

COMPTE-RENDU SSUAP

Date :/...../.....

N° d'intervention :
Engin initial:

Lieu de prise en charge :
CIS/CSR/CSP:

Numéro de victime :/.....

BILAN CIRCONSTANCIEL (heure : h)

VP DOMICILE LIEU DE TRAVAIL LIEU PUBLIC MILIEU NATUREL AUTRE :

MALAISE/MALADIE :

TRAUMATISME : BRÛLURE : Thermique Electrique Chimique (produit : + Inhalation Ingestion)

CHUTE : de sa hauteur de.....m. sup. 1m sur la tête sup. 3m sur les pieds ou fesses

AUTRE :

SECOURS ROUTIER : Cinétique :

Mécanisme : Choc frontal Choc latéral Choc arrière Retournement encastrement écrasement

Victime : Piéton Vélo Moto VL PL EDPM TC Seul contre :

Sortie d'elle-même Ejectée Piégée / Incarcérée accessible Casque Ceinture Airbag déclenché Tonneaux

Commentaires libres :

BILAN PRIMAIRE

		SIGNES	GESTES
M (X)	Hémorragie Massive ? (eXsanguination)	<input type="checkbox"/> Absence d'hémorragie <input type="checkbox"/> Hémorragie externe <input type="checkbox"/> Hémorragie extériorisée	<input type="checkbox"/> Compression manuelle <input type="checkbox"/> Pansement compressif <input type="checkbox"/> Pansement hémostatique <input type="checkbox"/> Garrot posé àh.....
A (A)	Voies Aériennes ? (Airway)	<input type="checkbox"/> Parle, VAS libres <input type="checkbox"/> Obstruction complète des VAS <input type="checkbox"/> Obstruction partielle des VAS <input type="checkbox"/> Œdème des VAS	<input type="checkbox"/> Stabilisation manuelle du rachis <input type="checkbox"/> Bascule de la tête <input type="checkbox"/> élévation du menton <input type="checkbox"/> Extraction digitale <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Claques dans le dos <input type="checkbox"/> Compressions Abdo/thoraciques
R (B)	Respiration ? (Breathing)	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Ne ventile pas <input type="checkbox"/> GASP <input type="checkbox"/> FR Inf à 6/min <input type="checkbox"/> FR sup 30/min <input type="checkbox"/> Asymétrie tho. <input type="checkbox"/> Tirage <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Bruits anormaux <input type="checkbox"/> Plaie soufflante	<input type="checkbox"/> ½ assis <input type="checkbox"/> Inhalation O2 <input type="checkbox"/> Insufflation O2 <input type="checkbox"/> Pansement 3 côtés
C (C)	Circulation ? (Circulation)	<input type="checkbox"/> Pouls radial présent et inf à 120 Pouls radial : <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Sup 120/mn <input type="checkbox"/> TRC supérieur à 2s <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque Peau : <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Soif <input type="checkbox"/> Abdomen dur ou douloureux à la palpation <input type="checkbox"/> Bassin douloureux <input type="checkbox"/> Cuisse douloureuse ou volumineuse	<input type="checkbox"/> RCP + DSA <input type="checkbox"/> Ceinture pelvienne
H (D)	Head (Tête) ? Hypothermie ? (Disability)	<input type="checkbox"/> Conscient, Alerte (A) <input type="checkbox"/> Réagit à la Voix (V) <input type="checkbox"/> Réagit à la Douleur (P) <input type="checkbox"/> Aucune réaction, inconscient (U) <input type="checkbox"/> Convulsions répétées <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Vomissement Déficit motricité : <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Pupilles G <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Rétrécie <input type="checkbox"/> Dilatée <input type="checkbox"/> Non Réactive D <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Rétrécie <input type="checkbox"/> Dilatée <input type="checkbox"/> Non Réactive	<input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Isoler la victime du sol
E (E)	Evaluation ? Exposition	<input type="checkbox"/> Absence de lésion <input type="checkbox"/> Lésions membres Sup <input type="checkbox"/> Lésions membres Inf <input type="checkbox"/> Autres lésions :	<input type="checkbox"/> Isoler la victime du froid

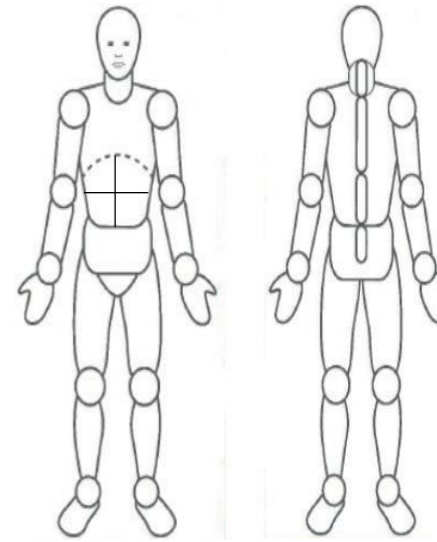
BLESSE GRAVE (régulation médicale rapide) **BLESSE LEGER (bilan secondaire possible avant régulation)**

(les caractères en rouge sont seulement une aide à la décision pour le CA SSUAP)

BILAN SECONDAIRE

M (X)	<input type="checkbox"/> Saignement arrêté
A (A)	<input type="checkbox"/> VAS libres
R (B)	FR :/min <input type="checkbox"/> Ample <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Bruyante SpO2 :% en air <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Irrégulière% sous O2 Débit ajusté:l/mn SpCO :%
C (C)	FC :/min <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Bien frappé <input type="checkbox"/> Irrégulière <input type="checkbox"/> Filant Pression Artérielle : Bras D :/.....mmHg Bras G :/..... mmHg
H (D)	<input type="checkbox"/> PCI (durée :) Glycémie :mg/dl Temp :°C FAST <input type="checkbox"/> Anomalie expression faciale (F) <input type="checkbox"/> Anomalie extension des membres sup (A) <input type="checkbox"/> Trouble de l'élocution (S) <input type="checkbox"/> Heure de début signes (T) : Poids :kg
E (E)	M : H : T : A : Heure dernier repas :

Localisation lésions et douleurs



D Douleur DEF Déformation
P Plaie SE Section
B Brûlure F Fracture ouverte
O Œdème

Compléments (PQRST **DONT EVA ou EVENDOL**) :

Score de Malinas :

Brûlure :%

Score d'Apgar (nouveau-né) :

Compression Prolongée : Durée

GESTES COMPLEMENTAIRES

ECG à la demande du méd. Rég. Restriction cervicale
 Immobilisation ACT MID Plan dur Immo tête Écharpe
 Attelle de membre Attelle à traction (si présence médecin)
Durée no flow : DSA posé àh..... Nbre de chocs : Si ordonné par médecin CRRA 15, heure d'arrêt RCP :

SURVEILLANCE (si aggravation, contacter le SAMU)

Heure	FR	Saturation	Débit O2	FC	P. Artérielle	T°	EVA	Glycémie
h							/10	
h							/10	
h							/10	

ÉTAT CIVIL DE LA VICTIME

Sexe : M F Nom/Prénom : Date de naissance : / /
Age : Adresse (si différente) :
Personne à prévenir et lien de parenté : Tél :
Effets personnels :

PRISE EN CHARGE ET DEVENIR

Sur les lieux : SMUR de ISP MSP MCS M. Généraliste Infirmière (Nom :)
Victime laissée sur place après validation médecin régulateur : Refus de transport Pas de nécessité de transport Décès
à : Famille Forces de l'ordre (Précisez) Autre :
Transport avec : SMUR de ISP MSP MCS (Nom :) Hélicoptère par.....
Structure et service d'accueil : Matériel laissé au CH (faire fiche PUI) :

SUIVI EVACUATION

Nom ou matricule et signature du C/A :	Si relais avec 2 ^{ème} engin : Nom ou matricule et signature C/A :	Heure d'arrivée au CH :h..... Heure de prise en charge CH :h..... Nom et signature IOA ou médecin :
--	--	---