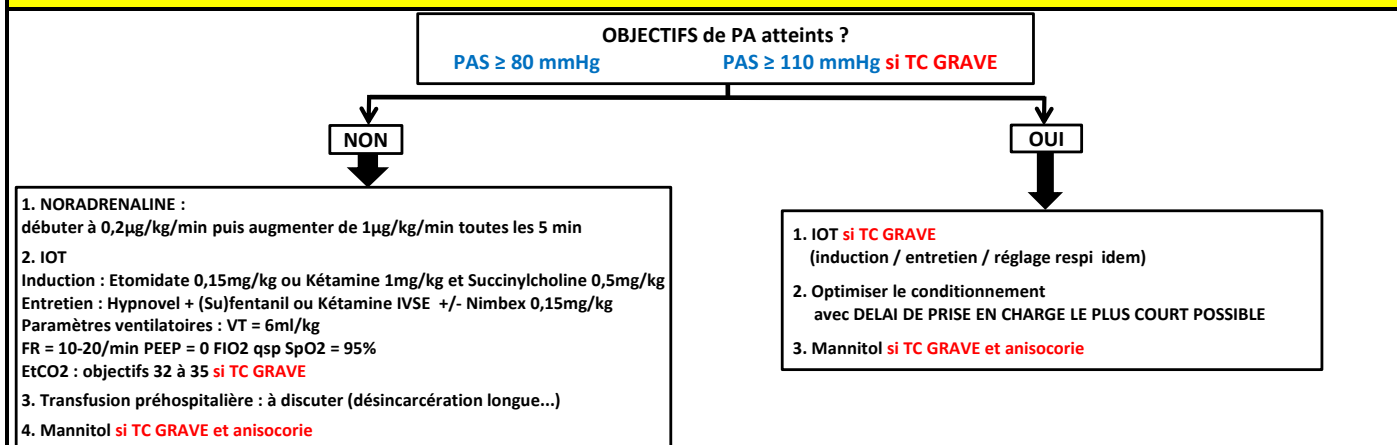


EVALUATION ET PRISE EN CHARGE INITIALE

MEDECIN	IDE/AMBULANCIER
<ol style="list-style-type: none"> Bilan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) Traitement symptomatiques des détresses vitales Interrogatoire (antécédents-traitements) Evaluation initiale du grade et bilan précoce au CRRA Analgésique précoce Si VVP impossible, pose DIO (EZIO®) Prévention hypothermie Echo FAST (sans retarder PEC) 	<ol style="list-style-type: none"> Prise de paramètres : TA, FC, FR, SpO2, T°C, HGT Oxygénation avec débit qsp SpO2 > 95% Déshabillage et monitoring Pose de 2 VVP systématique avec bilan sanguin (NFS, groupe-RAI, crase, iono, tropo, lactate) + Hemocue Préparation des drogues Consigner les paramètres
IMMOBILISATION	DESINCARCERATION
<ul style="list-style-type: none"> Plan dur ou MID Collier cervical Ceinture pelvienne systématique si bassin douloureux ou suspect et/ou état de choc Réalignement / réduction + immobilisation attelle adaptée (réévaluation pouls distaux) 	<ul style="list-style-type: none"> Extraction conventionnelle si stable Extraction d'urgence si instable ou risque évolutif manifeste
REMPLEISSAGE VASCUAIRE	
(volume le plus faible possible pour atteindre objectif PAS ≥ 80 mmHg)	
Adulte : Cristalloïdes Isotoniques 1500ml (dose maximale) sur 10min - Enfant (<15ans) : Cristalloïdes Isotoniques 20ml/kg	
HEMOSTASE	
<ul style="list-style-type: none"> Acide Tranexamique (EXACYL® ampoule 0,5g/5ml) Adulte : 1g/10min puis 1g par 8h (2 amp. diluées à 20ml:2,5cc/h) - Enfant < 30kg : 10mg/kg sur 20 min puis 1mg/kg et par heure Plaies hémorragiques : compression manuelle directe puis pansement compressif Suture plaie du scalp : si non contrôlée par pansement compressif Fracture ouverte hémorragique : réduction + compression ou garrot Garrot : réévaluer efficacité lors augmentation PAS (saignement ++) 	
ABORD DU THORAX	
<ul style="list-style-type: none"> Suspicion HémO / pneumothorax compressif : exsufflation à l'aiguille et/ou thoracostomie axillaire au doigt Si plaie soufflante et patient en Ventilation Spontanée : pansement semi occlusif 	

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE SECONDAIRE



ORIENTATION DU PATIENT

GRADE A	GRADE B	GRADE C
<p>Hypoxémie (SpO² < 90%) persistante Malgré une ventilation invasive ou oxygénothérapie à haut débit</p> <p>Hypotension (PAS < 90 mmHg) persistante Malgré un remplissage > 1000 ml ou administration de catécholamines</p>	<p>Atteinte circulatoire Hypotension initiale corrigée (PAS > 90 mmHg)</p> <p>Atteinte ventilatoire Hypoxémie initiale corrigée (SpO² > 90%) Ventilation mécanique Déformation ou instabilité de la paroi thoracique</p> <p>Atteinte neurologique GCS ≤ 13 (ou moteur ≤ 5) Embarrure Suspicion de lésion médullaire</p> <p>Traumatismes pénétrants Au-dessus des coudes ou genoux</p> <p>Critères échographiques Epanchement péritonéal ; pleural ; péricardique</p> <p>Critères anatomiques Suspicion de fracture du bassin ≥ 2 fractures humérale ou fémorale Suspicion d'ischémie de membre Amputation, démantèlement, écrasement au-dessus des poignets ou chevilles</p>	<p>Cinétique élevée Chute > 6m ou 2 étages (enfant > 3 x taille) Blaste, écrasement Piéton renversé > 30 km/h Désincarcération Ejection d'un véhicule Décès ou grade A dans le même véhicule</p> <p>Terrain fragilisé Femme enceinte > 20 SA Age > 65 ans Coagulopathie ou traitement anticoagulant Antécédents cardio-respiratoires significatifs</p> <p>Appréciation globale du médecin pré-hospitalier</p>
<p>Différence temps de transport N1-N2 (dont HéLISMUR)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>< 15 min</p> <p>Trauma Centre N1*</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>> 15 min</p> <p>Trauma Centre N2/N2+*</p> </div> </div>		<p>Trauma Centre N1/N2/N3 (proximité)</p>
<p>* GRADE B avec atteinte neuro isolée : N1 ou N2 (NC)</p>		