



FICHE D'INTERVENTION

ENTREPRISE

APPEL 15 : OUI NON

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	G	D
3 AU BRUIT	4 CONFUSE	5 ORIENTÉE	G	D
2 À LA DOULEUR	3 INNAPROPRIÉE	4 ÉVITEMENT	G	D
1 JAMAIS	2 INCOMPRÉHENSIBLE	3 FLEXION À LA DOULEUR	G	D
	1 RIEN	2 EXTENSION À LA DOULEUR	G	D
		1 NULLE	G	D

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 BIEN FRAPPE FILANT GLYCÉMIE : _____ MARBRURES : OUI NON TPS RECOL° CUTANÉE : <2S >2S

TEMPERATURE : _____

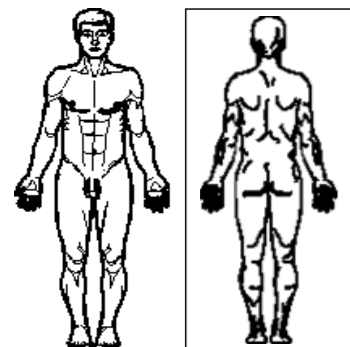
BILAN VENTILATOIRE

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



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

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

(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 APPORT :

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

GROSSESSE A RISQUE : OUI NON DATE DU TERME : _____ 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 O²					