PROTECTION CIVILE	1 X HÉMORRAGIE Arrêter Pansement imbibé GarrotH_	Plainte / Trauma Circon	nstances	Caractéristiques	Localisation	Intensité	Durée
AIDER - SECOURIR - FORMER Dispositif N°	Obstruction Tapes dos Compression abdo. / thorac. A VOIES Retournement Retrait casque Bascule arrière Elévation menton LVA Assis Neutre	Plante / Hauting				2	
	B RESPIRATION Absente / Anormale / <1 mvt/10sec _ Insufflations _ Aspi. mucosité	Id WO					
Equipe Date / / 20 H	C CIRCULATION Pas de prise / Pouls absent / Doute Massage Cardiaque DAE Nombres d'analyse, chocs à:H, _H, _H, _H	8 3				3	
Fiche n°	D NEUROLOGIQUE [™] Ouvre les yeux	4			Face	4	
Motif de départ Adresse	2 A Libération Voies Aériennes	5			Dos	5	
Départ équipe à H		7				7	
Sur les lieux àH	(doigts / lobe / lèvres), Efforts pour respirer, Sueurs anormales, Contraction (haut du thorax /cou) Bruits : Gargouillements (sang, liquide ou vomis), Bruit à l'inspiration, Sifflement expiration	Allergies		Malaise / Aggravation faiblesse muscul		ro oupáriour	
Sécurité, danger (s) persistant(s) :	Parole / Attitude : Confusion, somnolence, anxiété, agitée, Du mal à terminer ses phrases + essouflée Enfant : Battement des ailes du nez, Creusement du sternum	Médicaments		anomalie parole			le
Supprimé Balisé Dégagem. Urg.	Signes de détresse observés :	Medicaliens		hypoglycémie hyperglycémie			
EQUIPE EN SÉCURITÉ ■ RENFORTS ?	Visuel : Décoloration de la peau, Pâleur (extrémités / interne paupières / lèvres) Transpiration + Refroidissement , Marbrures blanc violet > genoux? Palpation : Radial absent + Carotidien Présent			·	·	que□ axiliaire□ b	
Scène, lieu intervention / accès :	Parole / Attitude : Sensation de soif, Agitation et angoisse de mort, Impossibilité assis ou debout, Apparition de vertiges	Passé médical (antécédents, hospitalisations récentes)	ordonnance médicale	aide à la prise : 🗌			
	D Signes de détresse observés :	P		précisions : Traumatisme, précisio	ns et/ou mécanism	ne :	
Que s'est il passé ?	Visuel : Visage asymétrique, Paralysie, Somnolence, Convulsions Parole / Attitude : Anomalie de la parole, Désorientée (temps ou espace), Perte de connaissance initiale, Amnésie de l'événement	Le dernier repas					
	AB Adulte 12 20 Enfant 20 30 Bébé 20 40 Nouv. né 40 60 Fréquence Amplitude + Régularité Saturation	Evénements ayant conduit à la situation		☐réalignement ☐ ☐matelas dépress			
Renforts SMV pour :	Normale silencieuse Superficielle Mouvements à peine perceptible (difficile à compter) Bruvante Effort respiratoire. Contraction des muscles du haut du thorax et cou. Pincement des	Intoxication ingestion inhalation injection	ion nroiection, produit/substa			(neuro + myosis +	+ FR < 12
IMPLIQUÉS UR UA DÉCÉDÉS		Brûlures □refroidissement □rinçage Plaies				(,,	
S ituation, plainte(s) principale(s):	Adulte 60 100 Enfant 70 140 Bébé 100 160 Nouv. né 120 160 Fréquence Amplitude + Régularité Tension Tension habituelle * Grave : pression artérielle systolique (< à 90mm de Hg ou diminu-	Evolution des signes vitaux et du complémentaire					
	tion de la PA habituelle de la victime hypertendu > à 30%). Cutané < 2 sec	RV E				se reporter au tablec	au du vito
	Pupilles Sensimotricité égales inégales G D aréactives G D jambes Sensimotricité G D mains G D bras G D jambes G D jambes G D jambes Sensimotricité G D mains G D bras G D jambes G D j					Glasgow =	.1
	G D dilatées mydriase Cocher les G D pieds 1 aucune 2 incompréhensible 3 décortication ** 2 decérébration ***						°C
Moyens suffisants ou renfort :	GD serrées cases lorsque la sensimotrie fonctionne case la sensimotrie case la sen	indiquer les pauses > 6 s	sec %SpO² bat/min		mm de Hg sec	Température	mg/dl g/l
Transmis à II	□ allongée □demi-assis □ assis □ allongée jambes relevées □ position :	1 H			T : TD0		mmo/n
Transmis à H		Horaire Fréquence Amplitude + Régularité	é Saturation Fréquence	Amplitude + Régularité	Tension TRC	, ,	és inutile mg/dl g/l
Nom Prénom		2 H mvt/min	%SpO² bat/min		mm de Hg sec		g/I mmo/n
Nom (jeune fille)		Evolution des signes vitaux et du complémentaire				Température	°C
Né(e) le / / à						₩+ ₽.	
Dossard N°		.1				Glasgow =	
Adresse						se reporter au table	au du vit
	Nom du responsable de l'intervention et signature Nom de l'IAO à l'hôpital et signature	Décharge de responsabilité Étant entièremen	nt et clairement informé(e) de mo	n état et des risques que	Déplacée vers p	posteH	ICD
CP Ville	110111 de 1140 a 1110pital et signature	j'encours, je déclare à H refuser :	Décharge de responsabilité Étant entièrement et clairement informé(e) de mon état et des risques que j'encours, je déclare à H refuser : ☐ la prise en charge ☐ mon transport en milieu hospitalier			fortsH	DCD
Tél.		Signature, nom, prénom et date de naissance de : victime	e, témoin n°1, témoin n°2		Médicalisation	H [
Qui prévenir?	Matériel à récupérer :				Evacuation Arrivée à l'hôpit	H [alH [
Tél. à prévenir Feuille 1 : hôpital (ou victime si décharge) - Feuille 2 : Protect	tion Civile					on àH] 18