

DT9165

**TRAUMATOLOGIE**  
Notes d'évolution  
en soins infirmiers

CH receveur \_\_\_\_\_

Sexe :  H  F    Âge \_\_\_\_\_    Taille \_\_\_\_\_ m    Poids \_\_\_\_\_ kg

**1- MODALITÉS D'ARRIVÉE/PROVENANCE**

Date	Année	Mois	Jour	Heure préavis	Heure d'arrivée
<input type="checkbox"/> Sur pied	<input type="checkbox"/> Ambulance	<input type="checkbox"/> Autre : _____			
<input type="checkbox"/> Transfert de : _____					

Date/heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure	?
					<input type="checkbox"/>

**2- MÉCANISME DU TRAUMATISME**

Voir le formulaire médical AH-450

Automobile ou camion	Autre véhicule
Impact contre : _____ <input type="checkbox"/> Impact haute vitesse <input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé <input type="checkbox"/> Éjection : _____ m <input type="checkbox"/> Usager sorti de lui-même <input type="checkbox"/> Tonneaux : _____ <input type="checkbox"/> Déformation/intrusion de l'habitacle <input type="checkbox"/> Incarcération : _____ min Ceinture : <input type="checkbox"/> 3 points <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> ? Coussin déployé : <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Latéral <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ? Siège d'enfant : <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ? Indiquez la position du <b>traumatisé</b> avant l'impact avec un <b>X</b> Indiquez avec une → le point d'impact	<input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicyclette <input type="checkbox"/> Autre : _____ Impact contre : _____ <input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Éjection : _____ m <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé <input type="checkbox"/> Casque : <input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Brisé <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ? <b>Divers</b> <input type="checkbox"/> Piéton <input type="checkbox"/> Chute : hauteur : _____ m Impact contre : _____ <input type="checkbox"/> Vitesse d'impact : _____ km/h <input type="checkbox"/> Arme à feu <input type="checkbox"/> Objet coupant <input type="checkbox"/> Objet contondant <input type="checkbox"/> Électrisation <input type="checkbox"/> Écrasement <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Autre : _____
Particularités : _____ _____ _____	



**3- INTERVENTIONS AVANT L'ARRIVÉE**

Indice pré-hospitalier (IPT) \_\_\_\_\_ /24

A- Voies respiratoires/colonne cervicale	B- Ventilation/respiration	C- Circulation
<input type="checkbox"/> Canule oro <input type="checkbox"/> Canule naso <input type="checkbox"/> Intubation : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/> Combitude <input type="checkbox"/> Collet cervical <input type="checkbox"/> Planche dorsale <input type="checkbox"/> Matelas immobilisateur	<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Ballon masque <input type="checkbox"/> Assistée mécaniquement <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> _____ %	<input type="checkbox"/> Accès veineux (encerclez) : 1 2 3 Quantité reçue : _____ ml <input type="checkbox"/> Défibrillation <input type="checkbox"/> RCR début : _____ h <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Pansement
D- État neurologique	Derniers signes vitaux	
A V P U GSC : _____ /15 _____ /15 Perte de conscience : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Oui Durée : _____ min Amnésie événement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Oui	TA _____ mmHg Pls _____ /min FR _____ /min T° _____ °C Sp O <sub>2</sub> _____ % Divers : <input type="checkbox"/> Sonde gastrique <input type="checkbox"/> Sonde vésicale <input type="checkbox"/> Drain thoracique G D <input type="checkbox"/> Médication reçue : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____	

**4- ANTÉCÉDENTS**

Non  ?

**MÉDICATION**

Non  ?

**ALLERGIES**

Non  ?

DDM	Année	Mois	Jour	Grossesse	sem	Dernier repas	h	Tétanos : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Année
-----	-------	------	------	-----------	-----	---------------	---	---	-------

**5- PERSONNE AVISÉE**

Accepte que l'on avise une personne significative  Refuse

Avisé par : \_\_\_\_\_ h

Nom de la personne	Lien de parenté	Ind. rég.	N° de téléphone	<input type="checkbox"/> Pas de réponse	<input type="checkbox"/> Message laissé sur le répondeur
Particularités : _____					

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

6- ÉQUIPE TRAUMA		<input type="checkbox"/> Activation de l'équipe trauma h					
Professionnels	Nom	Appel	Arrivée	Spécialité	Nom	Appel	Arrivée
Chef d'équipe trauma (TTL)				Chir. générale			
Urgentologue				Neuro-chirurgie			
Urgentologue				Orthopédie			
Infirmière				Anesthésie			
Infirmière				Plastie			
Infirmière				Maxillo-facial			
Inhalothérapeute							

**ÉVALUATION INITIALE** Début : \_\_\_\_\_ h Fin : \_\_\_\_\_ h **INTERVENTIONS**

7A- VOIES RESPIRATOIRES/COLONNE CERVICALE	
<input type="checkbox"/> Libres    Vocalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Obstruées : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Dent <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Sécrétions <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Vomissement Immobilisation col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Particularités : _____	Ouverture voies respiratoires <input type="checkbox"/> Retrait de corps étranger <input type="checkbox"/> Traction mandibulaire ( <i>Jaw Thrust</i> ) <input type="checkbox"/> Traction mentonnière ( <i>Chin Lift</i> ) Aspiration : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso <input type="checkbox"/> Trachéale Canule : <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Naso n° _____ par : _____ h Intubation : _____ par : _____ h Crico : <input type="checkbox"/> Aiguille <input type="checkbox"/> Chir. n° _____ par : _____ h Maintien immo. col. cerv. : <input type="checkbox"/> Oui Cessé par : _____ MD Particularités : _____ à _____ h

B- VENTILATION/RESPIRATION																			
<input type="checkbox"/> Spontanée <input type="checkbox"/> Assistée    Fréquence resp. : _____ /min. Élévation thoracique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Amplitude : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle Mouvements thoraciques : <input type="checkbox"/> Symétriques <input type="checkbox"/> Asymétriques Utilis. muscles acces./abd. : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Murmures vésiculaires : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Emphysème sous-cutané : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Jugulaires distendues : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non évalué Déviation trachée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Plaie thor. pénétrante : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Particularités : _____	Oxygène <input type="checkbox"/> Ballon masque <input type="checkbox"/> Masque O <sub>2</sub> _____ % <input type="checkbox"/> LN _____ l/min    Ventilation mécanique : _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Drain thoracique</th> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° drain</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Présence de drainage</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Aspect du drainage</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Succion</td> <td><input type="checkbox"/> Oui :</td> <td><input type="checkbox"/> Oui :</td> </tr> <tr> <td>Inséré par _____ à _____ h</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Thoracocentèse à l'aiguille : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G n° _____ par : _____ h Pansement trois côtés : _____ Particularités : _____	Drain thoracique	D	G	N° drain			Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Aspect du drainage			Succion	<input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Oui :	Inséré par _____ à _____ h		
Drain thoracique	D	G																	
N° drain																			
Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	
Aspect du drainage																			
Succion	<input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Oui :																	
Inséré par _____ à _____ h																			

C- CIRCULATION													
<b>Peau :</b> Couleur : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Cyanosée <input type="checkbox"/> Marbrée Température : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Chaude Texture : <input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Moite <input type="checkbox"/> Diaphorétique Remplissage capillaire : <input type="checkbox"/> Normal (< 2 sec) <input type="checkbox"/> Retardé (> 2 sec) Saignement actif : (site) N° 1 _____ N° 2 _____ N° 3 _____ Particularités : _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Accès veineux/intra-osseux (site/n°)</th> <th>Par</th> <th>h</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N° 1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° 2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>N° 3</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire : _____ <input type="checkbox"/> Pression directe site 1 2 3 <input type="checkbox"/> Pans. compressif site 1 2 3 <input type="checkbox"/> Réchauffe-liquide : _____ <input type="checkbox"/> Soluté chaud <input type="checkbox"/> Perfuseur à haut débit → Voir bilan dosage ingesta/excreta Particularités : _____	Accès veineux/intra-osseux (site/n°)	Par	h	N° 1			N° 2			N° 3		
Accès veineux/intra-osseux (site/n°)	Par	h											
N° 1													
N° 2													
N° 3													

D- ÉTAT NEUROLOGIQUE	
<b>Pupilles :</b> Dimension G _____ mm D _____ mm Réaction G _____ D _____ Lentilles cornéennes en place : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>État de conscience :</b> <input type="checkbox"/> Alerté <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> P (douleur) <input type="checkbox"/> U (ne réagit pas) Particularités : _____	<input type="checkbox"/> <b>Contentions :</b> Type : _____ Par : _____ h Particularités : _____

INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES

Nom de l'usager

N° de dossier

**ÉVALUATION SECONDAIRE**

Début : \_\_\_\_\_ h Fin : \_\_\_\_\_ h

**INTERVENTIONS****E- EXPOSITION DE L'USAGER/CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT**

- Température rectale : \_\_\_\_\_ °C \_\_\_\_\_ h  
 Thermostat ajusté  $\geq 25^\circ$  : \_\_\_\_\_ h  
 L'usager dévêtu  Matelas chauffant : \_\_\_\_\_ h  Couvertures chaudes  
 Autre : \_\_\_\_\_

**F- INTERVENTIONS**

- Moniteur cardiaque installé Rythme : \_\_\_\_\_  
 Saturomètre installé  ECG \_\_\_\_\_ h dem. \_\_\_\_\_ h fait

	Sonde gastrique	Sonde urinaire
Sonde (type, site, n°)		
Inséré par _____ à _____ h		
Présence de drainage	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Aspect du drainage		
Bâtonnet réactif (sang)		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non-fait

**G- EXAMEN TÊTE AUX PIEDS/INSPECTION/PALPATION SURFACES POSTÉRIEURES** Voir formulaire médical AH-450**Cranio-facial** Normal

- Crâne**  Signe de Battle :  G \_\_\_\_\_  D \_\_\_\_\_  
 Otorrhée :  G \_\_\_\_\_  D \_\_\_\_\_  
**Visage**  Rhinorrhée :  G \_\_\_\_\_  D \_\_\_\_\_  
 Lentilles cornéennes enlevées G D  Signe des yeux de raton laveur  
**Cou**  Crépitements (palpation)

Particularités : \_\_\_\_\_

**Thorax** Normal

- Crépitements (palpation)  
**Auscultation/bruits pulmonaires :**  Présent G D  
 Diminué G D  Absent G D  Crépitants G D  Sifflements G D  
**Auscultation/bruits cardiaques :**  
 Présents  Diminué

Particularités : \_\_\_\_\_

**Abdomen** Normal

- Nausée  Vomissement  
 Distension  
**Péristaltisme :**  Présent  Diminué  Absent  
**Palpation :**  Souple  Sensible  Rigide  Réaction de protection

Particularités : \_\_\_\_\_

**Bassin/génito-urinaire** Normal

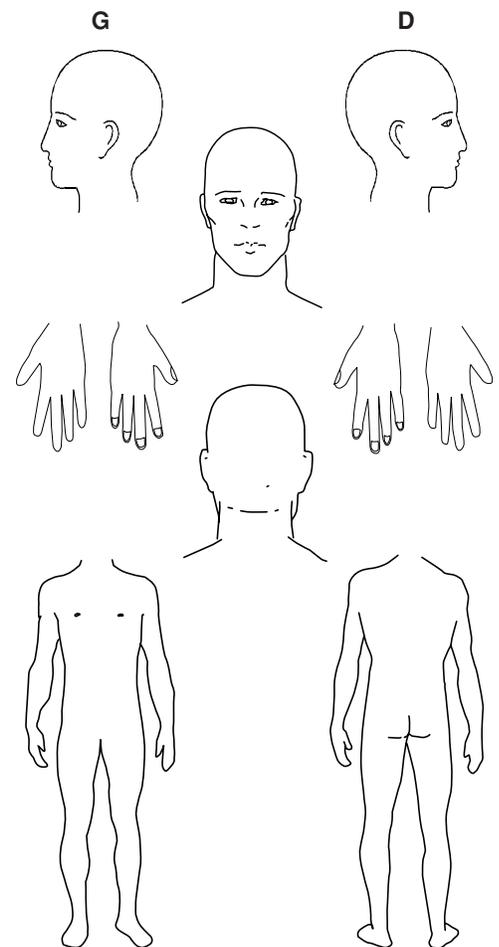
- Saignement  
 Instabilité du bassin  Crépitements (palpation)

Particularités : \_\_\_\_\_

**Extrémités/CCMS/pouls** Normal

	MSD <input type="checkbox"/> Normal	MSG <input type="checkbox"/> Normal	MID <input type="checkbox"/> Normal	MIG <input type="checkbox"/> Normal
Chaleur				
Couleur				
Mouvement				
Sensibilité				
Pouls absent				
Attelles				

Particularités : \_\_\_\_\_

**Légende**

**A** : abrasion **DFORM** : déformation **O** : œdème  
**B** : brûlures **E** : ecchymose **P** : plaie  
**D** : douleur **L** : lacération

Autre : \_\_\_\_\_

**H- FAMILLE**

- Présence  Non  Oui : \_\_\_\_\_ h  Informations données à la famille par : \_\_\_\_\_ h  
 Service social : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_

INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES

3



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

**8- RADIOGRAPHIE/TOMODENSITOMÉTRIE/ÉCHOGRAPHIE/ANGIOGRAPHIE ET AUTRES PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES**

	h dem.	h fait	h départ	h retour	Accompagné par				h dem.	h fait	h départ	h retour	Accompagné par
<input type="checkbox"/> Poumons					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Bassin					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Colonne C T L					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Écho. ciblée (FAST)					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Écho. abd.					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Tête					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Cervicale					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Thorax					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> CT. Abdomen					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Inf.	<input type="checkbox"/> Inhalo.	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/>					

**9- DOSAGE INGESTA**

h	N° sac	Solutés/débit	Quantité reçue	Initiales inf. si MD avisé	h	Produits sanguins/ Autres produits	Quantité reçue	Initiales inf. si MD avisé
<b>Total solutés</b>						<b>Total produits</b>		
Protocole de transfusion massive							Début	Fin
							h	h

**10- DOSAGE EXCRETA**

h	Urine	h	Vomissement	Sonde gastrique	h	Drain thor. droit	Drain thor. gauche	h	Sang/ Plaies	Autres
<b>Total</b>		<b>Total</b>			<b>Total</b>			<b>Total</b>		

**GRAND TOTAL :**

INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES	INIT.	SIGNATURES

