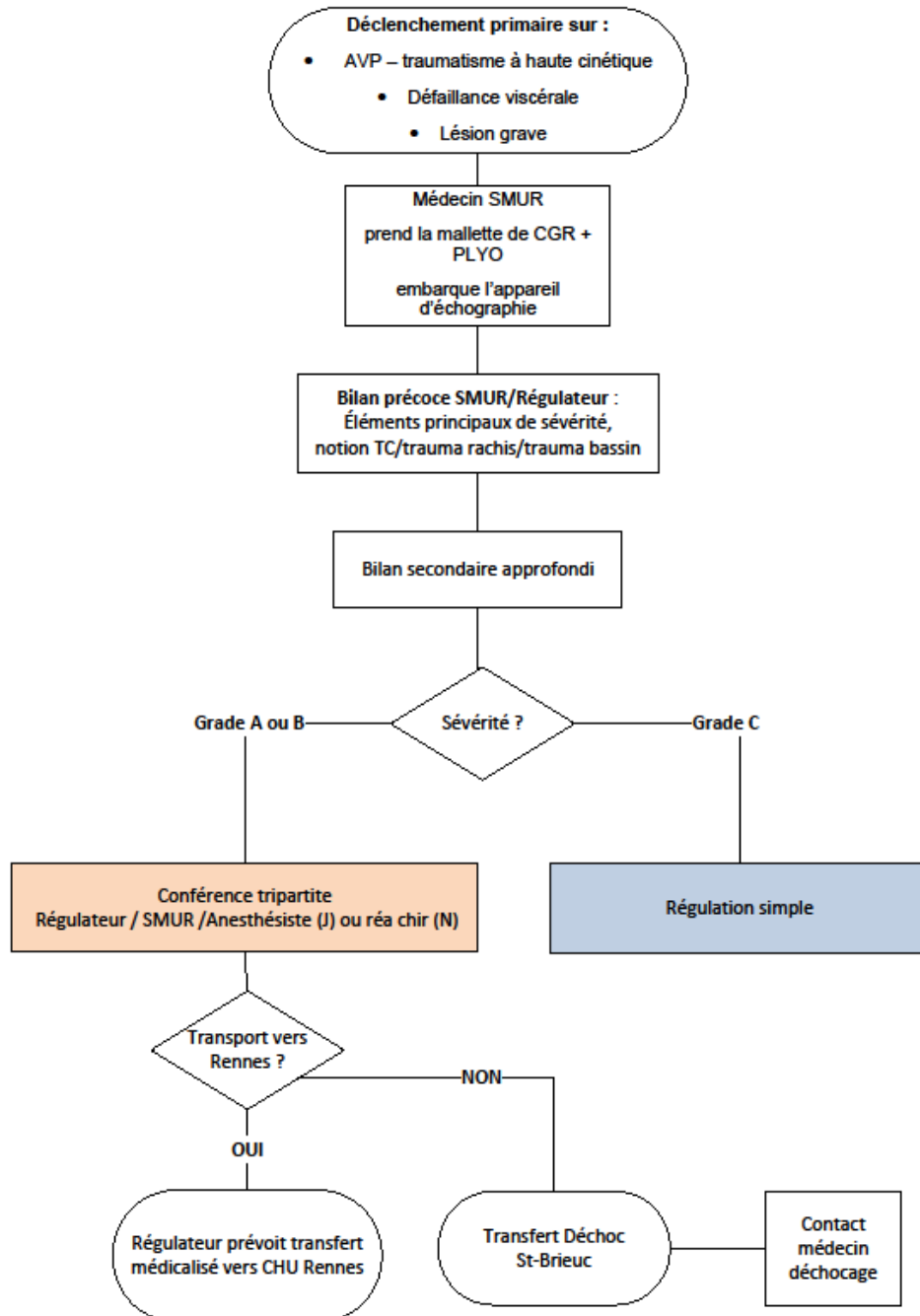


Protocole de régulation du patient polytraumatisé adulte

au SAMU 22 :



NB : s'agissant d'un bilan évolutif, le médecin SMURiste et le médecin régulateur s'engagent à informer le médecin de la structure accueillant le patient polytraumatisé d'une éventuelle aggravation clinique ultérieure au second bilan téléphonique.

Annexe 1 : Motifs de départ nécessitant l'application du protocole

1. Traumatismes dont la cinétique est à risque de polytraumatismes
 - Ejection du véhicule
 - Autre passager décédé dans le même véhicule
 - Victime projetée ou écrasée
 - Chute > 6 mètres
 - Appréciation globale : déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque/de ceinture de sécurité

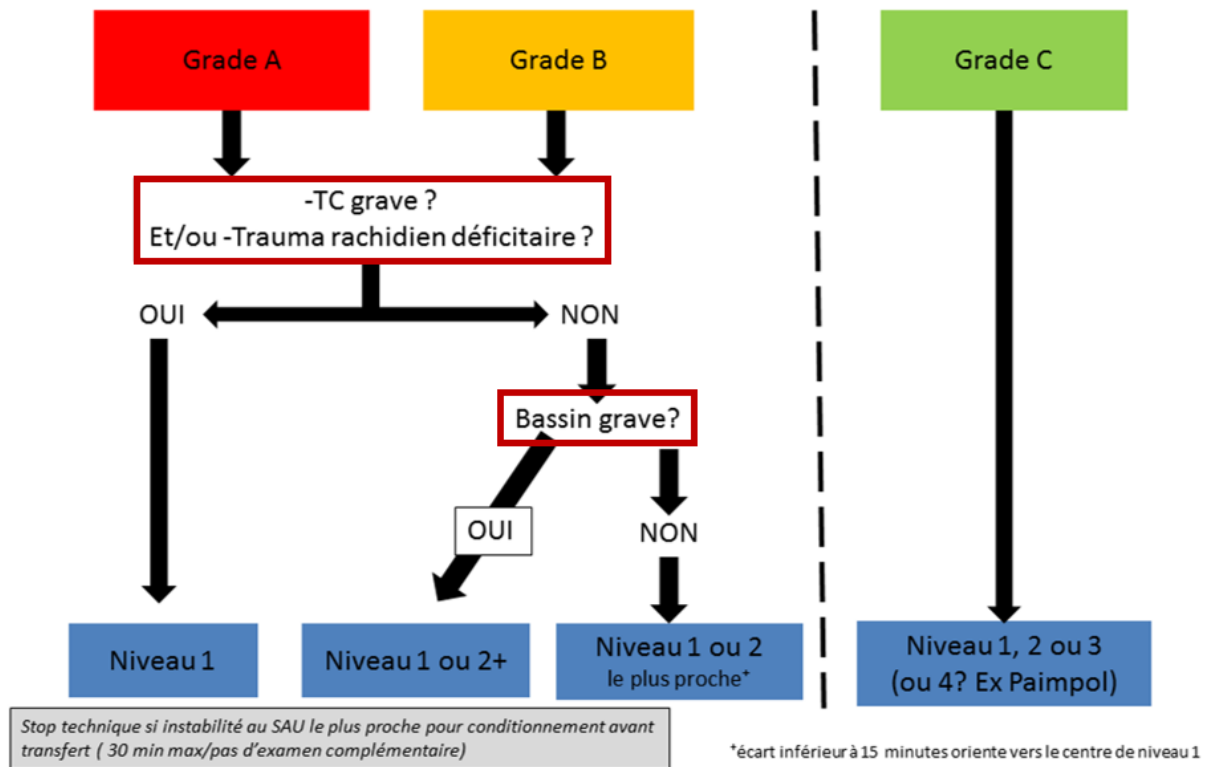
2. Patient traumatisé avec défaillance
 - Neurologique (GCS < 13/ troubles de la conscience/ agitation)
 - Respiratoire (désaturation/ polypnée/ cyanose)
 - Hémodynamique (tachycardie/ hypoTA/ pâleur/ marbrures)

3. Lésions anatomiques graves
 - Trauma pénétrant de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen, du bassin, du bras ou de la cuisse
 - Volet thoracique
 - Brûlure sévère, inhalation de fumée
 - Fracas du bassin
 - Suspicion d'atteinte médullaire/ déficit neurologique focalisé
 - Amputation
 - Ischémie de membre

Annexe 2 : Gradation de sévérité des patients polytraumatisés

GRADE A	<ul style="list-style-type: none"> - Détresse respiratoire SpO2 < 90 % sous O2 - PAS < 90mmHg après remplissage > 1000 cc - GCS ≤ 8 (GCSM ≤ 4) - Nécessité d'amines vasoactives - Transfusion pré hospitalière
GRADE B	<ul style="list-style-type: none"> - Détresse respiratoire stabilisée (spO2 ≥ 90 %) - Hypotension corrigée (PAS ≥ 90 mmHg) - GCS ≥ 9 et ≤ 13 - Trauma pénétrant (tête, cou, tronc, membres au dessus genou et coude) - Trauma thoracique avec volet ou déformation - Traumatisme vertébro médullaire (rachis déficitaire) - Trauma bassin grave - Amputation, dégantage, écrasement d'un membre - Hémopéritoine, Hémothorax, Hémopéricarde (Fast echo)
GRADE C	<ul style="list-style-type: none"> - Chute de hauteur élevée: adulte ≥ 6 mètres ; jeune enfant ≥ 3 mètres - Victime projetée, éjectée du véhicule, écrasée et/ou blast - Décès d'une victime dans le même habitacle - Jugement clinique du smur (ou équipe des urgences)

Annexe 3 : Orientation préhospitalière = algorithme d'évaluation de la situation



Annexe 4 : numéros de téléphone utiles

Anesthésiste du CUR Rennes (Jour) 02.99.28.43.21 (standard), demander anesthésiste du CUR

Réa chir Rennes (nuit) : 02.99.28.24.56

Déchocage Saint-Brieuc : 62 602

Déchocage Brest : 02.98.22.33.33 (standard), demander médecin urgentiste du déchocage

Annexe 5 : explications et utilisation du shock index

= classification du choc hypovolémique datant de 2013

= **FC / PA systolique**, si **>0,9** : témoin d'une défaillance circulatoire ==> **indication transfusion**

Formulaire de régulation des patients polytraumatisés adultes :

Formulaire Coche-case, 2 objectifs:

- Aide au respect du protocole de régulation du patient polytraumatisé
- Etablissement d'un registre de prise en charge du patient polytraumatisé

PARTIE REGULATEUR:

Date d'intervention :/...../.....

Nom – prénom du patient : DDN :

DRM :

PACK Transfusion SAMU emporté : oui non

Echographe embarqué : oui non

Bilan précoce : oui non

Bilan complémentaire : GRADUATION de sévérité : oui non si oui : A B C

Régulation tripartite : oui non

Médecin déchoqueur contacté (CH niveau 2 notamment): oui non

Orientation :

Trauma center Rennes Brest

CH niveau 2 Saint-Brieuc Saint-Malo Morlaix

CH niveau 3 Lannion Guingamp Pontivy Dinan Ploërmel

CH niveau 4 Paimpol

PARTIE SMUR :

SHOCK INDEX renseigné : oui non , si oui : < 0,9 > 0,9

Transfusion faite : oui non

Echographe utilisé : oui non