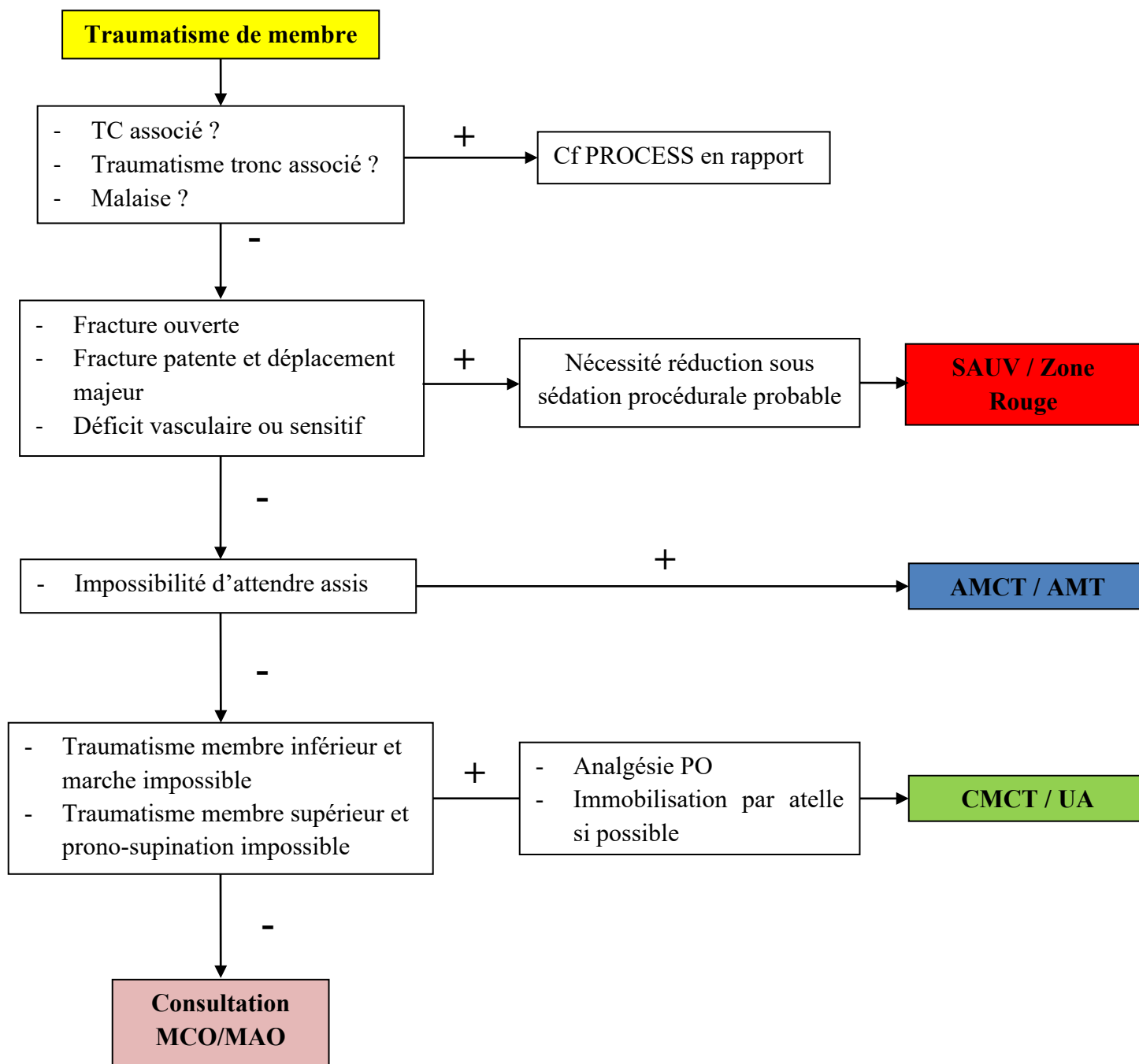


Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Traumatisme de membre	Version : 1 Date d'application : 07/2019

I. OBJET DU DOCUMENT :

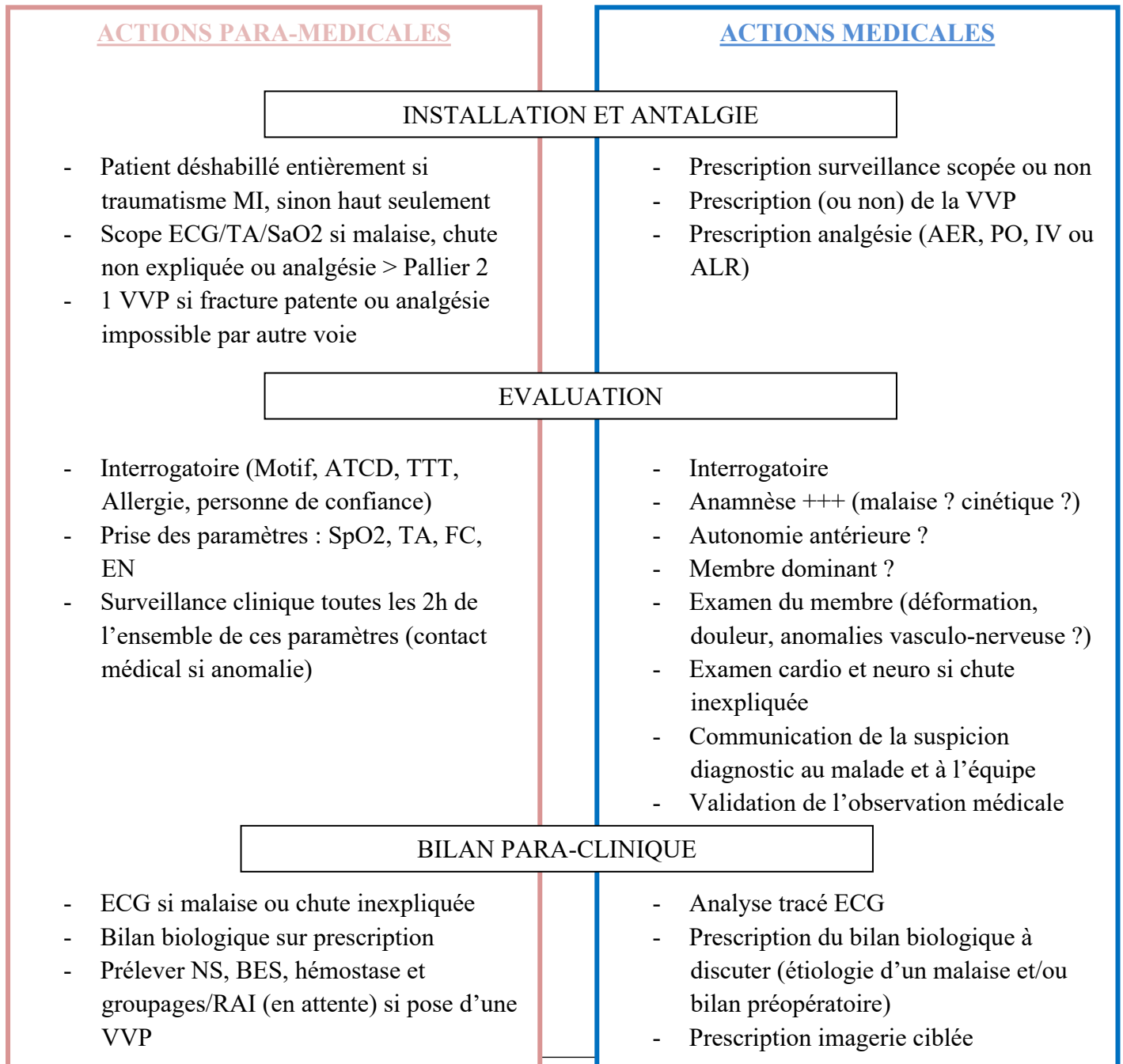
1. Orientation en secteur de soin



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

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

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



3. Orientation apres prise en charge initiale – A titre indicatif

Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Dr LECOULES N.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

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

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

Note : ALR et immobilisations (tractions collées/non-collées ou immobilisation plâtrées postérieures) peuvent être réalisées d'emblée si suspicion clinique forte, sans attendre l'imagerie. Elles seront réalisées en zone de surveillance dans les autres cas avec présence médicale (interne ou sénior).

SAUV / Zone Rouge :

- Si nécessité de sédation procédurale
- Si traumatisme lié à chute sur trouble du rythme grave

Zone Orange (AMT) / AMCT :

- Si patient ayant bénéficié d'une sédation procédurale : jusqu'à retour à état de vigilance antérieur
- Si suspicion de chute sur malaise nécessitant surveillance scopée: en attendant éléments de décision (biologie et/ou imagerie cérébrale)

Zone Verte (AMT) / Zone de surveillance (AMCT) : Patient à risque évolutif faible : en attente non scopée d'imagerie, biologie et orientation post urgence.

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

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2021

Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Dr LECOULES N.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.