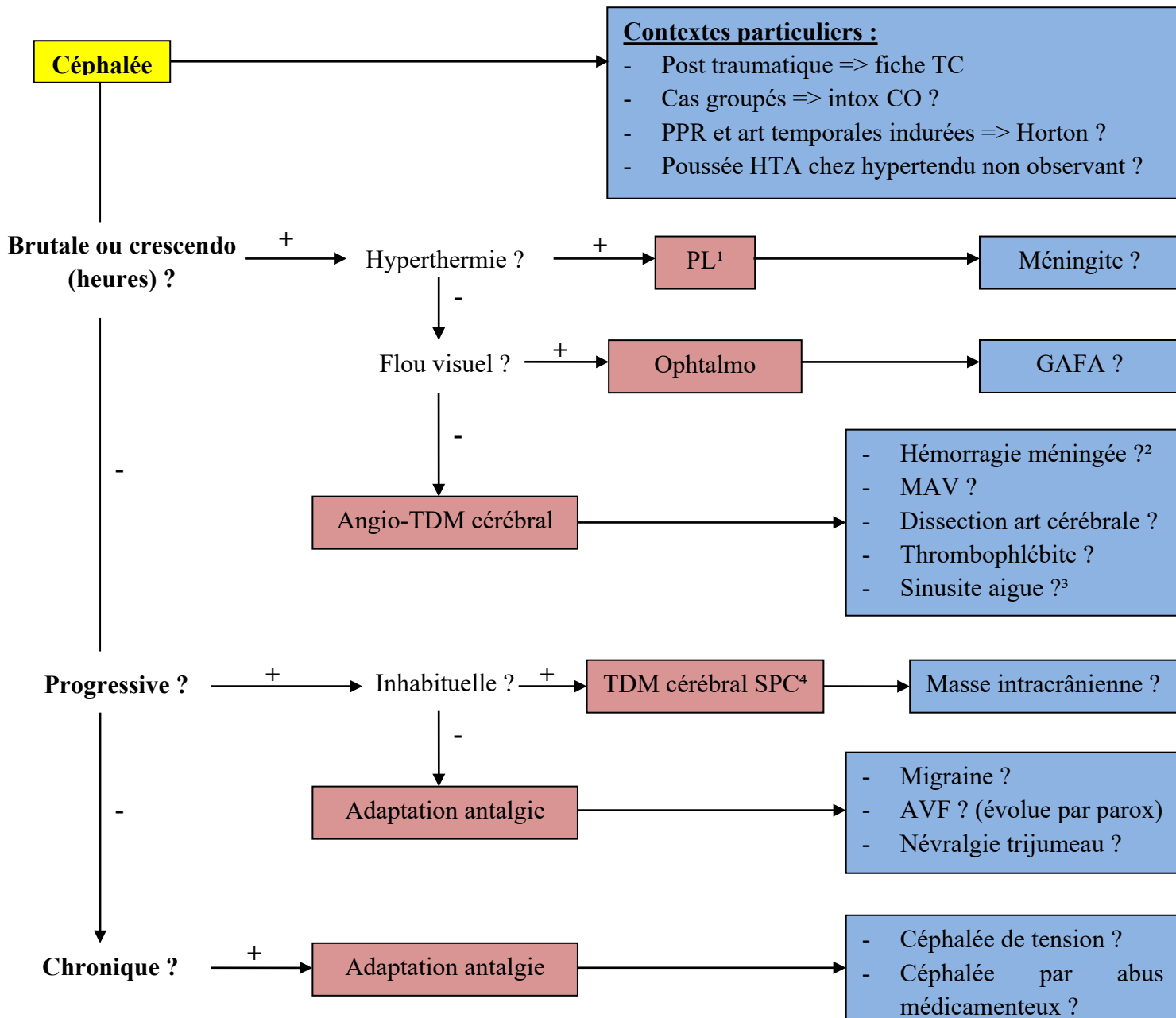
2. Check-List du patient orienté à l'AMCT/AMT



Rédigé par : Dr BALEN F.
Vérifié par : Dr CONCINA F.
Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Céphalée	Version : 1 Date d'application : 07/2019

3. Aide à l'orientation étiologique et explorations



1 : Ponction Lombar hors signe de focalisation, sinon TDM avant réalisation

2 : PL si TDM APC négatif si suspicion forte ou céphalée débutée > 24h

3 : N'impose pas TDM si clinique évidente

4 : Poursuite des explorations par TDM APC ou IRM peut être proposée en externe

Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Céphalée	Version : 1 Date d'application : 07/2019

4. Orientation après prise en charge initiale – A titre indicatif

Hub (AMT)/AMCT : Bilan initial, le malade peut être orienté vers un autre secteur après évaluation médicale séniorisée.

SAUV/Zone Rouge : Si aggravation du malade (cf critères en 1.) ou risque évolutif important après évaluation médicale.

Zone Orange (AMT) / AMCT : Scopé en attente des examens complémentaires, de la réponse aux thérapeutiques et orientation post SU, si altération de la vigilance, nécessité titration morphine ou suspicion méningite.

Zone Verte (AMT) / Zone de surveillance (AMCT) : Non scopé, en attente des examens complémentaires, de la réponse aux thérapeutiques et orientation post SU, dans les autres cas.

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Rangueil et Purpan.

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin OU A entreprendre X IDE, ● IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, X IADE, ● Sage-femme, ● Manipulateur en électroradiologie, ● Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

X. Moisset et al., French Guidelines For the Emergency Management of Headaches – 2016

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2021

Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Dr CONCINA F.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.