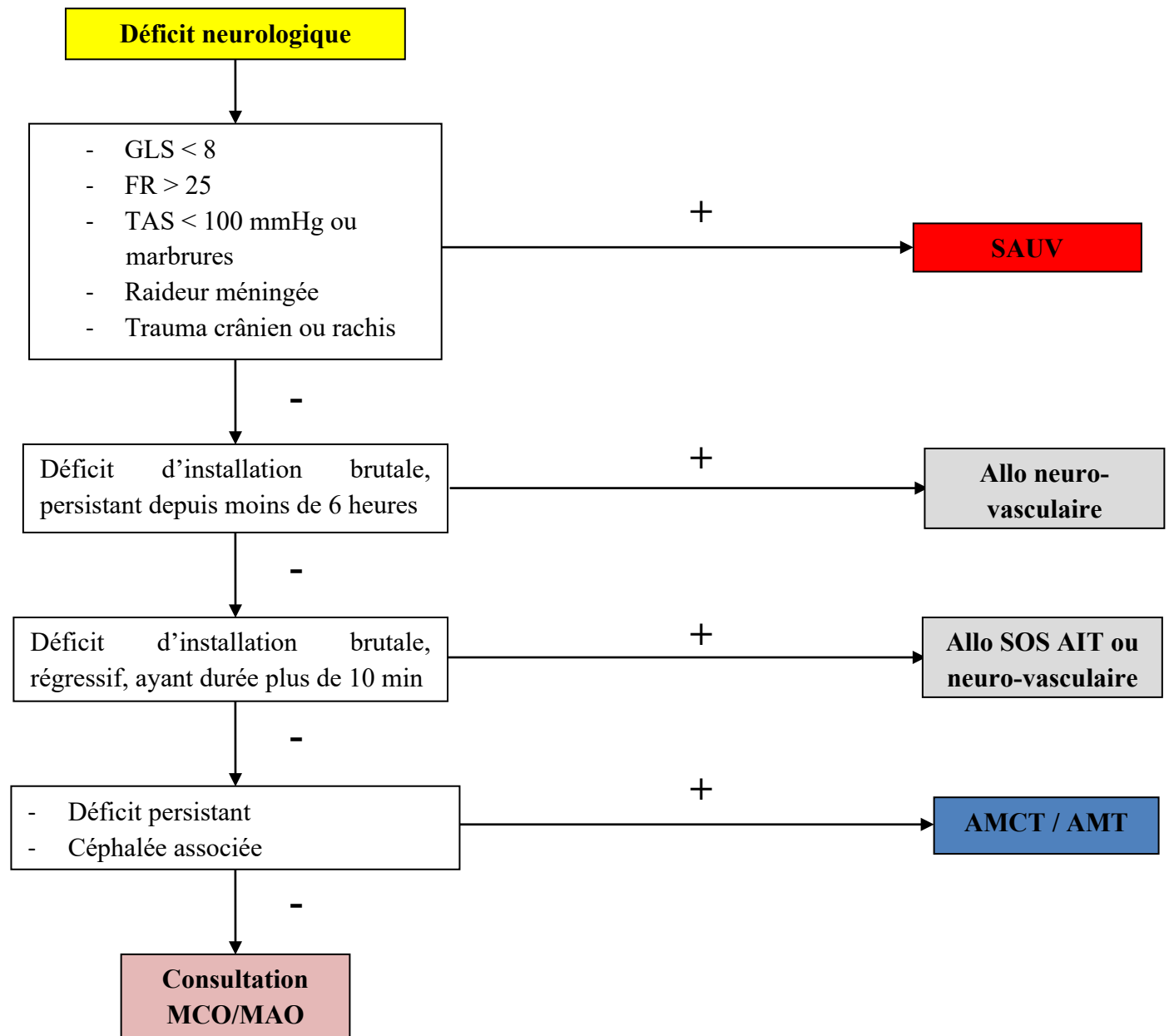


Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Déficit neurologique	Version : 1 Date d'application : 07/2019

I. OBJET DU DOCUMENT :

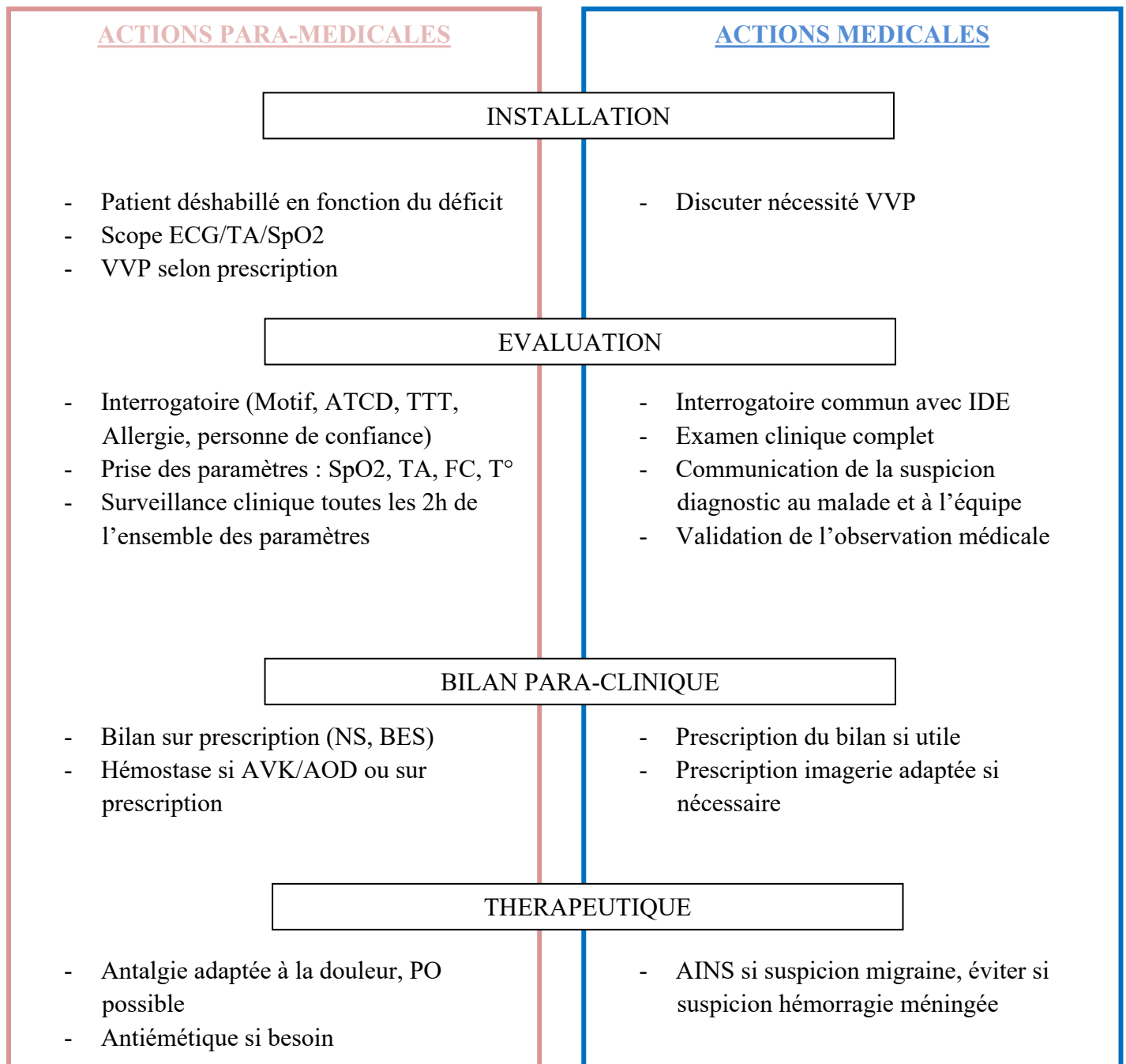
1. Orientation en secteur de soin



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

Protocole Orientation Urgence	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Déficit neurologique	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 FERNANDEZ S.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.

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

3. 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. L'imagerie indiquée doit être prescrite et discutée dès le Hub.

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 en USC/SI, si risque convulsif, trouble de la vigilance a risque d'inhalation ou nécessité de mise en route de traitement IVSE.

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 :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2021

Rédigé par : Dr BALEN F.

Vérifié par : Dr FERNANDEZ S.

Approuvé par : Pr CHARPENTIER S.