

— 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