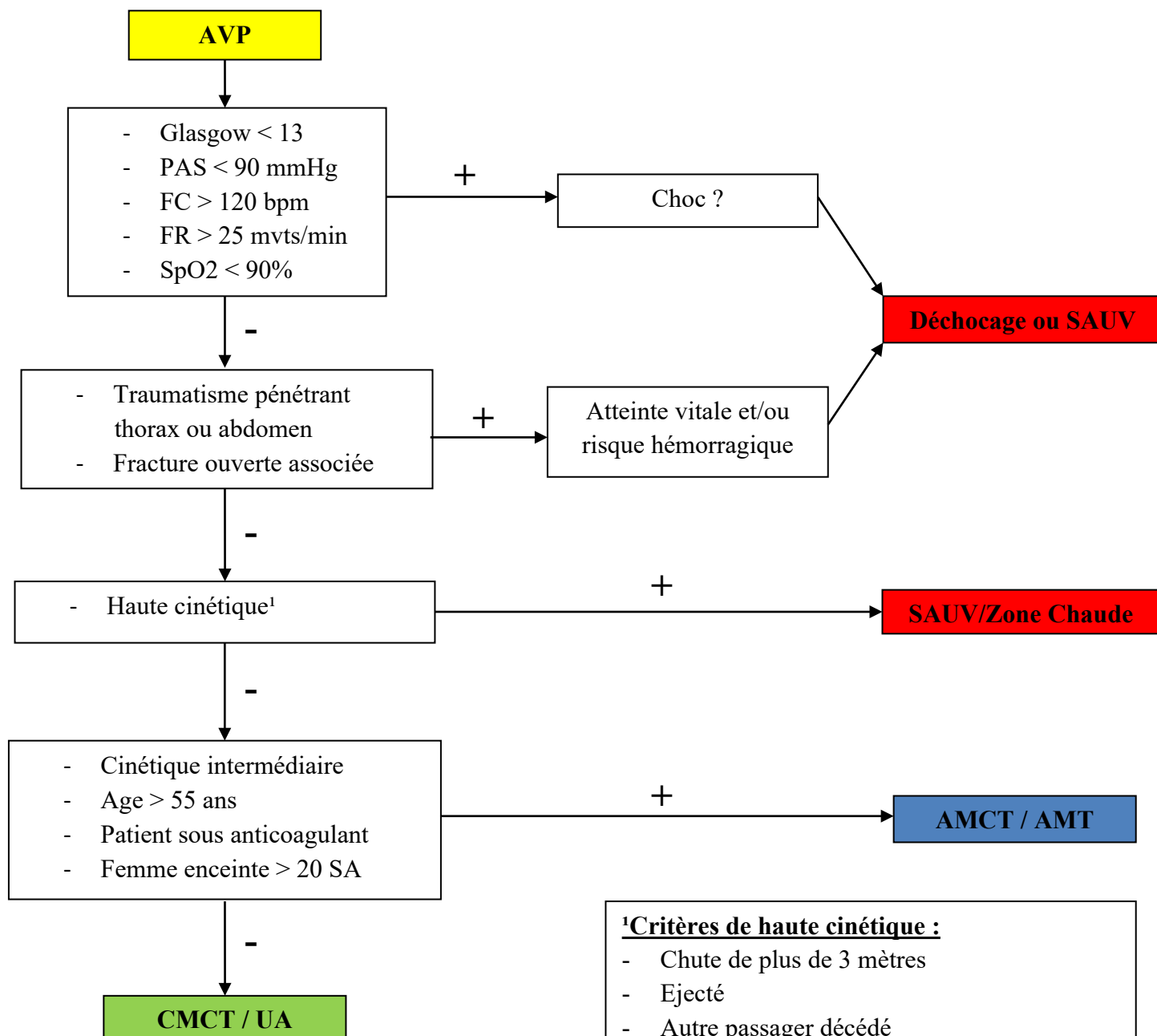


Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Traumatisme du tronc	Version : 1 Date d'application : 07/2019

I. OBJET DU DOCUMENT :

1. Orientation en secteur de soin



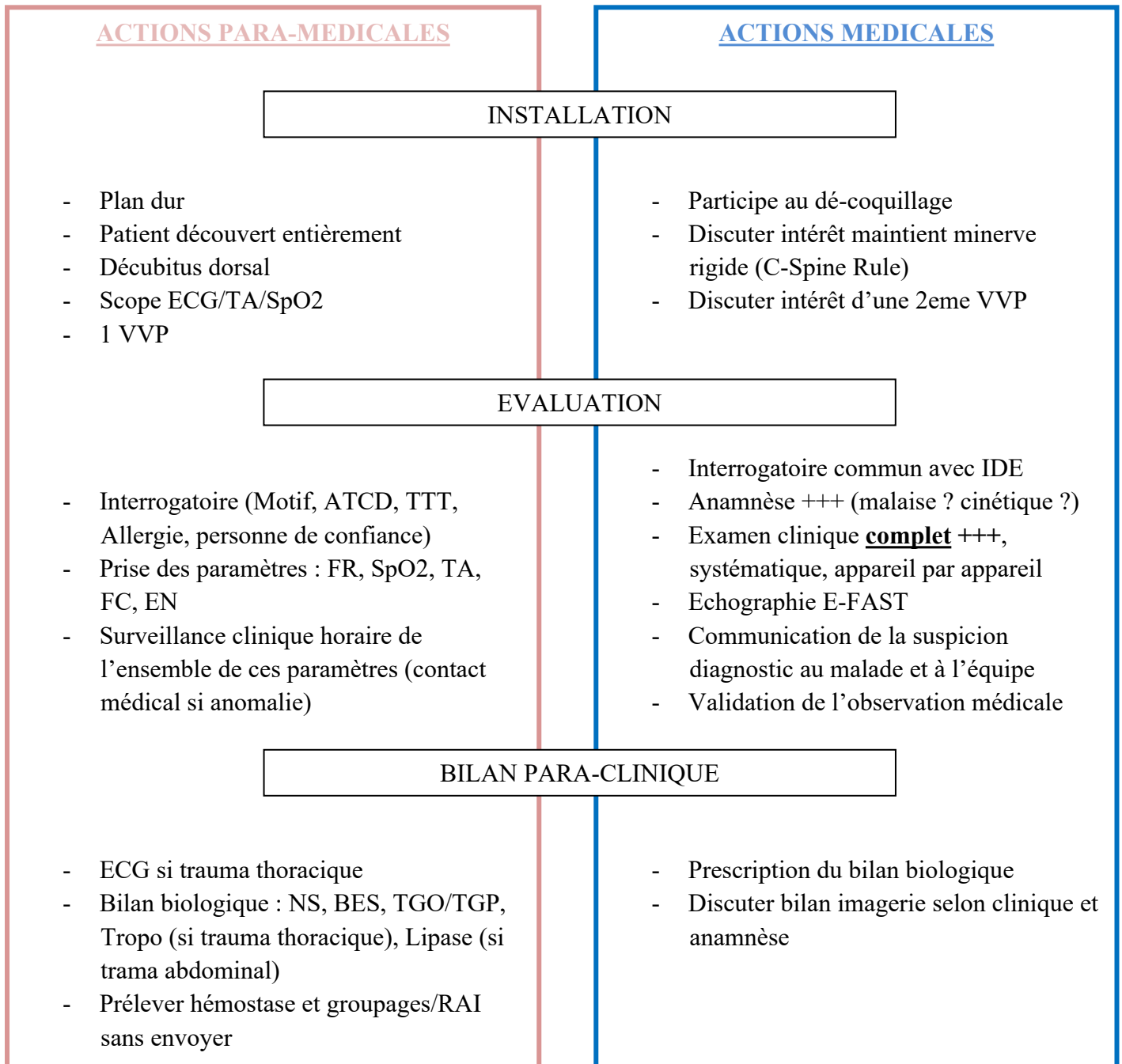
¹Critères de haute cinétique :

- Chute de plus de 3 mètres
- Ejecté
- Autre passager décédé
- Piéton ou cycliste vs engin motorisé
- Déformation majeure du véhicule
- VL : arrêt net à plus de 90 km/h
- 2 roues : choc à plus de 40 km/h

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

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

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



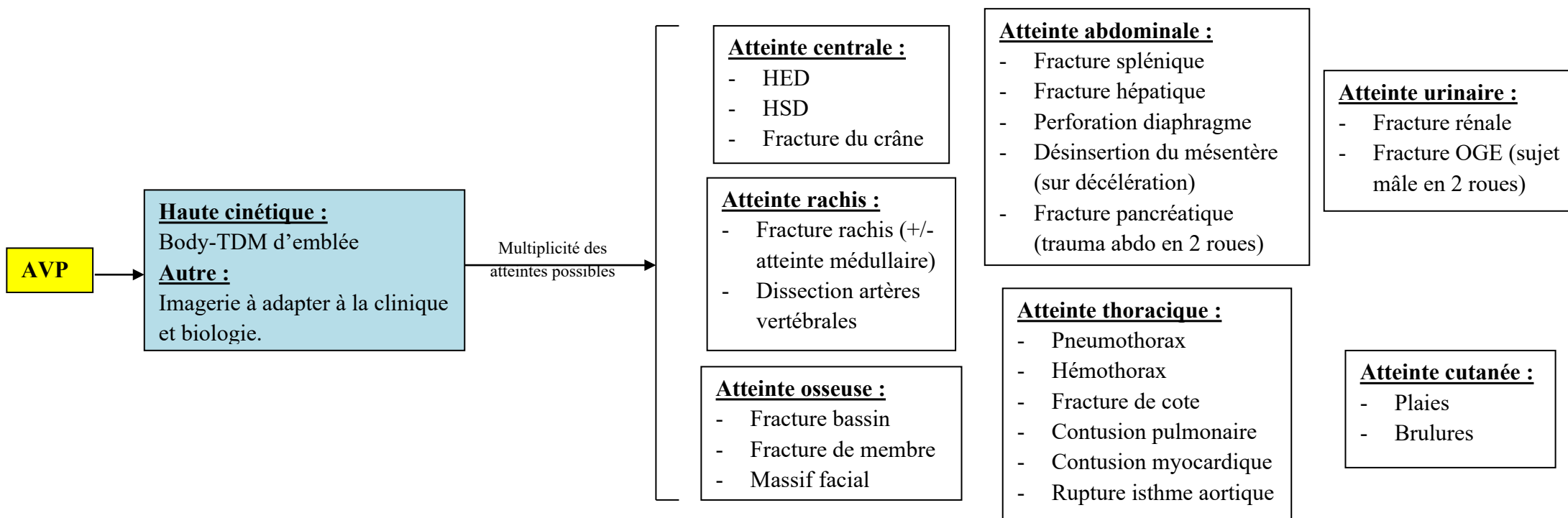
Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Dr NEKKAZ M.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

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

3. Aide à l'orientation étiologique



Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Traumatisme du tronc	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.

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 d'un éventuel Body-TDM d'indication non immédiate.

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

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 NEKKAZ M.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.