

COMPTE-RENDU SSUAP

Date : X/X/2025

N° d'intervention : XXX
Engin initial : VSAVA

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 : Détresse respiratoire

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

CHUTE : de sa hauteur dem. 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	Hémorragie Massive ? (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 àh.....	
A	Voies Aériennes ? (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	Respiration ? (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	Circulation ? (C) (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	Head (Tête) ? Hypothermie ? (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 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	Evaluation ? Exposure (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	

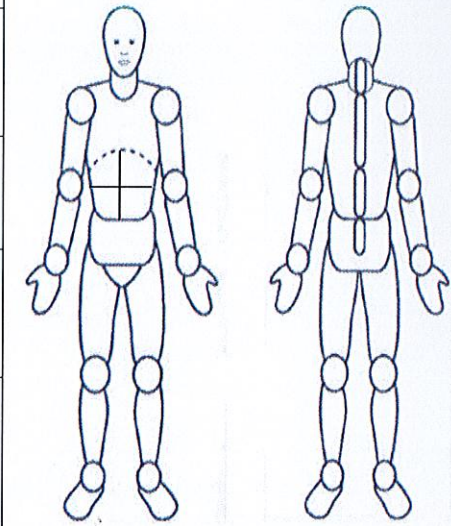
BLESSE GRAVE (régulation médicale rapide) BLESSE LEGER (bilan secondaire possible avant régulation)

(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 SpO2 :% en air% sous O2	<input type="checkbox"/> Ample <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Bruyante <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Irrégulière Débit ajusté :l/mn	SpCO :%
C (C)	FC : <u>82</u>/min Pression Artérielle : Bras D : <u>15</u>/..... <u>6</u>mmHg Bras G : <u>15</u>/..... <u>6</u>mmHg	<input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Bien frappé <input type="checkbox"/> Irrégulière <input type="checkbox"/> Filant	
H (D)	<input type="checkbox"/> PCI (durée :)	Glycémie : <u>208</u> mg/dl Temp :°C	
E (E)	M : <u>Cancer prostate (Néa) Diète</u> H : <u>1 semaine</u> T : <u>cf. ordo.</u> A : Heure dernier repas :	<input type="checkbox"/> 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	

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

<input type="checkbox"/> ECG à la demande du méd. Rég.	<input type="checkbox"/> Restriction cervicale
<input type="checkbox"/> Immobilisation	<input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Plan dur <input type="checkbox"/> Immo tête <input type="checkbox"/> Écharpe
	<input type="checkbox"/> Attelle de membre <input type="checkbox"/> 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 : X X Date de naissance : 11/1/1954
Age : 74 Adresse (si différente) :
Personne à prévenir et lien de parenté : X X Tél : X
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)
Transport avec : SMUR de ISP MSP MCS (Nom :)
Structure et service d'accueil : URGENCE CH X Matériel laissé au CH (faire fiche PUI) :

SUIVI EVACUATION

Nom ou matricule et signature du C/A : X X
Si relais avec 2^{ème} engin :
Nom ou matricule et signature C/A :
Heure d'arrivée au CH : 4.....h.44
Heure de prise en charge CH :h....
Nom et signature IOA ou médecin : X