

Poste Médical Avancé

- « hôpital de campagne »
- Établissement de soin provisoire rapproché
- Notion d'heure d'or et de soins immédiats
- Equipe médicale + matériel conditionné et transportable
- Structure mobile ou improvisée

Position

- Déterminée par les premiers COS et DSM, confirmé ensuite.
- Le plus près possible du chantier, à l'abri
- Accessible aux équipes de ramassage
- Accessible aux équipes d'évacuation
- Vaste, abrité, chauffé, éclairé, Eau
- 2 accès avec secrétariats

Fonction

- Tout victime vivante doit y passer
- Recensement des victimes à l'entrée
- Triage par médecin trieur +- IDE
- Mise en place fiche médicale (éventuellement)
- Délimitation de 3 secteurs selon gravité
- Mise en condition, actes chirurgicaux, temporisation
- « Proche » du dépôt mortuaire

Zones

- Zonage visible, et fonctionnel (UA et UR, CARI)
- UA = « lits chauds » 1 médecin 3 IDE pour 3 victimes
- UR = « box chir. » 1 médecin 2 IDE pour 5 victimes
- Eclopés: 1 médecin + CUMP

Organisation

- 1 Médecin chef + officier PMA
- Organisent le fonctionnement, le réapprovisionnement
- Articule le PMA avec relevage et évacuation
- Transmet les bilans au SAMU pour les évacuations
- Tient compte au DSM

A prévoir

- Approvisionnement en matériel:
« pharmacie »?
- Renforts humains et roulement
- Secrétariat strict et tenu des fiches
médicales
- Adaptation des postes
- Vigilance quant aux contaminations
possibles, lésions différées

Attention!

- Un PMA en fonction est peu mobile
- Un PMA « fermé » est inextensible
- Un PMA mal zoné est source d'erreur
- Un PMA non structuré est inutile
- Penser « concept PMA » et non « local PMA »