

# 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	<b>Hémorragie Massive ?</b> (X) (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 à .....h.....
A	<b>Voies Aériennes ?</b> (A) (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 ?</b> (B) (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"/> 1/2 assis <input type="checkbox"/> Inhalation O2 <input type="checkbox"/> Insufflation O2 <input type="checkbox"/> Pansement 3 côtés
C	<b>Circulation ?</b> (C) (Circulation)	<input type="checkbox"/> Pouls radial présent et inf à 120 <b>Pouls radial</b> : <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Sup 120/mn <input type="checkbox"/> TRC supérieur à 2s <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque <b>Peau</b> : <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	<b>Head (Tête) ? Hypothermie ?</b> (D) (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 <b>Déficit motricité</b> : <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <b>Pupilles G</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Rétrécie <input type="checkbox"/> Dilatée <input type="checkbox"/> Non Réactive <b>D</b> <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	<b>Evaluation ? Exposure</b> (E)	<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

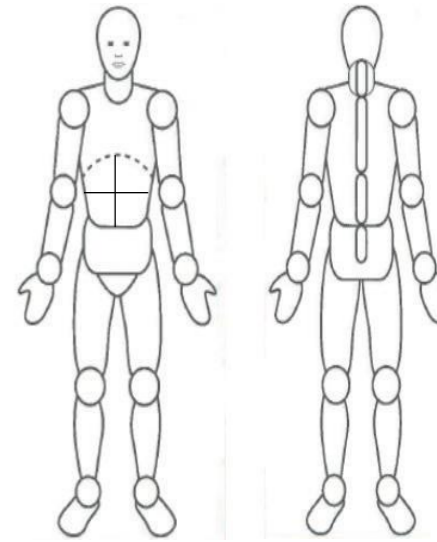
**BLESSE GRAVE (régulation médicale rapide)**  **BLESSE LEGER (bilan secondaire possible avant régulation)**

(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 <b>FAST</b> <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 à .....h..... 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 <sup>ème</sup> engin : .....	Heure d'arrivée au CH : .....h.....
	Nom ou matricule et signature C/A :	Heure de prise en charge CH : .....h.....
		Nom et signature IOA ou médecin :