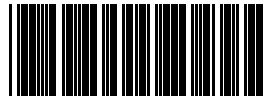


L'ÉVALUATION INITIALE DU POLYTRAUMATISÉ



DT9138

Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure	:

I- MÉCANISME DU TRAUMATISME

Accident impliquant un véhicule

Auto ou camion Moto Cycliste Piéton

Autre : _____ vs : _____

Conducteur Passager avant Passager arrière

Vitesse d'impact relative : _____ km/h

Éjection Tonneaux

Déformation ou intrusion dans l'habitacle

Patient sorti lui-même du véhicule

Désincarcération/durée : _____ min.

Impact à haute vélocité (voir exemples à droite)

Protection

Ceinture de sécurité Casque Aucune

Coussin gonflable Siège d'enfant Inconnue

Chute Hauteur : _____ m

Arme à feu _____

Arme blanche _____

Objet coupant _____

Objet contondant _____

Autre : _____

Âge : _____ ans Homme Femme

Identification du centre hospitalier	Si transfert, CH d'origine
--------------------------------------	----------------------------

Impact à haute vélocité

Chute de plus de 7 mètres. Autres occupants décédés, déformation/intrusion dans l'habitacle, piéton ou cycliste frappé à plus de 35 km/h, autres...

Schéma de l'accident

II- HISTOIRE CLINIQUE

Sur les lieux de l'accident

Perte de conscience - + Durée : _____ min. Difficulté respiratoire - + Hémorragie significative - +

D- Douleurs et plaintes spontanées

Tête Cou Thorax Dos Abdomen Bassin MSD MSG MID MIG

Autres plaintes : _____

A- Allergies	M- Médicaments

Vaccination anti-tétanique à jour? Oui Non Inconnu

P- Passé médical (antécédents)

L- Lunch (heure) Dernier repas	:	E- Événements entourant l'accident	<input type="checkbox"/> Non intentionnel <input type="checkbox"/> Intentionnel <input type="checkbox"/> Inconnu

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure
				:

III- ÉVALUATION PRIMAIRE

Date de l'évaluation	Année	Mois	Jour	Heure
Premiers signes vitaux documentés				Heure
Pouls-TA-Resp.-T°				
<input type="checkbox"/> S.V. normaux				
Signes vitaux actuels				Heure
Pouls-TA-Resp.-T°				
<input type="checkbox"/> S.V. normaux				

A. Voies aériennes et cou

	-	+	D	G
Voies aériennes obstruées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachée déviée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Ventilation

	-	+	D	G
Apnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murmure vésiculaire diminué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaie pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème sous-cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Circulation

	N	A
Coloration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remplissage capillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évidence de saignement important	-	+
Externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interne (thorax, abdomen, bassin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Examen neurologique primaire

Échelle de Glasgow (Glasgow péd.) Encercler

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
Spontanée 4	Orienté 5 (sourit, gazouille)	Obéit 6 (mvt spontané)
À la parole 3	Confus 4 (irritable)	Localise douleur 5 (retrait au toucher)
À la douleur 2	Mots inappropriés 3 (inconsolable)	Retrait à la douleur 4
Aucune réponse 1	Incompréhensible 2 (gémis, agité)	Décortication 3
	Aucune réponse 1	Décérébration 2
		Aucune réponse 1

Total _____ Non évaluable

Pupilles (réaction et grandeur)

	N	A	Grandeur		N	A	Grandeur
Droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mm	Gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mm

E. ENVIRONNEMENT

Déjà en place : TET Combitube
 Drain thoracique (d/g) _____ Collet cervical
 Matelas immobilisateur Planche dorsale
 TNG Sonde urinaire
 Solutés (nombre : _____ quantité reçue : _____ L)
 Autres : _____

Interventions

Oxygène : _____ %

Intubation Tube n° _____ Heure : _____

Thoracocentèse-aiguille D G Heure : _____

Drainage thoracique D G Heure : _____

Pansement 3 côtés D G Heure : _____

Péricardiocentèse à l'aiguille Heure : _____

Ponction/lavage péritonéal Heure : _____

Soluté(s)

« Fast écho »

Détails des interventions :

Détails des interventions :

Dévéter et couvertures chaudes

Considérer consultations et/ou transfert

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure

IV- ÉVALUATION SECONDAIRE

1. Tête	N	A
	-	+
Crâne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massif facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche/dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémotympan (g/dt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Cou	N	A
Colonne cervicale :		
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème sous-cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugulaires distendues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Thorax	N	A
Entrée d'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Râles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème sous-cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crépitus osseux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volet thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruits cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

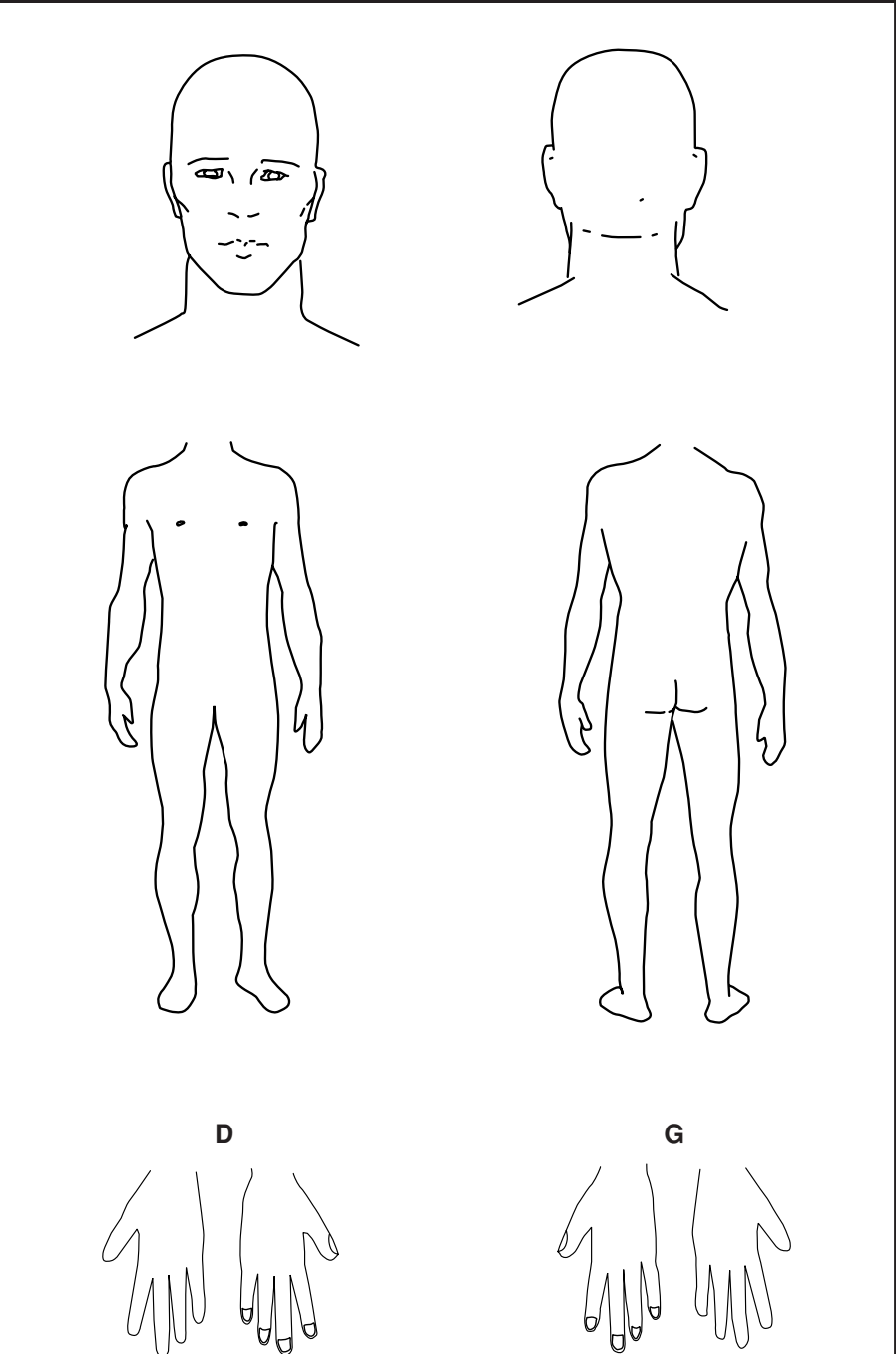
4. Abdomen	N	A
Péristaltisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Péritonisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Organes génitaux externes	N	A
Pénis/testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang au méat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hématurie macroscopique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TR (tonus, sang, prostate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Extrémités (spécifier sur schéma)	N	A
Pouls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Dos	N	A
Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Examen neurologique	N	A
Intoxication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation : Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amnésie de l'événement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétention de 3 mots _____ /3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A = abrasion/ecchymose; B = brûlure; D = douleur; F = fracture (?); L = lacération/plaie

	N	A	N	A
Forces (barré/serment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>
Forces segmentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réflexe de gag	<input type="checkbox"/>
ROT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réflexes cornéens	<input type="checkbox"/>
Cutanés plantaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilités	<input type="checkbox"/>

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure	:
					:

V- IMPRESSIONS DIAGNOSTIQUES		PLAN	
État hémodynamique :	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Précaire <input type="checkbox"/> Instable		

Consultations (C) et transfert (T)		Transfert vers un autre établissement	
Chirurgie générale/traumato	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T	Heure : _____	
Anesthésie	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T	Heure : _____	
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T	Heure : _____	
Orthopédie	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T	Heure : _____	
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T	Heure : _____	
	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T	Heure : _____	

Signature du médecin de l'urgence	
-----------------------------------	--

VI- ÉVOLUTION ou COMMENTAIRES	