

Fiche Bilan

Information de la victime

Information de la Victime

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance et âge :

Adresse :

Numéro de téléphone de la victime :

Personne à prévenir et contact :

1er Regard Bilan Circonstanciel

Date / Heure :

Lieu :

Dangers :

Circonstance, cinétique, motif de prise en charge :

2ème Regard Bilan Vital

**Oui/Non**

Hémorragie :

Ventilation :

Circulation :

Conscience :

4ème Regard Bilan Complémentaire

**Neurologique**

**Glasgow** :

Ouverture des yeux (1/4) :

Réponse verbale (1/5) :

Réponse motrice (1/6) :

Total ( /15) :

---------

Glycémie (préciser unité) :

---------

**Pupilles :**

Gauche / Droite

Réactive :

Taille :

---------

**Oui / Non**

Perte de connaissance (si oui préciser quand et la durée) :

Convulsions (si oui la durée) :

Agitation :

Obnubilation :

Céphalée :

Vertiges :

Tremblements :

Otorragie :

Photophobie :

Troubles de la vue :

Hémiplégie :

**Ventilatoire**

Fréquence ( / min) :

**Qualification de la ventilation**

Oui / Non

Ample :

Régulière :

Efficace :

Silencieuse :

---------

Sp02 ( % ) :

---------

**Oui / Non**

Dyspnée ( + compte / 1O ) :

Sueurs :

Toux :

Cyanoses :

Tirage :

Balancement thoraco-abdo :

**Circulatoire**

Fréquence ( / min) :

**Qualification du pouls**

Oui / Non

Régulier :

Bien frappé :

Symétrique :

---------

TA Gauche :

TA Droite :

TA de référence :

---------

**Oui / Non**

Douleur thoracique :

TRC > 2sec :

Pâleurs :

Marbrure :

Froideur des membres :

Conjonctives décolorées :

**Lésionnel / Compléments**

Température :

---------

**OPPQRRST**

Onset :

Provoqué par :

Position antalgique :

Qualité :

Région :

Récurrence :

Sévérité  :

Temps :

---------

**Oui / Non**

Nausées :

Vomissement :

Couleur anormale :

Chaleur anormale :

Pouls périph perceptible :

---------

**Perte motricité**

Supérieure (Droite / Gauche / Non) :

Inférieure (Droite / Gauche / Non) :

---------

**Perte sensibilité**

Supérieure (Droite / Gauche / Non) :

Inférieure (Droite / Gauche / Non) :

Antécédents Médicaux

Maladies :

Allergies :

Traitements :

Hospitalisations :

Actions Menées

**Oui / Non**

**Installation**

PLS :

Demie assise :

Allongée :

**Hémorragie**

Compression manuelle :

Garrot :

**Immobilisation**

MID :

Cuillère :

Collier cervical :

ACT :

Plan dur :

Echarpe :

Attelle (si oui zone) :

**Autres**

Désobstruction VA

Claques dos :

Heimlich :

Mise au repos :

Bilan :

Application de froid :

ECG :

**ACR**

RCP (si oui heure début) :

DSA (si oui nombre de chocs et analyses) :

**O2**

Appliqué (si oui précisez L/min et heure) :

Bilan de surveillance

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heure |  |  |  |
| Glasgow ( /15) |  |  |  |
| F Respi ( /min) |  |  |  |
| Sp02 (%) |  |  |  |
| Débit 02 (L) |  |  |  |
| F Cardi ( /min) |  |  |  |
| TA |  |  |  |
| Glycémie (préciser unité) |  |  |  |

Informations Complémentaires