

FICHE BILAN D'INTERVENTION

Date : ___/___/___ Heure : ___H___ Prise en charge par : _____
 Adresse : _____ Ville : _____

ETAT CIVIL VICTIME

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/___ F H

1 REGARD : Analyse globale de la situation SITUATION A LA PRISE EN CHARGE/CIRCONSTANCE(S)

Blessure Chute Danger Malaise Noyade Autre : _____

Danger : Oui Non Si oui lequel : _____

Nb de victimes : _____ Renfort : Oui Non Si oui lequel : _____

Information Témoin : _____

2 REGARD : Recherche une urgence vitale

Hémorragie externe abondante

Oui Non
 Compression directe
 Pansement compressif
 Garrot : ___h___

Obstruction des voies aériennes totales

Oui Non
 Claques dans le dos
 Compressions abdominales
 Compressions thoraciques
 PLS

Arrêt Cardio-Respiratoire

Oui Non
 RCP Pose DAE : ___h___
 Choc : ___h___ / ___h___
 Pas de choc

Trauma du rachis : OUI Pose du collier cervical Non

ALERTE IMMEDIATE

3 REGARD : Apprécier les fonctions vitales

15

Fonction Respiratoire

Parle facilement : Oui Non
 Sans essoufflement : Oui Non
 Respiration : ___ sur 15 sec :
 Normal
 Rapide Lente
 Ample Superficielle
 Régulière Irrégulière

Bruit de respiration :

Ronflement Sifflement
 Crépitement

Peau :

Sueurs
 Cyanose

Détresse Respiratoire constatée

Oui Non
 Position d'attente : _____
 O2 : Non Oui ___L/min
 Avis médical : Non Oui ___h___

15

Fonction Circulatoire

Pouls : Radial Carotidien Fémoral
 Facilement perceptible :
 Oui Non
 Pouls : ___ sur 15 sec
 Normal
 Rapide Lent
 Bien frappé Filan
 Régulier Irrégulier

Peau :

Marbrure Pâleur
 Sensation de soif
 Sensation de froid

Détresse Circulatoire constatée

Oui Non
 Position d'attente : _____
 O2 : Non Oui ___L/min
 Avis médical : Non Oui ___h___

Fonction Neurologique

Perte de Connaissance Initiale :
 Oui Non
 La victime est orientée :
 Temps : Oui Non
 Espace : Oui Non
 Convulsions ___Min
 Somnolence A jeun
 Nausées Vomissement

Déficit des membres

	Moteur	Sensitif
Mb. Supérieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mb. Inférieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	D G	D G

Réflexes Pupillaires

Symétriques Asymétriques
 Réactives Non réactives
 Rétrécis Dilatés

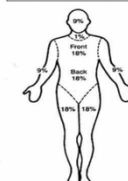
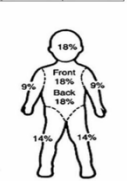

Détresse Neurologique constatée

E V D A
 Oui Non
 Avis médical : Non Oui ___h___

4 **REGARD : Interroger - Examiner - Mesurer - Scorer**

Interroger

Principales Plaintes de la Victime	ANTÉCÉDENTS	ANALYSE DES PLAINTES
_____	Maladies ? _____	P : Provoqué
_____	Hospitalisations ? _____	Q : Qualité
_____	Traitements ? _____	R : Région
_____	Allergies ? _____	S : Sévérité 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	Facteurs de risques ? _____	T : Temps

Examiner (Bilan Lésionnel)	Mesurer	Neurologique : AVC																													
P : Plaie B : Brûlure FO : Fracture Ouverte H : Hémorragie T : Traumatisme D : Douleur AS : Abs. Sensibilité AM : Abs. Motricité	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Segment corporel</th> <th colspan="2">Surface atteinte</th> </tr> <tr> <td></td> <th>Adulte</th> <th>Enfant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tête et cou</td> <td>9 %</td> <td>17 %</td> </tr> <tr> <td>Face antérieure du tronc</td> <td>18 %</td> <td>18 %</td> </tr> <tr> <td>Face postérieure du tronc</td> <td>18 %</td> <td>18 %</td> </tr> <tr> <td>Chaque jambe</td> <td>18 %</td> <td>14 %</td> </tr> <tr> <td>Chaque bras</td> <td>9 %</td> <td>9 %</td> </tr> <tr> <td>Périnée</td> <td>1 %</td> <td>1 %</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>100 %</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>	Segment corporel	Surface atteinte			Adulte	Enfant	Tête et cou	9 %	17 %	Face antérieure du tronc	18 %	18 %	Face postérieure du tronc	18 %	18 %	Chaque jambe	18 %	14 %	Chaque bras	9 %	9 %	Périnée	1 %	1 %	Total	100 %	100 %	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Respiration</p> Fréquence : ____ mvts/min SpO2 : ____ %	<p>Circulation</p> Fréquence : ____ mvts/min Tension : ____/____ Temps de recoloration cutané : ____ < 2 sec < ____ Température : ____ °C	<p>F (Face) : _____</p> <p>A (Arm) : _____</p> <p>S (Speak) : _____</p> <p>T (Time) : _____</p>
Segment corporel	Surface atteinte																														
	Adulte	Enfant																													
Tête et cou	9 %	17 %																													
Face antérieure du tronc	18 %	18 %																													
Face postérieure du tronc	18 %	18 %																													
Chaque jambe	18 %	14 %																													
Chaque bras	9 %	9 %																													
Périnée	1 %	1 %																													
Total	100 %	100 %																													
GLYCÉMIE CAPILLAIRE																															
<input type="checkbox"/> Glycémie : ____ g/L ou ____ mg/dL ou ____ mmol/L à ____ h ____																															
<input type="checkbox"/> Glycémie : ____ g/L ou ____ mg/dL ou ____ mmol/L à ____ h ____																															

GESTES TECHNIQUES EFFECTUÉS																															
ADMINISTRATION	POSITION D'ATTENTE	CONDITIONNEMENT	AVIS MÉDICAL																												
<input type="checkbox"/> Aide à la prise de médicaments par : Nom : _____ Dose : _____ Heure : ____h____ <input type="checkbox"/> Sucres <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> PLS/Mise sur le coté <input type="checkbox"/> Allongée <input type="checkbox"/> Assise <input type="checkbox"/> Genoux Fléchis <input type="checkbox"/> Jambes surélevées	<input type="checkbox"/> Plan dur <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Écharpe <input type="checkbox"/> Refroidissement <input type="checkbox"/> Colier cervical <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Protection thermique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : ____h____ Consignes du médecin : _____ _____																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">DÉTRESSE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Respiratoire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Circulatoire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neurologique</td> </tr> </tbody> </table>	DÉTRESSE	<input type="checkbox"/> Respiratoire	<input type="checkbox"/> Circulatoire	<input type="checkbox"/> Neurologique	Mise sous O2 (____L/min) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">SURVEILLANCE</th> </tr> <tr> <th style="width: 30%;">Paramètres physiologiques</th> <th style="width: 10%;">____h____</th> <th style="width: 10%;">____h____</th> <th style="width: 10%;">____h____</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;">Respiration</td> <td style="background-color: #e6f2ff;">F.R.</td> <td style="background-color: #e6f2ff;"></td> <td style="background-color: #e6f2ff;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff;"></td> <td style="background-color: #e6f2ff;">SpO2</td> <td style="background-color: #e6f2ff;"></td> <td style="background-color: #e6f2ff;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffe6e6;">Circulation</td> <td style="background-color: #ffe6e6;">F.C.</td> <td style="background-color: #ffe6e6;"></td> <td style="background-color: #ffe6e6;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #ffe6e6;"></td> <td style="background-color: #ffe6e6;">T.A.</td> <td style="background-color: #ffe6e6;"></td> <td style="background-color: #ffe6e6;"></td> </tr> </tbody> </table>		SURVEILLANCE				Paramètres physiologiques	____h____	____h____	____h____	Respiration	F.R.				SpO2			Circulation	F.C.				T.A.		
DÉTRESSE																															
<input type="checkbox"/> Respiratoire																															
<input type="checkbox"/> Circulatoire																															
<input type="checkbox"/> Neurologique																															
SURVEILLANCE																															
Paramètres physiologiques	____h____	____h____	____h____																												
Respiration	F.R.																														
	SpO2																														
Circulation	F.C.																														
	T.A.																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">NOM & SIGNATURE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">du responsable de l'équipe de secours</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </tbody> </table>		NOM & SIGNATURE	du responsable de l'équipe de secours		Evolution de l'état neurologique : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Dégradation Observations : _____ _____ Gestes effectués : _____ _____																										
NOM & SIGNATURE																															
du responsable de l'équipe de secours																															