

Trauma Transfer Checklist

If overall patient condition deteriorates prior to departure or en route, or if there are any new findings not previously communicated, re-establish contact with the Trauma Control Physician (TCP)

1

CONTINUE TO CARE:

- Establish and maintain spinal motion restriction. Remove scoop stretcher if present and logroll as necessary**
- Document vital signs and neuro signs q15min**
- All documentation on Trauma Notes for CTAS 1 and 2**
- Airway and Breathing**
 - Confirm ability to maintain adequate oxygenation/ventilation
 - Consider need for endotracheal tube (ETT): Declining GCS, GCS < 8, inhalation injury, maxillofacial injury or other airway concern (refer to Trauma NB RSI Guideline or review with TCP)
 - Consider need for chest tube: Confirm and document chest tube functioning and placement prior to departure; make necessary adjustments
- If intubated:**
 - Will require escort for ground transport
 - Confirm ETT position via: auscultation, end tidal CO₂ and chest x-ray
 - Secure ETT, monitor O₂ sats and ETCO₂
 - Insert gastric tube
 - Ensure adequate analgesia and sedation to RASS -4 (refer to Trauma NB Post-Intubation Analgesia and Sedation Guideline)
- Circulation**
 - Control all active bleeding sites – apply pressure dressing, sutures, staples; consider tourniquet if indicated
 - Establish 2 large bore peripheral IVs (extension tubing required for air transfers)
 - Pregnancy test for all women of child-bearing years (do not delay transfer for results)
 - Ensure patient and fluids are warmed
 - Bleeding or suspected bleeding (adult and pediatric) consider tranexamic acid bolus and infusion if within 3 hours from time of injury
 - Consider anticoagulant reversal
 - Consider blood products
 - Apply pelvic binder/stabilization, if applicable
 - Insert Foley catheter with urometer, if applicable
- Disability:**
 - Review medications proposed for use during transfer with the TCP
 - Cover open fractures with saline dressing
 - Reduce and splint extremity fractures (avoid air splints)
 - Control pain
 - Prophylaxis
 - Antibiotics: for all open fractures; consider for all penetrating trauma
 - Tetanus as required
 - Check glucose in pediatric patients
- Expose/Environment**
 - Prevent hypothermia
 - Document temperature
 - Assess posterior surfaces; remove from scoop stretcher



Consult TCP for guidance on the following:
 Laboratory Testing
 Diagnostic Imaging
 Antibiotic Use
 Transfer Orders

2

CONSIDER LOGISTICS:

- Team required for transfer: Consider RN, RRT and/or Air Ambulance Crew**
 - RN recommended for analgesia, sedation, blood products and any transfer when scope of practice exceeds that of transport crew provided
- Equipment required for ground transfer:**
 - Airway management/O₂ saturation/ETCO₂ monitoring
 - Blood and blood products properly packaged by lab personnel for transfer, if applicable
- Orders required for transfer**
 - Resuscitation: airway control/defibrillation
 - Medications: including sedation, analgesia, paralytics and anticonvulsant, if applicable
 - Blood/blood products and I.V. fluid
 - Confirm targets for O₂ sats, ETCO₂, RASS, BP, MAP parameters during transfer
- Documentation to accompany patient**
 - Photocopies of all ED physician notes, nurses' notes & initial ambulance call report.
 - Team Leader at sending site to directly contact Team Leader at receiving site once transfer arrangements are confirmed

Liste de vérification pour le transfert des patients traumatisés

Si l'état global du patient se détériore avant le transfert ou en cours de route, ou si de nouveaux faits n'ayant pas été communiqués se présentent, communiquez de nouveau avec le traumatologue.

1

POUR SUIVRE LES SOINS

- Établissez et maintenez la restriction du mouvement de la colonne vertébrale. Enlevez la civière cuillère (scoop stretcher), si présente, et utilisez la méthode du roulement « en bloc », si nécessaire**
- Documenter les signes vitaux et les signes neurologiques q15min.**
- Utiliser les notes de traumatologie pour les ECTG 1 et 2**
- Voies respiratoires et respiration**
 - Confirmez la capacité de maintenir une oxygénation/ventilation adéquate
 - Déterminez le besoin d'un tube endotrachéal : échelle de Glasgow en baisse (échelle de Glasgow < 8), blessure par inhalation, blessure maxillo-faciale ou autre trouble respiratoire (voir la ligne directrice sur l'ISR de Trauma NB ou consulter avec le traumatologue)
 - Déterminez le besoin d'une sonde thoracique : confirmez et documentez le fonctionnement et la mise en place du drain thoracique avant le départ; faire les ajustements nécessaires

Si le patient est intubé :

- Le patient doit être accompagné pour le transport terrestre
- Confirmez la position du tube endotrachéal par auscultation, PCO₂ de fin d'expiration par capnographie et radiographie pulmonaire
- Immobilisez le tube endotrachéal; surveillez la saturation en O₂ et PCO₂ de fin d'expiration
- Insérez une sonde gastrique
- Assurez une analgésie et une sédation adéquates au RASS -4 (voir les lignes directrices de Trauma NB sur l'analgésie et la sédation après l'intubation)

 Circulation

- Contrôlez tous les sites de saignement actif. Appliquez un pansement compressif, des points de suture, des agrafes; considérer le placement d'un garrot si indiqué
- Installez 2 intraveineuses périphériques de gros calibre (une extension de la tubulure est nécessaire pour les transferts aériens)
- Test de grossesse pour toutes les femmes en âge de procréer (sans retarder le transfert en attendant les résultats)
- Veillez à ce que le patient et les fluides soient réchauffés
- Saignements ou saignements soupçonnés (adulte et enfant): envisagez l'utilisation d'acide tranexamique par bolus et infusion si c'est < 3 heures suivant la blessure
- Envisagez l'agent d'inversion pour l'anticoagulant
- Déterminez le besoin de produits sanguins
- Installez une ceinture pelvienne ou un stabilisateur pelvien, si pertinent
- Insérez le cathéter Foley avec uromètre, si pertinent

 Invalidité (état neurologique)

- Revoir avec le traumatologue les médicaments proposés pour le transfert
- Recouvrez les fractures ouvertes de pansements à base de solution saline
- Réduisez les fractures et posez des attelles (non les attelles gonflables) sur les extrémités fracturées
- Contrôlez la douleur
- Prophylaxie
 - Antibiotiques : pour toutes les fractures ouvertes. À déterminer pour toutes les blessures pénétrantes
 - Vaccin contre le tétanos, au besoin
- Mesurez la glycémie dans le cas des enfants

 Exposition / Environnement

- Prévenez l'hypothermie
- Documentez la température corporelle
- Évaluez les surfaces postérieures; enlevez de la civière cuillère



Consulter le traumatologue pour obtenir des conseils sur les sujets suivants :

Tests de laboratoire
Imagerie diagnostique
Utilisation des antibiotiques
Ordres de transfert

2

DÉTERMINER LA LOGISTIQUE NÉCESSAIRE :

- Membres de l'équipe requis pour le transfert : Infirmière immatriculée (I.I.), inhalothérapeute ou personnel de l'ambulance aérienne**
 - La présence d'un(e) I.I. est recommandée pour l'analgésie, la sédation, les produits sanguins et les transferts lorsque le niveau des besoins excède le champ d'exercices de l'équipe de transport
- Matériel requis pour le transfert terrestre**
 - Gestion des voies respiratoires / surveillance de saturation en O₂ / capnographie
 - Sang et produits sanguins bien emballés par le personnel de laboratoire pour le transfert, si pertinent

 Ordonnances requises pour le transfert

- Réanimation : assistance respiratoire/défibrillation
- Médicaments : y compris sédation, analgésie, paralytiques et anticonvulsifs, si pertinent
- Sang / produits sanguins et Solution intraveineuse
- Confirmez les paramètres ciblés pour SaO₂, PCO₂ de fin d'expiration par capnographie (ETCO₂), RASS, TA, Tension Artérielle Moyenne (MAP) pendant le transfert

 Documents devant accompagner le patient

- Photocopies de l'ensemble des notes des urgentologues et du personnel infirmier, et du rapport initial suivant l'appel de l'ambulance
- Le chef d'équipe au site d'origine doit communiquer directement avec le chef d'équipe au site d'accueil une fois la planification du transfert confirmée