

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O.Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	--

REDAZIONE, RESPONSABILE I.O., VERIFICA, APPROVAZIONE

REDAZIONE	<p><i>Dr Annalisa Volpi, UO 1° Anestesia e Rianimazione</i></p> <p><i>Dr Maria Luisa Caspani, Responsabile UO 1° Anestesia e Rianimazione</i></p> <p><i>Dr Fausto Catena, Responsabile UO Chirurgia d'Urgenza</i></p> <p><i>Dr Giorgio Rossi, UO Chirurgia d'Urgenza</i></p> <p><i>Dr Massimo Pompili, UO Patologia dell'Apparato Locomotore</i></p> <p><i>Dr Paolo Bresciani, UO Radiologia di Emergenza ed Urgenza</i></p> <p><i>Dr Adriano Furlan, Responsabile U. O. Centrale Operativa 118</i></p> <p><i>Chiara Binaschi, Coordinatore infermieristico UO 1° Anestesia e Rianimazione</i></p> <p><i>Mara Fiazza, Coordinatore infermieristico Comparto Operatorio Chirurgico - Ala Ovest</i></p> <p><i>Antonella Gambarini, Coordinatore Infermieristico comparto operatorio Chirurgia d'Urgenza</i></p>
VERIFICA	<p><i>Dr Solange Viria Risolo (Responsabile Qualità Dip Emergenza-Urgenza)</i></p>
APPROVAZIONE	<p><i>Dr Franco Servadei Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza</i></p>
EMISSIONE	<p><i>Dr Annalisa Volpi UO 1° Anestesia e Rianimazione</i></p> <p><i>Dr Fausto Catena, Responsabile UO Chirurgia d'Urgenza</i></p> <p><i>Dr Massimo Pompili, UO Patologia dell'Apparato Locomotore</i></p> <p><i>Dr Paolo Bresciani, UO Radiologia di Emergenza ed Urgenza</i></p>

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA

ELENCO ALLEGATI

ALL. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO	REV. N.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	---

SOMMARIO

REDAZIONE, RESPONSABILE I.O., VERIFICA, APPROVAZIONE	1
Dr Solange Viria Risolo (Responsabile Qualità Dip Emergenza-Urgenza)	1
SCOPO/OBIETTIVO	4
CAMPO DI APPLICAZIONE	4
LUOGO DI APPLICAZIONE	4
1. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	4
ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	5
<i>Definizione di TRAUMA TORACICO: include qualsiasi lesione di gabbia toracica e/o del suo contenuto, includendo polmoni, albero tracheo-bronchiale, cuore, grossi vasi, esofago con associata o potenziale instabilità dei parametri vitali.</i>	7
MODALITA' OPERATIVE	7

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 3 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	---

SCOPO/OBIETTIVO

Fornire uno strumento pratico di riferimento per tutti gli operatori che si trovano a trattare i gravi politraumatizzati con trauma del bacino in shock emorragico che necessitano di packing pelvico extraperitoneale, in accordo con le linee guida ATLS indicando gli obiettivi organizzativi e clinici minimi da dover raggiungere.

Identificare i pazienti con trauma pelvico a rischio di shock emorragico

CAMPO DI APPLICAZIONE

Percorso assistenziale in emergenza per pazienti vittime di trauma grave con trauma del bacino in shock emorragico che necessitano di packing pelvico extraperitoneale da effettuarsi in Shock Room della Rianimazione 1 o in Comparto Operatorio Ala Ovest.

LUOGO DI APPLICAZIONE

(Si individuano i luoghi fisici in cui l'I.O. andrà applicata)

OSPEDALE /DIPARTIMENTO/U.O./SERVIZIO
Centrale Operativa 118
1° Servizio di Anestesia e Rianimazione
Chirurgia d'urgenza
Pronto Soccorso
Servizio di Radiologia
Ortopedie

1. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

(Si elencano le norme cogenti e/o le linee guida in conformità delle quali la I.O. in oggetto viene redatta)

Autore	Titolo	Data

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 4 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	---

ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

(Per la corretta lettura dell'I.O., si esplicitano in questo paragrafo le abbreviazioni usate, gli acronimi, i termini di non immediata comprensione presenti nell'I.O.)

ABBREVIAZIONI	
TC	Tomografia Computerizzata
PS	Pronto Soccorso
UO	Unità Operativa
GCS	Glasgow Coma Scale
ISS	Injury Severity Score
PAS	Pressione arteriosa sistolica
DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	
TRAUMA TEAM	Gruppo multidisciplinare, composto dai diversi specialisti afferenti alle specialità più frequentemente coinvolte nel processo assistenziale del traumatizzato: pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, radiologia, neuroradiologia, rianimazione/terapia intensiva, altri specialisti sulla base delle lesioni (Neurochirurgo, Chirurgo Toracico, Cardiocirurgo, Chirurgo Maxillo-Facciale, Chirurgo Pediatrico, Chirurgo Vascolare, Urologo).
TRAUMA GRAVE	<p>Evento che determina lesioni singole o multiple di entità tale da costituire un pericolo per la vita del paziente, di un organo o di un arto. Per la definizione di trauma grave in fase acuta, quando non sono disponibili indagini diagnostiche che supportino la gravità delle lesioni o queste siano incomplete, possiamo considerare i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>PARAMETRI VITALI</u> <ul style="list-style-type: none"> CONFIRMATA pressione arteriosa sistolica < 90 negli adulti; nei bambini tempo di riempimento capillare > 2 sec e/o pressione arteriosa sistolica < 90; Frequenza cardiaca > 130 o < 50 Dispnea e alterata frequenza respiratoria (adulti se <10 o > 29/min, bambini se <15 o > 40/min) Compromissione/ostruzione delle vie aeree, cianosi e/o intubazione; RTS≤13 (PTS < 9) GCS≤13 o alterato stato di coscienza nei bambini Convulsioni Pupille dilatate o non reattive Segni di lato Pazienti trasferiti da altri ospedali con necessità di trasfusione per mantenere parametri vitali accettabili

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 5 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSP
---	--	---

	<p>2. <u>LESIONI TRAUMATICHE EVIDENTI O SOSPETTE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidenza clinica di volet costale • Emotorace con fuoriuscita > 300 cc di sangue dal drenaggio pleurico subito dopo il posizionamento o persistente • Sospetto emoperitoneo • Sospetta lesione del bacino • Evidenza clinica o sospetto di lesione cardiaca o tamponamento pericardio • Lesione vascolare con alterata ischemia di un'estremità o emorragia significativa • Lesione a livello di 2 o più delle seguenti regioni corporee: testa, collo, torace, addome, pelvi, colonna vertebrale, femore • Frattura di 2 o più ossa lunghe (fr adiacenti radio/ulna o tibia/fibula NON contano come 2) • Lesioni spinali • Frattura cranica affondata • Lesioni da schiacciamento o amputazione di un arto (sopra il polso o caviglia) • Lesioni penetranti della testa, collo, torace, addome, pelvi,inguine e colonna • Ustione delle vie aeree o inalazione di fumi. • Ustioni: Adulti > 20% TBS, bambini > 10% TBS <p>3. <u>CRITERI DINAMICI (da considerare come possibili fattori di rischio di trauma grave in assenza di condizioni riconducibili ai punti 1 e 2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Espulsione dal veicolo/motociclista • deceduti nello stesso veicolo • intrusione dell'abitacolo > 30 cm • caduta da altezza > 3 mt • pedone proiettato od arrotato o investito a vel >10 Km/h • impatto ad alta energia (vel > 65 Km/h) • cappottamento • estricazione > 20 min <p>4. <u>ALTRI FATTORI DI RISCHIO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Età <15a o >60 • gravidanza • severe malattie cardiache o respiratorie • obesità • coagulopatie
--	--

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 6 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	---

TRAUMA MAGGIORE	trauma con ISS > 15
INJURY SEVERITY SCORE (ISS)	punteggio di gravità basato sull'entità anatomica delle lesioni riportate.
INSTABILITA' EMODINAMICA	Presenza di pressione arteriosa sistolica ≤ 90 mmHg dopo iniziale trasfusione di 2 sacche di sangue

PREMESSA

Lo shock emorragico nel paziente traumatizzato costituisce, insieme alle lesioni cerebrali, la principale causa di morte sia nella fase preospedaliera che in quella intraospedaliera ed in particolare rientra tra le principali cause di morti evitabili in questa tipologia di pazienti. L'identificazione della sede di sanguinamento non è sempre immediata e di facile valutazione, così come difficile è la quantificazione dell'entità della perdita emorragica, che risulta spesso sottostimata.

Nei pazienti con lesioni pelviche con instabilità emodinamica grave risulta ancora più complessa la definizione della fonte di sanguinamento principale e la modalità più corretta di "damage control" per il controllo del sanguinamento.

MODALITA' OPERATIVE

APPROCCIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO:

1. **Attivazione del Trauma Team:** prima dell'arrivo del paziente traumatizzato maggiore se vi sono indicazioni da parte del personale del 118 in merito ad instabilità dei parametri vitali o all'arrivo del paziente in shock room della Rianimazione 1 (vd protocollo di Attivazione Trauma Team) il Trauma Leader allerta
 - a. Rianimatore (3064)
 - b. Chirurgo d'urgenza (6834)
 - c. Radiologo (3267) per esecuzione di Rx torace, Rx bacino e FAST SEMPRE, fatta eccezione solo per i pazienti stabili sia dal punto di vista emodinamico che respiratorio, sia nel preospedaliero che all'arrivo in shock room e con segni evidenti di incuneamento cerebrale
 - d. Ortopedico in caso di sospetto o confermato trauma della pelvi

2. **Trattamento nel preospedaliero**

- ABCDE come da ATLS
- C Nei pazienti instabili emodinamicamente
 - Rimpiazzo volêmico considerando un target pressorio come da ipotensione permissiva fino al controllo dell'emorragia.
 - Nel paziente SENZA trauma cranico mantenere valori di PAS intorno ai 70-80 mmHg se possibile (target è la presenza del polso radiale), ed EVITARE l'uso delle amine prima del controllo chirurgico dell'emorragia
 - Nel paziente CON trauma cranico cercare di mantenere valori di PAS intorno ai 90 mmHg prima del controllo chirurgico dell'emorragia

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 7 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	---

- Posizionare pelvic binder (lenzuolo, fascia elastica, tPOD) nei pazienti in shock emorragico con possibile coinvolgimento pelvico (dinamica maggiore, segni di trauma addominale, arto extra-ruotato)

3. Valutazione e trattamento del paziente in shock room

- ABCDE come da ATLS
- C Nei pazienti instabili emodinamicamente
 - Iniziare fluidi o protocollo trasfusione massiva in base alle condizioni emodinamiche considerando un target pressorio ai limiti inferiori fino al controllo dell'emorragia:
 - Inizia infusione di sangue 0 negativo e plasma con un rapporto 1:1. Dopo le prime 6 sacche di sangue se permane instabilità emodinamica inizia infusione di piastrine con un rapporto sangue:plasma:piastrine di 1:1:1, indipendentemente dal valore dell'emocromo, come da "Protocollo Trasfusione Massiva".
 - Somministrare Acido Tranexamico (1 gr in 10 min e a seguire 1 gr in 8 ore)
 - Nei pazienti in shock emorragico somministrare Fibrinogeno al dosaggio di 50 mg/Kg
 - Nel paziente SENZA trauma cranico mantenere valori di PAS intorno ai 70-80 mmHg se possibile (target è la presenza del polso radiale), ed EVITARE l'uso delle amine prima del controllo chirurgico dell'emorragia
 - Nel paziente CON trauma cranico cercare di mantenere valori di PAS non inferiori ai 90 mmHg prima del controllo chirurgico dell'emorragia
 - Utilizza liquidi riscaldati (Level 1)
 - Posizionare pelvic binder in presenza di segni di lesioni della pelvi o nel sospetto di trauma pelvico (tPOD se disponibile o chiudere il bacino con lenzuolo in attesa di posizionare tPOD)
 - Evitare mobilitazioni del paziente non necessarie (il tPOD può essere utile anche nelle fratture non a libro aperto del bacino in quanto ha probabilmente una funzione di immobilizzazione temporanea della frattura)
 - Effettuare Rx bacino, Rx torace, FAST. Il tecnico di radiologia deve rimanere immediatamente disponibile durante la permanenza del paziente in shock room per l'esecuzione di indagini di controllo ritenute necessarie.
 - Allertare, se non ancora effettuato, ortopedico e chirurgo d'urgenza che devono essere presenti in shock room
 - Le sedi dove poter effettuare la procedura salvavita di packing pelvico extraperitoneale sono la Shock Room della Rianimazione 1 ed il Comparto Operatorio
 - Considerare trattamento chirurgico come procedura salvavita (Packing pelvico extra-peritoneale) nei pazienti con trauma pelvico con segni di frattura instabile di bacino (clinica e/o radiologica), esposta o meno, associato a shock emorragico non responsivo alla trasfusione iniziale, in particolare si identificano le seguenti possibilità:

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 8 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	---	---

- pazienti che, dopo adeguato riempimento con cristalloidi ed emotrasfusioni, non rispondano adeguatamente al trattamento di rianimazione e non abbiano segni di emorragia in altri distretti corporei sono sicuramente candidati a Packing Pelvico Extraperitoneale (PPE), pinzone pelvico/fissazione esterna ed eventuale arteriografia. Tale manovra può essere eseguita in shock room.
- pazienti che, dopo adeguato riempimento con cristalloidi ed emotrasfusioni, non rispondano adeguatamente al trattamento di rianimazione e abbiano segni di emorragia in altri distretti corporei sono sicuramente candidati a PPE, pinzone pelvico/fissazione esterna ed eventuale arteriografia. Nel caso in cui questi pazienti siano meritevoli di laparotomia/toracotomia, il PPE può essere eseguito in shock room o in C. O.
- pazienti che debbano essere sottoposti ad esplorazioni diagnostiche o manovre interventistiche che potrebbero prolungarsi (es. TC o interventi neurochirurgici), potrebbero essere candidabili a PPE e fissazione esterna. Tale manovra può essere eseguita in shock room.
- tutti i pazienti con segni di frattura di bacino e stabilità emodinamica ottenuta dopo trattamento intensivo rianimatorio e chirurgico, devono essere sottoposti a TC
- L'arteriografia dovrebbe essere eseguita dopo esecuzione di TC, in cui sia presente blush di mdc extravasale oppure nei casi in cui, in assenza di ulteriori fonti di sanguinamento, malgrado l'esecuzione di Packing Pelvico Extraperitoneale, persista una condizione di ipotensione, che controindichi l'esecuzione di TC.

4. Attivazione delle competenze chirurgiche e/o di radiologia interventistica

- a. Il Chirurgo d'Urgenza dovrebbe essere già presente all'arrivo del paziente in quei casi in cui siano indicazioni di instabilità emodinamica da parte del personale del 118
- b. Nei casi in cui non vi siano informazioni dal preospedaliero allertare il Chirurgo d'Urgenza all'arrivo del paziente in shock room con segni di instabilità emodinamica o emodinamica borderline.
- c. Il Chirurgo d'Urgenza DEVE rimanere in SHOCK ROOM fino al momento in cui non è stato definito un percorso diagnostico o terapeutico (diagnostica avanzata se possibile o immediato trattamento chirurgico)
- d. L'Ortopedico deve essere allertato immediatamente in caso di sospetto trauma pelvico indipendentemente dalla disponibilità dell'Rx al momento della chiamata.
- e. Il Chirurgo d'Urgenza o un componente medico del Trauma Team attiverà ulteriori competenze specialistiche in base all'orientamento diagnostico e terapeutico (Angiografista, Chirurgo Toracico, Cardiochirurgo, Chirurgo Vascolare)

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 9 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	---

- f. Le indicazioni al percorso diagnostico da effettuare in fase acuta vengono comunque date dal Trauma Team presente in ospedale, indipendentemente dalla presenza o meno degli specialisti consulenti attivati e non ancora presenti.
- g. La decisione sull'immediata necessità di trattamento chirurgico viene presa dal Chirurgo d'Urgenza in accordo con i componenti del Trauma Team presenti in ospedale e l'arrivo di ulteriori competenze specialistiche non deve ritardare il percorso del paziente

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 10 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

5. Effettuazione Packing Pelvico Extraperitoneale

a. Sede

- i. Shock Room Rianimazione 1
- ii. Sala Operatoria dell'Emergenza C.O. Ala Ovest o altra Sala Operatoria del Comparto Ala Ovest

b. Materiale

- i. Il materiale necessario è conservato in un cesto dedicato in shock room della Rianimazione 1. Il materiale viene ripristinato dopo ogni utilizzo da parte del personale della Sala Operatoria dell'Emergenza Blocco Ala Ovest.
- ii. Il pinzone pelvico viene conservato c/o la Shock Room del 1° Servizio di Anestesia e Rianimazione
- iii. Il cesto contiene il materiale elencato nella tabella sottostante

STRUMENTO	MISURA	CODICE	QUANTITA'
Elettrobisturi			
Pinze anatomiche	25 cm	12.120.25	2
Portabisturi da 24	12 cm	10.130.04	1
Forbici Mayo curva	17 cm	11.181.17	1
Pinze da emostasi definitiva Bengolea	21 cm	13.391.20	2
Passafili	24,5 cm	13.487.24	1
Portaghi Hegar da parete	26 cm	20.646.26	1
Retrattori: Mikulitz	160x50	15.603.03	2
Garze Quadrate			10
GarzeLaparotomiche con filo di bario			50

- c. Personale: Chirurgo d'Urgenza, eventualmente affiancato da un altro chirurgo (Chirurgo d'Urgenza o Ortopedico) se presente e da un infermiere (della Rianimazione 1 o del C.O. Emergenza blocco Ovest nel caso sia già presente in ospedale). Negli orari notturni e nei giorni festivi e prefestivi il personale reperibile del C.O Emergenza Blocco Ovest verrà attivato nel momento in cui viene allertato il Chirurgo d'Urgenza per l'arrivo di un paziente instabile emodinamicamente o con potenziali/sospette lesioni emorragiche.

d. Tecnica

- i. Incisione mediana pubo-cefalica di circa 8 cm.
- ii. Divaricazione dei muscoli retti.
- iii. Scollamento smusso del piano retromuscolare, esteso ai due lati della vescica, lungo le ossa iliache fino alla superficie sacrale (spazio probabilmente già occupato dalla presenza dell'ematoma).
- iv. posizionamento di 3 / 4 garze laparotomiche per lato, avendo cura di stipare accuratamente lo spazio retroperitoneale.
- v.-posizionamento di catetere sovrapubico (contattare urologo).
- vi. chiusura muscolo cutanea (Maxon loop e graffette metalliche).
- vii. T-pod/pinzone pelvico

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PACKING PELVICO EXTRAPERITONEALE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.05P012AOSPPR
---	--	---

viii. a 48 ore 2nd look, rimozione del packing o riconfezionamento se persiste sanguinamento.

e. Assistenza infermieristica

Nel caso in cui venga effettuato PPE verrà attivato il personale della sala operatoria in reperibilità (attivare coppia infermieri reperibile per le emergenze emorragiche cioè la 2° coppia reperibile). In attesa del loro arrivo, il personale infermieristico della shock room della rianimazione coadiuverà l'attività del Chirurgo d'Urgenza per le necessità immediate.

Data 19/10/2012	Rev .0	Pag. 12 di 13
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

FLOW CHART

Trattamento iniziale del paziente con fratture dell'anello pelvico con segni di emorragia significativa

