

Web

03031622



DT9152

Nom et prénom de l'usager

Daigle Aline

Année	Mois	Jour	Sexe
1996	02	01	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F

RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE DU PREMIER RÉPONDANT

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

ORIENTÉ	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---------	------------------------------	------------------------------

 - A ALERTE
 - V STIMULI VERBAL
 - P STIMULI DOULEUR
 - U Ø RÉACTION

7- MALADIES INFECTIEUSES :

12- SIGNES VITIAUX		ETAT 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

15- AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

1- PRISE EN CHARGE

DATE : 2025 / 10 / 01

N° D'AUTOR. :

CODE SMPAU : 17D046

2- SERVICE PR :

N° ÉVÉNEMENT PR :

3- HEURE D'ARRIVÉE

AUPRÈS DE L'USAGER :

4- APPROCHE INITIALE

- ACCOUCHEMENT
- ARRÊT CARD. RESP.
- ATTEINTE ÉTAT CONSCIENCE
- BRÛLURE
- CONVULSIONS
- COUP DE CHALEUR
- DIFF. RESPIRATOIRE
- DOUL. THORACIQUE
- ÉLECTRISATION/ÉLECTROCUTION
- ENGELURE
- AUTRE : _____

5- NATURE DU CAS

- ÉPISTAXIS
- FEMME ENCEINTE EN TRAVAIL
- PR. DIABÉTIQUES
- HYPOTHERMIE
- INTOXICATION
- OBS. VOIES RESP.
- PROD. DANGEREUX
- RÉACT. ALLERGIQUE
- SUBMERSION
- TRAUMATISME

9- MÉCANISME DU TRAUMATISME

- AUTO → CEINTURE
- MOTO 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. | Ext. |
| BRÛLURE..... | <input type="checkbox"/> |
| DOULEUR | <input type="checkbox"/> |
| DÉFORMATION | <input type="checkbox"/> |
| SAIGN./HÉMORR..... | <input type="checkbox"/> |
| LACÉRATION..... | <input type="checkbox"/> |
| PLAIE PÉNÉTRANTE..... | <input type="checkbox"/> |
| PERTE MOTRICITÉ/SENSATION | <input type="checkbox"/> |
| AMPUTATION..... | <input type="checkbox"/> |

11- SUPPORT CLINIQUE

- SUR LES LIEUX N° PERMIS : _____
- À DISTANCE HEURE : _____

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

13A- MÉDICAMENTS

- | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PRISE DE NITRO PAR L'USAGER | Heure | Heure |
| <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"/> 0,5 mg ou | <input type="checkbox"/> 1 mg |
| GLUCAGON | | |

PROTOCOLES UTILISÉS

Signature

PR 1

N° de matricole

Signature

PR 2