Algorithmes d'admission aux urgences des sites adultes du CUSM

Dernière modification 11 février 2025

Par Marc Béique et Jean Deschesnes

•PREAMBULE:

L'algorithme d'admission qui suit définit les services privilégiés d'admission pour les conditions médicales les plus fréquentes se présentant dans nos urgences. Il ne s'agit pas d'un substitut à une discussion entre collègues pour déterminer le service le plus approprié pour admettre un patient. Une discussion entre les patrons est obligatoire et une entente aura priorité sur l'algorithme. Noter que les résidents ne doivent pas être impliqués dans les discussions autour des cas contentieux.

Si une telle entente n'est pas atteinte, le médecin coordonnateur de l'urgence prendra la décision, en se basant sur l'algorithme qui suit. Dans des situations exceptionnelles, un appel au DSP de garde peut être fait par le médecin coordonnateur de l'urgence ou par l'urgentologue (hors des heures régulières) pour arbitrer la situation.

Certaines conditions médicales peuvent être admises par plusieurs services, auquel cas, ils sont listés en ordre préférentiel dans l'algorithme qui suit. De façon générale, le service listé en premier sera consulté celui-ci aura la responsabilité du cas. Les autres services peuvent être consultés par celui-ci si approprié. Sauf dans les cas où le diagnostic provisoire justifiant la demande d'admission ne correspond pas à l'algorithme, ce service doit faire une demande d'admission en attendant qu'un autre service accepte de prendre la relève. Cette directive a pour but d'éviter que l'équipe de l'urgence demande d'emblée plusieurs consultations pour une même admission.

Les admissions à l'unité GOLD ou JADE se font suite à l'évaluation par la médecine interne. Nous avons indiqué l'unité GOLD ou JADE pour certains diagnostics pour lesquels ce service est à privilégier, mais il ne s'agit pas d'une sélection exhaustive. Une variété de conditions médicales peuvent être admises à l'unité GOLD ou JADE, si jugé approprié par la médecine interne.

Tout patient qui est trop malade pour être admis à l'étage doit être évalué par l'équipe de soins intensifs.

Les admissions aux SSU ne sont pas restreintes à certains diagnostics. Elles peuvent être indiquées pour tout patient dont le séjour hospitalier prévu est de 72 heures ou moins. Nous avons indiqué SSU en premier lorsqu'il s'agit du service à privilégier pour l'admission, mais cette liste n'est pas une sélection exclusive ou exhaustive. Le soir, le patron au SSU est disponible pour discuter si nécessaire des cas potentiels jusqu'à 22:00 tous les jours.

Pour toute clarification concernant ce document, vous pouvez vous adresser à Dr Marc Béique ou à Dr Frederic Dankoff. Ce document a été revu 6 mois après son entrée en application et sera revu à l'automne 2025 sauf si une situation urgente le justifie.

Algorithme d'admission aux urgences

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Maladie dermatologique aiguë nécessitant une admission		SSU(72 heures) Médecine interne
Dissection aortique	Atteinte de l'aorte ascendante et de la crosse ("Type A")	Chirurgie cardiaque
	Distale de l'artère sous-clavière gauche ("Type B")	Chirurgie vasculaire
Maladie biliaire	Biliaire bénigne, non liée au cancer:	
	Cholédocholithiase sans cholécystite ou cholangite nécessitant une hospitalisation	SSU moins que 72 heures ACS plus que 72 heures
	Cholécystite, colique biliaire crescendo, cholangite (y compris les endoprothèses et le drainage externe pris en charge par ACS)	ACS
	Obstruction biliaire nécessitant une CPRM	SSU sans consultation de ACS
	Maladie biliaire maligne :	
	Nouveau diagnostic ou suspicion ET potentiellement résecable; Complication de la chirurgie ; complication chirurgicale de la procédure (perforation ; obstruction ; hémorragie ; pancréatite).	Chirurgie hépatobiliaire (RVH)
Cas connus documentés par la chirurgie comme n'étant clairement pas résecables et non liés aux complications énumérées ci-dessus.	Suivre l'algorithme de l'oncologie	
Douleurs dorsales / radiculopathie	Sans symptômes neurologiques	Médecine interne (GOLD ou JADE) SSU si moins que 72h
Obstruction de l'intestin grêle	Chirurgie abdominale ou pelvienne par un service de sous-spécialité dans les 3 mois, soins actifs du cancer en cours ou surveillance active par un service de sous-spécialité.	Service de sous-spécialité (par exemple, gynécologie-oncologie, colorectal, urologie, hépatobiliaire)
	Obstruction intestinale maligne SI LA CHIRURGIE LA JUGE NON OPÉRATIVE et qu'aucune autre chimiothérapie n'est prévue.	Soins palliatifs
	Tous les autres (*pour les cas de MICI, voir : Crohn)	ACS (consultation)
	Non-opératoire et résolutive	SSU moins que 72h ACS plus que 72h

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Obstruction du colon	Mécanique	ACS
	pseudo-obstruction (Ogilvie)	Médecine
	Obstruction intestinale maligne SI LA CHIRURGIE LA JUGE NON OPÉRATIVE et qu'aucune autre chimiothérapie n'est prévue.	Soins palliatifs
Cellulite Note : en cas d'infection grave des tissus mous, voir la section sur la fasciite nécrosante.	Faciale	OMF SSU si moins de 72 hrs.
	Oropharyngé/laryngé	ENT
	SI associé à un abcès nécessitant un drainage (même si le drainage est effectué aux urgences)	
	Périanal	ACS
	Scrotale	Urologie
	Vulvaire	Gyne.
	Main	Chirurgie plastique
	extrémités (voir aussi ulcères du pied diabétique)	Médecine interne (GOLD) SSU moins que 72h Méd interne plus que 72h
Autres	service le plus approprié selon la présentation	
Douleur thoracique d'origine cardiaque (voir aussi péricardite)	Syndrome coronarien aigu ou épanchement péricardique avant tamponnade	Cardiologie
	Post-chirurgie cardiaque : dans le mois qui suit la sortie de l'hôpital	Chirurgie cardiaque
Syndrome du compartiment (ou suspicion de) syndrome du compartiment	La plupart	Ortho (tous les membres inférieurs et supérieurs avec fracture); Plastiques (extrémité supérieure sans fracture)
	Abdominale	Traumatisme (si mécanisme de traumatisme) ACS (autres)
	Main	Chirurgie plastique
Insuffisance cardiaque congestive	Douleur thoracique persistante, SCA, causée par une arythmie persistante	Cardiologie
	Intubé	CCU, ICU – Disponibilité de lits
	Patient de la clinique d'insuffisance cardiaque (<65 et/ou pré-transplantation) ou MAUDE	Cardiologie
	VAD - dispositif d'assistance cardiaque mécanique	ICU, chirurgie cardiaque Les urgences doivent suivre l'algorithme de la politique de prise en charge des patients sous VAD (politique disponible aux urgences, objectif de transfert du patient vers l'USI ou le D7 dans les 30 minutes suivant l'arrivée, pour tous les patients, quel que soit le diagnostic).
	Tous les autres	SSU moins de 72h

		Médecine interne plus de 72h
--	--	------------------------------

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Maladie pulmonaire obstructive chronique MPOC/Asthme	Aiguë, nécessitant une ventilation assistée, intubée	ICU, ICU respiratoires si l'on sait qu'il s'agit d'un ICM
	Comorbidité active importante (par exemple, DKA, AKI)	Médecine Interne
	Tous les autres	SSU si moins que 72 hrs. Pneumologie , Médecine interne (HGM seulement,
Patient dialysé	Problème d'accès chirurgical (non infecté)	Fistule: Ch. Vasculaire
	Infection de la ligne sans septicémie /choc	Médecine interne
	Péritonite dialysé péritonéale	Médecine interne
Ulcères du pied diabétique	consulter l'Infectiologie pour traitement en externe	SSU si délais
	Patients vasculaires suivis au CUSM et nécessitant un débridement au bloc opératoire	Chir. Vasculaire
	Autre indication pour l'admission	Médecine interne
Échec de congé *Retour en moins de 28 jours ** **Les transferts en ré-adapt pour des problèmes aigus ne sont pas limités à 28 jours. Les patients en échec de ré-adapt ne doivent pas être envoyés aux urgences, ils sont réadmis directement dans le service de soins d'origine	À l'exclusion des maladies critiques aiguës nécessitant une prise en charge immédiate par une autre sous-spécialité (par exemple, infarctus, accident vasculaire cérébral, intervention chirurgicale).	Service original
Diverticulite	Nécessitant une intervention chirurgicale ou compliquée	ACS
	Sans complication	SSU moins que 72h ACS plus de 72 h
Troubles de l'alimentation		Psychiatrie
	Déséquilibre métabolique grave nécessitant un traitement par voie intraveineuse	Médecine interne

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Empyème, infection pleurale, pneumothorax, hémothorax	Infection de l'espace pleural après une chirurgie thoracique récente (30 jours), perforation de l'œsophage, empyème avec échec de traitement fibrolytique nécessitant une décortication chirurgicale, pneumothorax primaire et pneumothorax secondaire non associé à un traumatisme chez des patients dont la fonction pulmonaire est normale.	Chir Thoracique (MGH)
	Traumatisme contondant ou pénétrant associé pneumothorax ou hémothorax	Trauma
	Épanchement para pneumonique compliqué et empyème nouvellement diagnostiqués sans traitement fibrinolytique préalable. Pneumothorax secondaire dû à une maladie pulmonaire grave (BPCO/fibrose pulmonaire).	Pneumologie
	Autres cas non nécessitant ICU.	Pneumologie
Endocardite	Maladie cardiaque congénitale	Cardiologie
	Exigeant une chirurgie	Chirurgie cardiaque
	Tous les autres	Médecine interne
Sevrage de l'éthanol/intox médicamenteuse	Stable mais nécessitant une admission : stable défini comme nécessitant moins de 120 mg de diazépam / 24 heures (ou équivalent)	SSU quand c'est stable SSU moins que 72h Médecine interne plus que 72h
	si la dose de BDZ est plus élevée ou si le patient a besoin d'un traitement de seconde ligne	Soins intensifs
	si les comorbidités nécessitent une admission indépendamment du sevrage	Médecine interne
	Surdosage en acétaminophène sans toxicité hépatique nécessitant du NAC	SSU Transfert en psychiatrie pour les patients de notre secteur après 72h BIU si hors secteur et ne nécessitant que du NAC
Chutes (ou incapacité à se déplacer)	En cas de lésion opératoire, de traumatisme, de fracture ou de lésion de la moelle épinière	Suivre les algorithmes pour les fractures/MSK, la colonne vertébrale et les traumatismes
	Tous les autres	SSU moins que 72 h Autre: décision influencée par des problèmes sous-jacents tels que l'infection, les troubles métaboliques importants, la démence, les événements

		neurologiques aigus.
--	--	----------------------

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Fracture/Blessure MSK * Blessures associées - voir Traumatismes	Opératoire, intervention nécessaire:	
	Facial	Plastiques ou OMF selon le calendrier de garde
	Main	Plastique
	Colonne vertébrale	Voir colonne vertébrale
	Tous les autres	Ortho
	Fractures ne nécessitant pas de soins chirurgicaux mais exigeant une admission (par exemple, fracture isolée de l'anneau pelvien, fractures de la colonne vertébrale thoracique et lombaire).	SSU (priorité pour le transfert NSA) Autre service selon l'algorithme si problème médical aigu nécessitant une admission
Déclin fonctionnel chez les personnes âgées sans problème médical aigu		Se référer à l'algorithme d'admission non médicale avant de demander l'admission dans un service. Lit non enseignant (Service GIM traitant, GOLD ou JADE)
Gastro-entérite et colite infectieuse		SSU moins de 72h Médecine Interne plus de 72h
Saignement gastro-intestinal GI statuera en cas de désaccord sur l'admission d'un service.	Saignement gastro-intestinal inférieur et supérieur sans signe de perte de sang supplémentaire, hémogramme stable (chute de l'Hb inférieure à environ 1g/6h), hémodynamiquement stable, nécessitant une admission pour un examen endoscopique. Note : l'anticoagulation n'est pas un critère d'exclusion. Autre:	SSU moins que 72h
	Saignement gastro-intestinal supérieur (prox lig de treitz)	GIM (Avec consultation du service GI)
	Hémorragie digestive basse (distale par rapport au ligament de Treitz)	ACS
Maladies inflammatoires de l'intestin	Majorité des cas (exacerbation d'une maladie connue)	Médecine Interne (MGH) SSU
	Indication d'une intervention chirurgicale, obstruction intestinale, perforation, abcès (supérieur à 4 cm), hémorragie digestive basse importante.	ACS
Saignement intracrânien	Traumatique, isolé	Neurochirurgie (MGH seulement)
	Atraumatique	Neurologie Neurochirurgie (MNI)

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>	
Colite ischémique	Tous les cas nécessitant une admission	ACS	
Membre ischémique	Jambe ischémique et infection, douleur ou gangrène, et absence de pouls	Chirurgie vasculaire	
Biopsie rénale	Ne nécessitent généralement pas d'admission et devraient se rétablir à l'hôpital de jour	SSU	
Abcès du foie	Pyogène (Nouveau diagnostic)	ACS	
	Complication postopératoire ou complication d'une maladie chirurgicale (par exemple biliaire, diverticulaire, appendice, etc.)	Service chirurgical approprié en fonction de la maladie sous-jacente	
Insuffisance hépatique (par exemple, hépatite, cirrhose, ascites liées au foie)	Médical (immunitaire, viral, etc...) sans indication chirurgicale	Médecine interne (privilégier RVH pour l'accès à l'hépatologie)	
	Drainage (stent, obstruction), dysfonctionnement du greffon, lié au cancer	Suivre les algorithmes biliaires, de transplantation et d'oncologie	
Cœur mécanique (et « VAD ») *Le perfusionniste de garde et La chirurgie cardiaque doit être consultée dès l'arrivée au service des urgences. Les patients ne doivent pas rester aux urgences, ils doivent être admis en chirurgie cardiaque ou à l'unité de soins intensifs.	Tous les cœurs mécaniques, quel que soit le diagnostic potentiel	Chirurgie cardiaque ou unité de soins intensifs (HRV uniquement) *La chirurgie cardiaque décidera	
Fasciite nécrosante SUSPECTÉE sur la base des signes cliniques : douleur, signes cutanés, fièvre et LRINEC >5.	Le service dans la colonne de droite est responsable du cas (i.e la chirurgie générale n'est plus responsable de coordonner tous les cas)	Admission pour suivre les soins chirurgicaux prodigués et la nécessité pour le patient de subir un nouveau débridement.	
	Les transferts STAT entre les urgences doivent être facilités par le personnel des urgences : réservation de l'ambulance, notification à l'urgence du site alternatif.	Torse ACS (MGH/RVH)	
		Tête et Cou ORL (RVH/MGH)/ OMF (MGH)	
		Membre supérieur Plastique (MGH/RVH)	
		Membre inférieur Ortho (MGH/RVH)	
		Perineum (male) ACS + urologie	
Perineum (femme) ACS (MGH/RVH) + gyneco			

--	--	--

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
<p>Problème d'oncologie médicale chez les patients atteints d'un cancer actif – Recevant un traitement (y compris les complications de la thérapie) Oncologie urologique Oncologie gynécologique Oncologie hépatobiliaire</p> <p>Toute consultation en soins palliatifs doit être discutée par le MD référant avec le/la patient(e) s'il ou elle n'est pas suivi par le service et surtout s'il s'agit de contrôle de symptômes plutôt que de soins de fin de vie.</p>	<p>Traitement actif du cancer Chimiothérapie</p>	
	<p>Problèmes médicaux pendant la chimiothérapie (pneumonie, URI, UTI, lésions rénales aiguës - toutes causes confondues)</p>	<p>Médecine interne, avec consultation de l'équipe d'oncologie pour le niveau d'intervention, le pronostic et le soutien.</p>
	<p>Complication directe et complexe liée à la chimiothérapie, y compris l'immunothérapie, l'insuffisance rénale /déshydratation liée à la chimiothérapie, la neutropénie fébrile nécessitant une admission sans foyer septique.</p>	<p>Service de traitement : Oncologie médicale, Hémo-oncologie, Gynécologie</p>
	<p>Radiothérapie</p>	
	<p><72 heures de traitement nécessitant l'admission</p>	<p>SSU (RVH),</p>
	<p>>72 heures de traitement nécessitant l'admission</p>	<p>Med Int (JADE) avec cogestion de radio-oncologie) Gynécologie, urologie</p>
	<p>Compression de la moelle chez les patients cancéreux actifs : Service de la colonne vertébrale et consultation en radio-oncologie, cas à discuter avec les deux services.</p>	
	<p>Opératoire</p>	<p>Service de la colonne vertébrale Consulter la radio-oncologie</p>
	<p>Non opératoire, nécessitant une radiothérapie</p>	<p>Admettre au RVH. Suivre l'algorithme de radiothérapie ci-dessus</p>
	<p>Symptômes non contrôlés liés à une complication du cancer ou du traitement : (douleur, nausée, dyspnée, délire) et pour lesquels le traitement primaire est axé sur les symptômes, quel que soit le niveau d'intervention, ET à la discrétion du médecin de l'UCP et de l'infirmière gestionnaire. (par exemple, crise douloureuse d'origine connue, complication du traitement de la douleur, hypercalcémie, obstruction intestinale lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas indiquée).</p>	<p>Soins palliatifs (priorité)</p> <p>Oncologie</p> <p>Médecine interne</p> <p>Gynécologie-oncologie (pour les patients suivis en gynécologie-oncologie)</p>

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs Spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Problème d'oncologie chez les patients atteints de cancer qui ne sont PAS sous traitement actif Si palliatif, voir catégorie suivante	Examen d'une nouvelle lésion correspondant à un nouveau diagnostic potentiel de cancer	Médecine interne (Favoriser RVH si le traitement pendant l'admission est probable)
	Récidive, nouvelles lésions dans un cancer connu, nouveau problème lié au cancer	Admettre au médecin/service responsable du suivi du cancer
Les patients oncologiques atteints d'un cancer avancé qui ne sont plus éligibles à une thérapie contre le cancer ou qui ne souhaitent plus de traitements oncologiques .	Pas de documentation de niveau d'intervention à l'arrivée au DU dans OACIS	Oncologie
	Symptômes non contrôlés OU preuve d'un pronostic mesuré en jours	Soins palliatifs SSU si on prévoit un rapatriement rapide vers un hôpital du CISSS/CIUSSS ou vers une unité de soins palliatifs/service communautaire <72 heures
Ostéomyélite	Post-opératoire, lié au matériel	Service concerné
	Tous les autres	Médecine interne En cas d'intervention chirurgicale, voir fracture/MSK et colonne vertébrale
Pancréatite	Biliaire et ou sévère (grade C, D et E ; nécrose)	ACS
	Autre	SSU < 72 hrs Médecine interne > 72 hrs
Pharynx, Tissus mous Cou	Compromis des voies respiratoires nécessitant une surveillance	ICU
	Pharyngite, abcès, maladie des tissus mous non cancéreuse	ENT , SSU
Pneumonie	N'a pas quitté un service au cours des 28 derniers jours	Médecine interne, Respiratoire si cas connu ou complexe (mucoviscidose, fibrose sur liste de transplantation pulmonaire, etc...) SSU si moins que 72 hrs
	Maladie pulmonaire, aucune autre maladie comorbide	Pneumologie Médecine interne

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Psychose	Cause organique nécessitant un traitement médical ou des examens continus	Médecine Interne
	Cause organique liée à un diagnostic neurologique connu.	Neurologie Psychiatrie
	Exacerbation d'une affection psychiatrique chronique et absence de causes organiques aggravantes.	Psychiatrie , transfert hospitalier de secteur
	Pas de cause organique identifiée, pas d'antécédents	Psychiatrie
Embolie pulmonaire	Stable nécessitant admission	Médecine Interne
Pyélonéphrite	Calcul urétéral obstruant, intervention GU au cours des 28 derniers jours ou matériel urologique en place (par ex. double J, néphrostomie, à l'exclusion de sonde Foley).	Urologie
	Tous les autres	SSU moins de 72 hrs. Médecine interne
	Enceinte	Gyne
Rhabdomyolyse	Non lié à une blessure par accident	SSU moins de 72 hrs. Médecine interne
	Blessure par écrasement	Trauma
Lésions rénales aiguës	Nouvelle obstruction nécessitant intervention	Urologie
	Obstruction secondaire a un cancer	Voir section oncologie sauf si cancer urologique – alors admission en urologie
	Autres	Médecine interne
Inflammation des articulations	Épaule, coude, hanche, genou, cheville Post-opératoire ou remplacement articulaire	Orthopédie
	Colonne vertébrale	Voir la moelle épinière ci-dessous
	Mi-pied	Ortho
	Main/poignet	plastiques
	Tous les autres	Médecine Interne
Crise d'anémie falciforme		Médecine Interne

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Troubles de la moelle épinière	Traumatique (Tous doivent être consultés au service de traumatologie)	
	Moelle (isolé)	Service de la colonne vertébrale
	Avec autres lésions traumatiques nécessitant surveillance ou intervention	Trauma
	Non-traumatique	
	Chirurgie (par exemple, infection, compression, hémorragie)	Service de la colonne vertébrale (MGH), Neurochirurgie (MNH)
	Médical (e.g. Sclérose en plaque, syphilis)	Médecine Interne Neurologie
	Cancer	Suivre l'algorithme d'oncologie
Fractures de la colonne vertébrale, fractures C/T/L isolées	Instable	
	Opératoire	Service des maladies de la colonne vertébrale
	Stable	
	Opératoire, toute colonne vertébrale C	Service des maladies de la colonne vertébrale
	Non-opératoire, collier, attelle ou simple compression C/T/L nécessitant une analgésie +/- rééducation	SSU Accès prioritaire au lit NSA
	Avec une lésion de la moelle épinière	Voir moelle épinière
Avec les blessures associées	Voir Trauma	
Saignements spontanés (coagulopathie)	Par exemple : rétropéritonéale, etc.	Médecine Si nécessite une intervention chirurgicale ou une embolisation : ACS
Accident vasculaire cérébral ischémique	Accident vasculaire cérébral suraigu, thrombectomie potentielle	Transfert immédiat vers MNH (CH3 sur le protocole CVA)
	Accident vasculaire cérébral aigu	Voir l'algorithme de transfert de l'AVC et le protocole de l'AVC dans la liste des documents sur le flux des patients qui se trouve sur l'intranet. L'HNM ou l'HGM doivent être clarifiés par le personnel de neurologie chargé de l'admission.

<i>Diagnostic/ Problème actuel</i>	<i>Facteurs spécifiques</i>	<i>Service d'admission</i>
Patient transplanté	Transplantation cardiaque et problèmes relies	Chirurgie cardiaque, Cardiologie (RVH)
	Moelle osseuse, cellules souches : échec de la greffe, GVHD, infection atypique	Hématologie
	Foie et pancréas : Dysfonctionnement du greffon hépatique ou complication biliaire après la transplantation ou nécessité d'une admission dans le mois suivant après le congé de l'hôpital après la transplantation.	Chirurgie de transplantation
	Pancréas : rejet de l'organe, dysfonctionnement du greffon ou nécessité d'une réadmission dans le mois suivant le congé de l'hôpital après la transplantation.	
	Rein : complication chirurgicale ou nécessité de réadmission dans le mois suivant le congé de l'hôpital après la transplantation ; obstruction urétérale nécessitant une intervention .	
	Transplantation rénale : 1 à 6 mois après la transplantation, sauf complication chirurgicale	Medecine Interne
	Les patients transplantés ne répondant pas aux critères ci-dessus mais nécessitant admission pour raison médicale Y compris l'insuffisance hépatique en attente de transplantation	Médecine Interne (RVH)
Trauma *Fracture(s) inactive(s) - voir Fracture/MSK	Lésion isolée	
	Traumatisme crânien/cerveau (TBI)	Neurochirurgie (MGH seulement), ICU (MGH seulement)
	Visage	OMF (MGH), Plastique
	Oeil	Ophtalmologie
	Colonne vertébrale/moelle épinière	Voir colonne vertébrale/moelle épinière
	Thoraco-abdominal	Service trauma, ICU (MGH seulement)
	Tous les autres MSK	Orthopédie
Lésions multiples (>2) nécessitant un traitement actif	Service de traumatologie, unité de soins intensifs (HGM uniquement)	

Services alternatifs pour les admissions directes au SSU pendant les périodes de fermeture du SSU

<i>SSU Direct</i>	<i>Facteurs modifiants</i>	<i>Service d'admission</i>
Pneumothorax après biopsie par pneumologie	SSU sauf fermeture	Pneumologie
Biopsie rénale	SSU sauf fermeture	Médecine Interne

NOTE: Au fur et à mesure que la complexité de ce document augmente, il est fortement conseillé d'utiliser la fonction "recherche" de l'ordinateur pour localiser les algorithmes spécifiques.