Réseau **Occi.TRAUMA**

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Dr H Basselerie, Dr J. Frandon, Dr M. Girard, Pr I Millet

Protocole Scanner corps entier du patient traumatisé sévère

Novembre 2021

Objectifs :

- *Définir un profil d'examen scanner standardisé consultable pour tout médecin de la filière des traumatisés sévères de la région Occitanie.*
- *Déterminer des protocoles scanner précis, définis selon le grade du patient et sa gravité supposée.*
- *Assurer la qualité et l'exhaustivité des examens scanner et leur comparabilité lors des transferts entre centres.*
- *Optimiser les transferts d'images entre centres hospitaliers et basculer progressivement vers la Télé-imagerie au sein de la région Occitanie.*
- *Démarche validée par les services de radiologie des 3 CHU de notre région.*

Réseau

Occi.TRAUMA

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Grade A Instabilité clinique réfractaire et/ou lésion anatomique sévère	Grade B Stabilisation clinique et/ou lésion anatomique à risque	Grade C Traumatisme sévère suspecté sur des critères de cinétique
➢ PAS < 90 mmHg et/ou shock index > 1 après 1000 ml de remplissage, nécessité d'amines ou de transfusion *(Prudence si ≥ 75 ans seuil de PAS < 110mmHg)* ➢ SpO2 ≤ 90% malgré une oxygénothérapie de 15 l/min ➢ Trauma crânien sévère : Glasgow ≤ 9, Glasgow moteur ≤ 4, aggravation clinique, ou modification pupillaire ➢ Nécessité d'intubation oro-trachéale	➢ PAS ≥ 90 mmHg et shock index ≤ 1 avec remplissage vasculaire < 1000 ml *(≥ 110 mmHg pour plus de 75 ans)* ➢ SpO2 > 90% sous oxygénothérapie ➢ Glasgow compris entre 10 et 13 sans signe focal ou signe d'aggravation	➢ Jugement clinique du médecin préhospitalier ➢ Chute ≥ 6 m ou 2 étages ➢ Victime projetée, éjectée, écrasée ou blastée ➢ Décès d'une victime dans le même habitacle
➢ Déformation thoracique importante, écrasement ou volet thoracique clinique, emphysème extensif ➢ Suspicion traumatisme vertébro-médullaire avec déficit moteur ou sensitif transitoire ou permanent ➢ Traumatisme pénétrant : • Plaie cranio-cérébrale ou cervico-faciale • Thoracique profond, soufflant ou de l'aire cardiaque • Abdominal complexe notamment balistique ou avec délabrement de la paroi abdo-pelvienne ➢ Suspicion fracture du bassin avec instabilité mécanique ou ayant nécessité un remplissage vasculaire *(Prudence si ≥ 75 ans seuil de PAS < 110mmHg)* ➢ Fracture ouverte ou complexe du fémur ou de l'humérus ➢ Délabrement cutané complexe de membre ➢ Amputation proximale (au-dessus du genou ou du coude), hémorragique ou complexe ➢ Lésion vasculaire hémorragique ou ischémiante ➢ Epanchement significatif à l'EFAST pré-hospitalier : hémopéricarde, hémothorax ou hémopéritoine ➢ Plusieurs lésions à risque répondant au Grade B	➢ Traumatisme pénétrant simple et isolé de l'abdomen ou du thorax ➢ Suspicion de traumatisme vertébral sans atteinte médullaire clinique ➢ Suspicion de fracture du bassin sans instabilité hémodynamique et n'ayant pas nécessité de remplissage vasculaire ➢ Amputation distale non hémorragique, dégantage, écrasement de membres isolé ➢ Fracture fermée ou ouverte simple du fémur ou de l'humérus	**Terrain fragile** ➢ Femme enceinte > 24 SA ➢ Patient sous AVK, AOD ou association AAP ➢ Personnes âgées ≥ 75 ans ➢ Comorbidités sévères

MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com

APPLI : *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA*

WEB : *https://traumato.urgenceoccitanie.fr*

Réseau

Occi.TRAUMA

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Grade A	Grade B	Grade C
Instabilité clinique réfractaire et/ou lésion anatomique sévère	Stabilisation clinique et/ou lésion anatomique à risque	Traumatisme sévère suspecté sur des critères de cinétique

- Mobilisation monobloc en décubitus sur un plan dur
- Patient installé « tête en premier »
- Utilisation d'une têtière crâne dès que possible pour réduire les artéfacts de pénétration
- Positionnement des bras pour réduire les artéfacts de pénétration :
  -Traversin disposé sous les aisselles pour décoller les bras du corps, projetés vers l'avant, mains croisés sur le traversin
  -Bras le long du corps pour l'hélice cérébrale sans injection, puis bras relevés au dessus de la tête pour l'exploration thoraco-abdo-pelvienne.

Protocole TDM trauma sévère ''STANDARD''

- 1ère hélice encéphalique
- 2ème hélice : Rachis cervical
- 3ème hélice : Crâne, Cou, Thorax, Abdomen pelvis ARTERIEL
- 4ème hélice : Abdomen-Pelvis PORTAL
- ± 5ème Hélice : Abdomen-Pelvis TARDIF

Saignement actif écarté en salle de déchocage :

-pas d'aggravation clinique
-stabilité hémodynamique hors amine
-pas de ↘Hb >2 points
-Fast-écho négative

Discuter protocole SPLIT

- 1ère hélice : Partie neurologique
- 2ème hélice : TSA et TAP mixte artérielle et portale

MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com

APPLI : *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA*

WEB : *https://traumato.urgenceoccitanie.fr*

Réseau **Occi.TRAUMA**

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Protocole TDM TRAUMA SEVERE "STANDARD"

Topogramme		"Scoot" Face et Profil	
1ère Hélice : ***Encéphale***	Boite d'acquisition	Centrage : Plan OM (S150 I850) Acquisition : Crâne sans injection SFOV HEAD	Pitch : 0.531 Indice de bruit : 7 Max (80 ≤ Auto mA ≤ 350)
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 20% R2 Filtre Bone + ASIR-V 30%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Parallèle au palais osseux	Axial Mou 2.5 mm/2.5mm
2ème Hélice : ***Rachis cervical***	Boite d'acquisition	Acquisition : Rachis cervical SFOV Small Body	Pitch : 0.531 Indice de bruit : 17 (80 ≤ Auto mA ≤ 450)
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Bone + ASIR-V 40% R2 Filtre Detail ASIR-V 30%	Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Coronal et sagittal OS MPR de R2 : Coronal et sagittal MOU	1 mm/1 3 mm/3
3ème Hélice : ***Crâne-Cou-Thorax-Abdomen-Pelvis ARTERIEL***	Boite d'acquisition	SFOV Large Body Acquisition : Du crâne aux trochanters	Pitch : 1.375 Indice de bruit : 30 (130 ≤ Auto mA ≤ 800)
	Injection du produit de contraste	Quantité : 80-120mL selon poids Débit : 3-4ml/sec Début : Smart PREP	
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 30% R2 Filtre Bone pulmonaire ASIR-V 40% Parenchyme R3 Filtre Bone ASIR-V 20% TAP Os R4 Filtre Bone dorsolombaire ASIR-V 20% Rachis	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Thorax-Abdomen-Pelvis MPR de R2 : Parenchyme pulmonaire MPR de R4 : Rachis dorsolombaire	Axial, coronal et sagittal 3 mm/3 MIP axial 8 mm/4 Coronal et sagittal 1 mm/1
4ème Hélice : ***Abdomen-Pelvis PORTAL***	Boite d'acquisition	Acquisition : Abdomen et pelvis SFOV Large Body Début : 70 sec du début de l'injection	Indice de bruit : 30
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 40%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Abdomen-Pelvis	Axial, coronal et sagittal 3 mm/3
± 5ème Hélice : ***Abdomen-Pelvis TARDIF***	Boite d'acquisition	Acquisition : Abdomen et pelvis SFOV Large Body	Indice de bruit : 35
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 40%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Abdomen-Pelvis	Axial 3mm/3

* Tâches de reconstruction réalisée de manière prospective
** Reconstruction multi-plan (MPR) réalisées de manières rétrospective

MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com **APPLI :** *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA* **WEB :** *https://traumato.urgenceoccitanie.fr*

Protocole TDM avec FAIBLE SUSPICION de TRAUMATISME SEVERE – "SPLIT"

(risque de lésion hémorragique faible, moindre irradiation)

Topogramme		"Scoot" Face et Profil	
1ère Hélice : ***Encéphale***	Boite d'acquisition	Centrage : Plan OM (S150 I850) SFOV HEAD Acquisition : Crâne + Massif facial sans injection (jusqu' à C2)	Pitch : 0.531 Indice de bruit : 7 Max
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 20% R2 Filtre Bone + ASIR-V 30%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 Crâne	Axial Mou 2.5 mm/2.5
2ème Hélice : ***TSA et TAP mixte artérielle et portale***	Boite d'acquisition	SFOV Large Body → une seule hélice mixte artérielle et portale Acquisition : du crâne aux trochanters	Pitch : 1.3375 Indice de bruit : 30 (130 ≤ Auto mA ≤ 800)
	Injection du produit de contraste	Quantité : 130 ml Protocole d'injection fractionnée : Injection PdC de 80 ml à vitesse 2.0 ml/s (40sec) Attente 20 sec Injection PdC de 50ml à vitesse 3.5ml/sec (14.3sec) Injection NaCl de 30ml à vitesse 3ml/sec (10 sec) Début d'acquisition dès la fin de l'injection : Autoprogrammé pour départ à 80 sec	
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 30% — Parenchyme R2 Filtre Bone ASIR-V 40% — Parenchyme pulmonaire R3 Filtre Bone ASIR-V 20% — TAP Os R4 Filtre Bone ASIR-V 20% — Rachis dorsolombaire R5 Filtre Bone + ASIR-V 40% — Rachis cervical R6 Filtre Detail ASIR-V 30% — Rachis cervical	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Thorax-Abdomen-Pelvis MPR de R2 : Parenchyme pulmonaire MPR de R4 : Rachis dorsolombaire MPR de R5 : Rachis cervical MPR de R6 : Rachis cervical Mou	Axial, coronal et sagittal 3 mm/3 MIP axial 8 mm/4 Coronal et sagittal 1 mm/1 Coronal et sagittal OS 1 mm/1 Sagittal MOU 3 mm/3

* Tâches de reconstruction réalisée de manière prospective
** Reconstruction multi-plan (MPR) réalisées de manières rétrospective

Réseau **Occi.TRAUMA**

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Régulation des traumatisés sévères pédiatriques dans l'Occitanie (< 15 ans)

Mars 2020 – Réseau Occi-TRAUMA

Régulation SAMU départementale → PRE-ALERTE Niveau 1A si gravité apparente

Grade A Instabilité clinique réfractaire et/ou lésion anatomique sévère	Grade B Stabilisation clinique et/ou lésion anatomique à risque	Grade C Traumatisme sévère suspecté sur des critères de cinétique
➢ PAS < (70mmHg + 2 fois l'âge en année) imposant un remplissage vasculaire > 40 ml/kg ou des amines ➢ SpO2 ≤ 90% malgré oxygénothérapie haut débit ➢ Trauma crânien sévère : Glasgow ≤ 9, Glasgow moteur ≤ 4, aggravation clinique, ou modification pupillaire ➢ Nécessité d'intubation oro-trachéale	➢ PAS < (70mmHg + 2 fois l'âge en année) corrigé par un remplissage vasculaire < 40 ml/kg ➢ SpO_2 > 90% obtenue avec une oxygénothérapie ➢ Glasgow compris entre 10 et 13 sans signe focal ou signe d'aggravation	➢ Jugement clinique du médecin préhospitalier ➢ Chute ≥ 3 fois la taille de l'enfant ➢ Enfant projeté, éjecté, écrasé ou blasté ➢ Décès d'une victime dans le même habitacle
➢ Déformation thoracique importante, écrasement ou volet thoracique clinique, emphysème extensif ➢ Suspicion traumatisme vertébro-médullaire avec déficit moteur ou sensitif transitoire ou permanent ➢ Traumatisme pénétrant : • Plaie cranio-cérébrale ou cervico-faciale • Thoracique profond, soufflant ou de l'aire cardiaque • Abdominal complexe notamment balistique ou avec délabrement de la paroi abdo-pelvienne ➢ Suspicion fracture du bassin avec instabilité mécanique ou ayant nécessité un remplissage vasculaire ➢ Fracture ouverte ou complexe du fémur ➢ Délabrement cutané complexe de membre ➢ Amputation (au-dessus du poignet ou de la cheville), hémorragique ou complexe ➢ Lésion vasculaire hémorragique ou ischémiante ➢ Epanchement significatif à l'EFAST pré-hospitalier *(hémopéricarde, hémothorax ou hémopéritoine)* ➢ Plusieurs lésions à risque répondant au Grade B ➢ Brûlure profonde, étendue ou cervico-faciale	➢ Traumatisme pénétrant simple et isolé de l'abdomen ou du thorax ➢ Suspicion de traumatisme vertébral sans atteinte médullaire clinique ➢ Suspicion de fracture du bassin sans instabilité hémodynamique et n'ayant pas nécessité de remplissage vasculaire ➢ Amputation distale non hémorragique, dégantage, écrasement de membres isolé ➢ Fracture fermée ou ouverte simple du fémur ➢ Fracture ouverte ou complexe avec âge < 10 ans présentant un ou plusieurs critères C	

Grade A → **Orientation** : Ouest-CHU Toulouse : **SAMU 31** *(05 34 39 33 33 – cf. protocole local si SMUR pédiatrique indisponible)*
Est-CHU Montpellier : **06.65.84.95.91** *(discuter l'activation du SMUR pédiatrique via la SAMU 34)*

Grade B → **Orientation** : Ouest-CHU Toulouse : **SAMU 31** *(05 34 39 33 33 – cf. protocole local si SMUR pédiatrique indisponible)*
Est-CHU Montpellier : **06.65.84.95.91** *(discuter l'activation du SMUR pédiatrique via la SAMU 34)*

- **Niveau 1A** ou **Niveau 1B** ou **2** *de proximité*
- **Niveau 1A** ou **1B** *selon proximité*

SITUATION EXCEPTIONNELLE :
Instabilité majeure sous NAD
ET
hémopéritoine significatif à l'échographie
ET
différence de temps de transport estimée entre niveau 1 et 2 > 60 min
ET
absence d'autre critère de

Grade C → **Orientation** : Ouest-CHU Toulouse : **SAMU 31** *(05 34 39 33 33 – cf. protocole local si SMUR pédiatrique indisponible)*
Est-CHU Montpellier : **06.65.84.95.91** *(discuter l'activation du SMUR pédiatrique via la SAMU 34)*

- **Niveau 1 ou 2** *selon proximité*

Liens du Réseau
MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com .
APPLI : *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA*

MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com
APPLI : *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA*
WEB : *https://traumato.urgenceoccitanie.fr*

Réseau Occi.TRAUMA

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Protocole TDM TRAUMA SEVERE PEDIATRIQUE

Topogramme		"Scoot" Face et Profil	
1ère Hélice : ***Encéphale***	Boite d'acquisition	Centrage : Plan OM (S150 I850) Acquisition : Crâne sans injection SFOV HEAD	Pitch : 0.531 Indice de bruit : 7 Max (80 ≤ Auto mA ≤ 250)
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 40% R2 Filtre Bone + ASIR-V 40%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Parallèle au palais osseux	Axial Mou 2.5mm/2.5mm
2ème Hélice : ***Rachis cervical***	Boite d'acquisition	Acquisition : Rachis cervical SFOV Small Body	Pitch : 0.531 Indice de bruit : 18 (80 ≤ Auto mA ≤ 250)
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Bone + ASIR-V 40% R2 Filtre Detail ASIR-V 50%	Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Coronal et sagittal OS MPR de R2 : Coronal et sagittal MOU	1mm/1 3mm/3
3ème Hélice : ***Crâne-Cou-Thorax-Abdomen-Pelvis ARTERIEL***	Boite d'acquisition	SFOV Large Body Acquisition : Du crâne aux trochanters	Pitch : 1.375 Indice de bruit : 22 (50 ≤ Auto mA ≤ 300)
	Injection du produit de contraste	Quantité : 2 ml/kg Débit : ≤ 3/sec à adapter à l'âge et à la voie veineuse Début : Smart PREP	
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 30% R2 Filtre Bone ASIR-V 40% Parenchyme pulmonaire R3 Filtre Bone ASIR-V 20% TAP Os R4 Filtre Bone ASIR-V 20% Rachis dorsolombaire	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Thorax-Abdomen-Pelvis MPR de R2 : Parenchyme pulmonaire MPR de R4 : Rachis dorsolombaire	Axial, coronal et sagittal 3mm/3 MIP axial 8 mm/4 Coronal et sagittal 1 mm/1
4ème Hélice : ***Abdomen-Pelvis PORTAL***	Boite d'acquisition	Acquisition : Abdomen et pelvis SFOV Large Body Indice de bruit : 30 Début :	- De 0 à 2 ans (0 à 12 kg) : 50 sec - De 2 à 6 ans (12 à 20 kg) : 55 sec - De 6 à 11 ans (20 à 32 kg) : 60 sec - De 11 à 15 ans (32 à 53 kg) : 65 sec - Plus de 15 ans : 70 sec comme l'adulte
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 40%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Abdomen-Pelvis	Axial, coronal et sagittal 3 mm/3
± 5ème Hélice : ***Abdomen-Pelvis TARDIF***	Boite d'acquisition	Acquisition : Abdomen et pelvis SFOV Large Body	Indice de bruit : 25
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 50%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Abdomen-Pelvis	Axial 3 mm/3

* Tâches de reconstruction réalisée de manière prospective

** Reconstruction multi-plan (MPR) réalisées de manières rétrospective

MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com

APPLI : *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA*

WEB : *https://traumato.urgenceoccitanie.fr*

Réseau **Occi.TRAUMA**

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Protocole TDM PEDIATRIQUE avec FAIBLE SUSPICION de TRAUMATISME SEVERE – "SPLIT"

(risque de lésion hémorragique faible, moindre irradiation)

Topogramme		"Scoot" Face et Profil	
1ère Hélice : ***Encéphale***	Boite d'acquisition	Centrage : Plan OM (S120 I600) SFOV HEAD Acquisition : Crâne + Massif facial sans injection (jusqu' à C2)	Pitch : 0.531 Indice de bruit : 7 Max
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Soft ASIR-V 60% R2 Filtre Bone + ASIR-V 30%	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 Crâne	Axial Mou 2.5 mm/2.5
2ème Hélice : ***TAP mixte artérielle et portale***	Boite d'acquisition	SFOV Large Body → une seule hélice mixte artérielle et portale Acquisition : des clavicules aux trochanters	Pitch : 1.3375 Indice de bruit : entre 20 et 30 selon l'âge
	Injection du produit de contraste	Quantité : Selon Poids de l'enfant : 2mL/kg 10 kg : 20 ml (14 ml à 0.3 ml/s puis 7 ml à 0.6 ml/sec) 20 kg : 40 ml (26 ml à 0.5 ml/sec puis 14 ml à 1 ml/sec) 30 kg : 60 ml (40 ml à 0.7 ml/sec puis 20 ml à 1.6 ml/sec) 40 kg : 80 ml (54 ml à 1 ml/sec puis 26 ml à 2 ml/sec) 50 kg : 100 ml (66 ml à 1.2 ml/sec puis 34 ml à 2.5ml/sec) 60 kg : 120 ml (80 ml à 1.5 ml/sec puis 40 ml à 3 ml/sec) 70 kg : 120 ml (80 ml à 1.8 ml/sec puis 40 ml à 3.3 ml/sec)	Protocole d'injection fractionnée : -1ère injection de produit de contraste -Attente 20 sec -2éme injection de produit de contraste -Rinçage au NaCl 0.9% : 10-20 ml Début d'acquisition : A la fin de l'injection (≈ 5 sec après la fin De la 2éme injection PdC)
	Tâches de reconstruction*	R1 Filtre Standard ASIR-V 50% Parenchyme R2 Filtre Bone ASIR-V 50% pulmonaire R3 Filtre Bone ASIR-V 40% TAP Os R4 Filtre Bone ASIR-V 40% Rachis dorsolombaire R5 Filtre Bone + ASIR-V 40% Rachis cervical R6 Filtre Detail ASIR-V 50% Rachis cervical	Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/1.25 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 0.625 mm/0.625 Epaisseur de reconstruction 1.25 mm/0.625
	MPR** (*reconstruction multi-plan*)	MPR de R1 : Thorax-Abdomen-Pelvis MPR de R2 : Parenchyme pulmonaire MPR de R4 : Rachis dorsolombaire MPR de R5 : Rachis cervical MPR de R6 : Rachis cervical Mou	Axial, coronal et sagittal 3 mm/3 MIP axial 8 mm/4 Coronal et sagittal 1 mm/1 Coronal et sagittal OS 1 mm/1 Coronal et sagittal MOU 3 mm/3

* Tâches de reconstruction réalisée de manière prospective

** Reconstruction multi-plan (MPR) réalisées de manières rétrospective

MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com

APPLI : *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA*

WEB : *https://traumato.urgenceoccitanie.fr*

Réseau Occi.TRAUMA

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

Télétrauma sévère : Télé-imagerie régionale des traumatisés sévères

Objectifs	
La télé-imagerie pour les traumatisés sévère en Occitanie	Optimiser et uniformiser les protocoles TDM des traumatisés sévères Accélérer les transferts d'images
Télé-expertise	Faciliter les avis d'expertises des centres de niveau 1 (avis de recours : binôme Réanimateur/Radiologue des centres de niveau 1)

Organisation des transferts d'imagerie	
Contexte clinique	Réorientation nécessaire selon les règles du schéma régional, avec transfert d'un traumatisé sévère d'un centre de niveau 2 ou 3 vers un centre de niveau 1 Avis spécialisé avant décision de transfert
Délai	Déclenché au plus tôt dans la prise en charge
Modalités	Transfert de l'ensemble des séquences et reconstructions sur la plateforme régionale **Téléo** pour tous les centres inclus dans le **réseau Télétrauma sévère**
Transfert hors réseau Télétrauma sévère	2 options : ➢ Transfert PACS to PACS ➢ Envoie des accès aux séquences d'imagerie via le portail d'imagerie du centre requérant un avis

MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com **APPLI :** *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA* **WEB :** *https://reseauoccitraumadotfr.wordpress.com*

Hôpitaux de Toulouse

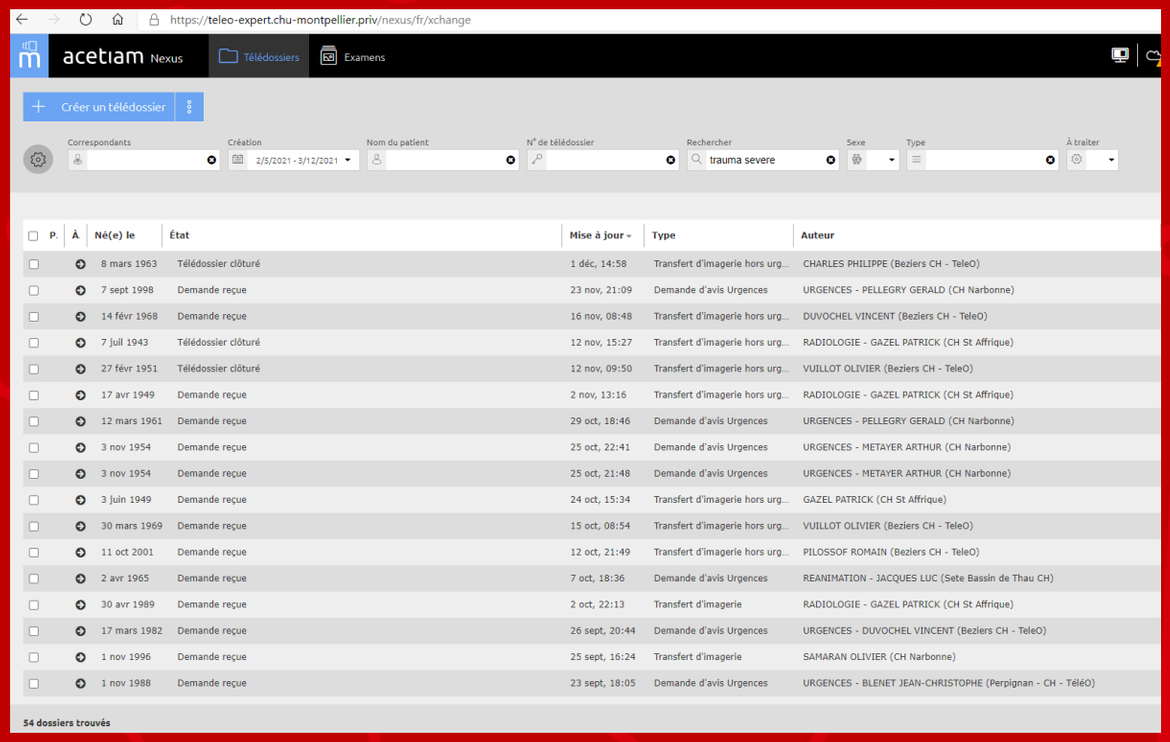
CHU Montpellier – Centre Hospitalier Universitaire

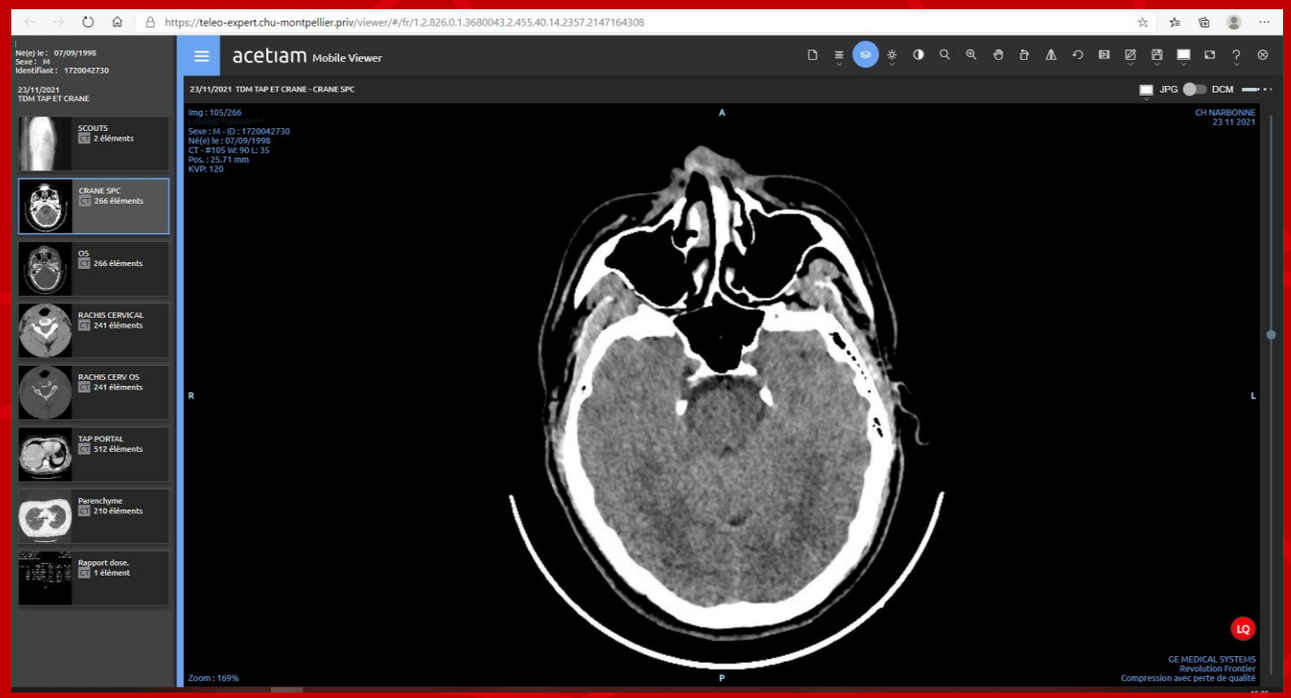
CHU Nîmes

Réseau Occi.TRAUMA

Réseau régional Occitanie de prise en charge des traumatisés sévères

ars Agence Régionale de Santé Occitanie





MAIL : reseauoccitrauma@gmail.com

APPLI : *dansmablouse - Groupe Occi.TRAUMA*

WEB : *https://reseauoccitraumadotfr.wordpress.com*