PREMIER DIAGNOSTIC MTBI / PREMIÈRE DOCUMENTATION
POUR ADULTES

ASA | SVV
Schweizerischer Versicherungsverband
Association Suisse d'Assurances
Associazione Svizzera d'Assicurazioni
Swiss Insurance Association

Patient

Nom
Prénom
Rue
NP / lieu
Sexe
Date de naissance
Patient entre 40 et 59 ans? ◯ oui (= Minor RF) ◯ non
Patient âgé de plus de 60 ans? ◯ oui (= Major RF) ◯ non
Tél.
Mail

Sélectionner l'assureur...

GLN

Fiche documentaire et algorithme décisionnel pour le traitement initial d'adultes présentant une lésion crânienne, ajoutée de la règle CHIP, Smits et al. 2007

A Anamnèse

Accident — Date de l'accident — Heure de l'accident — ◯ Patient ◯ Tiers

1. Type d'accident: Accident de la circulation en tant que
☐ Occupant d'un véhicule automobile ☐ Motocycliste
☐ Cycliste ☐ Piéton
☐ Chute ☐ Autre accident ☐ Indéfini

Date d'examen

2. Déroulement de l'accident:

3. S'agit-il d'un accident à mécanisme dangereux*? ◯ non ◯ oui (= Major RF) ◯ indéterminé

* Par exemple: collision entre piéton ou cycliste et voiture, conducteur éjecté de son véhicule, chute de hauteur

Traitement anticoagulant/trouble de la coagulation ◯ non ◯ oui (= Major RF)

B Symptômes cliniques en rapport avec l'accident

1. Perte de connaissance: le patient a-t-il perdu connaissance après l'accident ? ◯ non ◯ oui (= Minor RF) Durée:
2. Amnésie antérograde: existe-t-il des événements survenus APRES l'accident dont le patient ne peut pas se souvenir (même brièvement) ◯ non ◯ oui (= Minor RF) ◯ indéterminé
3. Amnésie post-traumatique: confusion et incapacité à enregistrer/se rappeler de nouvelles informations après l'accident? ◯ non ◯ oui ☐ Durée: 2-4 h (= Minor RF) ☐ Durée: > 4 h (= Major RF) ◯ indéterminé
4. Crises épileptiques: a-t-on observé des crises comitiales après l'accident? ◯ non ◯ oui (= Major RF) Détails:
5. Vomissements après l'accident? ◯ non ◯ oui (= Major RF)

C Résultats de l'examen clinique		
1. Score de Glasgow (GCS) actuel (cocher toujours la meilleure réaction)		
Ouverture des yeux	○ spontanée	4
	○ à la demande	3
	○ à la douleur	2
	○ aucune	1
Réponse verbale	○ orientée, claire	5
	○ confuse	4
	○ quelques mots	3
	○ quelques sons	2
	○ aucune	1
Réponse motrice	○ obéissance aux ordres verbaux	6
	○ réaction orientée à la douleur	5
	○ réaction non orientée à la douleur	4
	○ flexion à la douleur	3
	○ extension à la douleur	2
	○ aucune	1
Total des points		

2. Résultats de l'examen clinique:

a Déficit neurologique focal ○ non ○ oui (= Minor RF)

Si oui: le(s)quel(s)?

b Traumatisme crânien? Existe-t-il des signes de choc direct sur la tête (par ex. marques de contusion)? ○ non ○ oui (= Minor RF)

c Existe-t-il des signes cliniques de fracture du crâne? ○ non ○ oui (= Major RF)

D Diagnostic(à marquer d'une croix) **et indication d'un CT-scan cranio-cérébral (CCT)**

Quels critères diagnostiques de la Fédération européenne des sociétés de neurologie (Vos et al. 2012) le patient remplit-il?

	Classification Traumatisme cranio-cérébral mineur	**Caractéristiques**	**Indication d'un CCT immédiat**
○	- Catégorie 1	GCS = 15 à l'admission Pas de facteur de risque ou seulement 1 «mineur» Traumatisme crânien, pas de tramatisme cérébral	non
○	- Catégorie 2	GCS = 15 à l'admission ≥ 1 «major» oder ≥ 2 «minor» RF	oui
○	- Catégorie 3	GCS = 13 – 14 à l'admission	oui
○	Traumatisme cranio-cérébral modéré	GCS = 9 - 12	oui
○	Traumatisme cranio-cérébral sévère	GCS = ≤ 8	oui
○	Traumatisme cranio-cérébral critique	GCS = 3 – 4 Abolition du réflexe pupillaire Signes de décérébration (rigidité)	oui

E Diagnostic et traitement (à marquer d'une croix) Quelle est la démarche diagnostique et thérapeutique prévue ?		
☐	CT-scan de la tête (CCT)	Recommandé pour tous les patients avec traumatisme cranio-cérébral léger (TCCL) à partir de la catégorie 2 (voir D) et en cas de déterioration du GCS dans l'évolution
☐	Retour à la maison	Recommandé pour tous les patients avec traumatisme cranio-cérébral léger des catégories 1 et 2 si le CCT est normal
☐	Observation pendant 24 heures	Recommandée pour tous les patients avec traumatisme cranio-cérébral léger de catégorie 2 avec CCT anormal sans indication chirurgicale et pour tous les patients avec traumatisme cranio-cérébral léger de catégorie 3 avec CCT normal ou anormal sans indication opératoire
☐	Verlegung in Neurotrauma-Zentrum	Recommandé pour tous les patients avec traumatisme cranio-cérébral léger avec CCT anormal et indication opératoire et pour les patients avec traumatisme cranio-cérébral modéré, sévère ou critique
☐	Information à l'aide de la brochure Informations pour patients victimes d'un TCCL	Recommandée pour tous les patients avec traumatisme cranio-cérébral léger
☐	Suivi médical pendant la phase subaiguë Institution envisagée: Date recommandée:	Recommandé pour tous les patients avec traumatisme cranio-cérébral léger pendant 2 – 14 jours après l'accident

Annexe: facteurs de risque (règle CHIP, Smits et al. 2007)		
	major	**minor**
Age	≥ 60 ans	40 – 60 ans
Perte de connaissance		+
Vomissements	+	
Crise épileptique post-traumatique	+	
Traitement anticoagulant	+	
GCS < 15	+	
Fracture du crâne surtout ouverte ou par enfoncement	+	
Signes cliniques d'une fracture du crâne ou de la base	+	
Amnésie post-traumatique	≥ 4h	2 – 4h
Amnésie antérograde persistante*		+
Déficit neurologique focal		+
Contusion crânienne		+
Détérioration du GCS	≥ 2 points	< 2 points
Mécanisme dangereux** **	+	

* L'amnésie antérograde persistante caractérise toute forme de troubles de la mémoire à court terme.
** Collision entre piéton ou usager de deux-roues et voiture, conducteur éjecté de son véhicule

La présente fiche documentaire dûment remplie est à envoyer à l'assureur-accidents compétent dès que celui-ci est connu (position Tarmed 00.2215). Une copie doit également être transmise au médecin assurant la poursuite du traitement.

Suva / Association Suisse d'Assurances ASA 1.4.2018

Remarques

Médecin

Tél.

Fax

GLN

NCC

eMail

Signature _____
inutile en cas d'envoi électronique

Date

Transmission électronique

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)!