



MOCLI60717

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

TRIAGE ET NOTES D'ÉVOLUTION TRAUMATOLOGIE

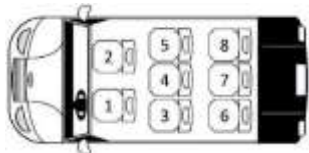
Date : aaaa/mm/jj	hh:mm	Âge : _____	Poids : _____ ☐ Estimé ☐ Réel	Taille : _____
Allergie : _____	☐ S/O	☐ Ambulance	☐ Fauteuil roulant	☐ Ambulant
Priorité ÉTG : ☐ P1	☐ P2	☐ P3	☐ P4	Orientation: ☐ Réanimation ☐ Cube ☐ Civière ☐ Salle attente
Accompagné par : _____				

INFORMATION PRÉHOSPITALIÈRE

Heure de l'événement : _____ hh:mm Préciser le type d'événement : _____

ACCIDENT DE LA ROUTE

- ☐ Auto ☐ Camion ☐ Moto ☐ VTT ☐ Vélo ☐ Piéton
Collision contre : _____
Impact à : _____ km/h ☐ Latéral ☐ Frontal ☐ Arrière
Auto: ☐ > 40 km/h (sans ceinture) ☐ > 60 km/h (avec ceinture)
Véhicule motorisé non protégé : ☐ > 30 km/h
Vélo/piéton: ☐ > 10 km/h



- ☐ Enfoncement significatif de l'habitacle ☐ Capotage
☐ Éjection ☐ Accident mortel (décès dans habitacle)
☐ Perte de conscience Durée : _____
☐ Ceinture de sécurité en place ☐ Casque
☐ Siège d'enfant ☐ Sac gonflable déployé
☐ Désincarcération : ☐ > 20 min Durée : _____

TRAUMATISME PERFORANT

- ☐ Par balle Calibre : _____ Site atteint : _____
☐ Arme blanche Type : _____
☐ Objet contondant Type : _____
☐ Tête ☐ Cou ☐ Torse ☐ Extrémités : _____

AUTRES

- ☐ Chute Hauteur : _____ ☐ > 6 m ou ☐ > 1 m (impact tête)
☐ Perte de conscience Durée : _____
☐ Surface atterrissage : _____
☐ Incendie Type : _____ ☐ Explosion
☐ Intoxication suspectée Préciser : _____

ANTÉCÉDENTS

MÉDICAMENTS

- ☐ Aucun ☐ Voir profil pharmacologique ☐ Voir DSQ
☐ dT (administré/à jour) ☐ Sous anticoagulant (ACO)

SIGNES VITAUX

TA : _____ FC : _____ FR : _____
SAT : _____ T° : _____ Glycémie : _____

Signature de l'infirmière : _____

☐ Rapport donné à : _____

INTERVENTIONS PRÉHOSPITALIÈRES

- ☐ Matelas immobilisateur ☐ Planche dorsale
☐ Collet cervical ☐ Immobilisateur de tête ☐ RCR
☐ Canule ☐ Oro ☐ Naso ☐ Masque Laryngé
☐ Défibrillation Nombre de chocs : _____
☐ O₂ 100% ☐ Ventilé manuellement
☐ Pansement Site : _____
☐ Perte sanguine Quantité : _____ mL approximatif
Signes vitaux
TA : _____ FC : _____ FR : _____ SAT : _____
EQPT : _____ Pupilles : _____ Glasgow _____ /15

HISTOIRE

Échelle de douleur : _____ /10

ÉVALUATION OBJECTIVE

A-B – LIBÉRATION DES VOIES AÉRIENNES ET VENTILATION

RESPIRATION	INTERVENTIONS
☐ Spontanée ☐ Assistée ☐ Fréquence : _____ min. ☐ Bruyante ☐ Sifflante ☐ Ronflante ☐ Amplitude respiratoire ☐ Normale ☐ Anormale ☐ Cyanose Préciser : _____ ☐ Tirage Préciser : _____ ☐ Utilisation des muscles accessoires ☐ Trachée centrale ☐ Trachée déviée ☐ Jugulaires normales ☐ Jugulaires distendues : ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Jugulaires affaissées : ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Emphysème sous-cutané Site : _____ ☐ Symétrie des Hémithorax ☐ Asymétrie ☐ Gauche ☐ Droite	☐ Succion _____ Retour _____ ☐ Canule Oro ☐ Canule Naso ☐ O ₂ 100% Installation : _____ hh:mm _____ initiales ☐ Tube endotrachéal Oro _____ Naso _____ Calibre _____ Mesure _____ Md _____ hh:mm ☐ Cricothyroïdotomie Aiguille _____ Chirurgicale _____ Md _____ hh:mm ☐ Décompression aiguille Droite _____ Gauche _____ Md _____ hh:mm ☐ Drain thoracique ☐ Droit : calibre _____ Md _____ hh:mm Drainage _____ ☐ Gauche : calibre _____ Md _____ hh:mm Drainage _____ Particularités : _____ _____ _____

C – CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES

☐ Aucun saignement apparent ☐ Saignement actif _____ mL approximatif Site : _____ ☐ Pouls radial ☐ Pouls fémoral ☐ Pouls carotidien ☐ Peau : Couleur ☐ Normale ☐ Pâle Texture ☐ Normale ☐ Moite T° ☐ Normale ☐ Froide ☐ Remplissage capillaire ☐ < 2 sec. ☐ > 2 sec. ☐ Femme enceinte : Cœur fœtal _____ BPM	☐ Pansement compressif Site : _____ ☐ Pression indirecte Site : _____ ☐ Tourniquet Site : _____ hh:mm ☐ PTM (se référer à OIPI-737/OC-6049) ☐ Moniteur cardiaque _____ ☐ RCR en cours ☐ Voir feuille Code bleu ☐ Ponction péricardique Md _____ hh:mm Particularités : _____ _____ _____ _____
--	--

D – DÉFICIT

Heure	TA	FC	FR	SAT	O ₂	T
hh:mm						
hh:mm						
hh:mm						
hh:mm						

État de conscience : ☐ A ☐ V ☐ P ☐ U
 Pupilles ☐ PERRLA Glasgow ____/15
 Si anormalité remplir formulaire ☐ CLI-60299 ou ☐ CLI-60300
 Intoxication suspectée : ☐ Oui ☐ Non

E – ENVIRONNEMENT

☐ Déshabillé ☐ T° rectale : _____ hh:mm ☐ Couvertures chaudes
--

TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL (TCC)

☐ Anticoagulé Préciser : _____ ☐ Antécédent de TCC Préciser nombre : _____ ☐ Perte de conscience Durée : _____ ☐ Confusion de novo Durée : _____ ☐ Amnésie événement Durée : _____ ☐ Amnésie avant l'impact (rétrograde) Si 30 minutes ou plus Durée : _____ ☐ Convulsion post trauma Durée : _____	☐ Vomissements ☐ 2 ou plus Préciser : _____ ☐ Céphalée Préciser : _____ ☐ Irritabilité (<16 ans) Préciser : _____ Note complémentaire : _____ _____ _____
--	---

Médecin avisé de l'état de l'utilisateur : Dr _____ hh:mm _____ initiales
 Évaluation médicale : Dr _____ hh:mm _____ initiales

ÉVALUATION PHYSIQUE			
ÉVALUATION		INTERVENTIONS	
☐ Otorragie ☐ Rhinorragie ☐ Otorrhée ☐ Rhinorrhée ☐ Abdomen ☐ Bassin ☐ Ceinture pelvienne (Binder) hh:mm initiales ☐ Œdème scrotal ☐ Priapisme ☐ Saignement urétral ☐ Incontinence ☐ Urinaire ☐ Fécale ☐ Examen rectal Md _____ ☐ Aucun trauma aux extrémités	☐ Gauche ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Souple ☐ Rigide ☐ Distendu ☐ Sensible ☐ Stable ☐ Instable	☐ Sonde gastrique hh:mm initiales ☐ Nasale ☐ Orale Calibre : _____ Drainage : _____ ☐ Sonde vésicale Calibre : _____ hh:mm initiales ☐ Collet cervical (<i>se référer à OC-6048 pour le retrait</i>) : ☐ Selon OC ou ☐ Autorisé par : _____ Retrait : hh:mm initiales ☐ Planche dorsale Retrait : hh:mm initiales Autorisé par : _____ ☐ Matelas immobilisateur Retrait : hh:mm initiales Autorisé par : _____	

MEMBRES ET TÉGUMENTS			
A. Abrasion/Ecchymose		E. Brûlure	
B. Amputation		F. Déformation	
C. Blessure par arme à feu		G. Lacération	
D. Blessure par arme blanche		H. Douleur	
	Trauma Site	CCMSPRO Normal	S/O
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Heure	MÉDICAMENTS ET SOLUTÉS (incluant site et voie d'administration)	Initiales
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		
hh:mm		

NOTES D'ÉVOLUTION

NOTES D'ÉVOLUTION (suite)

EXAMENS	FAMILLE
☐ Tomodensitométrie _____ Demandée par _____ hh:mm Réalisée hh:mm Lue hh:mm ☐ Échographie _____ Demandée par _____ hh:mm Réalisée hh:mm Lue hh:mm ☐ Fast écho fait hh:mm Md _____ ☐ FSC ☐ Électrolytes ☐ Glucose ☐ Lactate ☐ Code 50 ☐ PT-PTT ☐ INR ☐ Gaz veineux ☐ Gaz artériel ☐ Autre : _____	☐ Personnes au chevet _____ ☐ Personne informée _____ Lien de parenté _____ hh:mm
DÉPART / TRANSFERT	
CONSULTATIONS ☐ Équipe trauma Appel hh:mm Arrivée hh:mm ☐ Médecin Appel hh:mm Arrivée hh:mm ☐ Chirurgien Appel hh:mm Arrivée hh:mm ☐ Radiologiste Appel hh:mm Arrivée hh:mm ☐ Orthopédiste Appel hh:mm Arrivée hh:mm ☐ Anesthésiste Appel hh:mm Arrivée hh:mm ☐ Inhalothérapeute Appel hh:mm Arrivée hh:mm	☐ Observation # _____ hh:mm _____ initiales ☐ Congé _____ hh:mm _____ initiales ☐ Salle d'opération _____ hh:mm _____ initiales ☐ Soins intensifs _____ hh:mm _____ initiales ☐ Morgue _____ hh:mm _____ initiales ☐ Coroner Avisé par Md _____ hh:mm ☐ Transfert _____ hh:mm _____ initiales Centre hospitalier _____ ☐ Appel ambulance _____ hh:mm _____ initiales ☐ Arrivée ambulance _____ hh:mm _____ initiales ☐ Départ ambulance _____ hh:mm _____ initiales ☐ Escorte ambulance _____

NOM et TITRE	INITIALES	NOM et TITRE	INITIALES	NOM et TITRE	INITIALES

Signature de l'infirmière responsable des notes : _____ Date : aaaa/mm/jj