



Nom et prénom de l'utilisateur
Daigle Aline

Année Mois Jour Sexe
Date de naissance **1976 02 01** ☐ M ☒ F

RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE DU PREMIER RÉPONDANT

1- PRISE EN CHARGE

DATE : **2025 / 10 / 01**

N° D'AUTOR. :

CODE SMPAU : **17D046**

2- SERVICE PR :

N° ÉVÈNEMENT PR :

3- HEURE D'ARRIVÉE

AUPRÈS DE L'USAGER :

4- APPROCHE INITIALE

L' ÉTAT DE CONSCIENCE
☐ RÉACTION
☐ Ø RÉACTION

A VOIES RESPIRATOIRES
☐ LIBRES
☐ OBSTRUÉES PAR UN CORPS ÉTRANGER
☐ OBSTRUÉES (AUTRE) :

B RESPIRATION
☐ ADÉQUATE
☐ INADÉQUATE (TIRAGE, BRUITS, ETC.)
☐ HYPOVENTILATION (< 8 /MIN)
☐ ABSENTE

C POULS
☐ PRÉSENT → ☐ CAROTIDIEN ☐ RADIAL
☐ ABSENT

D NIVEAU DE CONSCIENCE
☐ A ALERTE ☐ ORIENTÉ
☐ V STIMULI VERBAL ☐ OUI
☐ P STIMULI DOULEUR ☐ NON
☐ U Ø RÉACTION

5- NATURE DU CAS

☐ ACCOUCHEMENT ☐ ÉPISTAXIS
☐ ARRÊT CARD. RESP. ☐ FEMME ENCEINTE EN TRAVAIL
☐ ATTEINTE ÉTAT DE CONSCIENCE ☐ PR. DIABÉTIQUES
☐ BRÛLURE ☐ HYPOTHERMIE
☐ CONVULSIONS ☐ INTOXICATION
☐ COUP DE CHALEUR ☐ OBS. VOIES RESP.
☐ DIFF. RESPIRATOIRE ☐ PROD. DANGEREUX
☐ DOUL. THORACIQUE ☐ RÉACT. ALLERGIQUE
☐ ÉLECTRISATION/ÉLECTROCUTION ☐ SUBMERSION
☐ ENGELURE ☐ TRAUMATISME
☐ AUTRE :

6- ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

☐ ? ☐ AUCUN
☐ A.V.C. ☐ HYPERTENSION
☐ CARDIAQUE ☐ NÉOPLASIE
☐ DIABÈTE ☐ PSYCHIATRIE
☐ ÉPILEPSIE ☐ TROUBLES RESP.
☐ AUTRE :

9- MÉCANISME DU TRAUMATISME

☐ AUTO → CEINTURE BALLON DÉPLOYÉ
☐ MOTO ☐ Oui ☐ Non ☐ ? ☐ Oui ☐ Non ☐ ?
☐ PIÉTON
☐ CYCLISTE
☐ CHUTE MÈTRES
☐ ARME BLANCHE
☐ ARME À FEU
☐ BAGARRE
☐ AUTRE :
INCARCÉRÉ : ☐ Oui ☐ Non ☐ ?
TEMPS DE DÉSINCARCÉRATION :

10- APPROCHE OBJ. DU TRAUMATISÉ

☐ SANS PARTICULARITÉ

	Face	Crâne	Cou	Dos	Thorax	Abd.	Extr.
BRÛLURE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOULEUR.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉFORMATION.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAIGN./HÉMORR.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LACÉRATION.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLAIE PÉNÉTRANTE.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERTE MOTRICITÉ/SENSATION.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMPUTATION.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11- SUPPORT CLINIQUE

☐ SUR LES LIEUX N° PERMIS :
☐ À DISTANCE HEURE : : :

12- SIGNES VITAUX

HEURE :	ÉTAT DE CONSC.	
HEURE :	A <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
RESP. /min.	V <input type="checkbox"/>	SpO ₂ :
POULS /min.	P <input type="checkbox"/>	O ₂ :
HEURE :	A <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
RESP. /min.	V <input type="checkbox"/>	SpO ₂ :
POULS /min.	P <input type="checkbox"/>	O ₂ :
HEURE :	A <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
RESP. /min.	V <input type="checkbox"/>	SpO ₂ :
POULS /min.	P <input type="checkbox"/>	O ₂ :

14- ENTREPRISE AMBULANCIÈRE

NOM :
VÉH. : ☐ PR ACCOMPAGNE

13- INTERVENTIONS

☐ AUCUNE INTERVENTION

ARRÊT CARDIAQUE
TÉMOIN DE L'EFFONDREMENT (VU/ENTENDU)
☐ Oui Heure :
☐ Non ☐ ?
☐ R.C.R. TÉMOIN
☐ DEA
NBRE CHOC(S) :
☐ R.C.R. PREMIER RÉPONDANT
HEURE :
☐ DEA PREMIER RÉPONDANT
NOMBRE CHOC(S) :
RETOUR DE POULS AVANT LA PRISE EN CHARGE PAR LES TAP
☐ OUI ☐ NON

VOIES AÉRIENNES
☐ VOIES AÉRIENNES LIBÉRÉES
☐ APPAREIL À SUCCION
☐ MASQUE DE POCHE
☐ CANULE ☐ ORO ☐ NASO
☐ BALLON VENTILATOIRE

HÉMORRAGIES
☐ PANSEMENTS
☐ CONTRÔLE PAR PRESSION
☐ DIRECTE ☐ INDIRECTE

IMMOBILISATIONS
☐ COLLET CERVICAL → ☐ PÉD.
☐ MATELAS IMMOBILISATEUR ☐ N.N.
☐ PLANCHE LONGUE ☐ P
☐ K.E.D. ☐ M
☐ ATTELLE DE FIXATION ☐ G

AUTRES
☐ ACCOUCHEMENT
HEURE :
☐ ACCÈS REFUSÉ (PRÉCISER CASE 16)

13A- MÉDICAMENTS

	Heure	Heure
<input type="checkbox"/> PRISE DE NITRO PAR L'USAGER		
<input type="checkbox"/> ADMINISTRATION D'ÉPINÉPHRINE	<input type="checkbox"/> 0,3 mg	
	<input type="checkbox"/> 0,15 mg	
<input type="checkbox"/> GLUCOSE EN GEL OU JUS SUCRÉ		
<input type="checkbox"/> GLUCAGON	<input type="checkbox"/> 0,5 mg ou	<input type="checkbox"/> 1 mg

15- AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

PROTOCOLÉS UTILISÉS

Signature
PR 1

N° de matricule

Signature
PR 2

N° de matricule