



FICHE D'INTERVENTION

APPEL 15 : OUI NON

ENTREPRISE :

N°DOSSIER SAMU :

APPEL MEDECIN : OUI NON

IDENTITE DE LA VICTIME

NOM : _____ PRENOM : _____ AGE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TEL : ____/____/____/____/____

PERSONNE A PREVENIR : _____ TEL : ____/____/____/____/____

EQUIPAGE : _____

HEURE D'ARRIVEE/ BILAN / DE PRISE EN CHARGE : _____ / _____ / _____

TYPE D'INTERVENTION : AVP AT DETRESSE VITALE ACCIDENT DOMESTIQUE AUTRE : _____

LIEU D'INTERVENTION : DOMICILE LIEU PUBLIC VOIE PUBLIQUE LIEU DE TRAVAIL STRUCTURE DE SOINS/ MAISON DE RETRAITE

AUTRE : _____

ADRESSE DE L'INTERVENTION :

MOTIF DE L'INTERVENTION :

POSITION DE LA VICTIME A L'ARRIVEE DE SECOURS : DEBOUT ASSISE ALLONGEE

BILAN NEUROLOGIQUE

OUVERTURE DES YEUX		REPONSE VERBALE		REPONSE MOTRICE	
4	SPONTANÉE	5	ORIENTÉE	6	OBÉIT
3	AU BRUIT	4	CONFUSE	5	ORIENTÉE
2	À LA DOULEUR	3	INNAPROPRIÉE	4	ÉVITEMENT
1	JAMAIS	2	INCOMPRÉHENSIBLE	3	FLEXION À LA DOULEUR
		1	RIEN	2	EXTENSION À LA DOULEUR

PCI : _____ MIN

PUPILLES :

- MYDRIASE MYOSIS
- ANISOCORIE
- SYMETRIQUES
- ASYMETRIQUES
- PHOTOREACTIVES
- NON PHOTOREACTIVES

- TRoubles constatés :
- PARALYSIE VERTIGES CONVULSIONS
 - TROUBLE DE LA VUE CEPHALEES TREMBLEMENTS
 - NAUSEES VOMISSEMENTS

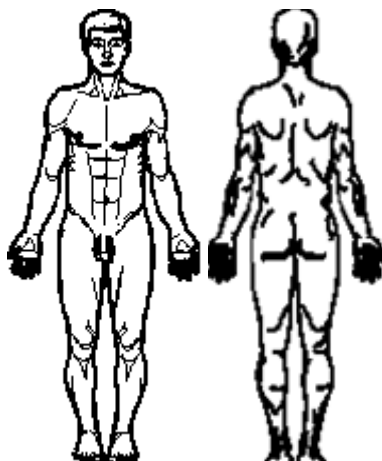
BILAN CARDIO

- ARRET CIRCULATOIRE: OUI NON TENSION : _____ MMHG/ _____ MMHG PALEUR : OUI NON
- FREQ. CARDIAQUE : _____ PULS°/M TENSION DE REFERENCE : _____ SUEURS : OUI NON
- QUALITE : REGULIER IRREGULIER GLYCÉMIE : _____ MARBRURES : OUI NON
- BIEN FRAPPE FILANT TPS RECOL° CUTANÉE : <2S >2S
- TEMPERATURE :

BILAN VENTILATOIRE

- ARRET VENTILATOIRE: OUI NON QUALITE : AMPLE REGULIERE IRREGULIERE EXAGEREE
- FREQ.VENTILATOIRE : _____ MVT/MIN SYMETRIQUE DIFFICILE
- SATURATION : _____ % O2 CYANOSE : OUI NON BRUITS RESPIRATOIRES : RALES ENCOMBREMENT SIFFLEMENT

BILAN LESIONNEL



- TYPE :
- DEFORMATION BRULURE
 - FRACTURE FRACTURE OUVERTE
 - PLAIE HEMORRAGIE
 - DOULEUR ERUPTION CUTANEE
 - ERAFFLURES GONFLEMENT
 - ROUGEURS

EVA : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

COMMENTAIRES :

(PLACER UNE FLECHE ET L'INITIALE CORRESPONDANTE AU NIVEAU DE LA LESION)

- MOTRICITÉ : MSG MSD
MIG MID
- SENSIBILITÉ : MSG MSD
MIG MID

CONTENTION :

- MID COLLIER CERVICAL ATTELLE(S)

GESTES EFFECTUES

REANIMATION : INHALATION ____ L/MIN INSUFFLATION ____ L/MIN DSA ____ CHOCS ____ H__

POSITION D'ATTENTE : DEMIS ASSIS PLS JAMBES SURELEVEES DECUBITUS DORSAL JAMBES PENDANTES

HEMORRAGIE : COMPRESSION DIRECTE PANSEMENT COMPRESSIF AUTRE : _____

BRULURE: EAU TEMPEREE BRUL STOP

APPORT O² : _____ l / MIN LUNETTES MASQUE SIMPLE MASQUE HC

SAT O² APRES APPOINT :

FEMME ENCEINTE : NBRE DE PARE : NBRE DE GESTE : CONTRACTION : OUI / NON ____ / ____ MIN

GROSSESSE A RISQUE : OUI / NON **GYNECOLOGUE :**

TA-TS

SI PRISE DE MEDICAMENTS (IDENTIFICATION/QUANTITE INGEREE) : _____ HEURE DE PRISE : ____ H ____ MIN

ALCOOL : OUI NON QUANTITEE : _____ STUPEFIANT : OUI NON NATURE : _____

MALADIES-HOSPITALISATIONS-TRAITEMENT-ALLERGIES

MALADIES :

HOSPITALISATIONS :

TRAITEMENTS :

ALLERGIES :

DOSSIER MEDICAL

CARNET DE SANTE RADIOGRAPHIE / ECHOGRAPHIE LETTRE MEDECIN DOSSIER MEDICAL ORDONNANCE

MEDECIN TRAITANT :

ADMINISTRATIF

DOCUMENT : CARTE VITALE MUTUELLE **DATE DE NAISSANCE :** _____

N° DE SS : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **CAISSE DE SS :** _____ **ALD :** **INVALIDITE :**

ORGANISME DE MUTUELLE : _____ **CMU :**

DIVERS

AIDE DE VIE : LUNETTES PROTHESES DENTAIRE PROTHESES AUDITIVES BEQUILLES/CANNE

AUTRE (ARGENT, BIJOUX, CLES DE MAISON) : OUI NON **AFFAIRES PERSONNELLES :** OUI NON

VIT SEUL(E) : **VICTIME CONSENTANTE AUX SOINS :** OUI NON **REFUS DE TRANSPORT :** OUI NON

A SIGNALER :

SURVEILLANCE	H :	H :	H :	H :	H :
NEURO					
FC					
TA					
FR					
SAT O ²					