



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre

- HME  HGM  HRV  
 MCH  MGH  RVH  
 HNM  ITM  CHL  
 MNH  MCI  LHC

Département d'urgence et Programmes de traumatologie  
**ÉVALUATION D'UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL**

**INFORMATION SUR LE PATIENT ET ÉTIOLOGIE**

Date: AAAA/MM/JJ Heure de l'évaluation: 00:00

Emmené par :  parents  ambulance  autre \_\_\_\_\_

Provenance:  site de l'accident  maison  bureau de médecin  autre hôpital: \_\_\_\_\_

Cause de la blessure:  chute  sport \_\_\_\_\_  AVM \_\_\_\_\_  non-accidentelle  autre \_\_\_\_\_

Détails, santé antérieure : \_\_\_\_\_

Médications et allergies : \_\_\_\_\_ Vaccination : \_\_\_\_\_

Détails de la blessure: \_\_\_\_\_

**LORS DE LA BLESSURE (☑ pour signes positifs)**

Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	durée:		
Désorienté, confus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> personnes	<input type="checkbox"/> endroit	<input type="checkbox"/> heure
Convulsion post-traumatique	<input type="checkbox"/>	durée:		
Amnésie rétrograde (événements avant l'accident)	<input type="checkbox"/>			
Amnésie antérograde (événements après l'accident)	<input type="checkbox"/>			
Vomissements	<input type="checkbox"/>			
Céphalée ou mal de tête	<input type="checkbox"/>			
Étourdissements	<input type="checkbox"/>			
Autre: _____	<input type="checkbox"/>			

**À L'URGENCE (☑ pour résultats positifs)**

NIVEAU DE CONSCIENCE-ÉCHELLE DE COMA GLASGOW PÉDIATRIQUE (entre 3 et 15) :											
OUVERTURE DES YEUX				RÉPONSE VERBALE				RÉPONSE MOTRICE			
âge : > 2 ans		≤ 2 ans		âge : > 2 ans		≤ 2 ans		âge : > 2 ans		≤ 2 ans	
Spontanément	4	Spontanément		Orienté	5	Sourit, fixe, suit		Répond aux demandes	6	Mouvements spontanés	
Aux stimuli verbaux	3	Aux stimuli verbaux		Désorienté	4	Pleure mais consolable		Localise la douleur	5	Se retire au touché	
Aux stimuli douloureux	2	Aux stimuli douloureux		Paroles inappropriées	3	Irritable ou inconsolable		Se retire à la douleur	4	Se retire à la douleur	
Aucune réponse	1	Aucune réponse		Sons incompréhensibles	2	Gémit aux stimuli douloureux		Flexion à la douleur	3	Flexion anormale	
				Aucune réponse	1	Aucune réponse		Extension à la douleur	2	Extension anormale	
								Aucune réponse	1	Aucune réponse	
Ouverture des yeux : _____				Réaction verbale : _____				Réaction motrice : _____			
Échelle de Coma Glasgow pédiatrique Total : _____ /15											

Céphalées	<input type="checkbox"/>	endroit:
Nausées	<input type="checkbox"/>	
Vomissements	<input type="checkbox"/>	# total                      heure du dernier épisode:
Somnolence	<input type="checkbox"/>	
Étourdissements	<input type="checkbox"/>	
Changements visuels: (diplopie, vision floue, photophobie)	<input type="checkbox"/>	
Changements auditifs (acouphène)	<input type="checkbox"/>	
Changements de la parole: (dysphasie, difficulté à trouver ses mots)	<input type="checkbox"/>	
Évaluation possiblement affectée par alcool ou drogues:	<input type="checkbox"/>	

## ÉVALUATION NEUROLOGIQUE (☑ pour résultats positifs)

Fracture du crâne avec dépression	<input type="checkbox"/>	endroit:		
Fontanelle bombée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> fontanelle fermée		
Palpation douloureuse	<input type="checkbox"/>	endroit:		
Signes de fracture de la base du crâne	<input type="checkbox"/>			
Hématome	<input type="checkbox"/>	endroit:		
Lacération	<input type="checkbox"/>	endroit:		
Orientation x 3 :	<input type="checkbox"/> personne	<input type="checkbox"/> endroit	<input type="checkbox"/> temps	
Motrice:	☑ pour résultats anormaux			
Colonne cervicale	<input type="checkbox"/>			
Examen oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pupilles	<input type="checkbox"/> fundi	
Poursuite oculaire	<input type="checkbox"/>			
Asymétrie faciale	<input type="checkbox"/>			
Coordination (doigt-nez, bras étendu, 10 x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dysmétrie	<input type="checkbox"/> tremblement	<input type="checkbox"/> lente
Force (poigne, groupes de muscles majeurs)	<input type="checkbox"/>			
Sensation (engourdissement, picotement)	<input type="checkbox"/>			
Marche sur les orteils (debout sur pointe des pieds)	<input type="checkbox"/>			
Marche sur les talons	<input type="checkbox"/>			
Équilibre (démarche tandem, 10 pas)	<input type="checkbox"/>			
Démarche	<input type="checkbox"/>			
Réflexes:	<input type="checkbox"/> clonus D G	Babinski ↓ ↑ D G	<input type="checkbox"/> ostéotendineux D G	

Autre :

Évaluation des systèmes physiques: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PLAN

- Radiographie du crâne ou autre \_\_\_\_\_  Analyse de sang: \_\_\_\_\_
- CT Scan: \_\_\_\_\_  Analyse d'urine: \_\_\_\_\_
- Admission:** Patient rencontre les critères d'admission; hospitalisé à l'unité \_\_\_\_\_ Suivi par Programme de neurotraumatologie à l'interne  
(Critères disponibles sur l'ordinateur, sous « Protocoles »)
- Consultation en neurochirurgie, patient à être vu à l'urgence
- Autre consultants (ex: Ortho, Opth, ORL, etc) spécifier: \_\_\_\_\_ **NOTE:** pour les cas de violence, contacter les Services Sociaux
- Documentation pour le congé fournie, avec explications**
- Restrictions d'activités (spécifier durée): \_\_\_\_\_ *Ne devrait présenter aucun symptôme au repos pendant 1 semaine, avant le retour graduel aux activités physiques*
- Congé, suivi PRN
- Congé avec consultation externe au programme de neurotraumatologie**
- Consultation placée dans l'enveloppe "Neurotrauma" près du bureau de la réception
  - Coordonnateur Clinique contacté (poste 22983) pour transmettre l'information

### Critères pour consultation au Programme de neurotraumatologie au moins un des suivants:

- Visite différée à l'urgence en présence de fracture du crâne
- Patient avec collet Miami-J pour blessure au cou
- Perte de conscience prolongée (> 1 minute) au moment de la blessure
- TCCL multiples (> 2 dans la même année) ou se produisant avec une force d'impact moindre
- Symptômes persistants sans amélioration > 1 semaine
- Déficits persistants ou incapacités cognitives
- Athlètes d'élite (pratique sports compétitifs > de 8 heures/semaine)

Diagnostic / Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Numéro de permis: \_\_\_\_\_