



RESPONSABILITÉS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ACTIVATION DE TRAUMA

Responsabilités: Urgentologue Leader

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Si plus de 3 patients, lancer «**le code orange**» selon le nombre de patients attendus
- B. Via le CCAR, prendre tout appel provenant de l'extérieur du CHU Ste-Justine concernant le transfert d'un patient traumatisé et recueillir les informations sur le patient
- C. S'assurer d'avoir un temps estimé d'arrivée par l'urgentologue référant. Transmettre le numéro du téléphone rouge (514-345-9002) à l'urgentologue référant afin que l'ambulancier appelle en route pour annoncer le délai de 15 minutes avant l'arrivée du patient
- D. Si niveau 1 ou 2 et selon les critères, aviser le coordonateur de trauma du transfert du patient via le CCAR, idéalement avec conférence téléphonique entre urgentologue référant, urgentologue HSJ, coordonateur de trauma et soins intensifs au besoin
- E. Confirmer le niveau d'activation selon les critères établis avec le coordonateur de trauma. Le coordonateur de trauma contacte les autres spécialités médicales (soins intensifs si pas déjà impliqué, radiologie, anesthésie, etc.)
- F. Aviser l'infirmière leader du niveau d'activation, du temps estimé d'arrivée et des informations cliniques pré-hospitalières. L'infirmière leader s'assure de la présence de tout le personnel non-médical requis selon le niveau d'activation.
- G. Dans la salle de trauma: rassembler les membres de l'équipe et confirmer les rôles
- H. Commander du sang O- selon le poids estimé de l'enfant si suspicion d'instabilité hémodynamique. Penser à activer le protocole d'hémorragie massive dès l'arrivée du patient si nécessaire
- I. Recueillir les informations cliniques des ambulanciers à l'arrivée du patient

2. Diriger l'ABC et l'examen primaire en ordre de priorité et en tenant compte de tous les aspects mentionnés ci-dessous

A. Airway

1. Assumer une lésion de la colonne cervicale jusqu'à preuve du contraire lors de l'évaluation des voies respiratoires.
 - a) Immobilisation "en bloc" et collet cervical rigide en place.
 - b) Administrer 100% d'oxygène
 - c) Aspirer les sécrétions, rechercher un corps étranger dans la bouche
 - d) Dégager les voies respiratoires à l'aide d'une manœuvre de "jaw thrust"
 - e) Ventilation PRN à l'aide du masque
 - f) Intubation orotrachéale PRN sous la responsabilité de l'anesthésie
 - g) Si difficultés, évaluer pour une obstruction des voies respiratoires supérieures; cricothyroïdotomie PRN (à l'aiguille 16G ou chirurgicale)



h) Toujours monitorer le CO2 expiré suite à une intubation

2. Si suspicion de lésion de la colonne cervicale et d'une obstruction des voies respiratoires supérieures:

- a) a-e tel que ci-dessus
- b) Intubation oro-trachéale par anesthésie automatiquement
- c) Si échec, cricothyroïdectomie à l'aiguille 16G par le médecin le plus expérimenté

3. Si lésion cervicale antérieure avec stridor et obstruction des voies respiratoires supérieures:

- a) Suspecter lésion du larynx
- b) Penser précocement à la cricothyroïdectomie ou la trachéotomie en discussion avec l'anesthésiste

B. Breathing

1. Si suspicion de pneumothorax:

- a) Décompression à l'aiguille d'abord si sous tension (ligne midclaviculaire, 2e espace intercostal, aiguille 20G)
- b) Drain thoracique dirigé en antéro-supérieur (ligne midaxillaire, 4e-5e espace intercostal)

2. Si suspicion d'hémithorax :

- a) Réanimation volémique avant l'insertion du drain thoracique
- b) Drain thoracique dirigé en postéro-inférieur

3. Si pneumothorax ouvert :

- a) Couvrir la lésion avec vaseline et gaze
- b) Drain thoracique

C. Circulation

1. Si saignement externe :

- a) Hémostase avec pression directe sur les sites de saignement
- b) Déterminer la source du saignement
- c) Si suspicion d'hémorragie secondaire à fracture du bassin, nouer un drap autour des crêtes iliaques

2. Si arrêt cardiaque (asystolie) :

- a) Évaluer et traiter pour une cause mécanique (pneumothorax sous tension, tamponnade)
- b) Suivre l'algorithme PALS de l'asystolie

3. Si patient en choc :

- a) Obtenir 2 accès IV périphériques, de préférence aux plis du coude
- b) Administrer des cristaalloïdes, 20 cc/kg Normal Salin IV push
 - 1) Répéter 1 bolus de 20 cc/kg si pas d'amélioration des signes vitaux
 - 2) Après 40 cc/kg de cristaalloïdes en bolus, sang groupé-croisé ou O négatif, 10 cc/kg push

- c) Si protocole d'hémorragie massive est activé, désigner le patron/fellow des soins intensifs comme personne ressource et désigner le 2e préposé aux bénéficiaires comme "coureur"
- d) Avec TCC, maintenir TA systolique au minimum à 80 mmHg (90 mmHg après 5 ans)
- e) Avec trauma abdominal contondant, si TA systolique <60 mmHg, que le patient ne répond pas à la réanimation volémique et que le FAST est positif: contrôle chirurgical du saignement nécessaire

4. Tamponnade :

- a) Péricardiocentèse (Angiocathéter 18G 4 pouces, seringue de 20 cc)

5. Indications de thoracotomie à la salle d'urgence :

- a) Critères: Patient agonal avec trauma thoracique pénétrant et signe de vie dans les 15 minutes avant l'arrivée. Non-indiqué dans les cas d'asystolie ou de trauma contondant

D. Déficit neurologique :

1. Maintenir l'immobilisation de la colonne cervicale
2. Traitement du choc (maintenir TA systolique à >80 mmHg chez moins de 5 ans et > 90 mmHg chez 5 ans et plus)
3. Ventilation (PO2 80 à 100; PCO2 35 à 40)
4. Traitement de l'hypertension intra-crânienne (avec l'aide du guide clinique Hypertension intra-crânienne)
 - a) Sédation/analgésie/précautions à l'intubation: **FOPR 0065 (Intubation à séquence rapide)**
 - b) Mannitol PRN (considérer salin hypertonique si hypotension associée): **FOPR 891 (Traumatisé grave-prise en charge à l'urgence)**
5. Consultation en neurochirurgie
6. CT scan cérébral PRN

3. Examen secondaire et soins appropriés

- A. Superviser l'examen secondaire, incluant tourner le patient en bloc pour l'examen du dos et le toucher rectal
- B. Superviser le FAST (thoracique et abdominal). L'urgentologue leader fait le FAST si aucun autre médecin n'est habilité à le faire dans la salle de trauma
- C. Coordonner les examens de radiologie en salle de trauma
 1. Rx poumon
 2. Rx colonne cervicale latérale (C1 à C7)
 3. Autres Rx pertinents
- D. Définir les prélèvements sanguins à faire selon le niveau d'alerte et les suspicions cliniques

- E. Manoeuvres additionnelles (selon indications et contre-indications):
TNG, sonde urinaire, etc.

4. Post-stabilisation du patient

- A. Décider si examens radiologiques supplémentaires nécessaires (rayon-X, écho, CT scan) en collaboration avec l'équipe de chirurgie
- B. Définir l'orientation du patient et activer le processus pour que le patient atteigne sa **destination finale en moins de 60 minutes**: soins intensifs, salle d'opération, observation de l'urgence
- C. Faire les ordonnances pour les médicaments nécessaires au transport: vasopresseurs, sédation, analgésie, etc.
- D. Définir les indications d'antibiotiques et vaccin tétanos
- E. Coordonner la libération du personnel mobilisé lors de l'activation du trauma en collaboration avec l'infirmière leader
- F. Déterminer les consultants requis en collaboration avec la chirurgie et s'assurer qu'ils sont contactés
- G. Transférer le patient aux soins de l'équipe de trauma ou USI si l'enfant quitte le service de l'urgence
- H. Parler à la famille et donner des explications sur le statut de l'enfant

Responsabilités: Coordonnateur de Trauma

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Assurer la gestion des appels de l'extérieur en lien avec la trauma ainsi que la coordination des transferts de patients traumatisés au CHU Ste- Justine avec la collaboration de l'urgentologue.
- 1) Selon les critères, participer à un appel avec l'urgentologue de HSJ +/- le MD du centre référent +/- les soins intensifs avec l'aide du CCAR
- 2) Via les téléphonistes, contacter les autres médecins devant être avisés (radiologie, anesthésie, neurochirurgie, plastie, orthopédie, etc.). Pour les traumas de niveaux 1 et tous les niveaux 2 pour lequel un scan ou écho est envisagé, le résident de radiologie doit absolument être avisé.
- 3) Communiquer les informations au chirurgien de garde

2. À l'arrivée du patient

- A. Selon la situation, jouer le rôle du chirurgien de garde ou déléguer la tâche au chirurgien de garde



RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Décider du nombre d'infirmières requises dans la salle de trauma selon le niveau d'alerte et les informations cliniques pré-hospitalières
- B. S'assurer que tous les membres de l'équipe de trauma requis par le niveau d'alerte sont avisés du transfert et présents dans la salle de trauma. Contacter tout le personnel non-médical requis par le niveau d'alerte selon la grille:
 - Infirmière
 - Inhalothérapeute
 - Préposé aux bénéficiaires
 - Technicien de labo (BB 5793 ou sur place à l'urgence les soirs)
 - Technicien de rayon-X (BB 6659)
 - Agent de sécurité (tel. 4911)
 - Travailleur social de l'urgence de 8h à 22h la semaine et les fins de semaine de 9h à 23h.
- C. Pour les niveaux d'alerte inférieurs, assument les rôles des infirmières Droite et Gauche au besoin
- D. Faire imprimer par la commis les FOPR 891 (Traumatisé grave-prise en charge à l'urgence), FOPR 0065 (Intubation à séquence rapide), FOPR 758 (vasopresseurs et inotropes), FOPR Réanimation selon le poids et protocole hémorragie massive si saignement important anticipé
- E. S'assurer qu'à la réception de l'appel des ambulanciers sur le téléphone rouge avisant de l'arrivée du patient dans 15 minutes, cette information est transmise aux téléphonistes pour activer l'équipe de trauma en utilisant la **nomenclature "trauma niveau 1" ou "trauma niveau 2"**.
- F. Si l'arrivée du patient est imminente et qu'il n'y a pas eu de préavis (directement de la scène de l'accident) ou que le patient arrive sans le préavis des ambulanciers, transmettre l'information aux téléphonistes et utiliser la **nomenclature "trauma niveau 1 stat" ou "trauma niveau 2 stat"**.
- G. Contacter le coordonateur pour la gestion des lits
- H. S'assurer que les membres de l'équipe se connaissent par leurs noms et apposer les étiquettes
- I. Diriger spécifiquement les activités des infirmières Droite et Gauche

2. Pendant l'examen primaire et secondaire en salle de trauma

- A. Prendre des notes sur la réanimation: signes vitaux, examen physique, cathéters (sites et taille), ingesta/excreta, médication, procédures
- B. Communiquer à l'urgentologue leader et aux autres membres de l'équipe les signes vitaux et les changements dans l'état du patient



- C. Assister l'urgentologue leader dans le calcul des doses de médication à l'aide des FOPR
- D. Superviser les activités nursing, répartir les tâches au besoin
- E. Si une intubation est nécessaire, s'assurer que l'anesthésiste est contacté sur le téléphone cisco 5668
- F. Assurer la gestion du personnel dans la salle de trauma, renvoyer du personnel non-nécessaire à l'extérieur de la salle de trauma au besoin

3. Après la stabilisation et en préparation pour le transport

- A. Transférer les informations sur le patient à l'infirmière de l'étage ou des soins intensifs qui recevra le patient
- B. Vérifier que tout l'équipement nécessaire au transport est prêt (sédation, analgésie, vasopresseurs, succion, matériel d'intubation, etc.)
- C. Accompagne le patient jusqu'à sa destination finale (radiologie, étage, soins intensifs)

Responsabilités: Résident de l'Urgence (Dr Droite)

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Se présenter aux autres membres de l'équipe
- B. Réviser la répartition des tâches avec le résident de chirurgie (Dr. Gauche) au besoin
- C. S'assurer que l'équipement nécessaire est dans la salle de trauma

2. Pendant l'examen primaire en salle de trauma

- A. Prendre le pouls fémoral ou carotidien. Si absence de pouls, débiter les compressions cardiaques. En collaboration avec Dr. Gauche, évaluer et traiter les causes mécaniques d'un arrêt (pneumothorax sous-tension, tamponnade)
- B. Vérifier que les voies respiratoires supérieures sont perméables et ausculter les 2 plages pulmonaires
- C. Vérifier l'obtention d'un accès IV. Si échec d'accès IV après 60 secondes et patient en choc, préparer le matériel pour accès intra-osseux et procéder
- D. Vérifier que tous les prélèvements sanguins demandés par l'urgentologue leader sont faits
- E. Faire un gaz artériel au besoin
- F. Faire l'hémostase du côté droit au besoin, ou désigner quelqu'un pour le faire
- G. Compléter l'évaluation primaire du patient selon les consignes du médecin leader



3. Examen secondaire

- A. Procéder à l'examen secondaire en collaboration avec Dr. Gauche
- B. Évaluer le moniteur cardiaque
- C. Réévaluer constamment le statut hémodynamique et respiratoire du patient
- D. Faire le FAST (S'il n'y a pas de fellow d'urgence ou que celui-ci est inconfortable, l'urgentologue leader fait le FAST)
- E. Communiquer toutes les trouvailles au médecin leader

4. Après la stabilisation et en préparation pour le transport

- A. Remplir le feuillet standardisé de trauma
- B. Aider le résident de chirurgie à contacter les consultants PRN

Responsabilités: Résident de Chirurgie (Dr Gauche)

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Se présenter aux autres membres de l'équipe
- B. Réviser la répartition des tâches avec le résident de l'urgence (Dr. Droite) au besoin
- C. S'assurer que l'équipement nécessaire est dans la salle de trauma, surtout par rapport aux procédures chirurgicales anticipées

2. Pendant l'examen primaire en salle de trauma

- A. S'assurer que l'immobilisation cervicale est conservée (par l'inhalothérapeute) et qu'un collet cervical est mis en place
- B. Assister à la cricothyroïdectomie si nécessaire (le médecin avec le plus d'expérience devrait faire cette procédure, peu importe son rôle)
- C. Insertion d'un drain thoracique au besoin
 - 1. 4e-5e espace intercostal, ligne midaxillaire
 - 2. Choisir la taille du drain thoracique :
 - a) bébé (<2 ans), 12 Fr
 - b) enfant (moins de 30 kg) 20 à 24 Fr
 - c) enfant (plus de 30 kg), 28 Fr
 - d) Si hémithorax:
 - 1) utiliser le plus gros calibre possible
 - 2) réanimation volémique avant l'insertion du drain thoracique
 - 3) clamber le drain thoracique si drainage massif
 - 3. S'assurer de mettre la succion sur le Pleurevac
 - a) bébé (<2 ans), 10 cm H2O
 - b) enfant, 20 cm H2O



- D. Faire l'hémostase du côté gauche au besoin, ou désigner quelqu'un pour le faire
- E. Prévoir installation d'une voie centrale si échec accès IV périphérique (Dr. Droite en charge de l'accès intra-osseux)
- F. Si arrêt cardiaque:
 - 1. En collaboration avec Dr. Droite, évaluer et traiter les causes mécaniques d'un arrêt (pneumothorax sous-tension, tamponnade)
 - 2. Thoracotomie d'urgence en salle de trauma si trauma pénétrant thoracique (le médecin avec le plus d'expérience devrait faire cette procédure, peu importe son rôle)
- G. Si intubation par Dr. Droite (fellow de l'urgence), assumer le reste de l'examen secondaire seul

H. Assister Dr. Droite dans l'évaluation primaire

3. Examen secondaire

- A. Procéder à l'examen secondaire en collaboration avec Dr. Droite. Ultiment, c'est Dr. Gauche qui est responsable de l'examen secondaire
- B. Évaluer le moniteur cardiaque
- C. Réévaluer constamment le statut hémodynamique et respiratoire du patient
- D. Si suspicion de fracture pelvienne et patient instable, nouer un drap autour du pelvis
- E. S'assurer que l'immobilisation en bloc est maintenue pour l'examen du dos
- F. Faire le toucher rectal
- G. Évaluer si contre-indications à l'insertion d'une sonde urinaire (sang au méat, prostate haut placée, hématome périnéal). Coordonner l'uréthrographie rétrograde en collaboration avec le radiologiste au département de radiologie si nécessaire.
- H. Évaluer si contre-indications à l'insertion d'un tube nasogastrique (signes de fracture de la base du crâne: hématomes péri-orbitaires ou rétro-auriculaires)
- I. Évaluer les membres pour fractures et vérifier pouls périphériques. Mettre des atelles en place si nécessaire
- J. S'assurer que la séquence radiologique est respectée et accompagner le patient au département de radiologie
 - 1. Rx colonne cervicale latérale et Rx poumon en salle de trauma, +/- Rx pelvis
 - 2. Échographie abdominale **en salle de trauma** pour les niveaux 1 et tout patient qui devient instable
 - 3. Autres investigations radiologiques au besoin (au département de radiologie) :
 - a) CT scan

b) Urétrographie rétrograde (suspicion de trauma urétral)

c) Angiographie

d) Autres radiographies (seront faites en salle de trauma lorsque l'appareil d'imagerie mobile sera disponible) selon les indications: Rx colonne antérieure, Rx colonne dorso-lombaire, Rx extrémités

4. Après la stabilisation et en préparation pour le transport

- A. Accompagner le patient à sa destination finale (étage, soins intensifs, salle d'opération) et assurer le monitoring constant du patient
- B. S'assurer que toute la médication nécessaire pour le transport est prescrite et disponible
- C. Remplir la consultation et les ordonnances d'admission (**FOPR 892-Traumatisé grave-admission en chirurgie**), les consultations nécessaires et les requêtes de radiologie. Si des examens de radiologie ont été faits à l'extérieur, remplir une requête de radiologie pour obtenir une lecture officielle.
- D. Contacter les consultants nécessaires
- E. Obtenir une lecture de tous les examens de radiologie (faits à l'extérieur ainsi qu'à Ste-Justine) par le résident de radiologie. Pour tous les niveaux 1, les écho et scan doivent être révisés avec le patron de radiologie. Un rapport préliminaire devrait toujours être consigné dans Synapse ou le réseau "SJ" si fait à l'extérieur.

Responsabilités: Infirmière Gauche

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Pour les niveaux d'alerte inférieurs, assument les rôles de l'Infirmière Droite aussi
- B. Se présenter aux autres membres de l'équipe
- C. En collaboration avec Infirmière Droite (s'il y a lieu), assurer la préparation de la salle de trauma (moniteur, charriot, tubes de prélèvements, etc.)
- D. Réviser la répartition des tâches avec Infirmière Droite (s'il y lieu)
- E. Sous les instructions de l'urgentologue et l'infirmière leaders, préparer les médicaments anticipés pour qu'ils soient prêt à servir avec l'aide des FOPR

2. Pendant l'examen primaire et secondaire en salle de trauma

- A. Allumer le moniteur et mettre en place les électrodes d'ECG et la saturométrie
- B. Obtenir la lecture initiale de pression artérielle
- C. Assister au besoin à l'immobilisation de la colonne cervicale



- D. Obtenir l'accès IV du côté gauche (au pli du coude de préférence)
- E. Monitorer et annoncer les signes vitaux à l'urgentologue et l'infirmière leaders (pression artérielle, FC, FR, saturation, température, incluant gluco). Signes vitaux q 5 minutes minimum si instable et q15 minutes lorsque stable
- F. Administrer les solutés et médicaments dans l'accès IV du côté gauche
- G. Assister pour les pansements du côté gauche
- H. Mettre en place un tube nasogastrique au besoin et annoncer la quantité et la qualité du liquide drainé

3. Après la stabilisation et en préparation pour le transport

- A. Placer le drain thoracique sur Pleurevac et succion portative si drain thoracique situé du côté gauche
- B. Préparer les voies IV du côté gauche pour le transport
- C. S'assurer que le bracelet-identificateur a été apposé sur le patient
- D. Accompagner le patient au département de radiologie ou vers sa destination finale si jugé nécessaire par l'infirmière leader

Responsabilités: Infirmière Droite

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Se présenter aux autres membres de l'équipe
- B. En collaboration avec Infirmière Gauche (s'il y a lieu), assurer la préparation de la salle de trauma (moniteur, charriot, tubes de prélèvements, etc.)
- C. Réviser la répartition des tâches avec Infirmière Gauche (s'il y lieu)

2. Pendant l'examen primaire et secondaire en salle de trauma

- A. Obtenir l'accès IV du côté droit (au pli du coude de préférence)
- B. Administrer les solutés et médicaments dans l'accès IV du côté droit
- C. Vérifier et administrer les produits sanguins en collaboration avec Infirmière Gauche
- D. Assister pour les pansements du côté droit
- E. Mettre en place une sonde urinaire au besoin et annoncer la quantité et la qualité du liquide drainé

3. Après la stabilisation et en préparation pour le transport



- A. Placer le drain thoracique sur Pleurevac et succion portative si drain thoracique situé du côté droit
- B. Préparer les voies IV du côté droit pour le transport
- C. Accompagner le patient au département de radiologie ou vers sa destination finale si jugé nécessaire par l'infirmière leader

Responsabilités: Inhalothérapeute

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Se présenter aux autres membres de l'équipe
- B. S'assurer que l'oxygène 100% à 5-10 L/min est disponible
- C. Vérifier tout le matériel d'intubation (charriot d'intubation, masque, tube endotrachéal, laryngoscope, succion, bonbonnes d'O₂, kit intubation plan B, etc.) et s'assurer que le Glide Scope est fonctionnel

2. Pendant l'examen primaire et secondaire en salle de trauma

- A. Maintenir l'immobilisation de la colonne cervicale, initier et assister dans la mise en place du collet cervical s'il y a lieu
- B. Dégager les voies respiratoires du patient
- C. Selon les consignes de l'urgentologue leader, assister la ventilation à l'aide d'un masque, succionner au besoin
- D. Assister dans les manoeuvres d'intubation
- E. Monitorer le CO₂ expiré chez tous les patients et fournir l'information aux leaders
- F. Placer le patient sur le ventilateur dès que possible et discuter avec l'anesthésiste et l'urgentologue leader des paramètres respiratoires à mettre sur le ventilateur

3. Après la stabilisation et en préparation pour le transport

- A. Connecter les tubulures à l'oxygène portable (la bonbonne doit avoir un minimum de 1000 lb de pression avant le transport et à évaluer selon les besoins en O₂ et la ventilation-minute du patient)
- B. Accompagner le patient au département de radiologie et vers sa destination finale si besoin d'assistance respiratoire
- C. Dès qu'une source d'oxygène fixe est disponible, l'utiliser afin d'économiser la bonbonne pour les transports.



Responsabilités: Préposé aux Bénéficiaires

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Se présenter aux autres membres de l'équipe
- B. Assister les infirmières dans la préparation de la salle de trauma
- C. Vérifier que l'équipement nécessaire est dans la salle de trauma (charriot de code, machine d'écho, Hotline, couvertures chaudes)
- D. Installer le bair hugger sur la civière
- E. Assurer la communication avec la sécurité pour déplacements anticipés (radiologie, soins intensifs)

2. Pendant l'examen primaire et secondaire en salle de trauma

- A. Assister les médecins et infirmières dans les différentes procédures, s'assurer que le matériel nécessaire est disponible
- B. Acheminer les prélèvements au labo en s'assurant que les étiquettes sont identifiées au nom du patient
- C. Assister dans la mobilisation du patient tout en respectant l'immobilisation de la colonne cervico-dorsale-lombaire
- D. En cas de mise en action du protocole d'hémorragie massive, un 2e préposé aux bénéficiaires est désigné comme "coureur"

3. Après la stabilisation et en préparation pour le transport

- A. Assister dans le transfert du patient vers le département de radiologie ou sa destination finale au besoin
- B. S'assurer que la salle de trauma est à nouveau fonctionnelle pour l'arrivée d'un nouveau patient, vérifier que le matériel utilisé est remplacé

Responsabilités: Patron / Fellow des Soins Intensifs

RESPONSABILITÉS:

- A. Présent dans la salle de trauma pour les niveaux 1
- B. Avisé et prêt à répondre en moins de 15 minutes pour les niveaux 2
- C. Assister dans la mise en place de voie centrale au besoin

- D. Agir en tant que personne ressource si le protocole d'hémorragie massive est activé. Ce rôle peut aussi être joué par une 4e infirmière ayant reçu la formation pour le protocole d'hémorragie massive.
- E. Assister pour l'intubation au besoin si anesthésie non-disponible
- F. Accompagner le patient au département de radiologie si disponible et que le patient nécessite une admission aux soins intensifs
- G. Accompagner le patient jusqu'à sa destination finale aux soins intensifs s'il y a lieu

Responsabilités: Résident / Patron d'Anesthésie

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Avisé de l'arrivée imminente du patient en salle de trauma pour les niveaux 1 et 2, prêt à répondre à l'appel **dans les 5 minutes** sur le téléphone **cisco 5668**. Il pourra parfois être appelé à être présent dans la salle de trauma dès l'arrivée du patient selon le jugement de l'urgentologue leader.
- B. Après 17h la semaine et les fins de semaine/jours fériés, pour les niveaux 1 avec forte suspicion d'indication opératoire urgente, ne pas commencer de nouveaux cas à la salle d'opération sans l'accord de l'urgentologue leader (sauf si urgence imminente)

2. Pendant l'examen primaire et secondaire en salle de trauma

- A. Présent dans la salle de trauma à la demande
- B. Se présenter aux autres membres de l'équipe
- C. Procéder à l'intubation au besoin et discuter de la médication à administrer et des paramètres de ventilation avec l'urgentologue-leader
- D. Assister dans la procédure de cricothyroïdectomie s'il y a lieu
- E. Patron d'anesthésie toujours prêt à répondre en 5 minutes si résident d'anesthésie nécessite de l'assistance

3. Après la stabilisation et en préparation pour le transport

- A. Assurer la liaison avec la salle d'opération s'il y a lieu

Responsabilités: Résident de Radiologie

RESPONSABILITÉS:

1. À l'arrivée du patient

- A. Être présent dans l'hôpital maximum 15 minutes après l'arrivée du patient pour les niveaux 1 et pour les niveaux 2 lorsqu'un scan ou écho est anticipé par l'urgentologue



leader et le coordonnateur de trauma/chirurgien de garde

- B. Contacter le technicien de scan si scan urgent anticipé afin que le technicien soit présent dans l'hôpital maximum 15 minutes après l'arrivée du patient

2. Pendant l'évaluation primaire et secondaire en salle de trauma par l'équipe de trauma

- A. Prêt à faire une échographie stat en salle de trauma au besoin
- B. **Pour tous les niveaux 1** et à la demande de l'équipe traitante pour les autres niveaux d'activation, réviser les radiographies simples réalisées dans notre institution ainsi que les examens radiologiques de l'extérieur (si applicable) le plus rapidement possible et acheminer les résultats à la salle de trauma si une anomalie est décelée. Le résident doit écrire un rapport préliminaire dans Synapse si les images sont réalisées dans notre institution ou dans le réseau "SJ" si les images viennent de l'extérieur.

3. Après la stabilisation initiale par l'équipe de trauma et si requis:

- A. Procéder aux investigations radiologiques supplémentaires
 - 1. Urétrographie rétrograde
 - 2. CT scan
- B. **Pour tous les niveaux 1** et à la demande de l'équipe traitante pour les autres niveaux d'activation, le résident doit réviser toutes les radiographies simples (extrémités, colonne, etc.) et acheminer les résultats à l'équipe de chirurgie-trauma le plus rapidement possible. Le résident doit écrire un rapport préliminaire dans Synapse si les images sont réalisées dans notre institution ou dans le réseau "SJ" si les images viennent de l'extérieur.
- C. **Pour tous les niveaux 1**, les échographies et les CT scan doivent être révisés avec le patron de radiologie le plus rapidement possible et ce, peu importe le moment de la journée. Le résident doit écrire un rapport préliminaire dans Synapse si les images sont réalisées dans notre institution ou le réseau "SJ" si les images viennent de l'extérieur. La révision d'autres imageries par le patron de radiologie pourrait être demandée par l'équipe traitante.
- D. **Si le trauma survient le soir ou la nuit**, le résident de radiologie de garde doit réviser dès 10:00 am les imageries faites durant sa garde. La révision de l'imagerie doit aussi être consignée dans le rapport préliminaire de Synapse ou du réseau "SJ" avec la mention "révisé avec le patron de radiologie". Advenant un changement à son rapport préliminaire initial, le résident de radiologie doit appeler l'équipe de chirurgie-trauma pour l'aviser.

Responsabilités: Technicien de Scan

RESPONSABILITÉS:

- A. Être présent dans l'hôpital maximum 15 minutes après l'arrivée du patient pour les niveaux 1 et 2 lorsqu'un scan est anticipé par l'urgentologue leader et le coordonnateur de trauma/chirurgien de garde. Le technicien sera avisé verbalement par le résident de radiologie si un scan est anticipé. Le technicien de scan recevra l'appel numérique "111" et "222" sur la pagette 15 minutes avant l'arrivée du patient. S'il a reçu la consigne de se présenter à l'hôpital par le résident, il doit procéder.



- B. Assister le résident dans la réalisation des tomodensitométries selon les protocoles pré-déterminés en traumatologie.

Responsabilités: Fellow / Patron de Chirurgie

RESPONSABILITÉS:

- A. Être présent dans la salle de trauma pour les niveaux 1. Assister l'urgentologue leader dans la prise en charge globale du patient
- B. Avisé et prêt à répondre en moins de 30 minutes pour les niveaux 2
- C. Assister le résident de chirurgie pour les procédures chirurgicales au besoin
- D. Assurer la liaison avec la salle d'opération s'il y a lieu

Responsabilités: Agent de Sécurité

RESPONSABILITÉS:

- A. Être avisé et présent à la porte de la salle de trauma pour tous les traumatismes de niveau 1
- B. Contrôler le trafic à la sortie de la salle de trauma
- C. Assurer le transport sécuritaire des patients vers le département de radiologie et leur destination finale

Responsabilités: Travailleur Social de l'Urgence

RESPONSABILITÉS:

- A. Entre 8h et 22h la semaine: Être prêt à accueillir les parents dès l'arrivée du patient en salle de trauma pour tous les niveaux 1 et au besoin pour les niveaux 2
- B. Entre 9h et 23h les fins de semaine/jours fériés: de garde et peut être appelé à se déplacer pour rencontrer les familles à la demande de l'urgentologue leader

Marianne Beaudin, MD, MSc, MPH, FRCSC
Chirurgienne pédiatrique



CHU Sainte-Justine
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

CHU Ste-Justine
MB/snt



Composition de l'équipe de trauma pour un niveau 1

