INFORMATIONS VICTIME											
NOM: Prénom:											
DdN :											
Adresse :			CP - Ville :								
Personne à prévenir (lien et n° tel) : Prévenue : ☐ Oui /☐ Non											
		1ER REGARD BILA	N CIRCONSTANCIEL								
Date :/	/ Heure :			Éliminés : 🗆 Oui / 🗖 N	on						
			D BILAN VITAL	•							
	orragie i/□Non □	Ventilation ☐Oui/☐Non	Circulation ☐ Oui/☐ Non	Conscience □ Oui/ <mark>□ Non</mark>							
	I/ LINOII										
		4ÈME REGARD BILA	N COMPLÉMENTAIR								
Neurologique :		Ventilatoire:		Lésionnel / Compléments :							
PC : □Oui / □Non, à de, de		Fréquence :/min (normes adulte: [12- 20]/min, enfant: [20-30]/min, nourrisson: [30-60]/min)		Température :°C (normes: ~ 37°C)							
		Qualification de la venti		Nausées : □Oui / □Non Vomissement : □Oui / □Non							
Convulsions : □Oui / □Non, des Échelle de Glasgow :		☐ Ample	☐ Superficielle	Vollissement . Loury Livon							
<u> </u>	(1) Nulle	☐ Régulière	☐ Irrégulière	Onset (début) :							
Ouverture des yeux (Y):	☐ (2) À la douleur ☐ (3) À la demande ☐ (4) Spontanée	☐ Efficace ☐ Silencieuse	☐ Difficile	Provoqué par :							
			☐ Bruyante	Pos. Antalgique :							
	(1) Nulle	Sp02:% (normes: [94-98]% ou [89-94]%	☐ AA / ☐L 6 IRC ou [>92]% covid)	Qualité :							
Réponse verbale (V) :	☐ (2) Somnolente ou incompréhensible ☐ (3) Inappropriée ☐ (4) Confuse	Dyspnée : □Oui / □Noi		R égion :							
		Sueurs : □Oui / □Non			R						
		Toux :	□Oui / □Non		157						
	☐ (5) Orientée	Cyanoses : Tirage :	□Oui / □Non □Oui / □Non								
	☐ (1) Nulle	Balan. thoraco-abdo. :			Viri mil.						
Réponse	☐ (2) Extension réflexe ☐ (3) Flexion réflexe ☐ (4) Inadaptée ☐ (5) Retrait à la douleur ☐ (6) Obéit aux ordres	Circulatoire :	, .								
motrice (M):		1 1	/min (normes adulte: [60-		3						
		100]/min, enfant: [70-140]/min, nourrisson: [100-160]/min) Qualification du pouls:		Récurrence :							
Score (G	iCS) :/15	☐ Régulier	☐ Irrégulier	Sévérité : EN >/10 ou EVA/EVS >							
	, · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	☐ Bien frappé	☐ Filant	Temps :							
Pupilles : Réactives M	yosis Intermédiaire Mydriase	☐ Symétrique	☐ Asymétrique	Address to the state of the state of							
G □Oui / □Non □		TA Gauche :	mmHg	Mécanique et cinétique : Perte M otricité :	□Non						
D □Oui / □Non □				Supérieure : □ Droite □ Gauche							
Agitation : □Oui / □Non		TA Droite : mmHg		Inférieure : 🗆 Droite 🗆 Gauche							
Obnubilation :	□Oui / □Non	TA de référence :	mmHg	Perte S ensibilité :	□Non						
Céphalée : /ertiges :	□Oui / □Non □Oui / □Non	Douleur thoracique :	□Oui / □Non	Supérieure : □ Droite □ Gauche							
remblements :	□Oui / □Non	TRC > 2sec :	□Oui / □Non	Inférieure : 🗆 Droite 🗆 Gauche							
Otorragie :	□Oui / □Non	Pâleurs :	□Oui / □Non	Couleur anormale : □Oui	□Non						
Photophobie :	□Oui / □Non	Marbrures :	□Oui / □Non	Chaleur anormale : Oui	□Non						
Troubles de la vue : Hémiplégie :	□Oui / □Non □Oui / □Non	Froideur des membres : Conjonctives décolorées	□Oui / □Non : □Oui / □Non	Pouls périph. imperceptible : □Oui	□Non						
			0.,	1							
			TS MÉDICAUX								
□ Allergies :□ Hospitalisations :											

ACTIONS MENÉES											
Installation : Position ½ assise Position allongée Autre : Désobs Mise au repos Réalisation bilan sec		Hémorragie: ☐ Compression manuelle ☐	Immobilisation :	ACR:	csa	nalyses					
BILAN DE SURVEILLANCE											
Heure :	h	h	h	h	h						
Glasgow : F Respi : SpO2 : Débit O2 : F Cardi : TA : HGT :	/min /w L /min g/L	/min % L /min	/min % L /min g/L	/min % /min /min	/min%L/min/min						
		DI	TVENID								
☐ Demande de renfo	ort à h	□ Bilan à	EVENIR	☐ Renfort							
☐ Transport par :		vers :			□LSP	□ DCD					
averti(e) que je risque d e prends bien note que et faire appel au centre	. leà	équipe des secouristes de l i je ne suis pas les conseils : 	suivants donnés par les seco	endre contact à tout mom Fiche E Mis		en charge					
				Associa	ition:						