



ADRESSE DE L'INTERVENTION :

MOTIF DE PRISE EN CHARGE :

BILAN CIRCONSTANCIEL

- Danger persistant
Mesure prise de protection

Demande de renfort : 15 / 17 / 18 / autres :

Heure de prise en charge :

Sexe : Homme / Femme

Age (supposé) : ans

Heure d'arrivée renfort :

Mission :

Moyen :

N° victime :

Date : / /

Saignement : OUI / NON

Étouffement : OUI / NON

Conscience : OUI / NON

Ventilation : OUI / NON

Circulation : OUI / NON

ACR: Cause, Début ACR, RCP par témoin, RCP, DSA, Analyses, Reprise d'un rythme, Arrivée médecin

SIGNES DE DÉTRESSE

OUVRE LES YEUX, PAROLE, NEUROLOGIQUE, MOTRICITE

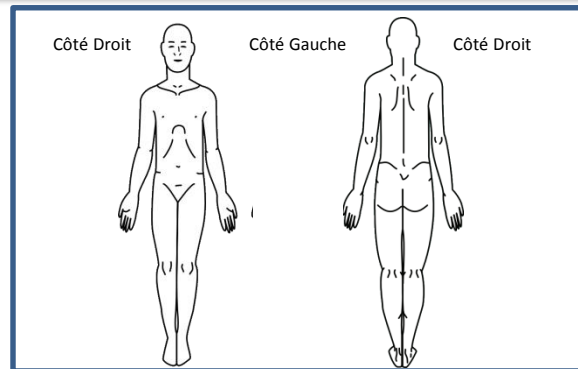
Pupilles, Perte de connaissance, Anomalie du comportement

RESPIRATOIRE : Sueurs, Cyanoses, Gêne / Dlr respiratoire, Effort respiratoire, Bruyante, Fréq Respiratoire >30, Difficulté à parler

CIRCULATOIRE : Hémorragie visible, Pâleurs, Marbrures, Abs de pouls radial, Soif inexplicquée, Anxiété, Fréq Cardiaque > 120 <40, TRC > 3 secondes

MALAISE / MALADIE, Provoqué par

ANTÉCÉDENTS



TRAUMATISME: Traumatisme, Trauma crânien, Trauma bassin, Trauma abdominal, Choc violent, Motricité, Sensibilité des extrémités, Contusions, Gonflement, Déformation, Impotence, Plaies, Convulsions, Brûlures, Emission d'urine, Paralysie, Fourmillement/décharge électrique, Autres

CONSTANTES: Tension Bras D, Tension Bras G, REF, Fréq Cardiaque, (ir)régulier / (mal) (bien) perçu, SPO2, TRC, Fréq Respiratoire, (ample) (superficielle) (ir)régulière, Année de la vaccination antitétanique

AVC: Dissymétrie faciale, Hémiplégie D / G, Extension des membres, Anomalie de la parole

BILAN COMPLÉMENTAIRE

Qualité du trouble, Région atteinte, Sévérité du trouble - Echelle numérique de la douleur, Temps de la plainte, Maladie, Hospitalisation, Traitement, Allergie

GESTES EFFECTUÉS

Position d'attente, Désinfection, Pansement, Pst compressif, Poche de froid, O2, MHC, Écharpe, Attelle, Retrait de casque, Collier cervical, MID, ACT, Plan dur, PLS, Aide à la prise de médicament, Autre

Traitements entrepris / observations :

MÉDICALISATION

Nom / Prénom, Fonction, Signature

BILAN ÉVOLUTIF / DE SURVEILLANCE

EVOLUTIF 1: Tension Bras D, Tension Bras G, Fréq Cardiaque, SPO2, Fréq Respiratoire, Echelle numérique de la douleur

EVOLUTIF 2: Tension Bras D, Tension Bras G, Fréq Cardiaque, SPO2, Fréq Respiratoire, Echelle numérique de la douleur

OBSERVATIONS

TRANSMISSION DU BILAN

Bilan à h par Tél./radio, Devenir: Évacuation par FFSS, Évacuation autre service, Évacuation autre moyen, Service, Sortie, Autre, Signature du chef d'équipe, Heure de fin d'intervention

ÉTAT CIVIL

Nom, Prénom, Age, Date de naissance, Adresse, Code postal, Commune, Pers à prévenir, Tel, Prévenue

Refus de prise en charge

Je soussigné(e), ayant conscience de mon état de santé noté ci-dessus, décharge l'équipe des secouristes de la FFSS de ce qui pourrait arriver suite à mon refus de soins et reconnais avoir été averti que je risque de graves problèmes de santé si je ne suis pas les conseils suivants donnés par les secouristes:

Je prends bien note que l'équipe reste à ma disposition en cas d'évolution ou si je change d'avis, je peux revenir à tout moment au poste de secours pour une prise en charge et si je quitte la manifestation faire appel au centre 15 si nécessaire.

Fait à le / / à h, Signature témoin 1, Signature témoin 2, Signature patient / responsable

Association FFSS