



Damage control / Low flow Hemostatic resuscitation - Triade létale: Hypothermie/Acidose/Coagulopathie

H0  
Dans les 10 min  
Dans l'heure  
Chirurgie Dans les 02h00

SC1      SC1/SC2      SC1/SC/SC3

Brancardage      Brancardage      Vibrations

Point de regroupement      Point d'évacuation      MEDEVAC

X:Stop hémorragie

M Pas que les hémorragies massives visibles – Fast Echo /Ceinture pelvienne/Garrot jonctionnel/Garrot Abdominal

Garrot +++

A Pas ISR de principe, si pas obstruction/CGS>8 et rôle 2 proche. Car Risque Hypotension. IOT sous AL possible ?

Compression manuelle

R Rechercher/Exsuffler un PNO suffocant . Toujours Mise sous O2+++

Golden Hour Box (GHB)



Thermopuce



Conservation Sang cf Procédure

### Objectif

#### Hypotension permissive

- Pouls radial perçu (PAS>90 mmHg)
- PAS= 80-90 mmHg, PAM= 60 mmHg
- Si TC ou rachis+lésions neurologiques PAS≈110-120 mmHg PAM≈80 mmHg

#### PSL si au – 2 critères

- PAS < 90 mm Hg
- FC >120
- Traumatisme pénétrant du tronc
- HB capillaire < 11g/dl
- FAST + pour un épanchement liquide

#### Si FC basse : Danger Arrêt C

- Choc spinal ? Atropine 1 mg IVD
- Désamorçage ?
- . Pno ? Décompresser
- . xHémorragie : Adré / Stop H / Transfusion



Sang Chaud : Cartographie GS unité - Identification O bas taux hémolysine.(O-LT) - Conservation Sang Chaud (SC) : 6h à θ ambiante puis à +4°C Max 48h | 1. STOD 2. Sang O-LT 3. Sang chaud O standard

Si Choc persiste: Pno suffocant (exsuffler) ? – Choc Spinal ? (Adré/NAD)– HypoCa2+ ? (CaCl2 ou Gluconate Ca) - Hémorragie interne ? (FAST Echo)– Sédation trop forte (la ↓) - Intoxication CN ? (Cyanokit 5g)