

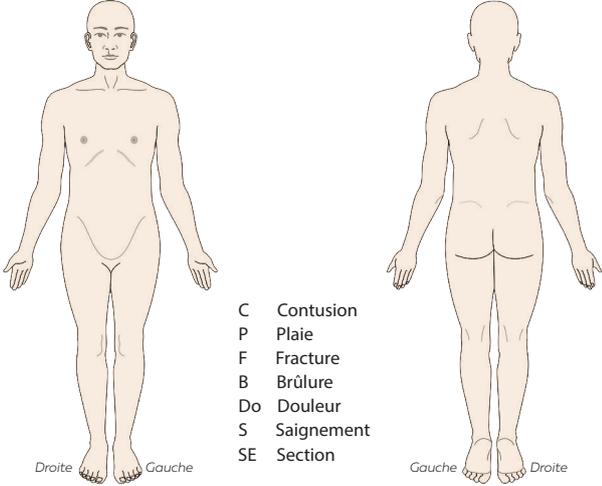
	BILAN PRIMAIRE (URGENCE VITALE)	BILAN SECONDAIRE / PARAMÈTRES VITAUX	GESTES EFFECTUÉS
X Hémorragie	Hémorragie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Contrôlée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pansement compressif <input type="checkbox"/> Pansement hémostatique <input type="checkbox"/> Bande hémostatique <input type="checkbox"/> Garrot h min <input type="checkbox"/>
A Voies aériennes	Obstruction des voies aériennes <input type="checkbox"/> Trauma rachis cervical <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/>	Libre <input type="checkbox"/>	Maintien tête <input type="checkbox"/> Retournement <input type="checkbox"/> Retrait casque <input type="checkbox"/> Collier cervical <input type="checkbox"/> Désobstruction <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> LVAS <input type="checkbox"/>
B Respiration	Arrêt respiratoire <input type="checkbox"/> FR < 10 <input type="checkbox"/> FR > 30 <input type="checkbox"/> Bruyante <input type="checkbox"/> Irrégulière ou pause <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Difficulté parole <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Tirage <input type="checkbox"/> Trauma Thorax <input type="checkbox"/>	Ventilation normale (ample et régulière) <input type="checkbox"/> FR /min <input type="checkbox"/> Sat O ₂ sous air % Sat O ₂ sous O ₂ % HbCO (RAD57) %	Inhalation O ₂ l/min <input type="checkbox"/> Insufflations O ₂ l/min <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Position assise-semi assise <input type="checkbox"/> Aérosol <input type="checkbox"/> Guédel <input type="checkbox"/> Tube laryngé <input type="checkbox"/> Inhalation O ₂ └─ Masque simple <input type="checkbox"/> └─ Masque HC <input type="checkbox"/> Insufflations <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> Pansements 3 côtés <input type="checkbox"/> Position assise <input type="checkbox"/> Position semi-assise <input type="checkbox"/> Autre geste :
C	Pouls radial non perçu <input type="checkbox"/> Pouls irrégulier <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque <input type="checkbox"/> FC < 50 <input type="checkbox"/> FC > 120 <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> TRC > 3sec <input type="checkbox"/> Sensation de froid ou de soif <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/>	Pouls régulier <input type="checkbox"/> Pouls périphérique reçu <input type="checkbox"/> FC /min <u>Pression sys/dia</u> : Bras gauche / mm Hg Bras droit / mm Hg <u>Pression sys</u> : > 160 <input type="checkbox"/> < 90 <input type="checkbox"/>	Pansement compressif <input type="checkbox"/> Pansement hémostatique <input type="checkbox"/> Garrot h min <input type="checkbox"/> RCP / DAE <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Canule de Guedel <input type="checkbox"/> Nombre de chocs DAE : SCOPE 1 dérivation <input type="checkbox"/> Bilan sanguin <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> Sur-élévation membres inférieurs <input type="checkbox"/> Autres gestes :
D Déficit neurologique	Inconscience <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> CONVULSIONS En cours <input type="checkbox"/> Répétitives <input type="checkbox"/> Terminées <input type="checkbox"/> Durée convulsions : Pupilles asymétriques: <input type="checkbox"/> Pupille G Pupille D Mydriase <input type="checkbox"/> Mydriase <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Myosis <input type="checkbox"/> Myosis <input type="checkbox"/> Réactive <input type="checkbox"/> Réactive <input type="checkbox"/> Glasgow Y: V: M: Score total :	Bien orientée <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Durée min sec Alternance conscience/inconscience <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire: mg/dl HI / LO / CET <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> T°: °c Lieu de prise : DÉFICIT DES MEMBRES Moteur <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Inférieur Sensitif <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Inférieur D G	Allongé <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Position assise <input type="checkbox"/> Position semi-assise <input type="checkbox"/> Autre : Resucrage : Aidé à l'administration d'un médicament Heure: h min

m Exposition Environnement	Chaud <input type="checkbox"/>	Milieu dangereux <input type="checkbox"/>		Dégagement d'urgence <input type="checkbox"/>
	Froid <input type="checkbox"/>	Ambiance hostile <input type="checkbox"/>		Protection thermique <input type="checkbox"/>

COMPLÉMENT :

Bilan femme enceinte	Accouchement
Date du terme :	Perte des eaux <input type="checkbox"/>
Nombre accouchements antérieurs :	Naissance avant notre arrivée <input type="checkbox"/>
Heure de début de travail :	Clampage du cordon ombilical <input type="checkbox"/>
Durée des contractions : min	Coupe du cordon ombilical <input type="checkbox"/>
Intervalles entre les contractions : min	Néo-help <input type="checkbox"/>
	Autres gestes :
	Observations :
	Accouchement réalisé : SP <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/>
	Présentation : Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Circulaire du cordon <input type="checkbox"/>
	Heure d'accouchement : h min
	Complément :

SAMPLE	Évaluation de la douleur (PQRST)	FAST (signes AVC)
Symptômes ressentis, signes associés à la douleur (nausée...):	Provoquée par :	Face : Asymétrie de l'expression faciale <input type="checkbox"/>
Allergies :	Qualité (caractéristiques) :	Arms : Trouble : Droite Gauche Motricité <input type="checkbox"/> Motricité <input type="checkbox"/> Sensibilité <input type="checkbox"/> Sensibilité <input type="checkbox"/> Membres sup. <input type="checkbox"/> Membres sup. <input type="checkbox"/> Membres inf. <input type="checkbox"/> Membres inf. <input type="checkbox"/>
Médicaments pris habituellement et/ou récemment : Ordonnances <input type="checkbox"/>	Région douloureuse :	Speech : Anomalie de la parole <input type="checkbox"/>
Passé médico-chirurgical (antécédents familiaux, drogues, alcool...):	Sévérité (EVS) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Time : Début des symptômes : h min
Last meal (dernier repas) : h min	Temps :	Déficit permanent <input type="checkbox"/> Déficit transitoire <input type="checkbox"/>
Évènements avant l'urgence :		

Localisation des lésions et/ou des douleurs	Précisions
 <p> C Contusion P Plaie F Fracture B Brûlure Do Douleur S Saignement SE Section </p>	<p>Fracture</p> Ouverte <input type="checkbox"/> Fermée <input type="checkbox"/> Déformation <input type="checkbox"/> Gonflement <input type="checkbox"/> Absence de pouls aval <input type="checkbox"/> Absence de lésions après examen <input type="checkbox"/>
	<p>Brûlure</p> Orifice <input type="checkbox"/> Circulaire <input type="checkbox"/> Aspect : Rougeur <input type="checkbox"/> Phlyctène (cloque) <input type="checkbox"/> Carbonisation (blanchâtre et insensible) <input type="checkbox"/> Carbonisation (noirâtre) <input type="checkbox"/>
	<p>Gestes effectués</p> Attelle <input type="checkbox"/> Brancard cuillère <input type="checkbox"/> Refroidissement <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> Relevage <input type="checkbox"/> Gel d'eau <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> Relevage en pont <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Plan dur <input type="checkbox"/> Collier cervical <input type="checkbox"/> Contention <input type="checkbox"/> Écharpe triangulaire <input type="checkbox"/> Nettoyage de plaie <input type="checkbox"/> Poche de froid <input type="checkbox"/> Autres gestes :
Complément :	

Compte-rendu :

Devenir de la victimeLSP

Heure :

Confiée aux forces de l'ordre DCD Décharge Fuite / refus de bilan Aucune action de notre part **Accompagnée par**Médecin SP Infirmier SP SMUR Gendarmerie ou Police **Transport**VSAV UMH Ambulance privée Hélico SAMU Hélico Sécurité Civile **Structure d'accueil**

CH receveur :

Service receveur :

Prise en charge : h min

Nom infirmier ou médecin receveur :

Nom officier SSSM :

Signature :