

# — CHECK-LIST « TRANSFERT URGENCES – CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE » —

À compléter par le service des urgences et le service de chirurgie – à adapter si besoin

Admission le :

à : h

Identification patient (nom - nom de naissance - prénom - date de naissance)

## Urgentiste

Dr

Site :

Tél. :

Survenue du sinistre

le : à : h

Diagnostic :

Latéralité :  Droite  Gauche

Gravité

Luxation  Ischémie

Lésion cutanée

Trouble neurologique

Plaie articulaire

Fracture ouverte

Autre :

Comorbidité(s)

Allergie  Diabète  Dialyse

Autre :

Traitement habituel par :

Anticoagulants :  OUI  NON

Antiplaquettaires :  OUI  NON

Anticoagulants stoppés :

OUI  NON

Antiplaquettaires stoppés :

OUI  NON

Relais HBPM :  OUI  NON

(à voir avec l'anesthésiste – le chirurgien)

Imageries réalisées

Radio  Scanner  IRM  Échographie

Examens biologiques réalisés

NFS  Hémostase

Recherche des agglutinines irrégulières (RAI)

Dernier repas à : h

Dernière boisson à : h

Traitements mis en œuvre

Immobilisation rigide  Contention souple

Traction membre inférieur  Pansement

Réduction  Suture

Antibiothérapie  Antalgiques

Anesthésie loco-régionale (ALR)  Transfusion

Autres :

Lieu d'hébergement

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique sur site

Autre service sur site :

Transfert :

## Chirurgien ayant accepté la prise en charge

Dr

Site :

Tél. :

Indication :

Information bénéfiques/risques effectuée :

OUI  NON

Accord intervention :  OUI  NON

Autorisation parentale :  OUI  NON  NA

Protection juridique :  OUI  NON  NA

## Anesthésiste

Dr

Site :

Tél. :

Consultation pré-anesthésique

programmée :

OUI  NON

effectuée :

OUI  NON