

E. Mise en condition des patients de catégories 1 :

- IOT séquence rapide si non encore fait
- Grosses voies veineuses de remplissage. La pose d'un abord veineux central ou artériel ne doit en aucun cas retarder la PEC chirurgicale du patient.
- Faire préparer l'accélérateur réchauffeur de transfusion
- Prévenir le CDTS le plus rapidement possible. Procédure transfusion en cas d'urgence vitale immédiate à envisager
- Savoir appeler à l'aide si besoin : transfusions massives, accélérateur, cell saver...
- En cas d'instabilité hémodynamique avec fracas du bassin, discuter la compression externe par draps noués sur la taille ou G suit à faire chercher au SAMU

F. Mise en condition des autres patients ;

- IOT séquence rapide si liberté des VAS compromises ou GCS < 8 avec maintien de l'axe cranio-cervico-thoracique.
- Si patient de catégorie 2, pose en fémoral d'un cathéter artériel et veineux. Si aires fémorales inaccessibles , artère radiale et voie veineuse centrale jugulaire interne.
- Si patient de catégorie 3, discuter l'intérêt des abords veineux central et artériel en fonction de l'état clinique du patient.
- Bilan biologique complet avec Groupage+ RAI, NFS, Hémostase, Ionogramme sanguin, troponinémie si trauma

thoracique ou crano-encéphalique, BHC, gazométrie artérielle si détresse respiratoire ou trauma crano-encéphalique. Selon l'examen ou sur réquisition policière, recherche de toxiques : éthanolémie, barbitémie, tricycliques, opiacé urinaire.

G. Prise en charge initiale en dehors du patient en grande instabilité hémodynamique :

1. Assurer l'oxygénation et la liberté des VAS
2. Poursuite du remplissage sous monitoring de la PAS, de l'hémocue®
3. Osmothérapie en cas d'anisocorie, avec monitoring par DTC
4. Catécholamines pour PAS > 100 en absence d'hémorragie active ou > 80 si hémorragie active non contrôlée
5. Drainage des épanchements pleuraux visualisés sur RxP ou échographie
6. Suture grossière hémostatique + pansement compressif d'une plaie du scalp
7. Réaxation et alignement des fractures + pansement bétadiné sur les plaies
8. Examen vasculaire et neurologique d'aval consigné sur la feuille d'observation du déchoquage
9. Tétanos quick test ®

H. Explorations complémentaires initiales si patient stabilisé :

- Appel des manipulateurs radio pour radiographie thoracique de face au lit et radiographie de bassin de face au lit qui permettront rapidement d'évoquer un épanchement pleural aérien ou gazeux, un médiastin élargi, des fractures de

côtes, une contusion pulmonaire post traumatique ou des fractures du bassin

- Echographie abdominale de débrouillage dite « FAST echo » dont le but est de visualiser la présence d'un hémopéritoine pouvant orienter vers une prise en charge chirurgicale en cas de difficulté de stabilisation hémodynamique.

- Transport en radiologie centrale pour TDM corps entier sans puis avec PDC et reconstruction du rachis cervical plus ou moins vaisseaux du cou.