FICHE D'INTERVENTION

BILAN SECOURISTE & AMBULANCIER

Régulation médicale	Équipe d'intervention	Horaires
APPEL 15 : ☐ OUI ☐ NON	**N° DOSSIER SAMU :** _____	**APPEL MÉDECIN :** ☐ OUI ☐ NON
ENTREPRISE : _____	**ÉQUIPAGE :** _____	
HEURE D'ARRIVÉE : _____ h _____	**HEURE DU BILAN :** _____ h _____	**PRISE EN CHARGE :** _____ h _____

1. IDENTITÉ DE LA VICTIME ET CONTEXTE D'INTERVENTION

État civil et adresse	Localisation et contact	Personne à prévenir
NOM : _____	**PRÉNOM :** _____	**ÂGE :** _____ ans
ADRESSE : _____		
CODE POSTAL : _____	**VILLE :** _____	**TÉL. :** _____
PERSONNE À PRÉVENIR : _____		**TÉL. :** _____
TYPE D'INTERVENTION : ☐ AVP ☐ AT ☐ Détresse 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 À L'ARRIVÉE DES SECOURS : ☐ Debout ☐ Assise ☐ Allongée		

2. BILAN NEUROLOGIQUE

Ouverture des yeux (Y)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M)	G	D
☐ **4** — Spontanée	☐ **5** — Orientée	☐ **6** — Obéit	☐	☐
☐ **3** — Au bruit	☐ **4** — Confuse	☐ **5** — Orientée	☐	☐
☐ **2** — À la douleur	☐ **3** — Inappropriée	☐ **4** — Évitement	☐	☐
☐ **1** — Jamais	☐ **2** — Incompréhensible	☐ **3** — Flexion à la douleur	☐	☐
PCI : _____ min	☐ **1** — Rien	☐ **2** — Extension à la douleur	☐	☐
SCORE DE GLASGOW (GCS) : _____ / 15		☐ **1** — Rien	☐	☐
PUPILLES : ☐ Mydriase ☐ Myosis ☐ Anisocorie | ☐ Symétriques ☐ Asymétriques | ☐ Photoréactives ☐ Non photoréactives				
TROUBLES CONSTATÉS : ☐ Paralysie ☐ Vertiges ☐ Convulsions ☐ Trouble de la vue ☐ Céphalées ☐ Tremblements ☐ Nausées				

3. BILANS CIRCULATOIRE (CARDIO) ET VENTILATOIRE

Bilan circulatoire (cardio)	Paramètres hémodynamiques	Signes cutanés et métaboliques
ARRÊT CIRCULATOIRE : ☐ OUI ☐ NON	**TENSION :** _____ / _____ mmHg	**TA DE RÉFÉRENCE :** _____ / _____ mmHg
FRÉQ. CARDIAQUE : _____ puls/min	**QUALITÉ :** ☐ Régulier ☐ Irrégulier ☐ Bien frappé ☐ Filant	
PÂLEUR : ☐ OUI ☐ NON	**SUEURS :** ☐ OUI ☐ NON	**MARBRURES :** ☐ OUI ☐ NON
TPS RECOL. CUTANÉE : ☐ < 2 s ☐ > 2 s	**GLYCÉMIE :** _____	**TEMPÉRATURE :** _____ °C

Bilan ventilatoire	Fréquence et oxygénation	Signes respiratoires
ARRÊT VENTILATOIRE : ☐ OUI ☐ NON	**FRÉQ. VENTILATOIRE :** _____ mvt/min	**SATURATION :** _____ % O_2
QUALITÉ : ☐ Ample ☐ Régulière ☐ Irrégulière ☐ Exagérée ☐ Symétrique ☐ Difficile		
CYANOSE : ☐ OUI ☐ NON	**BRUITS RESPIRATOIRES :** ☐ Râles ☐ Encombrement ☐ Sifflement	

4. BILAN LÉSIONNEL ET DOULEUR

Nature des lésions	Évaluation de la douleur	Immobilisation et bilans membres

TYPE :
☐ **[D]** Déformation ☐ **[B]** Brûlure ☐ **[F]** Fracture ☐ **[FO]** Fracture ouverte ☐ **[P]** Plaie ☐ **[H]** Hémorragie
☐ **[Do]** Douleur ☐ **[EC]** Éruption cutanée ☐ **[Er]** Éraflures ☐ **[G]** Gonflement ☐ **[R]** Rougeurs

EVA (ENTOURER) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Placer une flèche et l'initiale correspondante au niveau de la lésion)

Repérage anatomique — Face antérieure (Avant)		Repérage anatomique — Face postérieure (Dos)
Tête / Face / Cou :	**Thorax / Abdomen / Bassin :**	**Crâne / Nuque :**
MSD (Bras droit) :	**MSG (Bras gauche) :**	**Rachis / Dos / Lombaires :**
MID (Jambe droite) :	**MIG (Jambe gauche) :**	**Membres post. (D / G) :**

MOTRICITÉ :	SENSIBILITÉ :	CONTENTION :
☐ MSG ☐ MSD ☐ MIG ☐ MID	☐ MSG ☐ MSD ☐ MIG ☐ MID	☐ MID ☐ Collier cervical ☐ Attelle(s)

COMMENTAIRES :

5. GESTES EFFECTUÉS ET OXYGÉNOTHÉRAPIE

Réanimation et positionnement	Soins des plaies et brûlures	Oxygénothérapie
RÉANIMATION : ☐ Inhalation : _____ L/min	☐ Insufflation : _____ L/min	☐ DSA — Chocs : _____ · H : _____

POSITION D'ATTENTE : ☐ Demi-assis ☐ PLS ☐ Jambes surélevées ☐ Décubitus dorsal ☐ Jambes pendantes

HÉMORRAGIE :	BRÛLURE :
☐ Compression directe ☐ Pansement compressif ☐ Autre : _____	☐ Eau tempérée ☐ Brûl-Stop

Réanimation et positionnement	Soins des plaies et brûlures	Oxygénothérapie
APPORT O_2 : _____ L/min	☐ Lunettes ☐ Masque simple ☐ Masque HC	**SAT O_2 APRÈS APPORT :** _____ %

6. CONTEXTES SPÉCIFIQUES : FEMME ENCEINTE ET TA – TS

Maternité (Femme enceinte)	Suivi obstétrical	Intoxication / TA – TS
FEMME ENCEINTE : Nbre de pare : _____	**NBRE DE GESTE :** _____	**CONTRACTION :** ☐ OUI ☐ NON (_____ min)
GROSSESSE À RISQUE : ☐ OUI ☐ NON	**GYNÉCOLOGUE :** _____	
TA – TS — SI PRISE DE MÉDICAMENTS (IDENTIFICATION / QUANTITÉ INGÉRÉE) : _____		
HEURE DE PRISE : _____ h _____ min	**ALCOOL :** ☐ OUI ☐ NON . Qté : _____ · Nature : _____	**STUPÉFIANT :** ☐ OUI ☐ NON

7. MALADIES – HOSPITALISATIONS – TRAITEMENTS – ALLERGIES

Antécédents et traitements en cours	Documents médicaux et médecin traitant
MALADIES : _____	
HOSPITALISATIONS : _____	
TRAITEMENTS : _____	
ALLERGIES : _____	
DOSSIER MÉDICAL : ☐ Carnet de santé ☐ Radiographie / Échographie ☐ Lettre médecin ☐ Dossier médical ☐ Ordonnance	
MÉDECIN TRAITANT : _____	

8. ADMINISTRATIF, EFFETS PERSONNELS ET CONSENTEMENT

Couverture sociale	Effets personnels et aides de vie	Consentement et transmissions
DOCUMENT : ☐ Carte Vitale ☐ Mutuelle	**DATE DE NAISSANCE :** _____ / _____ / _____	
N° DE SS : _____		**CAISSE DE SS :** _____
☐ **ALD** ☐ **INVALIDITÉ** ☐ **CMU**	**ORGANISME DE MUTUELLE :** _____	
AIDE DE VIE : ☐ Lunettes ☐ Prothèses dentaires ☐ Prothèses auditives ☐ Béquilles / Canne		
AUTRE (ARGENT, BIJOUX, CLÉS DE MAISON) : ☐ OUI ☐ NON		**AFFAIRES PERSONNELLES :** ☐ OUI ☐ NON
VIT SEUL(E) : ☐ OUI ☐ NON	**VICTIME CONSENTANTE AUX SOINS :** ☐ OUI ☐ NON	**REFUS DE TRANSPORT :** ☐ OUI ☐ NON
À SIGNALER :		

9. SURVEILLANCE ÉVOLUTIVE

Surveillance	H : _____	H : _____	H : _____	H : _____	H : _____
NEURO					
FC (puls/min)					
TA (mmHg)					
FR (mvt/min)					
SAT O_2 (%)					