



## Didacticiel de saisie de la Traumabase

La TraumaBase est un registre de Traumatologie français créé en 2012. Il a pour but de colliger les données des patients traumatisés graves dans une optique à la fois sanitaire et scientifique. Ce registre est en accord avec les exigences du Comité Consultatif pour le Traitement de l'Information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (autorisation 911461). L'association « Groupe Traumabase » (BO juillet 2012) gère ce registre.

Document réalisé par :

Djalila Saichi (ARC), Naima Aced (ARC), Nathalie Delhayé (MAR), Sophie Hamada (MAR)

<https://cleanweb.aphp.fr>

Saisir dans la **Traumabase (CLEANWEB)** :

**TOUS** les patients traumatisés :

- Qui arrivent **au déchocage ou en réanimation d'un trauma center**, primaire ou secondaires (ou arrivés via le SAU)
- Qui arrivent au **SAU** d'un centre (non trauma center) participant, s'ils ont **AU MOINS un critère de Vittel** et/ou s'ils sont **transférés secondairement vers un trauma center**

La traumabase est un cahier d'observation électronique, formulaire de recueil électronique par internet appelé **e-CRF** (electronic Case Report Form), dédié à cette étude.

### I/ Critères d'inclusions:

- Tout type de traumatisme (mono, poly).
- ≤ 48h (en cas de transfert)
- Primaire ou secondaire ou via SAU

### II/ Premières consignes :

#### **A l'arrivée du traumatisé:**

Lorsqu'un patient traumatisé arrive dans le service, il **est important de** :

1. **Vérifier que la feuille SMUR est la plus complète possible.** Élément essentiel dans le remplissage des données pré-hospitalières ; si possible demander de compléter en direct (++ les horaires)
2. Ne pas oublier de noter non seulement le département du SAMU mais également **l'origine du SMUR**
3. Noter **le poids et la taille** si le patient est conscient, sinon les mesurer

### III/ Remplissage de la traumabase:

#### ▼ Créer un patient: Identification

1. Aller sur «Nouveau patient»
2. Choisir l'investigateur de l'étude  $\longleftrightarrow$  IDENTIFICATION



La date de sortie correspond à sa sortie de la réanimation. Il s'agit de toutes les réanimations (neurologie, pneumologie, etc...).

3. Enregistrer.
4. Une fois enregistré, un numéro de e-CRF est attribué au patient automatiquement.

#### ▼ Epidémiologie du trauma

Ne pas oublier de se référer aux données existantes sur la feuille du SMUR.

##### Poids (kg)

si le poids n'est pas dans le dossier patient et si le patient est en SSPI, estimez à plusieurs la valeur.

##### Taille (m)

si la taille n'est pas dans le dossier patient et si le patient est en SSPI, mesurez ou estimez à plusieurs la valeur.

##### BMI (kg.m-2)

calcul automatique

##### Origine du patient

Primaire, Secondaire, SAU (Urgences se trouvant au sein de l'hôpital dans lequel est admis le polytraumatisé).

Si le patient arrive d'un autre hôpital, prendre les valeurs du SMUR qui le transfère du lieu de l'accident jusqu'au premier hôpital, idem pour le patient qui arrive du SAU.

#### ▼ Triage cinétique/anatomique

##### Appréciation globale de la vitesse élevée

Ex: si AVP vélo à 60 km/h mettre "**OUI**".

Cinétique non spécifiée/non évaluable : si cinétique est évaluée à 50 km/h mettre « **NON** ».

Chute = 6 mètres, renseigner  $\geq 6m$ .

**Annoncé comme instable**

Il s'agit de l'instabilité hémodynamique, respiratoire (ex : sous catécholamine, déglobulisation...), que le médecin du SAMU annonce au médecin du réveil.

Demander au médecin qui a pris en charge le traumatisé c-a-d celui qui a reçu l'appel.

Si donnée non trouvée mettre "NON DISPONIBLE".

**▼ Pré-hospitalier**

Si le patient est « secondaire » et que vous n'avez pas la première feuille du SMUR  $\Rightarrow$  mettez "NON DISPONIBLE".

Si le patient est admis du SAU et que vous n'avez pas la première feuille du ~~SMUR~~  $\Rightarrow$  mettez les premières valeurs à son arrivée au SAU.

Pression Artérielle Systolique (PAS) minimum (mmHg)  
Pression Artérielle Diastolique (PAD) minimum (mmHg)



LES MINIMALES

Pression Artérielle Systolique (PAS) à l'arrivée du SMUR  
Pression Artérielle Diastolique (PAD) à l'arrivée du SMUR

A l'arrivée du SMUR sur les lieux de l'accident

Fréquence Cardiaque (FC) maximum (/min)



LA MAXIMALE

Lactates pré-hospitalier (mmol/L)



Si valeur non décrite sur la feuille du SMUR mettre:  
"NON DISPONIBLE".

SpO<sub>2</sub> min (%)



LA MINIMALE

Si patient primaire pris en charge par SMUR terrestre puis transporté en hélico ( 2 feuilles de SMUR ) : PAS min, PADmin, FCmax +remplissage prendre en compte les valeurs des 2 feuilles).

**▼ Phase hospitalière**

Cette phase consiste à recueillir les données cliniques du patient **à son admission** au déchocage.

**Délai « arrivée sur les lieux - arrivée hôpital »**

Si patient secondaire, compter la durée à partir de la première **prise en charge du lieu de l'accident** jusqu'à son arrivée au réveil (parfois 2 feuilles de SMUR)

Glasgow : sédation, 3 à 15

Glasgow moteur : \_\_\_\_ / Non applicable.



Si GSW = 3  $\Rightarrow$  GSW moteur = 1  
Si patient sous sédation, renseigner « sédation » et NON un score de GCS.

FC (/min) : \_\_\_\_

Pression Artérielle Systolique – PAS (mmHg)

Pression Artérielle Diastolique – PAD (mmHg)

Saturation périphérique oxygène – SpO<sub>2</sub> (%)



Les valeurs doivent être retrouvées dans le dossier source / feuille de déchocage

**Température (°C)****Doppler Trans-crânien (DTC), Index de Pulsatilité (IP).** →**Si DTC fait, la valeur de l'IP doit être renseignée****Pour le bilan : prendre le premier à l'arrivée du patient****Sinon lactates > H2 (mmol/L)** →**Dans les 24h max.****Ventilation, FiO2** : contrôlée, spontanée air ambiant, spontanée sous lunettes, spontanée sous masque MC, sous masque HC / Non renseigné : \_\_\_\_ / Non fait

Le remplissage se fait alors automatiquement si le patient n'est pas VMécanique

**Bicar mesuré (mmol/L)** →**Arrondir au chiffre entier.  
Exemple : de 24 à 24,4 saisir 24 – de 24,5 à 24,9 saisir 25****Radiographie Thorax et Bassin****Nombre culots globulaires (CGR, au déchoc)****Nombre plasma frais congelé (PFC, au déchoc)****Nombre concentré plaquettaire (CUP, au déchoc)****Acide tranexamique (au déchoc)****Fibrinogène (au déchoc)****Avant transfert AU SCANNER OU AU BLOC  
Dans la première phase de déchocage++**

Si l'acide tranexamique est administrée par le SMUR, coher oui au déchoc

Si les CGR sont administrés en préhospitalier, renseigner cette donnée dans Nb de culots au déchoc ( pour avoir la donnée de précocité, sinon aucun moyen de l'avoir par la suite)

**Si bloc 24H autre que geste d'hémostase ou associé**

Ne pas considérer le drain thoracique comme une intervention.

L'artério-embolisation fait partie du vasculaire radio-interventionnelle.

**▼ Scores****IGS II / Mode d'admission:**

Si bloc ou chirurgie locale →

**Chirurgie urgente**

Si pas de chirurgie →

**Médecine****IGS II / PaO2/FIO2 (mmHg) si VM ou CPAP:**

Si bloc →

**PaO2/FIO2 ≥ 200 mmHg ou voir feuille du bloc ! Patient ventilé !!****IGS II /Score de Glasgow**

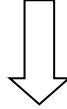
Si intubé →

**Prendre la pire valeur du Glasgow avant intubation même si en pré hospitalier.**

## ▼ Choc et traumatismes

### ▼ Choc hémorragique

Le choc hémorragique est évalué par une transfusion équivalente ou supérieure à 4 culots globulaires dans les 6 heures qui ont suivi le traumatisme, **compter également ceux du pré-hospitalier ou du premier hôpital ! ( $\geq 4$  CGR sur 6h)**.



**Comptabiliser un bol de CELL SAVER comme un CGR**



Procédure choc hémorragique déclenchée

**Demander au médecin qui a pris en charge le patient**

Température min (°C)



**La minimale au cours des premières heures**

Origine du saignement : la principale si multiple

Délai « admission trauma center » – incision/ponction pour geste » (min)



**Le délai entre l'arrivée au déchoc et le début de la première action thérapeutique**

**Technique Damage Control utilisée** : système posé, ex : compresses etc. pour comprimer le saignement en attendant le passage au bloc ou technique de damage control au bloc opératoire (packing pelvien ...)

**ACR** : Arrêt cardiaque.

**Si introduction de catécholamine à l'hôpital** ; délai (min) : Si introduction en pré-hospitalier mettre « **NON APPLICABLE** ».



**Attention 1 poche de PFC peut compter 2 PFC quantitatifs.  
(Demander au médecin qui a pris en charge le patient) !**

En cas d'utilisation du Cell SAVER : Comptabiliser pour chaque 300ml = 1CGR

Pour le nombre de CGR en 24h : comptabiliser ceux du SMUR/ autre hôpital si secondaire

## ▼ Trauma crânien (Si lésion cérébrale TDM)

DTC IP max (sur les premières 24h d'HTIC)

## ▼ Fracture du rachis (sans fracture apophyse ou transverse)

Si rachis neurologique, il faut renseigner si la lésion est complète ou non, le niveau médullaire et le score ASIA à LA SORTIE DU PATIENT.

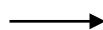
## ▼ Séjour en réanimation

Il s'agit de suivre l'évolution du patient non seulement au déchocage mais également dans les services de réanimation ou d'USC.

### Durée de séjour en réa (j)

Compter le nombre total de jours de réanimation (période que le patient passe au déchoc, en réanimation ou en USC) de manière continue, même si le patient a plusieurs séjours dans différents secteurs (ex : SSPI puis réanimation puis USC). Le compte se fait automatiquement lorsque la date de sortie est renseignée

### Cause du décès



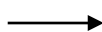
Bien renseigner la cause du décès sur le compte rendu médical (METAVISION)

### Transfert secondaire/pourquoi?

Transfert du patient vers un autre hôpital, soit pour un rapprochement (famille, proches, domicile), soit pour un besoin en matériel plus performant, non disponible sur la structure hospitalière (« Plateau technique insuffisant »).

### Sortie

Si patient sort vers un SRPR



Cocher service hospitalier

**Remarque:** - la première sortie sur la fiche « Évolution/Réanimation » concerne la sortie de la réanimation (i.e. patient sorti de SSPI et/ou d'une unité de réanimation vers un autre service ou son domicile).

- la deuxième sortie concerne la sortie du patient du dernier service dans lequel il a été admis vers un autre hôpital (transfert aigu, transfert long ou moyen séjour, centre spécialisé, rééducation, transfert Psychiatrie) ou son domicile.

### (LATA)

Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives. Demander aux médecins.

### Nombre d'intubations

Saisir le nombre d'intubation orotrachéale que le patient a eu pendant son séjour en réanimation/USC SEULEMENT, ne pas saisir par exemple une IOT liée à une intervention chirurgicale en dehors de son séjour réanimatoire.

Si IOT uniquement au bloc



La comptabiliser

**HTIC** (> 25 PIC simple sédation)

Pour les valeurs de PIC entre 15 et 20, vérifier les valeurs de PPC=normale=60-70 mmHg]

**Glasgow de sortie** →

Renseigner le Glasgow de sortie

**Rachis récupération, score ASIA moteur** →

Renseigner le score ASIA de sortie

**Nombre de jours de VM (j)**

VM : ventilation assistée contrôlée (VAC), ventilation spontanée avec aide inspiratoire (VSAI), ventilation spontanée avec pression expiratoire positive (VS-PEP), ventilation à pression positive (VVP), ventilation à pression contrôlée (VPC).



**Attention ! CPAP, masque, lunettes en air ambiant ne sont pas une VMécanique.**

**ARDS**

Si patient a un syndrome de détresse respiratoire (Rapport PaO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub> < 300 ET radio....)

**Nombre total de CGR**  
**Nombre total de PFC**  
**Nombre total CP**

Saisir pour ces 3 paramètres le nombre total durant tout le séjour du patient en réanimation/ USC)

**ATTENTION : 1 poche de PFC peut contenir 2 PFC quantitatifs ! Regarder les demandes !**

**Délai jusqu'à normalisation BE (j) [jour d'entrée = 0]** ⇔

Cocher : NON DISPONIBLE.

**Délai normalisation lactate (j) [jour d'entrée = 0]**

[Saisir le nombre de jours nécessaires pour que la valeur de lactate rentre dans la norme (1.0 -2.0 mmol/L). Si les lactates restent élevés à sa sortie de l'hôpital ou de la réanimation, saisir le nombre de jours d'hospitalisation, s'ils sont toujours normaux, saisir : 'NA'

**Nombre de jours à l'hôpital (j)**

Correspondent au nombre de jours jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital.

## ▼ Bilan lésionnel AIS (Abbreviated Injury Scale)

Il s'agit du codage des lésions conçu pour prédire le pronostic vital.

L'AIS classe la blessure selon une échelle de sévérité à 6 chiffres variant de **1** (blessure mineure) à **6** (au-delà de toute ressource thérapeutique, fatale).

Le .9 est utilisé rarement, c'est dans le cas où l'information est jugée insuffisante, ce code permet d'identifier la survenue des blessures mais ne permet pas un calcul ISS précis pour les patients concernés.



**Attention ! Sélectionner TOUTES les lésions du patient polytraumatisé sans exception. Pour cela, aidez-vous des comptes rendus d'hospitalisation, scanners, et radiographies.**