

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 coordonnateur de trauma du transfert du patient via le CCAR, idéalement avec conférence téléphonique entre urgentologue référant, urgentologue HSJ, coordonnateur de trauma et soins intensifs au besoin
- E. Confirmer le niveau d'activation selon les critères établis avec le coordonnateur de trauma. Le coordonnateur de trauma contacte les autres spécialités médicales (soins intensifs si pas déjà impliqués, 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. Suspecter 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'équipe d'anesthésie ou des soins intensifs si anesthésie non-disponible
 - g) Si difficultés, évaluer pour une obstruction des voies respiratoires supérieures et sortir le kit "Plan B"



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 seulement

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, consulter l'ORL précocement

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

3. Si patient en choc :

- a) Obtenir 2 accès IV périphériques de gros calibre, de préférence aux plis du coude et faire les prélèvements nécessaires, incluant un crossmatch
- b) Administrer 20 cc/kg de NaCl 0,9%
 - 1) Répéter 1 bolus de 20 cc/kg de NaCl 0,9% si pas d'amélioration des signes vitaux
 - 2) Après 40 cc/kg de NaCl 0,9% en bolus, sang groupé-croisé ou O négatif, 10

cc/kg le plus rapidement possible en utilisant pompe à 1200 cc/h ou le Level One

- c) Si protocole d'hémorragie massive est activé, désigner le responsable du protocole d'hémorragie massive, la personne ressource (checklist) et le "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: salle d'opération STAT

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 +/- colonne cervicale

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 et AP PRN
 3. Rx bassin PRN
 4. Autres Rx pertinents



- D. Définir les prélèvements sanguins à faire
- E. Manœuvres 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 des soins intensifs si l'enfant quitte le service de l'urgence
- H. Parler à la famille et donner des explications sur l'état 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.). Selon l'état du patient, les autres consultants médicaux et chirurgicaux n'ont pas à être présent dans la salle de trauma pour l'examen primaire et secondaire, mais doivent être avisés du transfert du patient. 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 et aux fellows et résidents de chirurgie



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: Infirmière Leader

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. Utiliser la boîte "Infirmière leader" dans la salle de trauma et contenant toutes les FOPR
- 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 coordonnateur 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 le patron et le résident d'anesthésie sont contactés sur le téléphone cisco 5668 et la pagette 6132
- 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

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 assurée et qu'un collet cervical est en place
- B. Assister le médecin qui procède à la cricothyroïdotomie 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 hémothorax:
 - 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 l'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. Assister Dr. Droite dans l'évaluation primaire
- H. Si Dr. Droite (fellow de l'urgence) est occupé à une autre tâche, assumer le reste de l'examen secondaire seul

3. Examen secondaire

- A. Procéder à l'examen secondaire en collaboration avec Dr. Droite. Ultimement, 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. En salle de trauma: Rx poumon, +/- Rx bassin, +/- Rx colonne cervicale AP et latérale, autres Rx nécessaires à la prise en charge d'un patient instable
 - 2. Échographie abdominale **en salle de trauma** pour tout patient instable
 - 3. Au département de radiologie: Autres investigations radiologiques au besoin:
 - a) CT scan
 - b) Uréthrographie rétrograde (suspicion de trauma urétral)

c) Angiographie

d) Autres radiographies 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. Dès que l'évaluation du patient le permet, aviser le résident de radiologie qu'un examen de radiologie sera nécessaire ou non.
- F. Obtenir une lecture de tous les examens de radiologie (faits à l'extérieur ainsi qu'à Ste-Justine) par le résident 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. Démarrer le moniteur et mettre en place les électrodes d'ECG et le saturomètre
- B. Mesurer la pression artérielle
- C. Assister au besoin à l'immobilisation de la colonne cervicale
- D. Obtenir l'accès IV du côté gauche de gros calibre (au pli du coude de préférence) et faire les prélèvements



- 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 q 15 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 a lieu)

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

- A. Obtenir l'accès IV du côté droit de gros calibre (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 aériennes 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 intubés 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 la bonbonne d'O₂ (la bonbonne doit avoir un minimum de 1000 lb de pression avant le transport)
- 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 la couverture chauffante sur la civière
- E. Assurer la communication avec l'agent de 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. Procéder à la mise en place d'une 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 toute personne ayant reçu la formation pour le protocole d'hémorragie massive.
- E. Procéder à l'intubation si l'équipe d'anesthésie n'est pas disponible
- F. Accompagner le patient au département de radiologie si le patient nécessite une admission aux soins intensifs
- G. Accompagner le patient jusqu' aux soins intensifs s'il y a lieu



Responsabilités: Patron/Résident d'Anesthésie

RESPONSABILITÉS:

1. Avant l'arrivée du patient

- A. Pour les niveaux 1, avisé de l'arrivée imminente du patient en salle de trauma et 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. Il sera présent dans la salle de trauma à l'arrivée du patient pour les niveaux 1 stat (9111). Il est prévu qu'en cas d'impossibilité pour le patron et/ou résident d'anesthésie d'être dans la salle de trauma, l'équipe des soins intensifs procédera à l'intubation si nécessaire.
- B. Après 17h la semaine et les fins de semaine/jours fériés, lors d'une activation niveaux 1 avec forte suspicion d'indication opératoire urgente, attendre l'avis de l'urgentologue leader ou de l'équipe de chirurgie avant d'entrer un nouveau patient en salle d'opération.

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
- D. Discuter des médicaments, des doses et des paramètres de ventilation avec l'urgentologue-leader
- E. Assister l'équipe chirurgicale pour la procédure de cricothyroïdotomie s'il y a lieu

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 (111) et 2 (222) lorsqu'un scan ou écho est anticipé par l'urgentologue leader et/ou le coordonnateur de trauma/chirurgien de garde. Le temps prévu pour le déplacement est de 30 minutes après réception du code « 111 » ou « 222 ».
- 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
- C. Advenant une activation de niveau 1 stat (9111) ou niveau 2 stat (9222), le résident de radiologie doit se déplacer à l'hôpital suite à l'appel de l'urgentologue ou du coordonnateur de trauma/chirurgien de garde si un examen de radiologie est requis. Le temps prévu pour le déplacement est de 30 minutes après réception de l'appel.



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 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'imageries par le patron de radiologie pourrait être demandée par l'équipe traitante, et ce à tout moment de la journée.
- 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. Advenant un changement au rapport préliminaire initial, le résident ou patron 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 traumas de niveau 1
- B. Contrôler la circulation 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 et 12h et 20h les fins de semaine/jours fériés: 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

Marianne Beaudin, MD, MSc, MPH, FRCSC
Chirurgienne pédiatrique
Chef du service de traumatologie
CHU Ste-Justine

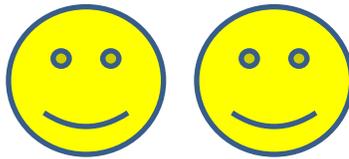


CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



Composition de l'équipe de trauma pour un niveau 1



Inhalothérapeute/
Équipe d'anesthésie



Dr. Droite
(résident
urgence)



Dr. Gauche
(résident
chirurgie)



Infirmière
Droite



Infirmière
Gauche



Dans la salle de trauma :
-Travailleur social
-Préposé aux
bénéficiaires

-Urgentologue leader
-Fellow/patron chirurgie
-Fellow/patron USI
-Infirmière leader

