



ABCDEF

DÉFINITIONS

Sémiologie	Études des signes / science d'interprétation des symptômes
Symptôme	Phénomène anormal provoqué par la maladie. Signe observable
Syndrome	Groupe de plusieurs symptômes caractéristiques d'une maladie déterminée et constituant une entité clinique reconnaissable
Évaluation clinique	Effectuée par le soignant, au lit du malade, sans le recours à des appareils ou des méthodes de laboratoire permettant d'identifier les signes présentés par le patient
Évaluation paraclinique	Effectuée par le soignant grâce à des appareils ou des examens de laboratoire

Connaissances nécessaires	<p>Trajet de l'air : les fosses nasales (narines) → le rhinopharynx (choanes) → l'oropharynx → le larynx</p> <p>Carrefour aéro-digestif (oropharynx) : la voie aérienne croise la voie digestive</p> <p>En dessous du larynx se trouve la trachée (10-12cm avec 16 à 20 cartilages trachéaux). Elle se termine à hauteur de TH5 (5^e thoraciques par la bifurcation trachéale)</p> <p>Transport de l'oxygène : via l'hémoglobine (Hb) dans les globules rouges (GR) ou sous forme dissoute dans le plasma</p>
Causes des décès traumatiques	<p>Oxygène n'arrive pas dans les poumons → LVA</p> <p>Oxygène n'arrive pas dans le sang → cage thoracique / plèvre / poumon</p> <p>Sang n'arrive pas au cerveau → hémorragies / trauma du cœur</p> <p>Cerveau détruit → traumatisme crânien</p> <p>Autres (perforation digestives...)</p>
ATLS (Advanced Trauma Life Support)	Implique deux bilans : initial de prise en charge (ABCDEF) et secondaire détaillé (examen de la tête aux pieds)

MÉTHODE ABDEF

A = airway Voies respiratoires	<p>Cause traitée : l'oxygène n'arrive pas aux poumons</p> <p>Si conscient : si répond aux questions RAS</p> <p>Si sujet inconscient : risque de chute de la langue en arrière → LVA (libération voies aériennes)</p> <ol style="list-style-type: none"> Aspiration pharyngée Libération temporaire des voies aériennes (tube nasopharyngé de Wendel ou canule oropharyngée de Guedel) Libération et sécurisation des voies aériennes (intubation oro-trachéale ou cricothyroïdomyomie) Si impossible : cricothyroïdotomie ou coniotomie <p>PS : geste premier secours : soulever le menton pour LVA : maintien de la tête afin de respecter l'axe tête-cou-tronc puis PLS lorsqu'il respire</p> <p>Matériel pour intubation : sonde, seringue 10mL, laryngoscope + lame, lubrifiant, pince de Magyll, BAVU + masque, canule de Guedel, stétho, gants non stériles, système de maintien de sonde</p> <p>Protection de la colonne vertébrale : collier cervical rigide ou semi-rigide</p>									
	<p>Signes de détresse respiratoire en cas de traumatisme thoracique : dyspnée, tachypnée, tirage, respiration paradoxale, cyanose, sueurs</p> <p>NB : fréquence respiratoire normal = 15 à 20 mv/min</p> <p>Oxygénation systématique :</p> <ul style="list-style-type: none"> S'il respire spontanément : masque à haute concentration avec débit 9l/min S'il nécessite une assistance ventilatoire : BAVU débit 15l/min <p>Saturomètre : traduit taux SpO2 dans le sang capillaire (norme >95%, tolérable >90%)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SpO2</th> <th>PaO2 approximative</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>90mmHg</td> </tr> <tr> <td>90%</td> <td>60mmHg</td> </tr> <tr> <td>60%</td> <td>30mmHg</td> </tr> <tr> <td>50%</td> <td>27mmHg</td> </tr> </tbody> </table>	SpO2	PaO2 approximative	100%	90mmHg	90%	60mmHg	60%	30mmHg	50%
SpO2	PaO2 approximative									
100%	90mmHg									
90%	60mmHg									
60%	30mmHg									
50%	27mmHg									
B = breathing										





Lésion thoracique possible : **fracture de côtes** (rechercher lésion aorte et gros vaisseaux pour K1,2 et 3 ; contusions pulmonaires et pneumothorax pour K4-K9 ; lésions abdominales pour K10-K12), **volet costal** (3 côtes fracturées ou plus et qui le sont toutes en 2 endroits minimum), **plaie soufflante du thorax** (il faut obturer la plaie avec un pansement étanche sur 3 côtés, agit comme une valve unidirectionnelle ⚠ Ne pas obstruer avant ttt), **pneumothorax compressif** (signes = détresse respiratoire, turgescence jugulaire, silence auscultatoire ; c'est une urgence absolue, il faut faire une exsufflation pleurale dans le 2 EIC puis drainage thoracique), **pneumothorax simple/massif**, **hémothorax** (simple si perte <1,5L et massif si >1,5L), **rupture diaphragmatique**, **dissection de l'aorte thoracique**

Drainage thoracique	
Avant la pose	Informé le patient, maintenir la position (décubitus dorsal) et dire qu'il va avoir une anesthésie locale pour limiter la douleur Si PM : O2, sédatif si anxiété Préparation cutanée : tondre, laver la peau à l'eau + savon antiseptique, désinfecter en 4 temps
Matériel	Appareil de monitoring, chariot d'urgence, champs plastique autocollant troué, compresses, béta, blouse/gants stériles/charlotte/masque pour le médecin, anesthésie locale, drain et trocards, bistouri à lame droite, fils, pinces à clamper, pinces à traire, pinces à disséquer, pansements, système de drainage, manomètre
Complication	Malaise vagal, embolie gazeuse, perforation Hypotension, œdème pulmonaire, déconnexion ou ablation accidentelle du drain
Surveillance	FC, TA, FR, amplitude respiratoire, sat, symétrie respiratoire, surveillance du drain toutes les heures en réa et 2/3h en service et radio pulmonaire tous les jours Niveau de dépression, bullage, perméabilité et oscillation de la colonne d'eau, tuyau, liquide drainé et positionnement du drain
Consignes	<u>Si déconnexion drain</u> : clamper + changement du système d'aspiration, raccords et tuyau <u>Si ablation accidentelle</u> : tirer sur le fil de rappel + faire pansement compressif

Hémorragie													
Tirade létale du cercle vicieux de l'hémorragie : hypothermie + acidose → coagulopathie													
Signes cliniques	tachycardie , tachypnée , PA pincée (vasoconstriction) puis PA chute, patient a froid, frissons , pâleur , oligurie , angoisse de mort / agitation / agressivité / somnolence												
5 sites	Par terre / brancard (regard), thorax (radio), abdomen (echo FAST = détection de liquide), pelvis (radio), membres (regarder et palper)												
Physiopathologie	1. Détection par les volorécepteurs (dans l'oreillette droite (OD), par les baro-récepteurs (bifurcation carotidienne) 2. Signaux d'alerte + ↗ tonus sympathique (adrénaline) pour maintenir la perfusion cérébrale 3. Vasoconstriction périphérique par l'action de l'adrénaline → ↘ débit et ↘ pression artérielle et action des facteurs de coagulation + ↗ de la FC 4. Rétablissement de la volémie via le système rénine-angiotensine-aldostérone → Tout cela pour nourrir les organes vitaux (cerveau, cœur, poumons)												
Traitement	Pansements compressifs, compression direct... Anesthésie générale : perte de tonus sympathique et donc vasodilatation + chute pression artérielle Remplissage par perf : remplissage de l'oreillette qui envoie des coups tensionnels dans la bifurcation carotidienne (donne l'impression que tout va bien) → ↘ tonus sympathique + vasodilatation → le caillot est délogé + dilution des facteurs de coagulation → anémie + hypoxie + acidose → ↘ capacités de coagulation → hypothermie + saignement (c'est la merde) ⚠ On ne remplit donc pas un patient stabilisé ⚠ Détermination de l'objectifs tensionnel et utilisation de : <table border="1"> <tbody> <tr> <td>- NaCl 0.9%</td> <td>Sujet sain</td> <td>80mmHg</td> </tr> <tr> <td>- NaCl 7.5%</td> <td>Coronarien</td> <td>100mmHg</td> </tr> <tr> <td>- Amines vasopressives</td> <td>Traumatisé crânien (grave)</td> <td>120mmHg</td> </tr> <tr> <td>- CGR + Plasma + concentrés plaquettaires</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	- NaCl 0.9%	Sujet sain	80mmHg	- NaCl 7.5%	Coronarien	100mmHg	- Amines vasopressives	Traumatisé crânien (grave)	120mmHg	- CGR + Plasma + concentrés plaquettaires		
- NaCl 0.9%	Sujet sain	80mmHg											
- NaCl 7.5%	Coronarien	100mmHg											
- Amines vasopressives	Traumatisé crânien (grave)	120mmHg											
- CGR + Plasma + concentrés plaquettaires													
A savoir	O ₂ pur → x5 l'O ₂ dissout dans le plasma T° > 35°C pour une coagulation correcte Ne pas remplir tant que l'hémorragie n'est pas contrôlée												



Équipement à mettre sur la personne traumatisé : monitoring et VVP/perf osseuse

Choc hémorragique

Composition du sang par centrifugation	Culot rouge [GR (45%)] + disque blanc [plaquettes + GB (1%)] + surnageant (protéine)
Influence sur le transport de l'O ₂	<p>À basse T° : Hb incapable de libérer l'O₂ = Hb inopérante pour le transport d'O₂ malgré une sat à 100%</p> <p>Si acidose (faible pH) : Hb fonctionne normalement si bcp d'O₂ → mettre sous O₂</p> <p>⚠ Ne pas confondre un choc hémorragique et une insuffisance respiratoire</p> <p>Perte de sang = perte de GR donc capacités en O₂ (mais sat normal) et ↗ quantité O₂ dissoute → pas de variation de l'hématocrite ni de l'hémoglobinémie</p> <p>⚠ Hémocue (mesure l'hémoglobinémie) donnera des valeurs rassurantes non représentative</p>
Thrombocytes	Forment un caillot sanguin grâce à la fibrine + GR + thrombocytes et activent des facteurs de coagulation
Hémostase	<p>Intrinsèque : initié par thrombocytes afin d'aboutir à la libération des facteurs de coagulation</p> <p>Extrinsèque : activation directe des facteurs de coagulation</p> <p>Ces deux voies permettent de mettre en place deux traitements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antiagrégant plaquettaire si pathologie de la paroi artérielle - AVK (anticoagulant) si flux sanguin ralentit au niveau veineux

C = circulation

Action IDE (sur PM)

Pouls : 60 à 80 batt/min	PA sys <140mmHg et dias < 90mmHg
SaO ₂	Température
Oxygénation : adapter la FiO ₂ à la SaO ₂	Hémocue ⚠ fiabilité
Pose de 2 VVP de gros calibre, prélèvement bio et hydratation	

Traumatisme crânien

Définition	Atteinte de la boîte crânienne et/ou de son contenu par une agression physique mécanique Première cause de décès chez le jeune adulte 50% à causes des AVP et concerne plus les hommes que les femmes	
Pronostic	Dépendant de la sévérité du TC, glasgow faible d'emblée, de l'âge, de la prise d'AVK et de la classe socio-économique	
Physiopathologie	On évalue la profondeur en fonction du nombre de couche(s) lésée(s) [peau, tissu adipeux, épicroâne, péricrâne, os, dure mère, arachnoïde, pie-mère] Il est nécessaire de connaître l'anatomie du crâne et du cerveau #2.2 Les nerfs crâniens peuvent être atteints de manières directe ou indirecte	
Signes cliniques	Anamnèse du TC, signes fonctionnels (dysesthésie, faiblesse...), examen clinique (zone mobilité anormale, déficit moteur...), lésion crânio-faciales, signes de gravité	
Signes associés	Existence écoulement au niveau de l'oreille (sang = otorragie, otorrhée = liquide clair), ou au niveau du nez : epistaxis / rihorrhée , hématome cutané / péri orbitaire +/- d'autres fractures de membre	
Signes de gravité	Syndrome d'hypertension intracrânienne (HTIC), troubles de la conscience, anomalies pupillaires, crise d'épilepsie, troubles du rythme cardiaque, troubles hémodynamique, reflexes osteotendineux (babinski), décortication / décérébration	
Séquelles	Syndrome post-traumatique, déficit neuro, trouble neuro, état végétatif...	
Pupille	Évaluation de la réactivité : mydriases / myosis, symétrie (si asymétrique = anisocorie) ⚠ Peut être influencé par la prise de médicament / drogue	
Examen motricité	Évaluation de la force (1 à 5) Sensibilité	
Examen des réflexes	Reflexe ostéo-tendineux	Reflexe myotatique = motricité involontaire
	Membre supérieur	Bicipital Stylo radial Tricipital Cubito pronateur
	Membre inférieur	Achilléen Rotulien

D = disability





Examens complémentaires	Scanner cérébral sans produit de contraste, IRM cérébral, écho-doppler trans-crânien, écho FAST, scanner corps entier
Traitement	Immobilisation, monitoring, perfusion, transfert en réa-neuro Prévention des facteurs d'aggravation Chirurgie

Glasgow (sur 15)		
<small>Tu peux t'inquiéter si le score < 8 (come) et encore plus si <5 (coma grave) NB : glasgow 9/10 = troubles de la conscience</small>		
Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
4 : Spontanée 3 : Sur ordre 2 : À la douleur 1 : Absente	5 : Orientée 4 : Confuse 3 : Inappropriée 2 : Incompréhensible 1 : Aucune	6 : À la demande 5 : Orientée adaptée 4 : Évitement non adapté 3 : Flexion poignets / coude 2 : Extension + rotation interne membres sup 1 : Aucune

Traumatisme du rachis

Définition : Atteinte mécanique d'un ou plusieurs segment de la colonne vertébrale et/ou de son contenu (la moelle spinale et ses racines)

Pronostic : Le pronostic fonctionnel voir vital est engagé

Il est nécessaire de connaître l'anatomie de la colonne et du rachis #2.2

La vertèbre	Fracture simple, fracture par tassement ou fracture par éclatement / « burst »
Lésions disco-ligamentaire	Entorse, luxation, hernie discale
Lésions mixtes	A la fois osseuse et à la fois disco-ligamentaires
Lésions médullaires	Compression, commotion, contusion, trans-section
Lésions radicaire	Compression, arrachement

Mécanismes : hyper-flexion, hyper-extension, coup du lapin (hyper-flex + hyper-ext), compression « whiplash », distraction, rotation, section

Types de liaisons

LESION MEDULLAIRE											
Compression médullaire : un fragment osseux fracturé peut venir comprimé la moelle spinale ou une racine / nerf spinal La gravité est liée à la fragilité du système nerveux et à l'absence de réparation possible											
Lors d'une atteinte de la moelle spinale, l'évolution clinique se fait en 2 phases											
<ol style="list-style-type: none"> Phases de paralysie flasque ou choc spinal Phase secondaire de paralysie spastique ou automatisme médullaire : apparition d'une hypertonie musculaire avec des reflexes ostéo tendineux 											
<p>Tetraplégie : atteinte sensi motri des 4 membres</p> <p>Paraplégie : 2 membre inf</p> <p>Parésie : atteinte motrice partielle</p> <table border="1"> <tr> <td>Supérieur à C4</td> <td>Paralysie des 4 membres + diaphragme</td> </tr> <tr> <td>C4-C7</td> <td>Paralysies des 4 membres</td> </tr> <tr> <td>T1-L1</td> <td>Paralysie des 2 membres inf</td> </tr> <tr> <td>T10-L2</td> <td>Atteinte du cône médullaire</td> </tr> <tr> <td>L2-L5</td> <td>Syndrome queue de cheval</td> </tr> </table>		Supérieur à C4	Paralysie des 4 membres + diaphragme	C4-C7	Paralysies des 4 membres	T1-L1	Paralysie des 2 membres inf	T10-L2	Atteinte du cône médullaire	L2-L5	Syndrome queue de cheval
Supérieur à C4	Paralysie des 4 membres + diaphragme										
C4-C7	Paralysies des 4 membres										
T1-L1	Paralysie des 2 membres inf										
T10-L2	Atteinte du cône médullaire										
L2-L5	Syndrome queue de cheval										

Examen neuro	Motricité + sensibilité des membres
Gravité	Délabrement cutané Lésions associées : traumatisme thoracique, abdominal, crânien Attention au retentissement cardio respiratoire
Examen complémentaire	Radiographies standards, scanner rachidien, IRM rachidienne, Objectif : établir un diagnostic lésionnel précis déterminant la sévérité, une instabilité osseuse et disco ligamentaire et si une compression medullaire ou radicaire existe

D = disability



Hypothermie															
Définition	<p>La température centrale d'un animal à sang chaud ne lui permet plus d'assurer les fonctions vitales</p> <table border="1"> <tr> <td>Modérée</td> <td>Entre 32° et 35°</td> </tr> <tr> <td>Sévère</td> <td>Entre 28° et 32°</td> </tr> <tr> <td>Profonde</td> <td><28°</td> </tr> </table> <p>Thermorégulation : équilibre entre thermogénèse et thermolyse</p>	Modérée	Entre 32° et 35°	Sévère	Entre 28° et 32°	Profonde	<28°								
	Modérée	Entre 32° et 35°													
Sévère	Entre 28° et 32°														
Profonde	<28°														
Bases anatomiques	<p>Hypothalamus fait le pont entre le SN autonome et le SN endocrinien. Cette glande endocrine intervient dans les processus de faim, soif, sommeil et thermorégulation</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Thermolyse (lyse = détruire)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Objectif</td> <td>Faire diminuer la température du corps</td> </tr> <tr> <td>Phénomènes</td> <td>Sudation La perspiration ou évaporation de liquide Vasodilatation cutanée qui en permettant les échanges permet l'élimination de la température corporelle</td> </tr> <tr> <td>Compensation</td> <td>Thermogénèse via vasoconstriction périphérique La production de frissons qui tendrons à procurer de la chaleur au niveau corporel</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Thermogénèse (génése = créer)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Objectif</td> <td>Faire accroître la température du corps</td> </tr> <tr> <td>Phénomènes</td> <td>Catabolisme des lipides par l'apports alimentaires L'activité musculaire</td> </tr> </tbody> </table>	Thermolyse (lyse = détruire)		Objectif	Faire diminuer la température du corps	Phénomènes	Sudation La perspiration ou évaporation de liquide Vasodilatation cutanée qui en permettant les échanges permet l'élimination de la température corporelle	Compensation	Thermogénèse via vasoconstriction périphérique La production de frissons qui tendrons à procurer de la chaleur au niveau corporel	Thermogénèse (génése = créer)		Objectif	Faire accroître la température du corps	Phénomènes	Catabolisme des lipides par l'apports alimentaires L'activité musculaire
	Thermolyse (lyse = détruire)														
	Objectif	Faire diminuer la température du corps													
	Phénomènes	Sudation La perspiration ou évaporation de liquide Vasodilatation cutanée qui en permettant les échanges permet l'élimination de la température corporelle													
	Compensation	Thermogénèse via vasoconstriction périphérique La production de frissons qui tendrons à procurer de la chaleur au niveau corporel													
	Thermogénèse (génése = créer)														
Objectif	Faire accroître la température du corps														
Phénomènes	Catabolisme des lipides par l'apports alimentaires L'activité musculaire														
Conséquences	<p>Baisse du métabolisme → ralentissement de l'activité cellulaire et progressivement de toutes les fonctions</p> <table border="1"> <tr> <td>Cardiovasculaire</td> <td>Phase de lutte avec tachycardie → puis bradycardie si ne peut pas se soustraire à l'hypothermie Baisse du débit cardiaque Arrêt du débit circulatoire par fibrillation ventriculaire</td> </tr> <tr> <td>Respiratoire</td> <td>Hyperventilation initiale puis bradypnée (ralentissement de la FR jusqu'à 1 ou 2 cycles / minute) Encombrement bronchique</td> </tr> <tr> <td>SNC</td> <td>Baisse du débit sanguin cérébral. Perte de la mobilité fine, dysphasie... Reste cependant répondant aux stimulus. Peut-être dans un état d'hypothermie avancé ou ne répondra même plus aux stimulus. Effet protecteur cérébral : 34°</td> </tr> <tr> <td>Milieu intérieur</td> <td>Acidose métabolique Diminution métabolisme hépatique Déshydrations Insuffisance rénale</td> </tr> <tr> <td>Coagulation</td> <td>La thrombopénie survient parfois On parle également d'hypocoagulabilité (difficulté de coagulation)</td> </tr> </table>	Cardiovasculaire	Phase de lutte avec tachycardie → puis bradycardie si ne peut pas se soustraire à l'hypothermie Baisse du débit cardiaque Arrêt du débit circulatoire par fibrillation ventriculaire	Respiratoire	Hyperventilation initiale puis bradypnée (ralentissement de la FR jusqu'à 1 ou 2 cycles / minute) Encombrement bronchique	SNC	Baisse du débit sanguin cérébral . Perte de la mobilité fine, dysphasie... Reste cependant répondant aux stimulus. Peut-être dans un état d'hypothermie avancé ou ne répondra même plus aux stimulus. Effet protecteur cérébral : 34°	Milieu intérieur	Acidose métabolique Diminution métabolisme hépatique Déshydrations Insuffisance rénale	Coagulation	La thrombopénie survient parfois On parle également d' hypocoagulabilité (difficulté de coagulation)				
	Cardiovasculaire	Phase de lutte avec tachycardie → puis bradycardie si ne peut pas se soustraire à l'hypothermie Baisse du débit cardiaque Arrêt du débit circulatoire par fibrillation ventriculaire													
	Respiratoire	Hyperventilation initiale puis bradypnée (ralentissement de la FR jusqu'à 1 ou 2 cycles / minute) Encombrement bronchique													
	SNC	Baisse du débit sanguin cérébral . Perte de la mobilité fine, dysphasie... Reste cependant répondant aux stimulus. Peut-être dans un état d'hypothermie avancé ou ne répondra même plus aux stimulus. Effet protecteur cérébral : 34°													
	Milieu intérieur	Acidose métabolique Diminution métabolisme hépatique Déshydrations Insuffisance rénale													
	Coagulation	La thrombopénie survient parfois On parle également d' hypocoagulabilité (difficulté de coagulation)													
Étiologie (étude des causes)	<p>L'exposition à un milieu hostile froid Hémorragie est une source d'hypothermie Brûlure = perte tégumentaire Coma, paralysie : perte de la capacité à produire de la chaleur</p>														
	<table border="1"> <tr> <td>32° < hypothermie < 35° 25% de mortalité</td> <td> <p>Respiration : tachypnée Circulation : FC + PA augmentent Neurologie : conscience normale Cutané : frissons</p> </td> </tr> <tr> <td>28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité</td> <td> <p>Respiration : bradypnée Circulation : FC et PA diminuent, signes ECG Neurologie : trémulations, troubles des fonctions supérieures ; obnubilation, voire coma et diminution Reflexes ostéo tendineux</p> </td> </tr> </table>	32° < hypothermie < 35° 25% de mortalité	<p>Respiration : tachypnée Circulation : FC + PA augmentent Neurologie : conscience normale Cutané : frissons</p>	28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité	<p>Respiration : bradypnée Circulation : FC et PA diminuent, signes ECG Neurologie : trémulations, troubles des fonctions supérieures ; obnubilation, voire coma et diminution Reflexes ostéo tendineux</p>										
32° < hypothermie < 35° 25% de mortalité	<p>Respiration : tachypnée Circulation : FC + PA augmentent Neurologie : conscience normale Cutané : frissons</p>														
28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité	<p>Respiration : bradypnée Circulation : FC et PA diminuent, signes ECG Neurologie : trémulations, troubles des fonctions supérieures ; obnubilation, voire coma et diminution Reflexes ostéo tendineux</p>														
Signes cliniques															

E = exposition





E = exposure	Signes cliniques	28° < hypothermie < 32° 50% de mortalité	Cutané : peau sèche, cyanosée , livide, pas de marbrure, gelures, pas de frissons
		Hypothermie < 28° 60% de mortalité	Respiration : apnée si T < 25° Circulation : FV (arrêt circulatoire) + asystolie si T < 20° Neurologie : coma
E = exposure	Conduite à tenir	Sur place	Soustraire la victime Déshabiller si mouillée, chauffer O ² / éventuellement IOT (intubation oro-trachéale) VVP + scope Transfert rapide en réanimation
		A l'hôpital	T > 32° : réchauffement externe Atmosphère externe chaude Matelas chaud Couverture chaude T < 32° : réchauffement interne Solutés réchauffés Air inspiré Lavage gastrique chaud Circulation extra corporelle
F = family	CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique)		
	Mission	<ol style="list-style-type: none"> Coordonnée les actions et les relations entre les ≠ intervenants (SAMU, pompiers...) Assurer le dispositif de prise en charge immédiate sur le terrain Post-immédiate (dans les jours qui suivent) Prise en charge au long cours des victimes et des impliqués Définir des schémas type d'interventions <ol style="list-style-type: none"> Plan rouge Événements collectifs ou individuels à fort retentissement psychologique (grand nombre de victime, attentats...) Formation des équipes de volontaires Consultations régulières au centre de consultation du psycho traumatisme <p>Il peut installer un poste d'urgence médico-psy lors sur le terrain et aider à trier les blessés</p>	
	Plan rouge	Déclenchement du CUMP + SMUR par médecin régulateur du SAMU 10 victimes + risque d'évolution dans le temps Procédure : ramassage des blessés → poste médical avancé → évacuation	
	Infirmier CUMP	Aides + soutiens psy + collaboration avec les autres membres d'intervention (SAMU, pompier...) + amélioration de la qualité des soins (débriefing) + formation, encadrement et recherche (publications, cours...) 3 rôles : organisation, soignant, transmission	
	Procédure	Accueil → entretien → repérage clinique → transmission	
	Syndrome de stress post-traumatique		
Signes	Temps de latence : quelques jours à 6 mois / chroniques ou s'atténuent avec le temps Débordement émotionnel : tremblements, crises de larmes, agitation + hypersensibilité à stimulations sensorielles, sidération, actes automatiques, agitation, dissociation, délire... Syndrome central : la répétition avec cauchemars++ Symptômes non spécifiques : troubles névrotiques, anxieux, addictifs, comportementaux + caractère (personnalité), psychosomatiques...		
Traitement	Confiance, faire parler, rassurer, expliquer...		
Résilience	Aptitude à rebondir ou à subir des chocs sans être détruit En psycho : capaciter à refaire une vie en surmontant le choc		
Stress	Réaction physiologique et psychologique adaptative en cas de danger ou de menace vitale		
Debriefing	C'est la 1 ^{ère} étape de la reconstruction psychique Prise de conscience de la dimension psychologique de l'évènement, verbalisation des émotions + pensées, reprise de la maîtrise, offre de soin		