

# AIDE MEMOIRE MEDICAL

## DE L'AVANT

(jusqu'au Rôle 1 MTF – OTAN)



GUIDE CIOMR

V1.3, 2013

Rédaction du Nine-Line	exemple
1. Localisation exacte de l'évacuation	grille 123456
2. Fréquence Radio et indicatif d'appel à l'évacuation	123.45 A3C
3. Priorités et nombres A (non chirurgicale; évacuation < 2 heures)	
B (chirurgicale; évacuation immédiate)	B1
C (évacuation < 4 heures)	C 2
D (évacuation < 24 heures)	
E (évacuation à chaque fois)	
4. Equipement spécial nécessaire (treuillage, respirateur, etc)	NIL
5. Type et nombres	
L (brancard/civière)	L 2
A (ambulatoire)	A 1
6. Sécurité à l'évacuation	
N pas d'ennemi	
P ennemi possible	P
E ennemi confirmé	
X engagé avec l'ennemi	
7. Marquage du point d'évacuation	miroir signaux
8. Statut politique du patient	
A militaire coalisé	
B civil coalisé	
C militaire non coalisé	A,D
D civil non coalisé	
E Prisonnier de Guerre Ennemi	
F cible de grande valeur	
9. Contamination	
Nucléaire/radiologique	
Bactériologique	NIL
Chimique	

1. Appelez pour l'évacuation dès que possible, en utilisant la procédure OTAN (nineline, page 23) ou les procédures nationales
2. Re-triage et re-évaluation (voir page 5 et 12) après le traitement
3. Evacuez dans l'ordre de T1 (ABC), T2, T3
4. Sujet inconscient – mise en place d'un garrot – brûlure des voies respiratoires sont à classer T1
5. Ceci peut être annulé à l'échelon supérieur  
Faites tout le possible pour ne pas abandonner un mort derrière vous

### **MORT**

1. Signes imparables : décapitation, décomposition, lividité, rigidité de deux articulations ou plus (commence à la mâchoire)
2. En cours de traitement : disparition complète et permanente de toute activité respiratoire et cardiaque
3. Dans tous les cas : retirez les marques et les effets personnels en suivant vos consignes NATIONALES
4. N'abandonnez pas les morts

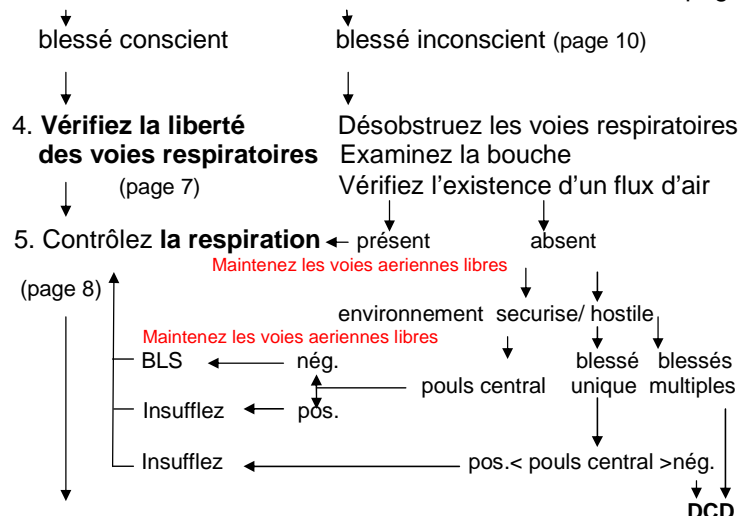
### **NOTES**

### **Introduction**

- Ce guide est destiné à tout intervenant médical
- Chacun individuellement se doit d'être conscient de son niveau de compétences, informé du matériel disponible et averti des contraintes juridiques en vigueur au plan national.
- En médecine militaire, la situation tactique du moment est d'une importance déterminante ; un professionnel de santé militaire devrait toujours se dire « où suis-je, quelle est la situation, quels sont les moyens dont je dispose, et y a-t-il une possibilité d'attaque NRBC ? »
- Le guide est composé des différentes parties suivantes :
  1. Marche à suivre et Bilan initial (primary survey)
    - a) Sur le terrain (pages 4 – 11)
    - b) Au poste médical de rôle 1 (rôle 1 MTF = Medical treatment facility) (pages 12 - 16)
  2. Bilan de seconde intention (secondary survey) pouvant être pratiqué à la fois sur le terrain (si possible) et dans une antenne médicale de rôle 1 : en fonction de la situation tactique (pages 17-20)
  3. Mesures complémentaires (pages 20-22)
- Les aspects médicaux concernant les armes de destruction massive sont exposés par ailleurs.
- Il y a de nombreux moyens d'exécuter des procédures particulières. Cet aide-mémoire, en conséquence, ne va pas dans les détails techniques : il décrit l'approche et les points importants à considérer

**MARCHE à SUIVRE** sur le terrain **terrain**

- **Toujours: sécurité et appeler à l'aide le plus tôt que possible**
- **“Master Drill”**: sous le feu / en milieu hostile / en sécurité page 5
- Blessés multiples : assurez le triage page 6
- Evaluation et traitement pour chaque individu blessé page 7
- **Première étape du bilan** (Primary survey) page 7
  1. Arrêtez l'hémorragie externe représentant une menace vitale
  2. Immobilisez le cou, si nécessaire page 7
  3. **Evaluez l'état de conscience** page 7



- 6. Contrôlez la circulation page 9
- 7. Recherchez un déficit neurologique page 9
- 8. Assurez vous de l'environnement page 9
- 9. Reconstituez l'historique page 9
- **Seconde étape du bilan** (secondary survey) page 17
  - Prévention de l'hypothermie page 20
  - Position du blessé page 20
  - Antalgiques et autres médicaments / confort page 21
  - Retraite des cartes et documents page 21
  - Communications / "nine-liner" page 22
  - et consignez les données par écrit page 22
- **Ré-examen et ré-triage jusqu'à l'évacuation !!** page 22
- Evacuation page 22

**ANTALGIQUE, AUTRE MEDICAMENTS. MESURES DE CONFORT**

- De bons gestes de Premier Secours (par exemple la mise sous attelle) soulagent la douleur
- Parlez toujours au blessé
- Médications (analgésiques et antibiotiques) : **suivez TOUJOURS vos consignes nationales**
- Jugez d'une (re)vaccination antitétanique
- La morphine est interdite en cas de :
  - o Inconscience
  - o Blessures à la tête
  - o Difficultés respiratoires
- Protégez le blessé des intempéries
- Ne laissez pas le blessé boire si son état de conscience est diminué. Si ce n'est pas le cas, boire est permis.

**COMMUNICATION**

**NINE-LINER**

**voir page 23**

**ATMIST** de transfert (pour le personnel medical)

**A**dult <> **E**nfant

**T**emps de l'accident

**M**écanisme de la blessure

**I**njuries (blessures) trouvées et/ou suspectées

**S**ignes: voies respiratoires, ventilation (fréquence), pulsation (rythme), conscience

**T**raitement donné

**RE-EXAMINATION et RE-TRIAGE**

**DOCUMENTATION APRES RE-EXAMINATION**

**EVACUATION**

- Mal des montagnes (haute altitude)  
(respiration courte,  
vertiges, confusion) -> redescendez à 2000 m ASL

## 10. Stress au combat

- (sujet renfermé, soupçonneux,  
agité effrayé, bavard, prenant  
des risques) -> désarmez
- > EGALEMENT recherchez  
d'éventuelles lésions
- > faites prendre en charge et  
encourager par camarades
- > évacuez si c'est inefficace

## MESURES ADDITIONNELLES (pages 20-22)

### PREVENTION DE L'HYPOTHERMIE

Couvrir toutes les victimes: utilisez tout équipement disponible

### MISE EN POSITION D'UN BLESSE

NB : Son positionnement dépend aussi de la situation tactique

1. Blessé conscient
  - En général : la position préférée par le blessé
  - Brûlure des voies respiratoires : position demi-assise
  - Blessures à l'œil : position demi-assise
  - Blessures thoraciques : position demi-assise
2. Blessé inconscient
  - En position de sécurité s'il n'a pas de surveillance  
(suivez vos consignes nationales) : sur le côté blessé à  
moins d'un corps étranger en place
  - Sur le dos en garantissant la liberté des voies aériennes  
(menton relevé). (SEULEMENT en environnement  
sécurisé et sous surveillance).
  - La partie supérieure du corps légèrement surélevée  
pour les blessés de la tête.

## “MASTER DRILL”

### Évaluez:

- sous le feu
- en milieu hostile / en sécurité (sur le terrain)

### 1. Sous le feu (→ Soins sous le feu ennemi)

- gagnez la bataille
- maîtrise du terrain / repli
- dirigez le blessé à se couvrir et à se soigner soi-même
- veillez à votre propre sécurité (balles ennemies) / évitez  
des blessures supplémentaires à ceux qui sont atteints
- **stoppez toute hémorragie externe d'importance vitale**
  - \* **suivez vos directives nationales**
  - \* pansement, tourniquet (garrot) (voir aussi page 7)
- tournez tout blessé inconscient sur le ventre ou sur le côté
- **n'allez pas plus loin dans l'examen ou le traitement**
- ne quittez pas le blessé
- dès que vous n'êtes plus sous le feu, faites une réévaluation  
**voir #2**

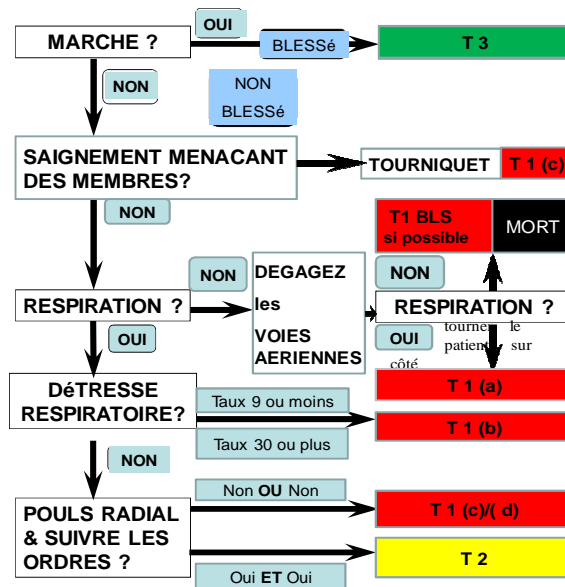
### 2. Environnement hostile/sécurisé (→ Soins en Situation Tactique)

- sécurisez la zone et tout individu présent
- désarmez le/les blessés présentant une altération de la  
conscience
- prenez des précautions de sécurité
  - \* pour vous-même (portez des gants/masque si disponible)
  - \* pour les personnes se trouvant à proximité
  - \* pour le / les blessés
- faites le bilan du nombre de blessés
  - \* blessés multiples : triez, évaluez, traitez **allez à la page 6**
  - \* un seul blessé: évaluez, traitez **allez à la page 7**

terrain

## TRIAGE ET TRAITEMENT DE BLESSES MULTIPLES (sur le terrain) (triage « au crible »)

Triez d'abord, traitez ensuite !



**MAINTENANT** évaluez et traitez chaque blessé individuellement, selon l'ordre suivant:  
T1a (voies aériennes), T1b (respiration), T1c (circulation), T1 d (déficit neurologique) T2, T3

Le triage est à répéter quand la situation évolue.

allez à la page7

- sensation de morsure (pâleur, insensibilité, peau indurée) -> couvrez sans serrer -> évacuez -> traitement niveau role 2/3
- pied de tranchée -> séchez sans frotter -> ne crevez pas les cloques -> évacuez

### 8. Morsures et piqûres

- morsures humaines ou animale -> nettoyez
- piqûres -> vérifiez ABCs
- morsures de serpents -> n'effectuez PAS de succion ou d'incision -> bandage compressif -> vérifiez ABCs -> retirez avec la pince spéciale -> effectuer un marquage du point de la piqûre
- tiques -> effectuer un marquage du point de la piqûre

### 9. Pathologies dues l'environnement

- Hyperthermie (les signes peuvent aller de crampes jusqu'au malaise, maux de tête jusqu'à la perte de conscience) -> déplacez vers un endroit frais -> donnez à boire si la conscience est conservée -> rafraîchissez activement : ventilez, lavez à l'eau fraîche, mettez un drap humide -> évacuez si inconscient
- Hypothermie (les signes peuvent aller : du frissonnement jusqu'à des bizarreries du comportement et à une perte de conscience) -> déplacez vers un endroit chaud -> remplacez les vêtements humides -> utilisez ou une couverture ou la chaleur dégagée par un camarade -> donnez des boissons chaudes (PAS d'alcool) si le sujet est conscient -> évacuez si le sujet est inconscient

- électrique -> coupez la source
  - > couvrez les blessures
- pour toute brûlure
- suivez vos **directives NATIONALES** pour les voies veineuses, les solutés, les vitesses de perfusion
  - prévenez l'hypothermie
  - estimez la superficie totale de la surface corporelle brûlée
4. Blessures du rachis (difficile chez des blessés inconscients !)  
(douleur dorsale, cervicale, picotement, paralysie)
- > immobilisez le rachis si la situation tactique le permet et si l'équipement est disponible
- NB** : La libération des voies respiratoires et la mise de blessé à l'abri du danger ont priorité sur l'immobilisation rachidienne !
5. « Les blessures cachées » (traumatisme par souffle ou par choc)  
(Thorax : respiration courte, marques externes)  
(Abdomen : douleur, contracture, marques externes) -> évacuez
6. Blessures oculaires  
(douleurs, rougeur, yeux clos)
- brûlures -> rincez (flammes, agents chimiques)
  - corps étrangers -> ne cherchez pas à les retirer
  - > couvrez les 2 yeux sans pression; de préférence avec une protection
7. Lésions par le froid
- sensation de piquûre -> réchauffement par le camarade (pâleur, insensibilité, peau élastique)

## EVALUATION / TRAITEMENT d'un blessé isolé

**Sans être exposé au feu ennemi; en prenant en compte la situation tactique !**

### PREMIERE ETAPE du BILAN (Soins en Situation Tactique)

**La situation tactique ou environnementale peut compromettre un examen complet et interférer avec le traitement !**

1. Stoppez toute hémorragie externe à risque vital
  - **suivez vos consignes nationales**
    - compression directe, élévation, points de compression
    - pansement, bandage hémostatique, garrot
  - lorsque vous utilisez un tourniquet écrivez T ainsi que l'heure de la mise en place sur le blessé.
2. Immobilisez le **cou** (dans le cas de traumatisme par choc direct ou contusion brutale)
3. Évaluez le **degré de conscience**
  - blessé inconscient **allez à la page 10**
  - blessé conscient **voir # 4**
4. Faites le bilan de la **filière respiratoire ("A", Airway)**  
(demandez ce qui ne va pas) :
  - Si la voix est claire : **voir # 5**
  - Si la voie est enrouée ou la respiration bruyante:
    - mettez le blessé dans sa position préférée
    - inspectez sa bouche et nettoyez la
    - tenez compte d'une brûlure des voies aériennes ou d'un larynx blessé
    - **suivez vos directives NATIONALES** sur l'insertion de canules nasopharyngées **voir # 5**

## 5. Évaluez la respiration (“B”, Breathing)

- emplacement de la trachée
- emphysème sous-cutané
- larynx
- veines du cou
- fréquence respiratoire
- blessures
- symétrie
- effort
- auscultation / percussion / palpation
- inspection de la région dorsale

A prendre en considération :

- respiration toujours bruyante (en particulier chez les blessés au conscience diminué)
  - > traitement : voie naso/oropharyngée (geste chirurgical)
  - position de sécurité après l'évaluation
- rythme respiratoire supérieur à **30/mn** (ou ne pouvant compter jusqu'à 10):  
blessure thoracique, effet de souffle par explosion, état de choc
  - > traitement : spécifique de la cause
- rythme respiratoire inférieur à **10/mn**:  
blessure à la tête, hypothermie, prise d'opiacés
  - > traitement : spécifique de la cause
- un pneumothorax ouvert (“plaie soufflante”)
  - > traitement : thoracocentèse
- traumatisme thoracique avec détresse respiratoire
  - > traitement : transport au poste médical de rôle 1
- hémithorax massif
  - > traitement : aucun avant rôle 2/3

**voir # 6 “circulation”**

## SECONDE ETAPE

Sur le terrain la situation tactique et environnementale peut interférer avec un examen complet / ou avec le traitement !

1. blessures
  - > couvrez (à prendre en compte : pansement occlusif au niveau thoracique)
  - > retirez anneaux et bagues
  - causes digestives extériorisées -> ne pas réintégrer  
-> pansement humide
  - cerveau apparent -> ne pas comprimer
  - corps étrangers -> ne pas retirer
  - os -> ne pas manipuler ou réintégrer
2. Fractures  
(douleurs, mouvements réduits, position anormale : avec ou sans blessure ouverte)
  - > donnez un antalgique
  - > immobilisez (attelle)
  - > vérifiez le pouls périphérique
  - > recouvrez les blessures
3. Brûlures
  - par flamme
    - > éteignez la source
    - > n'arrachez pas les vêtements adhérents
    - > rincez 10 minutes
    - > ne percez pas les cloques
    - > couvrez la surface brûlée
    - > attention à une brûlure des voies respiratoires
  - chimique
    - > retirez les vêtements imprégnés (avec précaution)
    - > rincez 30 minutes
    - > couvrez la surface brûlée
  - phosphore
    - > couvrez (pansement humide)
    - > gardez le humidifié



## LE BLESSE INCONSCIENT

role 1

Le blessé ne réagit ni aux sollicitations verbales ni aux stimuli douloureux (pas de réponse, souvent yeux fermés, absence de mouvements)

1. Assurez l'ouverture des voies respiratoires (en relevant le menton)
2. Inspectez la bouche, retirez ce qui peut être cause d'obstruction (sang, vomissures, débris de dents)
3. vérifiez le mouvement de l'air (maximum 10 secondes)
  - si le mouvement de l'air est présent
    - \* mettez en place (en l'absence de contre-indication) une voie naso/oropharyngée
    - \* envisagez un geste chirurgical si l'obstruction (partielle) des voies aériennes n'est toujours pas levée par les gestes mentionnés ci-dessus

**retournez à la page 15,  
# 6 "respiration"**

- s'il ne l'est pas
    - \* « BLS » déjà initié : continuez la réanimation
    - \* « BLS » ne pas initié: vérifiez le pouls central
      - pouls négatif: - le blessé est très probablement **décédé**
      - si présence d'un traumatisme du torse **suivez vos directives NATIONALE** sur l'exsufflation bilatérale à l'aiguille
      - occasionnellement les gestes BLS peuvent être reconsidérés
- voir page 11**

pouls positif : - insufflez  
- maintenez les voies aeriennes libres, si le respiration reprend  
**retournez à la page15,  
#6 respiration**

terrain

## 6. Evaluez "C" la circulation

- o recherchez et stoppez une hémorragie externe (le dos aussi)
    - **suivez vos consignes nationales**
    - écrivez T (Time) et l'heure sur le blessé quand le garrot est mis en place.
  - o mesurez la fréquence cardiaque(radial, carotidien)
  - o faites le bilan d'un état de choc :
    - baisse de la vigilance
    - pâleur : peau diaphane
    - pouls supérieur à 120/mn
    - augmentation de la fréquence respiratoire
    - absence de pouls radial
    - temps de remplissage capillaire > 2 sec.
  - o pas de choc : remplacez le garrot par un bandage
  - o s'il y a des signes d'état de choc : trouvez la cause
    - thoracique/abdominale/pelvienne/exterieure
    - fractures des os longs
- > traitement :voie d'abord: IV ; IO

perfusions à fin de rétablir 80mm Hg ( pendant une heure au maximum) (100 en cas de blessure à la tête)  
boissons: **consignes nationales**  
pose d'attelle ( pouls périphérique !)

## 7. Recherchez un déficit neurologique ("D", Disability)

- o déterminez le niveau de conscience (AVPU/GCS)
- o examinez la taille de la pupille et sa réactivité
- o détectez une éventuelle latéralisation.

## 8. Assurez vous de l'environnement (« E ») prévenez une hypothermie

## 9. Prenez l'historique allergies/medicaments /antécédents.

**Seconde étape du bilan (Secondary survey) voir page 17  
(selon la situation tactique)**

**LE BLESSE INCONSCIENT**

Le blessé ne réagit ni aux sollicitations verbales ni aux stimuli douloureux (pas de réponse, souvent yeux fermés, absence de mouvements)

1. Assurez l'ouverture des voies respiratoires (en relevant le menton)
2. Inspectez la bouche, retirez ce qui peut être cause d'obstruction (sang, vomissures, débris de dents)
3. Vérifiez le mouvement de l'air (maximum 10 secondes)
  - si le mouvement de l'air est présent
    - \* mettez en place (en l'absence de contre-indication) une sonde naso/ oropharyngée
    - \* envisagez un geste chirurgical si l'obstruction (partielle) des voies aériennes n'est toujours pas levée par les gestes mentionnés ci-dessus  
**retournez à la page 8, # 5 "respiration"**
  - s'il ne l'est pas
    - \* en environnement hostile
      - blessés multiples: le blessé est mort
      - blessé unique: vérifiez le pouls central
        - \* absent : le blessé est mort
        - \* présent : insufflez (si possible)
    - si la respiration revient, **retournez à la page 8, # 5 "respiration"**
    - \* en environnement sécurisé, vérifiez le pouls central
      - s'il est présent : insufflez
      - s'il est absent : geste élémentaires de survie

suivez vos directives **NATIONALES** sur l'exsufflation bilatérale à l'aiguille, avant de déclarer un blessé mort

6. **"B" (Breathing) Respiration** (voir aussi page 8 #5)
  - envisagez une ventilation assistée (masque/valve)
  - envisagez une intubation trachéale pour
    - \* thoracocentèse inefficace (pneumothorax sous tension)
    - \* détérioration d' un pneumothorax ouvert traité
    - \* blessé thoracique avant transport par voie aérienne
7. **"C" Circulation** (voir aussi page 9 #6)
  - arrêtez une hémorragie par orifice étroit à l'aide d'une sonde de Foley
  - effectuez une manœuvre de rotation pour vérifier ou s'assurer d'une hémorragie à la face dorsale
  - utilisez des liquides de perfusion tiédis
  - pratiquez une réanimation à visée normotensive pour les blessures de la tête
  - une réanimation sous hypotension ne doit pas durer plus d'une heure
  - utilisez la formule de Parkland chez les brûlés après la stabilisation hémodynamique
  - utilisez le monitoring cardiaque et l'oxymétrie
  - utilisez l'échographie, si vous en disposez
  - utilisez une attelle de traction pour les fractures du fémur (vérifiez le pouls périphérique)
  - sanglez les fractures du bassin instables
8. **"D" Déficit (Disability / neurology)** (voir aussi page 9 #7)
  - Déterminez : le niveau de conscience par GCS  
diamètre pupillaire et réactivité  
lateralization
9. **"E" Environnement (Environment)** (voir aussi page 9 #8)
  - Protégez le blessé contre les conditions climatiques
  - Pensez à une sonde nasogastrique/sonde de Foley
10. **Historique** : Allergies / médicaments / antécédents

Seconde étape du bilan (secondary survey) **allez à la page 1**

**EVALUATION / TRAITEMENT d'un blessé isolé**

- Au niveau du rôle 1 il s'agit d'un travail d'équipe, avec des équipiers prenant chacun sa part dans le processus ABCDE, et oeuvrant les uns au côté des autres (approche horizontale)
- Au niveau du rôle 1 le même schéma ABCDE que sur le terrain est suivi
- Par item seules sont mentionnées les différences (options supplémentaires)
- Gardez présent à l'esprit quels sont les approvisionnements disponibles et soyez conscients des distances et du temps

**PREMIERE ETAPE du BILAN (Primary survey)**

1. Arrêtez toute hémorragie externe représentant une menace vitale (voir aussi page 7 #1)
2. Immobilisez la région cervicale (traumatisme par choc violent)
3. Donnez de l'oxygène au masque (circuit ouvert)
4. Déterminez le niveau de conscience
  - o blessé inconscient **allez à la page 16**
  - o blessé conscient **voir #5**
5. **“A” (Airway) Voies aériennes** (voir aussi page 7 #4)  
pour maintenir efficace la filière respiratoire, envisagez :
  - o voie naso- ou oropharyngée
  - o LMA (laryngeal mask airway)
  - o Combitube
  - o canule endotrachéale
  - o geste chirurgical **voir #6**

**MAINTIEN EN SURVIE  
(Basic life support BLS)**

**Gestes appropriés à un environnement sécurisé peuvent être à envisager en environnement hostile**

Le blessé ne répond pas, respiration et pouls sont absents  
NB : le « gasping » (halètement) ; respiration irrégulière, d'un rythme inférieur à 6/mn équivaut à une absence de respiration ! (respiration inefficace)

1. Demandez de l'aide
2. Placez la paume d'une de vos mains sur la partie inférieure du sternum
3. Placez la deuxième main par-dessus la première ; gardez les bras raides
4. Comprimez le thorax perpendiculairement (à 5-6 cm) au rythme de 100-120/mn
5. Après 30 compressions, insufflez deux fois (5 sec. max.) (bouche à bouche/insufflation nasale/ bouche à masque)  
Insufflez 1½ seconde  
le blessé exhale 2 secondes  
insufflez 1½ seconde
6. Alternez 30 compressions avec 2 insufflations
7. Poursuivez jusqu'à ce que :
  - o le blessé commence à respirer / ou à bouger
  - o l'épuisement de l'intervenant survienne
  - o les gestes de survie soient relayés par d'autres intervenants
8. Si le blessé recommence à respirer mais reste inconscient utilisez une sonde oro/nasopharyngée et/ou tournez-le sur le côté/en position de récupération  
**allez à la page 8, # 5 (sur le terrain)  
allez à la page 15, # 6 (rôle 1)**

**MARCHE à SUIVRE** au niveau du rôle 1

**rôle 1**

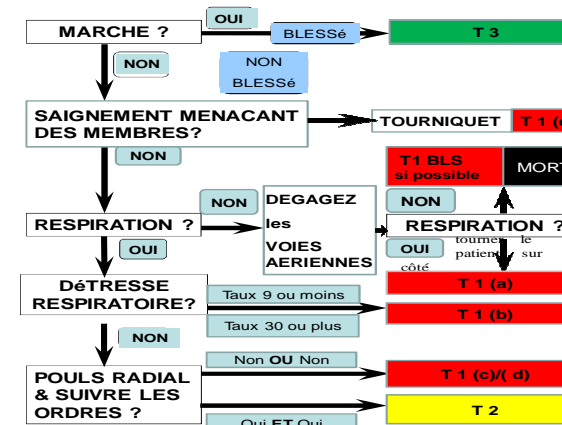
- **Toujours: sécurité et appeler à l'aide le plus tôt que possible**
- **“Master Drill”**: sous le feu / en milieu hostile / en sécurité page 13
- Blessés multiples : assurez le triage page 13
- Evaluation et traitement pour chaque individu blessé page 14
- **Première étape du bilan** (Primary survey) page 14
  1. Arrêtez l'hémorragie externe représentant une menace vitale
  2. Immobilisez le cou, si nécessaire page 14
  3. Donnez de l'oxygène au masque (circuit ouvert) page 14
  4. Évaluez l'état de conscience page 14
    - ↓
    - blessé conscient
    - ↓
    - 5. Vérifiez la liberté des **voies aériennes** (page 14)
    - ↓
    - 6. Contrôlez la **respiration** (page 15)
      - ← présent
      - ↓
      - 7. Contrôlez la **circulation** page 15
      - 8. Recherchez un **déficit neurologique** page 15
      - 9. Assurez vous de l'**environnement** page 15
      - 10. Reconstituez l'**historique** page 15
    - absent
    - ↓
    - Examinez la bouche
    - Vérifiez l'existence d'un flux d'air
    - ↓
    - Insufflez ← pos. < pouls central > nég
    - ↓
    - (parfois) BLS
    - ↓
    - DCD
    - ↓
    - sauf BLS initié
- **Seconde étape du bilan** (secondary survey) page 17
  - Prévention de l'hypothermie page 20
  - Position du blessé page 20
  - Antalgiques et autres médicaments / confort page 21
  - Retrait des cartes et documents page 21
  - Communications / “nine-liner” et consignez les données par écrit page 21
- **Ré-examen et ré-triage jusqu'à l'évacuation !!** page 22
- Evacuation page 22

**MASTER DRILL**

**rôle 1**

- préparez l'équipe et le matériel
- prenez toutes précautions de sécurité (gants, masque)
- blessés multiples : désarmez, triez
- un seul blessé : désarmez, examinez, traitez

**TRIAGE ET TRAITEMENT DE BLESSÉS MULTIPLES**  
(à l'entrée du rôle 1) (triage « au crible »)



**NB :** la mortalité d'un victime de trauma en arrêt cardiaque est à peu près 100%. T4 n'est pas une classification courante au niveau du rôle 1

**MAINTENANT** évaluez et traitez chaque blessé individuellement, selon l'ordre suivant:  
T1a (voies aériennes), T1b (respiration), T1c (circulation), T1 d (déficit neurologique) T2, T3

**Le triage est à répéter quand la situation évolue.**  
allez à la page 14