

## FICHE BILAN D'INTERVENTION

**Date :** ...../...../.....    **Heure :** .....h.....    **Prise en charge par :** .....

### ETAT CIVIL VICTIME

Nom : .....    Prénom : .....    Date de naissance : ...../...../.....    F H

**1 REGARD : Analyse globale de la situation** *SITUATION A LA PRISE EN CHARGE/CIRCONSTANCE(S)*

**Blessure**    **Chute**    **Danger**    **Malaise**    **Noyade**    **Autre :** \_\_\_\_\_  
 Danger :    Oui    Non                      Si oui lequel : \_\_\_\_\_  
 Nb de victimes : \_\_\_\_\_    Renfort :    Oui    Non    Si oui lequel : \_\_\_\_\_  
**Information Témoin :** \_\_\_\_\_

**2 REGARD : Recherche une urgence vitale**

<b>Hémorragie externe abondante</b> Oui                      Non Compression directe Pansement compressif Garrot : .....h.....	Obstruction des voies aériennes totales. Oui                      Non Claques dans le dos Compressions abdominales Compressions thoraciques PLS	<b>Arrêt Cardio- Respiratoire</b> Oui                      Non <b>RCP Pose DAE</b> : .....h..... Choc .....h.....    .....h..... Pas de choc
<b>Trauma du rachis</b> Oui <b>Pose du collier cervical</b> Non		

**ALERTE IMMEDIATE**

**3 REGARD : Apprécier les fonctions vitales**

<p style="text-align: center;"><b>15 Fonction Respiratoire</b></p> Parle facilement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sans essoufflement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Respiration : ____ sur 15 sec  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Lente <input type="checkbox"/> Ample <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Irrégulière	<p style="text-align: center;"><b>Détresse Respiratoire constatée</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Position d'attente : _____ O2 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ____L/min Avis médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui __h__
<p style="text-align: center;"><b>Bruit de respiration :</b></p> <input type="checkbox"/> Ronflement <input type="checkbox"/> Sifflement <input type="checkbox"/> Crépitements  <p style="text-align: center;"><b>Peau :</b></p> <input type="checkbox"/> Sueurs <input type="checkbox"/> Cyanose	<p style="text-align: center;"><b>Détresse Circulatoire constatée</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Position d'attente : _____ O2 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui ____L/min Avis médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui __h__

<p style="text-align: center;"><b>15 Fonction Circulatoire</b></p> <b>Pouls :</b> <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotidien <input type="checkbox"/> Fémoral Facilement perceptible : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pouls : ____ sur 15 sec  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/> Bien frappé <input type="checkbox"/> Filan <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier	<p style="text-align: center;"><b>Détresse Neurologique constatée</b></p> <p style="text-align: center;"><b>E V D A</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avis médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui __h__
--	---

<p style="text-align: center;"><b>Fonction Neurologique</b></p> Perte de Connaissance Initiale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La victime est orientée :  Temps : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Espace : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Convulsions _____Min <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> A jeun <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissement	<p style="text-align: center;"><b>Déficit des membres</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Moteur</td> <td style="text-align: center;">Sensitif</td> </tr> <tr> <td>Mb. Supérieur</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mb. Inférieur</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">D G</td> <td style="text-align: center;">D G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>Réflexes Pupillaires</b></p> <input type="checkbox"/> Symétriques <input type="checkbox"/> Asymétriques <input type="checkbox"/> Réactives <input type="checkbox"/> Non réactives <input type="checkbox"/> Rétrécis <input type="checkbox"/> Dilatés		Moteur	Sensitif	Mb. Supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mb. Inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		D G	D G	<p style="text-align: center;"><b>Détresse Neurologique constatée</b></p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avis médical : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui __h__
	Moteur	Sensitif												
Mb. Supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Mb. Inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	D G	D G												

## FICHE BILAN D'INTERVENTION

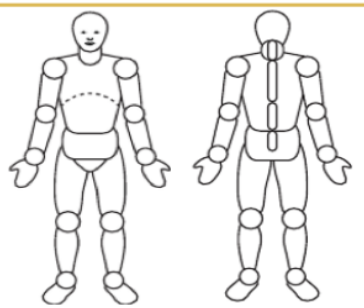
**REGARD : Interroger - Examiner - Mesurer - Scorer**

### Interroger


Principales Plaintes de la Victime	ANTÉCÉDENTS	ANALYSE DES PLAINTES
_____ _____ _____	Maladies ? _____ Hospitalisations ? _____ Traitements ? _____ Allergies ? _____ Facteurs de risques ? _____	P : Provoqué Q : Qualité R : Région S : Sévérité    0    1    2    3    4    5 T : Temps

### Examiner (Bilan Lésionnel)

- P : Plaie
- B : Brûlure
- FO : Fracture Ouverte
- H : Hémorragie
- T : Traumatisme
- D : Douleur
- AS : Abs. Sensibilité
- AM : Abs. Motricité



### Mesurer

**Respiration** 

Fréquence : \_\_\_\_\_ mvts/min  
 SpO2 : \_\_\_\_\_ %

**Circulation**

Fréquence : \_\_\_\_\_ mvts/min  
 Tension : \_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Temps de recoloration cutané :  
 \_\_\_\_\_ < 2 sec < \_\_\_\_\_

Température : \_\_\_\_\_ °C

**Neurologique : AVC**

**F** (Face) : \_\_\_\_\_  
**A** (Arm) : \_\_\_\_\_  
**S** (Speak) : \_\_\_\_\_  
**T** (Time) : \_\_\_\_\_

### GLYCÉMIE CAPILLAIRE

Glycémie : \_\_\_\_\_ g/L ou \_\_\_\_\_ mg/dL ou \_\_\_\_\_ mmol/L à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Glycémie : \_\_\_\_\_ g/L ou \_\_\_\_\_ mg/dL ou \_\_\_\_\_ mmol/L à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

### GESTES TECHNIQUES EFFECTUÉS

ADMINISTRATION	POSITION D'ATTENTE	CONDITIONNEMENT	AVIS MÉDICAL
<input type="checkbox"/> Aide à la prise de médicaments par : Nom : _____ Dose : _____ Heure : _____ h _____ <input type="checkbox"/> Sucres <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> PLS/Mise sur le coté <input type="checkbox"/> Allongée <input type="checkbox"/> Assise <input type="checkbox"/> Genoux Fléchis <input type="checkbox"/> Jambes surélevées	<input type="checkbox"/> Plan dur <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Écharpe <input type="checkbox"/> Refroidissement <input type="checkbox"/> Colier cervical <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Protection thermique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Heure : _____ h _____ Consignes du médecin : _____ _____

### DÉTRESSE

- Respiratoire
- Circulatoire
- Neurologique

Mise sous O2 (\_\_\_\_L/min) :  
 Oui     Non

Prise en charge par les secours : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_  
 Refus de soin :     Oui     Non

### SURVEILLANCE

Paramètres physiologiques		_____ h	_____ h	_____ h
Respiration	F.R.			
	SpO2			
Circulation	F.C.			
	T.A.			

Evolution de l'état neurologique :

Amélioration  
 Stable  
 Dégradation

**Observations :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Gestes effectués :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### NOM & SIGNATURE

du responsable de l'équipe de secours

**Principales Plaintes de la Victime**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**ANTECEDENTS**

Maladies ?.....  
 Hospitalisations ?.....  
 Traitements ?.....  
 Allergies ?.....  
 Facteurs de risques ?.....

### ANALYSE DES PLAINTES

P : Provoqué  
 Q : Qualité  
 R : Région  
 S : Sévérité    0    1    2    3    4  
 T : Temps