

USMF "NICOLAE TESTEMIȚANU "CATEDRA "URGENȚE MEDICALE"



Examenul primar/secundar a pacientului critic traumatizat la locul incidentului



**Vasile Pascari
USMF "N. Testemițanu"
Dr. Conferențiar Universitar**

Traumatismele

Traumatismul este un complex de dereglări locale și generale, ce au loc în organism, asupra cărui a acționat un factor traumatic cu o forță, energie mai mare decât rezistența țesuturilor corpului uman

După datele anuale ale OMS, anual, numai traumatismele cauzate de accidente rutiere constituie cca 8-10 milioane de oameni, decesele constituind 300-500 mii traumatizați.

În aceste accidente , la fiecare 50', cineva decedează pe drumurile globului terestr (D. Antonescu și coaut., 1999)

- **Evaluarea și managementul unui traumatizat critic la locul incidentului va începe cu Examenul primar**



EXAMENUL PRIMAR

- Reprezintă un algoritm care conține - AcBCDE (Airway, cervical, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), care trebuie parcurs sistematic în abordarea oricărui pacient traumatizat.

Trebuie efectuată în mai puțin de 2 min

Examenul primar a pacientului critic traumatizat are drept scop:

- **Evaluarea și managementul stărilor urgente care prezintă nemijlocit pericol pentru viața accidentatului**
- **Stabilizarea și transportarea pacientului la unitatea sanitară (DMU).**

Evaluarea locului incidentului

Salvatorul trebuie să observe:

- Prezența materialelor periculoase pentru salvator și pacient
- Mecanismul traumatismului
- Necesitatea degajării pacientului
- Necesitatea unui triaj
- Necesitate în ajutor medical



RISCURILE SALVATORULUI

Riscuri legate de victimă

Riscuri legate de mediu :

- trafic
- automobilul
- constructii instabile
- gaze si substante toxice
- cabluri electrice

- ◆ **Infectii:** hepatita B, HIV, otraviri
- ◆ **Evitarea contactului cu produse biologice ale pacientului.**
- ◆ **Folosirea materialelor de protectie:** masca faciala , manusi, ochelari, etc.

„Salvatorul nu se va expune niciodata la un risc mai mare decit victima“

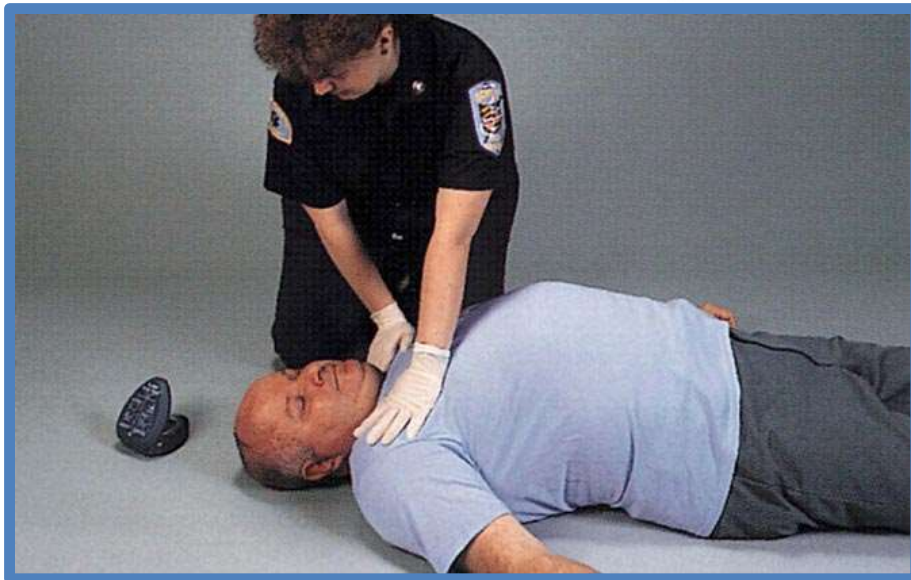
După asigurarea zonei, locului incidentului, asigurarea siguranței salvatorului și pacientului, pasul următor este evaluarea inițială a victimei

- Evaluarea inițială consta:
- Evaluarea primară a accidentatului ce are ca obiectiv stabilirea nivelului de conștientă urmat de evaluarea funcțiilor vitale.
- Pentru a se determina gravitatea leziunilor și stabilirea priorităților de acțiune. Primul pas este ABC:
- A – eliberarea cailor aeriene – în acest caz nu se face hiperextensia capului ci subluxația mandibulei;
- B – verificarea respirației prin: simt – văd – aud;
- C- asigurarea circulației sanguine.

Dacă este necesar se încep imediat manevrele de resuscitare excepție fiind situația în care se constată existența unei hemoragii masive, situație când se realizează hemostaza apoi se vor începe manevrele de resuscitare.

VERIFICATI STAREA DE CONȘTIINȚĂ

- **Conștient** - Accidentatul poate numi numele, este orientat în timp și spațiu
- **Verbal** – Răspunde la stimuli verbali
- **Durere** – Răspunde la stimuli durerii
 1. Compresia în regiunea sternului
 2. Compresia pavilionului urechii
 3. Compresia mușchiului trapezoid
- Inconștient** – Nu răspunde la orice stimul



Dacă victima este inconștientă acționați în următoarea succesiune:

- Trimiteți pe cineva după ajutor
- Dacă sunteți singur, mergeți după ajutor, dar reveniți după un minut și începeți măsurile de resuscitare (cardio-respiratorie primară: ABC- eliberare cailor respiratorii, respirație artificială și masajul cardiac)
- Alertați ambulanța
- Informați:
 - ▶ Unde s-a petrecut accidentul (adresa exactă și puncte de reper)
 - ▶ Ce s-a întâmplat
 - ▶ Câți răniți sunt
 - ▶ De unde se dă alarma (numele persoanei care solicită intervenția ambulanței, adresa și nr. de telefon)

Nu întrerupeți măsurile de resuscitare până la preluarea pacientului de echipa de urgență

Victima respiră și are puls

- Dacă victima respiră și are puls, dar este inconștientă o vom așeza în poziție laterală de siguranță.
- Dezobstrucția căilor aeriene prin suluxația mandibulei și ridicarea bărbiei.
- Solicitați imediat ajutor medical calificat și chemați ambulanța.
- Supraveghem accidentatul până la sosirea echipajului medical.

POZIȚIA DE SIGURANȚĂ

- Este aplicată persoanelor care sunt inconștiente , respiră spontan , prezintă activitate mecanică cardiacă (puls central) și nu prezintă leziuni traumatice ale coloanei vertebrale.
- Victima nu trebuie să rămână în aceeași poziție de siguranță mai mult de 30 de minute, apoi se întoarce victima pe partea cealaltă



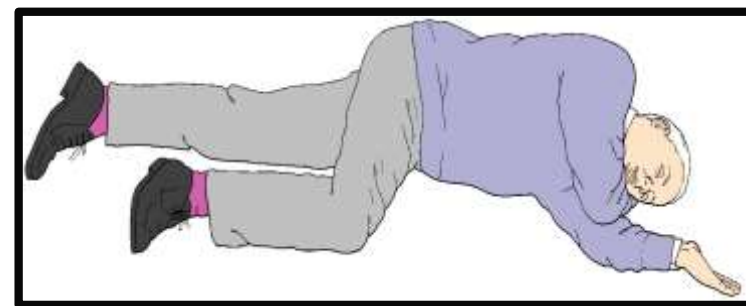
Poziția laterală de siguranță Faza I



Poziția laterală de siguranță Faza II



Poziția laterală de siguranță Faza III



Poziția laterală de siguranță Faza IV

Algoritmul examenului primar

- **A – (Airway)** – Căi aeriene: verificarea, restabilirea și menținerea permeabilității lor. Stabilizarea manuală a regiunii cervicale
- **B – (Breathing)** – Respirație: verificarea, restabilirea și asigurarea unei respirații optime artificiale
- **C – (Circulation)** – Circulație sanguină: verificarea semnelor vitale și suportul circulației sanguine, controlul hemoragiei
- **D** – Examenul mini neurologic
- **E – Expose** - Dezbrăcarea completă a bolnavului și asigurarea protecției termice

A.Căi aeriene și stabilizarea manuală a regiunii cervicale

Se va determina dacă căile respiratorii sunt permeabile:

- **Obstrucția cailor aeriene poate fi condiționată de:**
corpi străini, sange, vomismente, poziția capului, compresiune externă, obstrucționare cu propria limbă

OBSTRUCȚIA CĂILOR RESPIRATORII



Obstrucția ușoară a căilor respiratorii:

- Victima se sufocă, poate vorbi, tuse seacă sau lătrătoare, crize de apnee – cianoză

Obstrucția severă a căilor respiratorii:

Victima nu poate vorbi, apnee, respirație neregulată, cianoză, epuizare, inconștientă, convulsii, transpirații difuze – stop respirator

Manevre de dezobstrucție a căilor aeriene

Management :

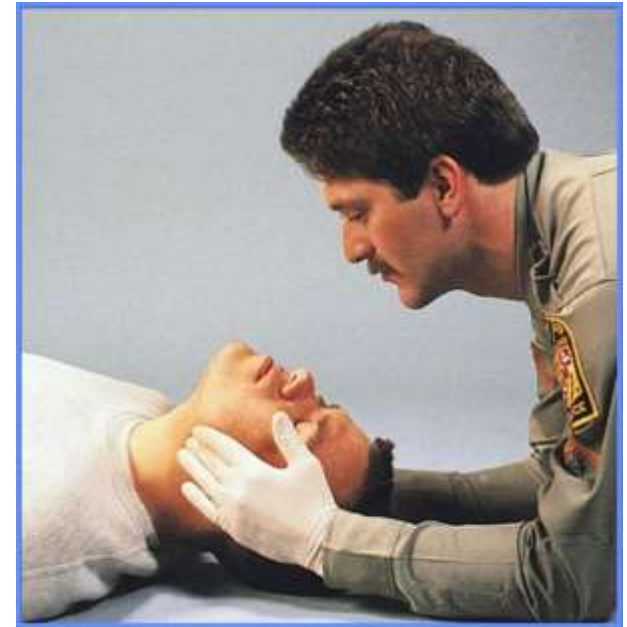
Acțiuni imediate:

I. Dubla Manevră Esmarch-Heiberg

II. Tripla Manevră Safar

III. Intubație orofaringiană, nasofaringiană (protejarea căilor aeriene)

IV. Cricotereostomie pe ac.



Fixarea și imobilizarea manuală a regiunii cervicale în poziție neutră în timpul examenului și restabilirii permeabilității căilor aeriene.

Manevre de dezobstrucție a căilor aeriene

Acțiuni imediate:

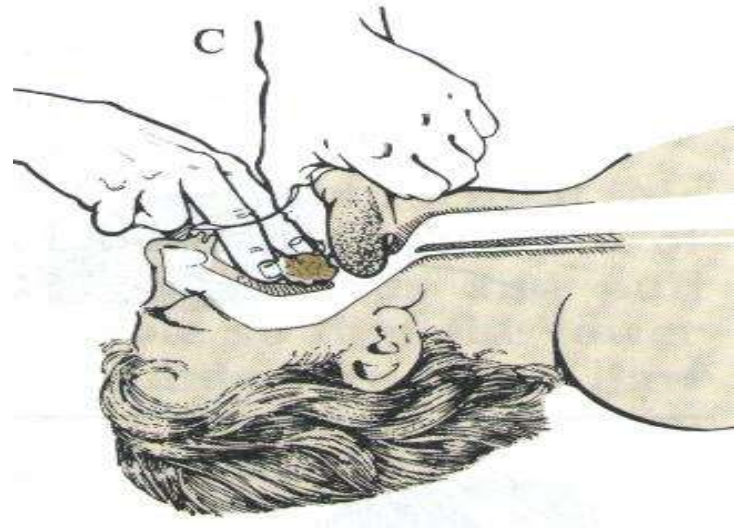
I. Dubla Manevră Esmarch-Heiberg

- ▶ Subluxația anterioară a mandibulei
- ▶ Rivizia cavității bucale, aspirarea și înlăturarea corpurilor străine



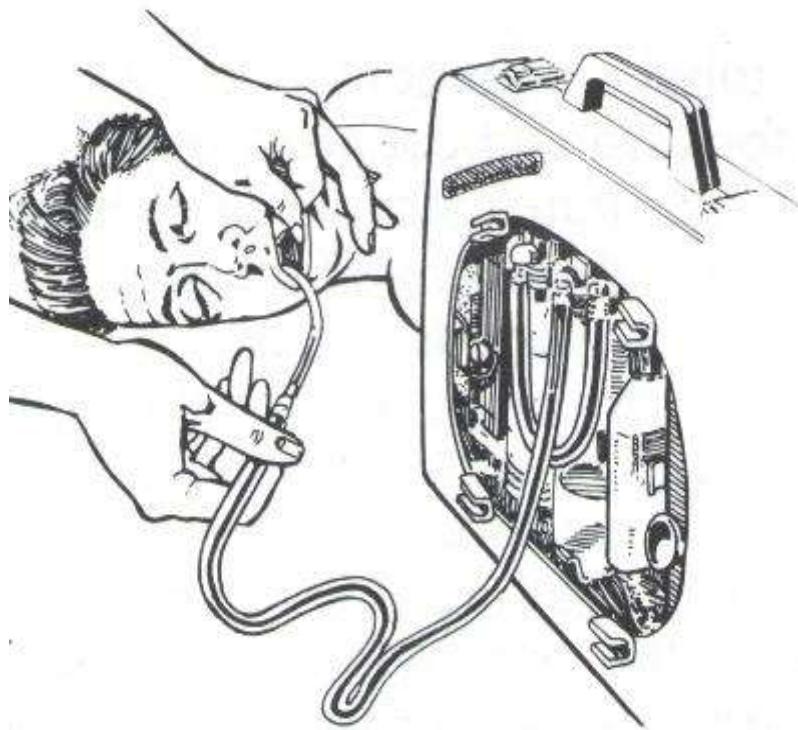
Eliberarea și menținerea liberă a căilor aeriene superioare

- Curățirea manuală a orofaringelui



Eliberarea și menținerea liberă a căilor aeriene superioare

- Curățarea căilor aeriene prin aspirație

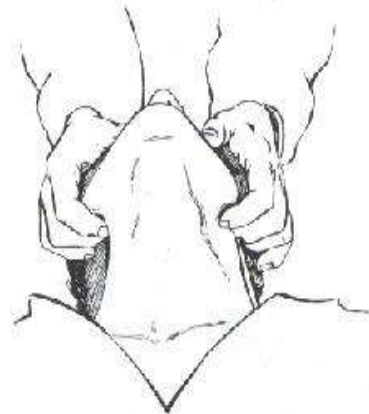


**Extragerea corpurilor străini cu pensa Magill
sau Kocher**

Eliberarea și menținerea liberă a căilor aeriene superioare

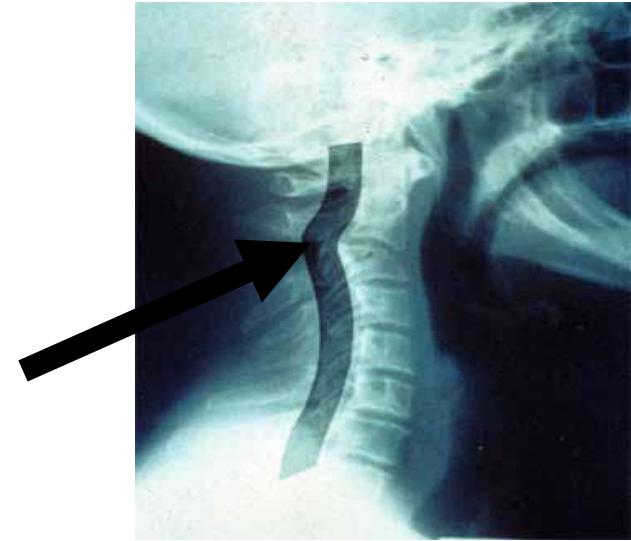
– Tripla manevră Safar

- - hiperextensia capului;
- - Subluxația anterioară a mandibulei
- - Rivizia cavității bucale, aspirarea și înlăturarea corpurilor străine



- Dacă se suspicionează o leziune de coloană vertebrală :

- Manevra Esmarch-Heiberg



Suspiciunea existentei leziunii de coloana cervicala apare:

- la orice pacient politraumatizat (pacientii care au mai mult de doua leziuni din care cel putin una pune viata în pericol);
- la orice pacient care a suferit un traumatism la nivelul capului;
- la orice pacient care prezinta traumatism la nivelul toracelui în apropierea capului;
- la orice pacient constient, care acuza dureri la nivelul gâtului;
- la orice pacient care prezinta crepitatii sau deformari la nivelul gâtului;
- la orice pacient care prezinta un status mental alterat (aflati sub influenta alcoolului)

Managementul căilor aeriene la pacienții cu suspiciune de leziune de coloană cervicală

Când există suspiciunea de leziune de coloană cervicală:

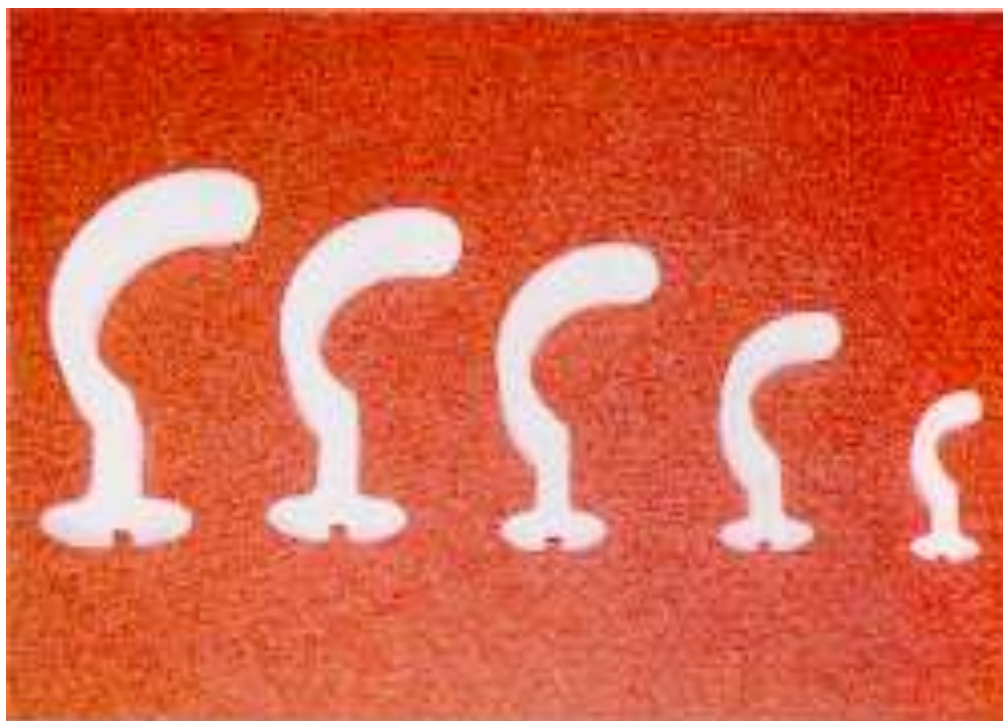
Dacă obstrucția de cale aeriană cu risc vital persistă, în pofida aplicării corecte a manevrei de subluxare sau de ridicare a mandibulei, se poate asocia un grad mic de extensie a capului până la deschiderea căii aeriene; explicația acestei asocieri este că stabilirea unei căi aeriene patente este un obiectiv mult mai important decât grija pentru o potențială leziune de coloană cervicală.



Intubație orofaringiană (protejarea căilor aeriene)

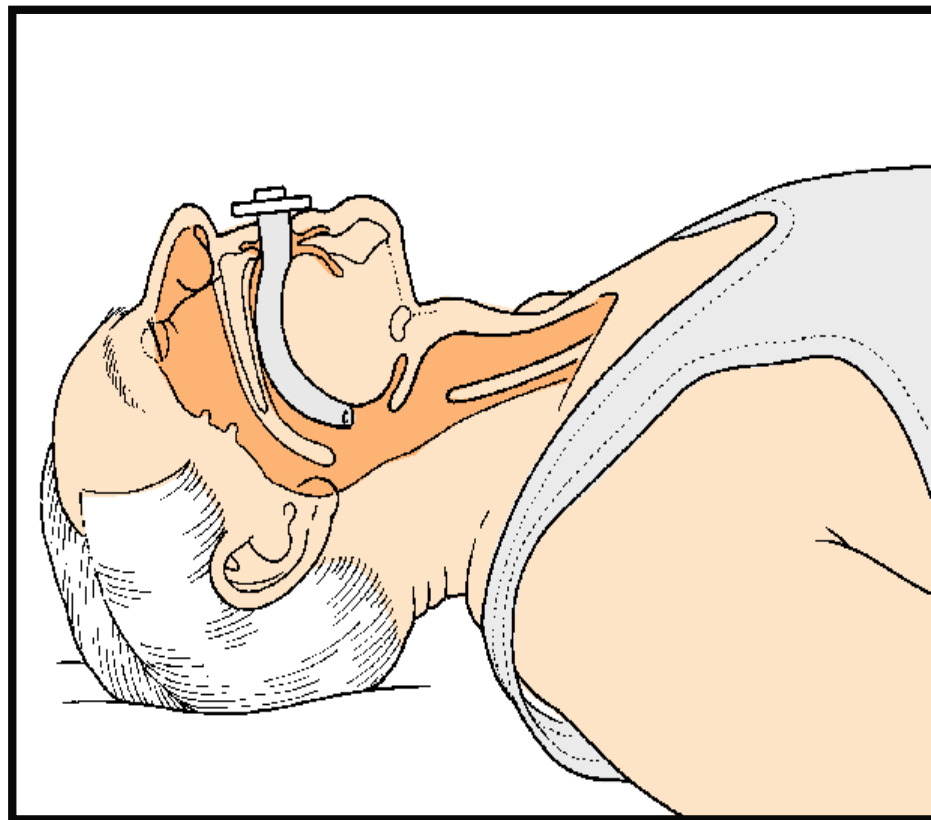
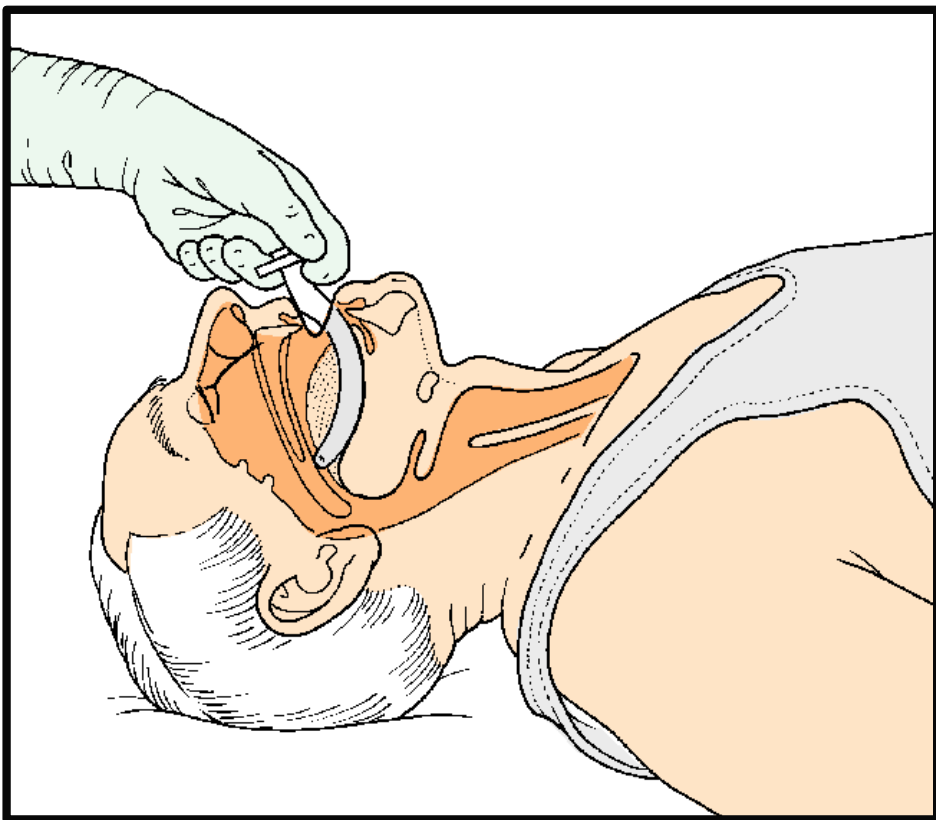
Calea orofaringiană= pipa Guedel

Nu va fi utilizată la pacienții conștienți
(poate determina apariția vărsăturilor)





**Determinarea marimii
pipei Guedel**



**Pentru adulți sunt indicate
pipele cu diametrul de 6-7 mm**

Calea nazofaringiană= pipa Robertazzi

Nu va fi utilizată în fracturile medio-faciale
și fracturile de bază de craniu, coagulopatii

Protecția căilor aeriene

Calea nazofaringiană= pipa Robertazzi



**Pentru adulți sunt indicate pipele cu
diametrul de 6-7 mm**

CRICOTIROIDOSTOMIEI CU AC

- Se introduce un ac de 14 gauge perforând membrana cricotiroidiană
- Fixarea acului și oxigenare
- Se va insufla oxigen timp de o secundă după care se va lăsa aerul din plămâni să iasă, timp de 3-4 secunde, după care se va repeta ciclul
- Se poate atașa o seringă de 2,5 ml la care se montează un adaptor de sondă de intubație urmat de ventilarea pacientului cu un balon

B. Respirația. Ventilație și oxigenare optimă

- a. Dezgolirea gâtului și cutiei toracice
- b. Determinarea frecvenței și amplitudinei mișcărilor respiratorii
- c. Inspecția și palparea pentru depistarea devierii de trahee, mișcărilor respiratorii, participarea musculaturii accesorii și a altor semne de traumatism toracic
- d. Percuția și identificarea zonelor de matitate și hipersonoritate
- e. Dacă frecvența respiratorie este <10 sau >30 , sau pacient inconștient argumentați intubația endotraheală
- f. Auscultarea bilaterală
- g. Ventilare optimă
- h. Pulsoximetrie

EVALUARE

B – (Breathing) – Respirație

Determinați prezența respirației

- **Priviți expansiunile toracelui**
- **Ausculțați sunetul respirației**
- **Simțiți pe obraz aerul expirat**



Toate manevrele de determinare a respirației nu trebuie să dureze mai mult de 10 secunde după care hotărâți dacă pacientul respiră sau nu



RESPIRAȚIA ADECVATĂ

Frecvențele Normale:

- **Adult** -12-20 resp. pe minut.
- **Copil** -15-30 resp/ min.
- **Sugar** - 25 la 40 resp. pe minut.
- **Nou-născut** – 40-60 respirații pe minut.

Ritmul: Regulat.

Calitatea: Sunetele respirării-prezente și egale bilateral.

- **Expansiunea pieptului** - adecvată și egală bilateral.

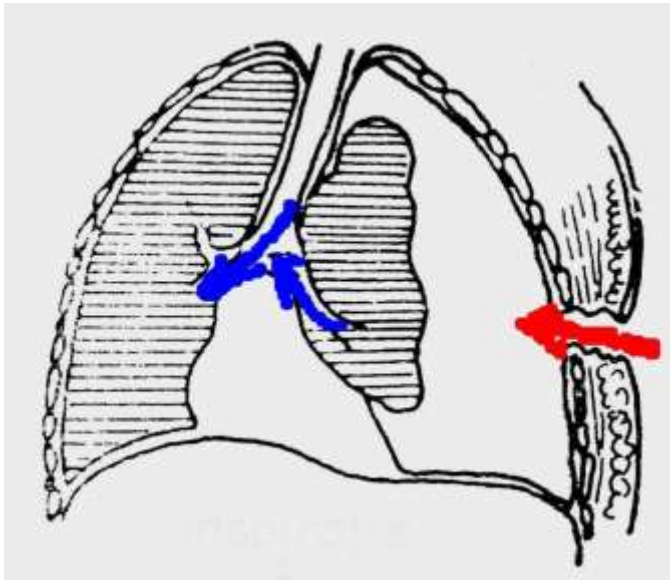
Pneumotoracele deschis

Apare in plagi toracice penetrante

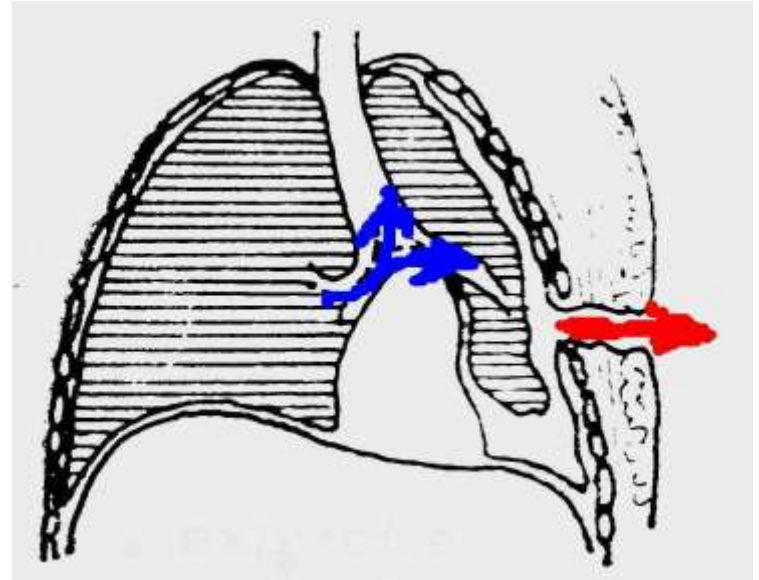
-comunicare între cavitatea pleurală și exterior
(*plagă suflantă*)

-fiziopatologie:

-aerul pătrunde în cavitatea pleurală în inspir
-iese din cavitatea pleurală în expir
(TRAUMATOPNEE)

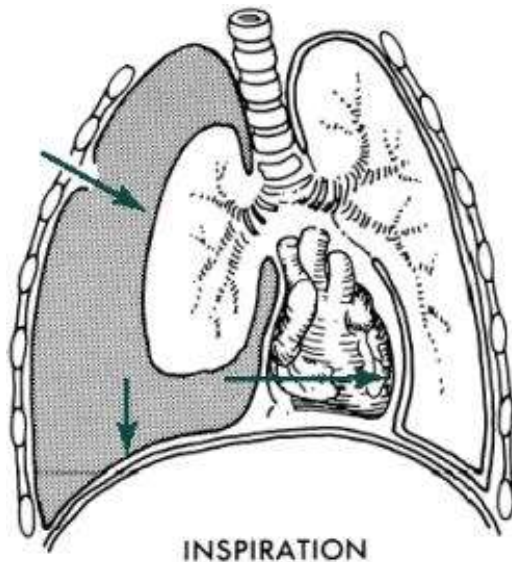


Situatii cu risc vital

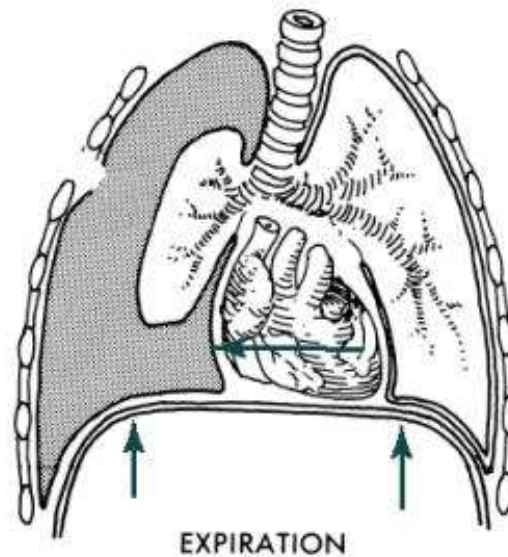


Pneumotorax compresiv (sufocant)

- **Apare in cazul:** -unei plagi penetrante cu traiect oblic
-rupturii bronsice
-unei plagi a parenchimului pulmonar
- **Mecanism:** -aerul patrunde in cavitatea pleurala in timpul inspirului fara a putea iesi in expir => deplasare mediastinala=> agravarea insuficientei respiratorii



Situatii cu risc vital

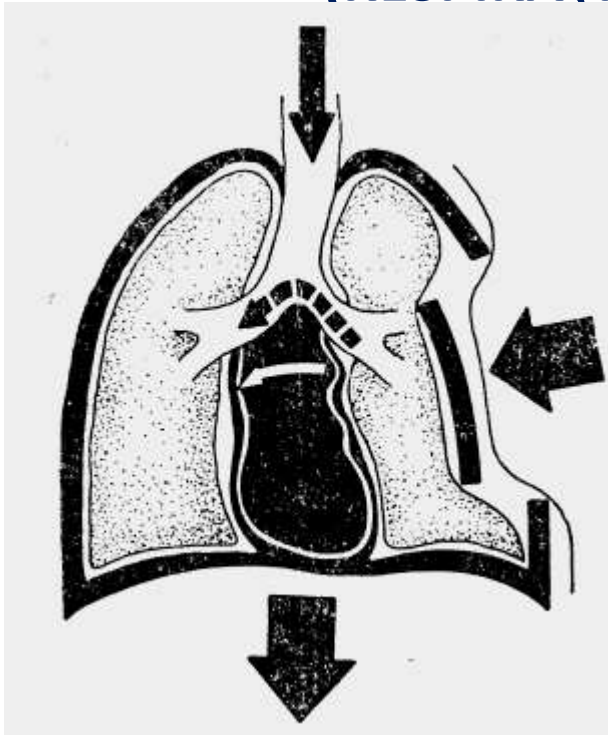


Voletul costal

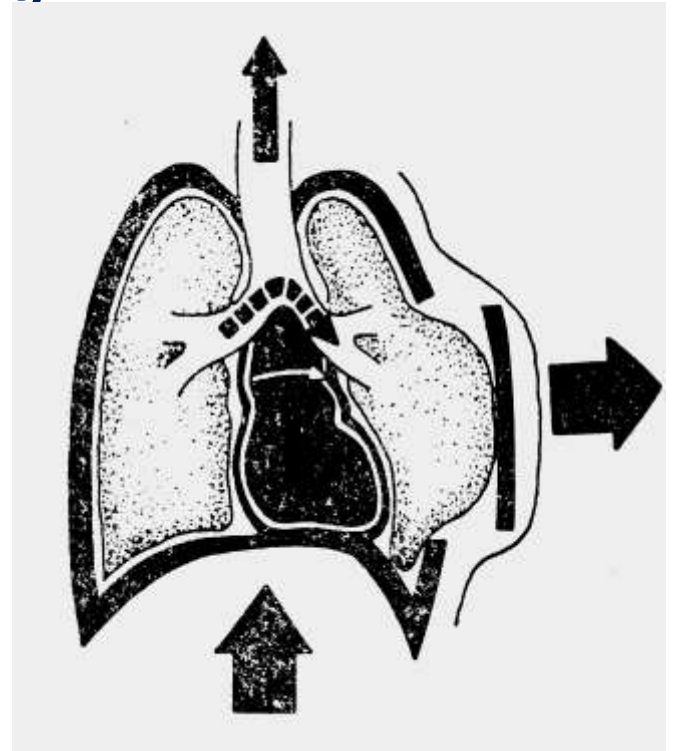
Voletul este desolidarizat de peretele toracic și ca urmare

- este atras spre torace în timpul inspirului
- este împins spre exterior în timpul expirului

(RESPIRATIE PARADOXALĂ)



Situatii cu risc vital



Management

- a. Aplicarea pansamentului ocluziv în trei laturi
(pneumotoraxul deschis pneumotoraxul
sufocant)
- b. Imobilizarea voletului costal

ETAPELE DE APLICARE A PANSAMENTULUI OCLUZIV



**Intrarea aerului în
cavitatea pleurală**



**Acoperirea orificiului
cu palma**



**Aplicarea pansamentului
ocluziv**

Management

ETAPELE DE APLICARE A PANSAMENTULUI OCLUZIV



**Intrarea aerului în
cavitatea pleurală**

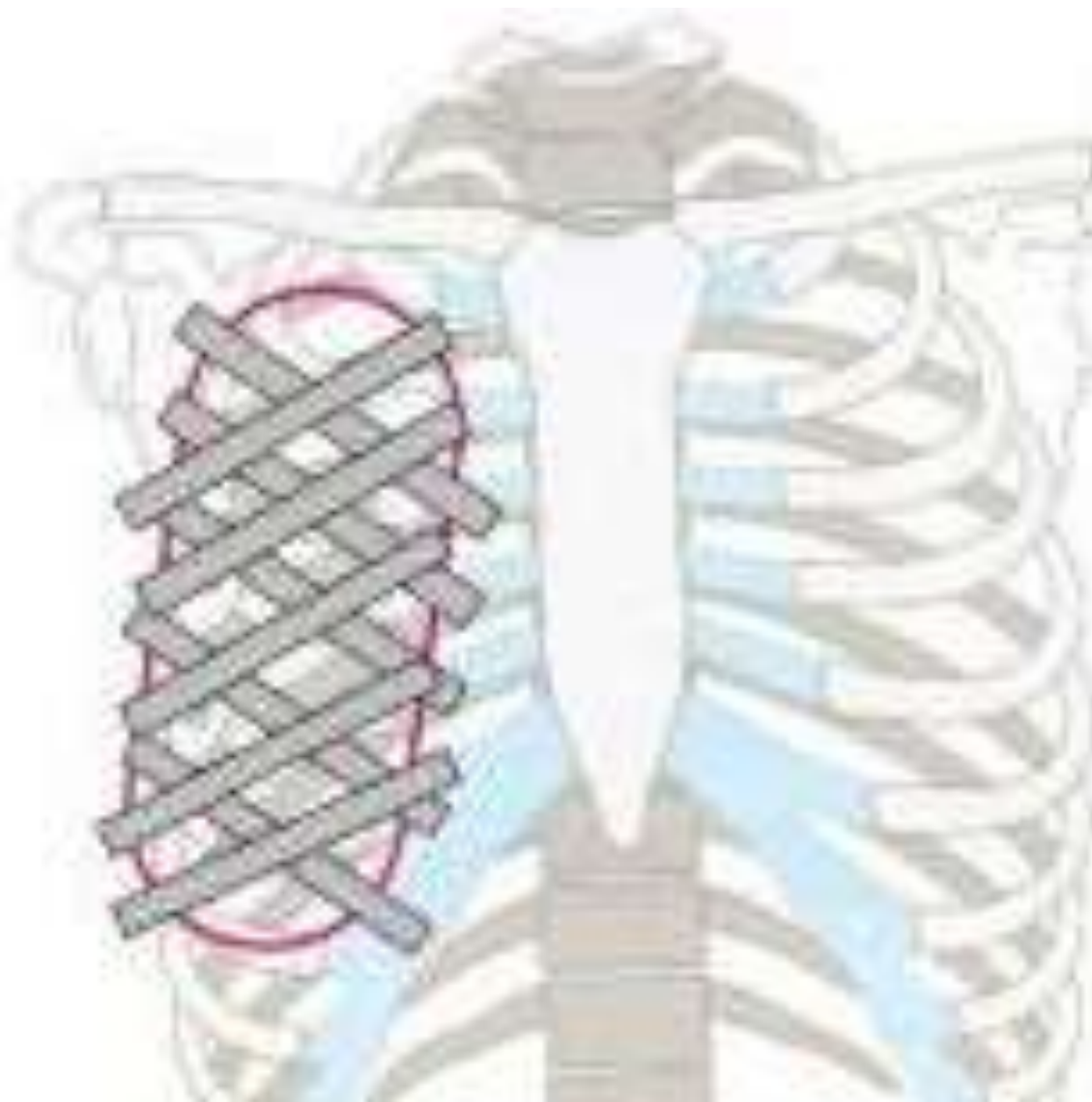


**Acoperirea orificiului
cu palma**



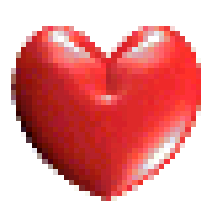
**Aplicarea pansamentului
ocluziv**

Management



Imobilizarea voletului costal

Management



C.Circulația și controlul hemoragiei



Evaluare

- Identificarea hemoragiei externe
- Puls - calitate, frecvența
- Prezența pulsului:
 - - la artera radială - T/A sist. > 90 Mm. Hg
 - - la artera femurală > 80 Mm. Hg.
 - - prezența la a. carotidă > 70 Mm. Hg
- Colorația tegumentelor și mucoaselor
- Pulsul capilar
- Monitorizarea TA

Evaluarea Pielii

Culoarea Pielii

locurile pentru evaluarea culorii pielii sunt:

- lojele unghiilor
- buzele
- membranele mucoase ce se localizează de-a lungul pleoapelor ochiului.



Verificarea culorii pe membranele mucoase de sub pleoape, buzelor





Evaluarea perfuziei tisulare (reumplerea capilară)

- Pentru a testa pulsul capilar, apăsați fie pe fața dorsală a (lojei unghiale) piciorului sau a mâinii cu degetul mare pentru câteva secunde. Atunci când înlăturați degetul, pielea normală va arăta o zonă de paloare, întorcându-se la culoarea normală în 2 secunde. Dacă refacerea la o culoare normală durează mai mult de 2 secunde, atunci pulsul capilar este întârziat. Aceasta poate indica o perfuzie neadecvată.



Pulsul capilar în mai puțin de 2 secunde e normal

Aprecierea Volumului Hemoragiei:

Evaluarea aproximativă a hipovolemiei :

Indicele de șoc M. Allgower

Reprezintă raportul pulsului la tensiunea arterială sistolică. În raport cu valoarea indicelui de șoc Allgower se estimează și pierderile de VSC, exprimate procentual:

- $60/120$ sau $70/140 = 0,5$ = normovolemie
- $80/100 = 0,8$ = deficit 10-20% din VSC
- $100/100 = 1,0$ = deficit 20-30% din VSC
- $120/80 = 1,5$ = deficit 30-50% din VSC
- $140/70 = 2,0$ = peste 50% din VSC

MANAGEMENT

- degajare cu multă precauție
- așezarea victimei în poziție de repaus cu segmentul sangerand în poziție ridicată (mai sus decât restul corpului)
- hemostaza provizorie (pansamente compresive, garouri)
- imobilizarea provizorie a fracturii în caz de necesitate
- confort termic și pozițional



HEMOSTAZA

TEHNICI DE HEMOSTAZĂ PROVIZORIE

- PANSAMENT COMPRESIV
- POZIȚIE ELEVATĂ A MEMBRULUI
CU COMPRESIUNE DIRECTĂ
- COMPRESIUNE LA DISTANȚĂ
- APLICAREA GAROULUI (GAROU
IMPROVIZAT)
- IMOBILIZARE DE TRANSPORT

Pansamentul compresiv

Pansament compresiv este cel mai simplu mod de a realiza hemostaza; se acopera rana cu mai multe comprese sterile sau in lipsa lor cu bucati de panza curata (batiste, haine etc.) care se comprima cu podul palmei sau cu fasa.



PANSAMENT COMPRESIV

Hemostaza provizorie



Hemoragiile

COMPRESIUNE LA DISTANȚĂ

Compresia se efectueaza intotdeauna in dependenta de caracterul sangerarii:

- **plagi ale arterelor antebratului:** compresia se aplica la nivelul bratului (artera brahiala)
- **plagi ale bratului:** compresia in axila (artera axilara)
- **plagi ale umarului:** se comprima cu degetele in fosa supraclaviculara, in spatele claviculei (artera subclavie)

Hemoragiile

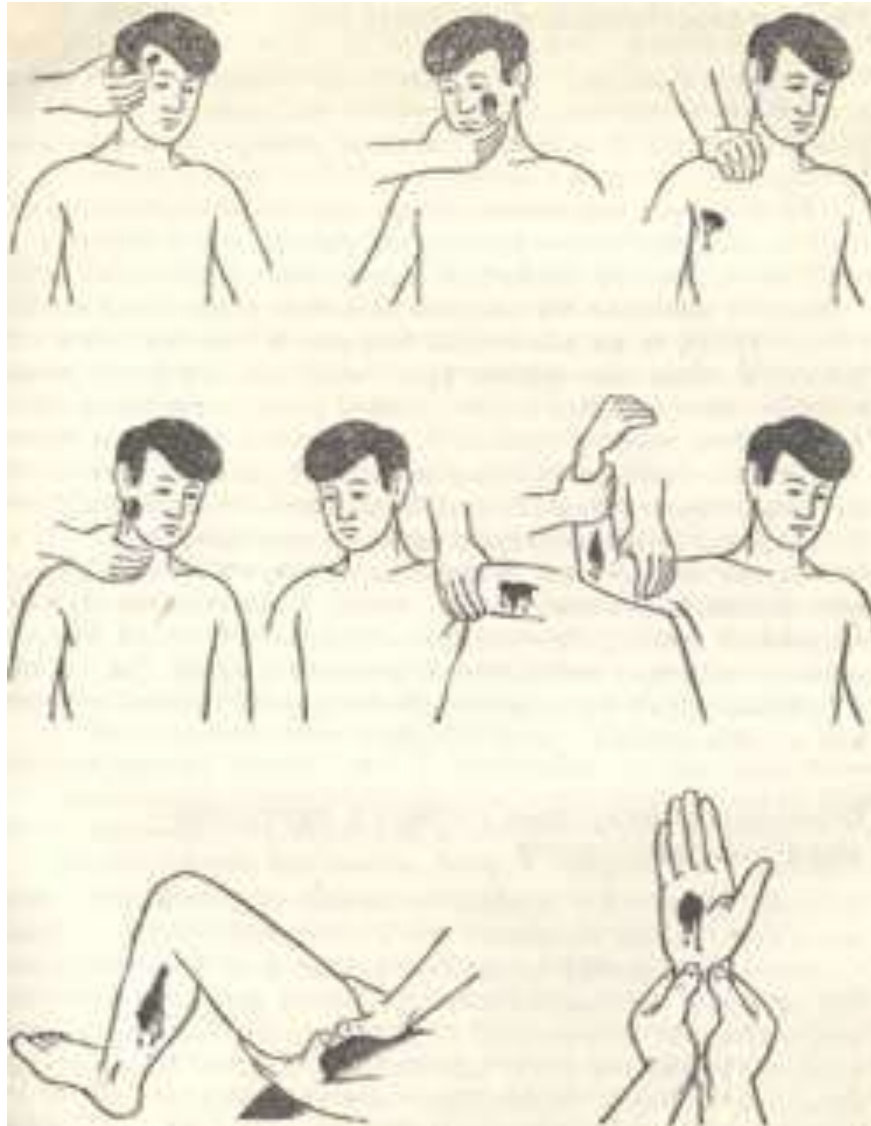
- **plagi ale gambei si piciorului:** compresie in fosa poplitee - in spatele genunchiului
- **plagi ale coapsei:** compresia intr-o zona numita triunghiul lui Scarp, apasand cu degetele mari de la maini suprapuse in timp ce cu palmele se inconjoara coapsa
- **plagi ale aortei si arterelor iliace:** compresia peretelui abdominal cu pumnul, pana la coloana (mai dificil de realizat)

Hemoragiile

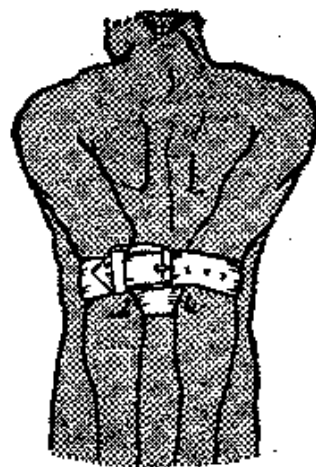
- - **plagi superficiale ale fetei:** compresia in fata urechii - (artera temporală superficială)
- **plagi faciale:** compresia la nivelul mandibulei in cazul leziunii in teritoriul arterei faciale, sau compresie pe carotida comună
- **Atentie:** nu se face compresia carotidiană in ambele parti simultan) in plagi faciale si ale scalpului.

COMPRESIUNE LA DISTANȚĂ

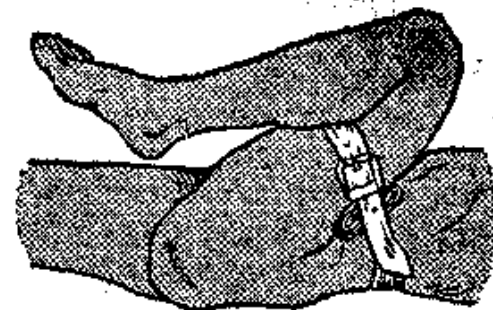
Hemostaza provizorie



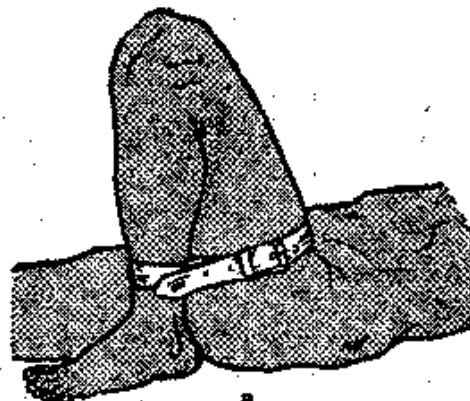
Metodă de hemostază prin flexie în art. mari.



a



b



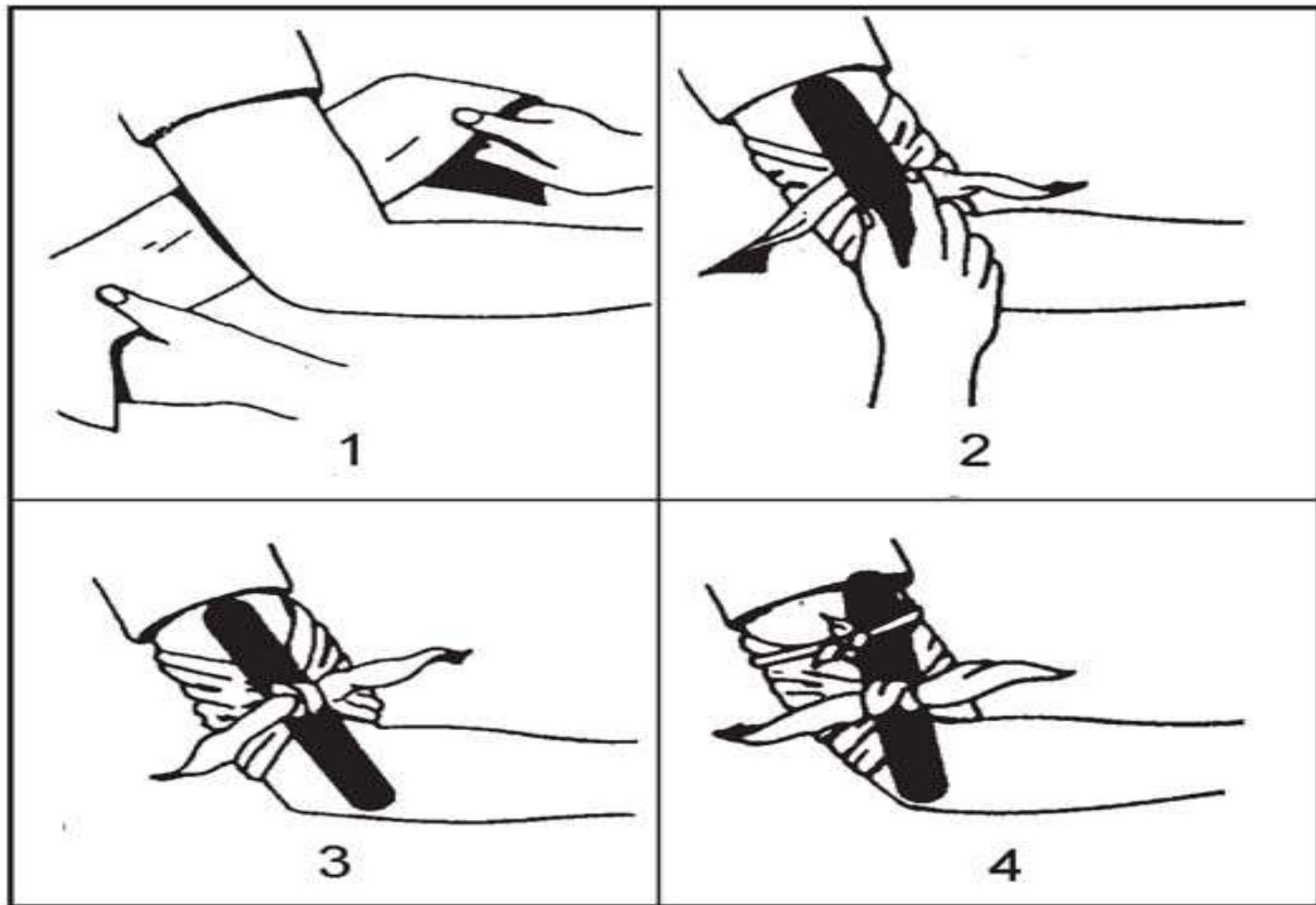
c



d

MANAGEMENT

Hemostaza provizorie



Examenul neurologic rapid

Va aprecia:

- Nivelul constientei
- Dimensiunile pupilelor si reactivitatea lor
- Deficit motor lateralizat

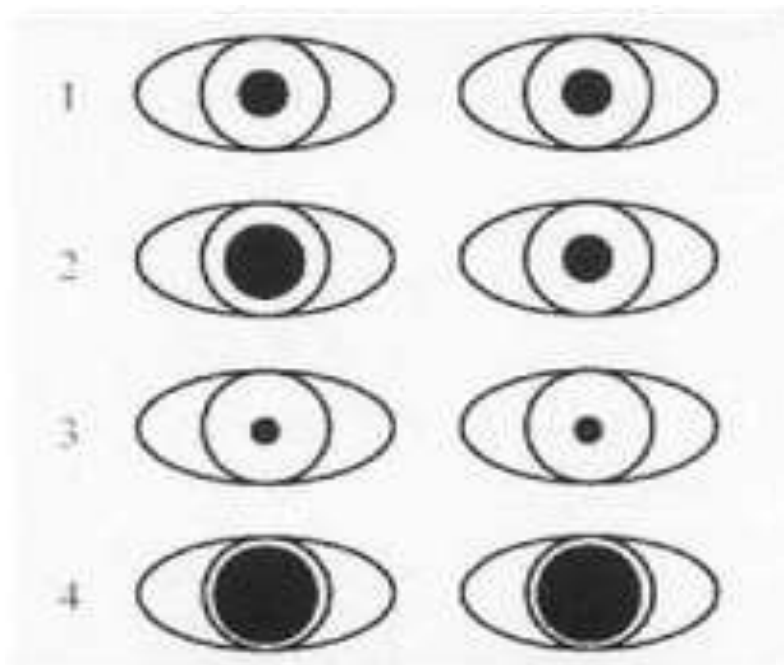
Examenul mini-neurologic

. I.Evaluarea stării de conștiință:

- **Alert - Conștient**
- **Verbal – Răspunde la stimuli verbali**
- **Durere – Răspunde la stimuli durerii**
- **Inconștient – Nu răspunde la orice stimul**

Examenul minineurologic

II. Starea pupilelor - Dimensiunea pupilelor si reactia la lumina (trebuie sa fie egale si sa-si modifice dimensiunea simultan, diminuându-se la lumina si marindu-se la întuneric).



Pupile normale

Pupile anizocorice

Pupile miotice

Pupile midriatice

Examenul minineurologic

III. Deficit motor lateralizat

Evaluarea sensibilitatii si capacitatii de miscare a membrelor superioare si inferioare.

Management



- a. Menținerea permeabilității căilor aeriene, asigurarea ventilației și oxigenoterapiei
- b. Controlul hemoragiei
- c. Profilaxia leziunilor cerebrale secundare
- d. Pansament (la necesitate)



Dupa evaluarea și stabilizarea funcțiilor cardio-respiratorii - victima se va examina din cap până în picioare pentru identificarea tuturor leziunilor

(EXAMENUL SECUNDAR)

Examenul secundar și managementul



- **Date generale despre pacient și
mecanismul traumei**

Craniul cerebral și maxilofacial

Evaluare

- ☐ Inspecție, palpare - pentru identificarea traumatismelor închise și deschise craniene și maxilofaciale a țesuturilor moi și osoase
- ☐ Reevaluarea pupilelor
- ☐ Reevaluarea stării de conștiență
- ☐ Evaluarea scorului GLAZGO
- ☐ Inspecția cavității nazale, bucale și a urechilor pentru depistarea scurgerilor de sânge și lichid cerebrospinal



La nivelul capului putem constata



**scurgeri de lichid cefalorahidian si
singe din urechi, nas, gura**



• ***Semnul lui Battle*** → vânătăie
în spatele urechii;



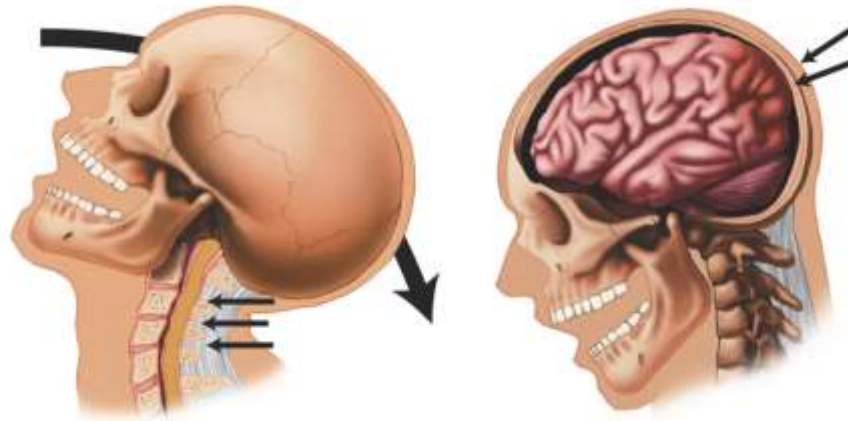
• ***Ochi de raton*** →
vânătăie în jurul ochiului;

Management

- a. Menținerea permeabilității căilor aeriene, asigurarea ventilației și oxigenoterapiei**
- b. Controlul hemoragiei**
- c. Profilaxia leziunilor cerebrale secundare**



C. Coloana cervicală și gâtul



Evaluare

- **Inspecție** - evidențierea traumatismelor și a participării în respirație a musculaturii accesorii
- **Palpare** - depistarea contracturilor, deformațiilor, emfizemului subcutan și deviației de trahee

Suspiciunea existentei leziunii de coloana cervicala apare:

- la orice pacient politraumatizat (pacientii care au mai mult de doua leziuni din care cel putin unul pune viata în pericol;
- la orice pacient care a suferit un traumatism la nivelul capului;
- la orice pacient care prezinta traumatism la nivelul toracelui în apropierea capului;
- la orice pacient constient, care acuza dureri la nivelul gâtului;
- la orice pacient care prezinta crepitatii sau deformari la nivelul gâtului;
- la orice pacient care prezinta un status mental alterat (aflati sub influenta alcoolului...).

Infirmarea suspiciunii de leziune la nivelul coloanei cervicale se poate face numai pe baza examenului radiografic.

Coloana cervicală și gâtul

Management

Menținerea în poziție adecvată de imobilizare a coloanei cervicale și protecția ei.



- evaluarea durerii si / sau a dificultatii respiratiei, rani, contuzii, hemoragii, leziuni osoase
- **Inspectați cutia toracică** pentru depistarea deformațiilor, asimetriei, penetrațiilor sau arsurilor. Se va atrage atenția la prezența mișcării paradoxale a cutiei toracice
- **Palpați coastele și sternul.** Simțiți orice crepitație, și observați dacă cutia toracică participă simetric în actul de respirație.

Management

- Revizia și corecția pansamentului ocluziv
- Stabilizarea (imobilizarea) regiunii.
- Stabilizarea oricărui corp penetrant.
- Pungă cu gheață
- Transportare de urgență la instituția medico - sanitară



Stabilizarea unui corp străin penetrant



Abdomenul

— Evaluare

- Se va evalua daca exista durere abdominala; rani, hemoragii;
- **Inspectia** - regiunii anterioare și posterioare la prezența semnelor de traumatism închis și deschis și a hemoragiei interne
- **Palpare** - evidențierea contracturii și durerii. Se va începe palparea prin aplicarea unei presiuni ușoare deasupra fiecărui cadran al abdomenului si se va atrage atenția la fața pacientului pentru depistarea durerii în timpul palpației.
- **Percusie** - depistarea zonelor de matitate deplasabile



Abdomenul



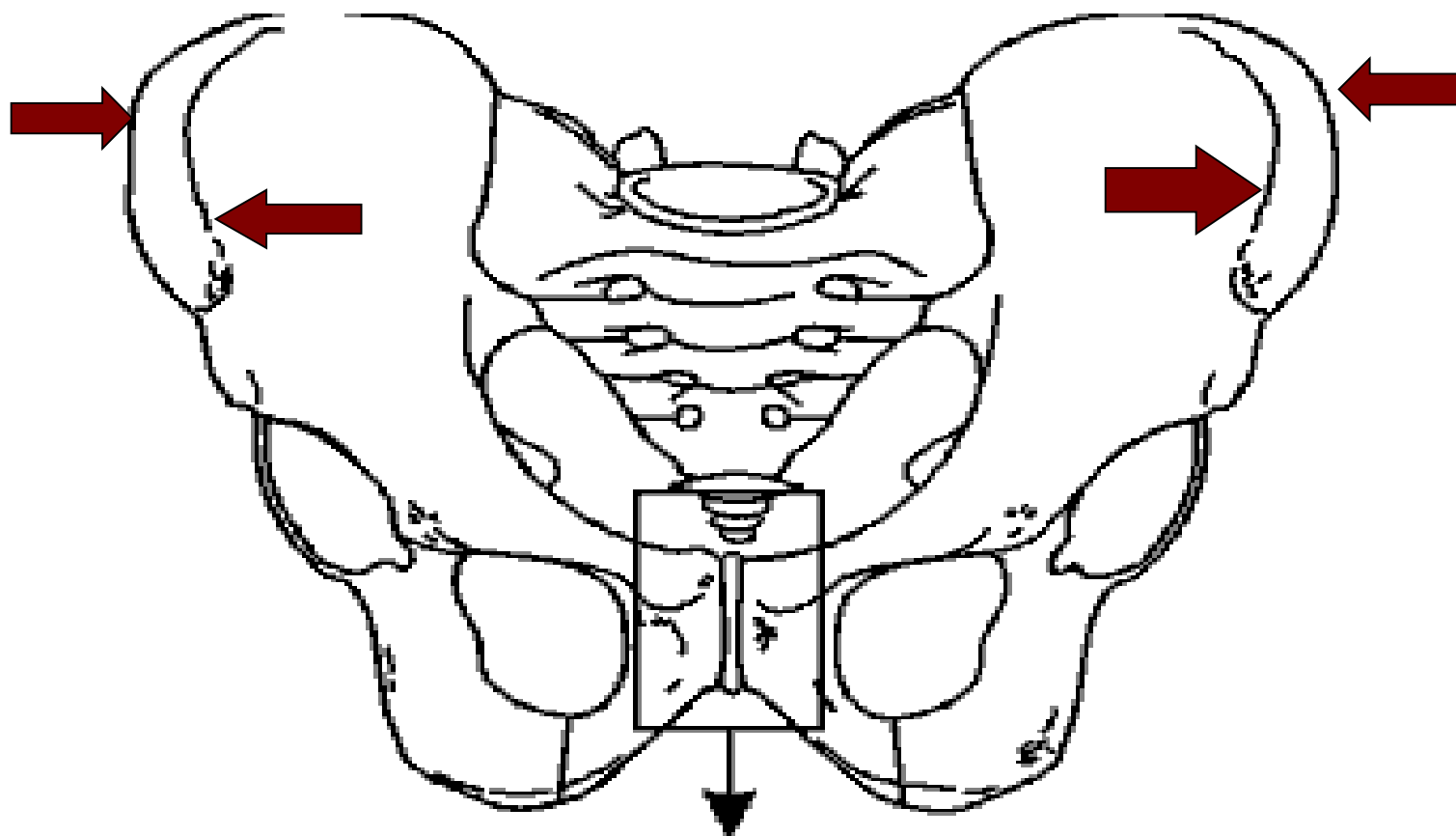
In caz de evisceratie (intestine ce comunica printr-o plaga cu exteriorul), se va proceda la acoperirea lor cu un pansament umed steril, fara a se tenta reintroducerea lor in cavitatea abdominala.

Abdomenul

Management

- » Punga cu gheata
- » Pansament (in caz de necesitate)
- » Spitalizare urgenta-Transferul bolnavului în sala de operație

Palparea oaselor bazinului și determinarea fracturilor și hemoragiei



Spinarea

1. Evaluare

- a. Deformații osoase
- b. Semne de traumatisme închise și deschise

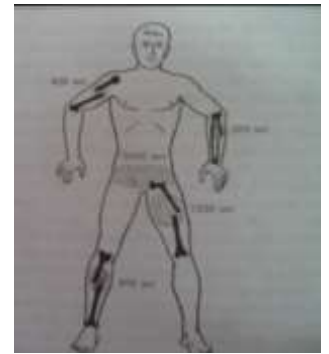
Spinarea

Management

Mobilizare pe scândură lungă în caz de
suspecție a traumei regiunii toracice sau
lombare de coloană



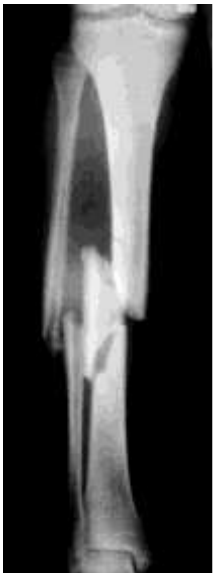
Extremități



Definiție: Fractura este o întrerupere parțială sau totală a continuității unui os, în urma unui traumatism.

Evaluare

Inspekția membrelor superioare și inferioare la prezența traumatismelor închise și deschise



Clasificare

Dupa starea invelisului de parti moi

Fracturi

- închise
- deschise

Fracturi deschise



Fractura deschisă este manifestată prin întreruperea integrității unui os cu focar de fractură exteriorizat, distrugerii importante de țesuturi moi și substratului osos

Diagnostic clinic

Simptoame si semne de probabilitate

- durerea in punct fix
- deformarea regiunii traumatizate
- tumefactie
- echimoza tardiva
- impotenta fuctionala



Diagnostic clinic

Semne de certitudine :

- intreruperea continuitatii osoase
- mobilitatea anormala
- crepitatiile osoase
- netransmiterea miscarilor

SEMNE LOCALE

Obligatoriu se va examena:

- Pulsul distal
- Temperatura și colorația tegumentelor
- Funcția motorie și sensibilitatea sub focarul de fractură



Management

- Analgetice
- Degajarea din focarul de producere a accidentatului: se face menținând pe cât posibil orizontalitatea corpului accidentatului și mai ales rectitudinea (aliniera în același ax) a segmentelor cap – gât – trunchi – membre.
- Așezarea accidentatului în poziție cât mai comodă și interzicerea oricărui tip de mișcări.
- Identificarea hemoragiei și asigurarea hemostazei provizorii; (garou, pansament compresiv)
- Plăgile existente vor fi pansate - se interzice explorarea focarului de fractură, înlăturarea fragmentelor osoase)
- Imobilizarea provizorie (atele improvizate din materiale rigide)
- Comfort termic