FICHE D’INTERVENTION AMBULANCIÈRE

Recueil clinique • Prise en soin • Surveillance • Transport • Transmission

Modèle professionnel imprimable – A4 | À adapter aux procédures de l’entreprise, aux protocoles applicables et aux consignes de régulation.

1. IDENTIFICATION DE L’INTERVENTION

Entreprise : _____ _____	N° intervention : _____		
Date : ____ / ____ / _____	Type de mission : ☐ Prescrit ☐ AMU/SAMU ☐ Transfert ☐ Retour domicile ☐ Autre		
Ambulancier DEA : _____ _____	Second membre : _____		
Véhicule : _____	Immatriculation : _____		
Heure appel : _____	Départ : _____	Arrivée sur site : _____	Premier contact patient : _____

2. IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____	Prénom : _____ _____	
Date de naissance : ____ / ____ / _____	Âge : _____	Sexe : ☐ F ☐ M ☐ Autre / non renseigné
Adresse / lieu de prise en charge : _____ _____ _____		
Accompagnant / personne présente : _____ _____ _____		
Médecin traitant (si connu) : _____	Personne à prévenir (si nécessaire) : _____	

3. CONTEXTE ET MOTIF DE L’INTERVENTION

☐ Prescription médicale ☐ SAMU – Centre 15 ☐ Établissement de santé
☐ SDIS ☐ Autre

Motif de prise en charge / plainte principale
.....
.....

Circonstances, lieu et conditions de découverte / survenue
.....
.....

Début des symptômes, évolution et éléments rapportés
.....
.....

4. RECUEIL DES DONNÉES UTILES

Antécédents médicaux / chirurgicaux pertinents
.....

Traitements habituels / traitements pris récemment
.....

☐ Aucune allergie connue ☐ Allergies connues (préciser ci-dessous) ☐ Allergies non renseignées

Allergies, appareillages, autonomie et état habituel
.....

BILAN CLINIQUE INITIAL

Renseigner l’heure de chaque mesure. Décrire les observations sans interprétation diagnostique.

5. ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

Heure du bilan : _____ : _____

A. État général et neurologique

☐ Patient alerte ☐ Répond à la voix ☐ Répond à une stimulation ☐ Aucune réponse
☐ Agitation ☐ Confusion ☐ Somnolence ☐ Trouble de la parole

Orientation : ☐ Temps ☐ Espace ☐ Personne ☐ Désorientation	Communication / comportement : _____
Glasgow (si indiqué) : ____ / 15	Yeux : ____ Verbal : ____ Moteur : ____
Glycémie (si indiquée et réalisée) : _____	Unité : ☐ g/L ☐ mmol/L

Observations neurologiques / comportementales
.....

B. Fonction respiratoire

Fréquence respiratoire : _____ /min	SpO_2 : _____ %	O_2 en cours : ☐ Non ☐ Oui
Si O_2 : débit _____ L/min	Dispositif : _____	Air ambiant : ☐ Oui ☐ Non

☐ Respiration normale ☐ Rapide ☐ Lente ☐ Difficile / dyspnée ☐ Irrégulière
☐ Bruyante ☐ Tirage ☐ Cyanose ☐ Sueurs ☐ Autre

Observations respiratoires
.....

C. Fonction circulatoire

Fréquence cardiaque : _____ bpm	TA : _____ / _____ mmHg
Pouls : ☐ Régulier ☐ Irrégulier ☐ Faible ☐ Difficile à percevoir	Coloration : ☐ Normale ☐ Pâleur ☐ Marbrures ☐ Cyanose

Autres observations circulatoires
.....

D. Douleur et autres paramètres

Douleur : ☐ Oui ☐ Non ☐ Non évaluable	Échelle : ☐ EN ☐ EVA ☐ Autre : _____
Intensité : ____ / 10	Localisation : _____
Température : _____ °C	Autre paramètre : _____

Caractéristiques, début, évolution, facteurs aggravants / soulageants
.....

SYNTHÈSE, ALERTE ET PRISE EN SOIN

Tracer les faits, les décisions, les consignes reçues et les actions réellement effectuées.

6. SYNTHÈSE DU BILAN

Éléments cliniques significatifs observés

.....

.....

Signes de gravité / éléments préoccupants identifiés

.....

.....

☐ État stable au moment du bilan ☐ Surveillance renforcée nécessaire ☐ Dégradation constatée

☐ Situation urgente / préoccupante ☐ Autre

7. ALERTE ET RÉGULATION MÉDICALE

☐ SAMU / Centre 15 contacté ☐ Médecin contacté

☐ Autre interlocuteur ☐ Pas de contact

Heure de l'appel : _____ : _____	Interlocuteur / service : _____
Heure de la décision : _____ : _____	Nouvelle régulation : ☐ Oui ☐ Non

Bilan transmis (constantes, signes, antécédents, évolution)

.....

.....

Décision / consignes médicales reçues (rester fidèle aux termes communiqués)

.....

.....

Motif et heure d'une nouvelle régulation, le cas échéant

.....

8. PRISE EN SOIN ET ACTIONS RÉALISÉES

☐ Information / communication avec le patient ☐ Installation adaptée ☐ Mobilisation / aide technique

☐ Brancardage ☐ Protection thermique ☐ Préservation de la pudeur

☐ Surveillance clinique ☐ Mesure SpO_2 ☐ Mesure glycémie (si indiquée)

☐ Oxygénothérapie (cadre applicable) ☐ Gestes de premiers secours ☐ Autre action

Détail des gestes / soins, heure, indication et cadre de réalisation

.....

.....

.....

Matériel utilisé, tolérance et résultat observé

.....

.....

Rappel : ne cocher que les actes effectivement réalisés. Respecter le champ de compétences, les protocoles et, lorsque requis, la prescription ou les consignes du médecin régulateur.

SURVEILLANCE ET TRANSPORT

Noter les heures réelles de mesure. Ajouter une feuille si la surveillance nécessite davantage de relevés.

9. SURVEILLANCE ET ÉVOLUTION

Paramètre	Bilan initial	Pendant transport	À l'arrivée
Heure			
Conscience / comportement			
FR (/min)			
SpO_2 (%)			
O_2 (débit / dispositif)			
FC (bpm)			
TA (mmHg)			
Douleur (/10)			
Température (°C)			
Glycémie (unité)			
Autres / observations			

10. TRANSPORT ET SÉCURISATION

Destination / établissement / service

.....

Départ du lieu de prise en charge : _____ : _____	Arrivée à destination : _____ : _____
Installation : ☐ Allongé ☐ Demi-assis ☐ Assis ☐ Autre	Maintien / sécurité : ☐ Ceinture ☐ Brancard ☐ Fauteuil

Conditions de transport, matériel spécifique et événement éventuel

.....

.....

11. TRANSMISSION ET REMISE DU PATIENT

Structure / service destinataire : _____	
Professionnel receveur (nom / fonction) : _____	
Heure de transmission : _____ : _____	Patient remis à : ☐ Équipe soignante ☐ Médecin ☐ Autre

☐ Motif / circonstances ☐ Antécédents / traitements utiles ☐ Bilan initial ☐ Évolution / constantes

☐ Soins et gestes réalisés ☐ Consignes médicales ☐ Événements de transport ☐ Documents remis

Informations complémentaires transmises

.....

.....

SITUATIONS PARTICULIÈRES ET CLÔTURE

À renseigner lorsqu'une situation particulière survient. Ne pas laisser entendre qu'un avis médical a été donné s'il ne l'a pas été.

12. REFUS, ABSENCE DE TRANSPORT OU ÉVÉNEMENT PARTICULIER

Refus de prise en charge / de transport : ☐ Non ☐ Oui

Propos du patient, circonstances, informations délivrées et faits observés
.....
.....
.....
Avis / régulation sollicitée : ☐ Non ☐ Oui | Heure : _____ : _____ | Interlocuteur : _____
Décision / consignes reçues et suites données
.....
.....

Absence de transport : ☐ Non ☐ Oui

Motif, circonstances et décision / orientation éventuelle
.....
.....

Autre événement particulier : ☐ Non ☐ Oui

Description chronologique et mesures prises
.....
.....

13. CLÔTURE DE L'INTERVENTION

Heure de fin de mission : _____ : _____	N° de fiche / dossier : _____
Ambulancier DEA : _____	Second membre : _____

Observations complémentaires
.....
.....

Signature de l'ambulancier responsable :	Signature du second membre :

RAPPELS DE BONNES PRATIQUES

• Renseigner les éléments de manière objective, lisible, chronologique et sans jugement de valeur.
• Indiquer l'heure des évaluations, des appels, des consignes et des actions réalisées.
• Distinguer les propos rapportés par le patient / un tiers des constatations de l'équipage.
• Ne pas interpréter une case vide comme une valeur normale ; indiquer « non réalisé », « non évalué » ou « non renseigné » si nécessaire.
• Protéger les données de santé et limiter leur accès aux personnes habilitées.

Cadre : modèle de traçabilité à adapter aux procédures de l'entreprise et aux exigences applicables. Il ne remplace ni la prescription, ni les protocoles, ni la régulation médicale. Il ne constitue pas un formulaire national homologué.
Références à vérifier lors de la validation interne : arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'ambulancier (référentiel de compétences) ; Code de la santé publique, dispositions relatives au transport sanitaire et à l'aide médicale urgente, notamment R.6312-17-1 selon la situation.