FICHE BILANS

Piscine de Cesson-Sévigné

Ville de CESSON SÉVIGNÉ

DATE:..... HEURE:.....h ..... LIEU:.....

INTERVENANT : NOM ..... PRENOM ..... SIGNATURE

VICTIME

NOM:..... PRÉNOM:..... Age..... ☐ M ☐ F

ADRESSE : .....Téléphone : .....

BILAN CIRCONSTANCIEL

☐ Malaise / Maladie ☐ Noyade ☐ Chute ☐ Blessure ☐ Choc ☐ Autre : .....

BILAN D'URGENCE VITALE

☐ OBVA ☐ Hémorragie ☐ Inconscience ☐ Arrêt ventilatoire ☐ Arrêt cardio-ventilatoire

Conscience

☐ PC depuis: .....
☐ PCI durée: .....
☐ Répond aux questions
☐ Ouvre les yeux
☐ Désorientée : temps espace
☐ Agitée
☐ Confuse
☐ Somnolente

Motricité, Sensibilité

☐ ne sert pas les mains
☐ ne bouge pas les pieds / orteils
☐ ne réagit pas au pincement

Pupilles

☐ égales ☐ inégales

Ventilation

Fréq. Respiratoire : ...../min

Respiration

Resp. normale ☐ superficielle ☐
Resp. régulière ☐ difficile ☐
Resp. ample ☐ bruyante ☐

Saturation O2 : .....%

Bruits ventilatoires

☐ gargouillements
☐ sifflements
☐ ronflements

Visage

☐ sueurs / transpiration
☐ cyanose

Circulation

Fréq. Cardiaque : .....bat/min

Régulier ☐ Irrégulier ☐
Bien frappé ☐ Filant ☐

Pression Artérielle ...../.....

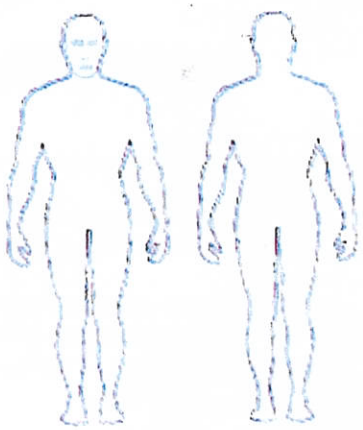
Observations

☐ Pâleur visage
☐ Recoloration cutanée > 3 sec.
☐ Froideur des membres
☐ Marbrures cutanées
☐ Décoloration de la peau
☐ Température : .....

BILAN COMPLEMENTAIRE

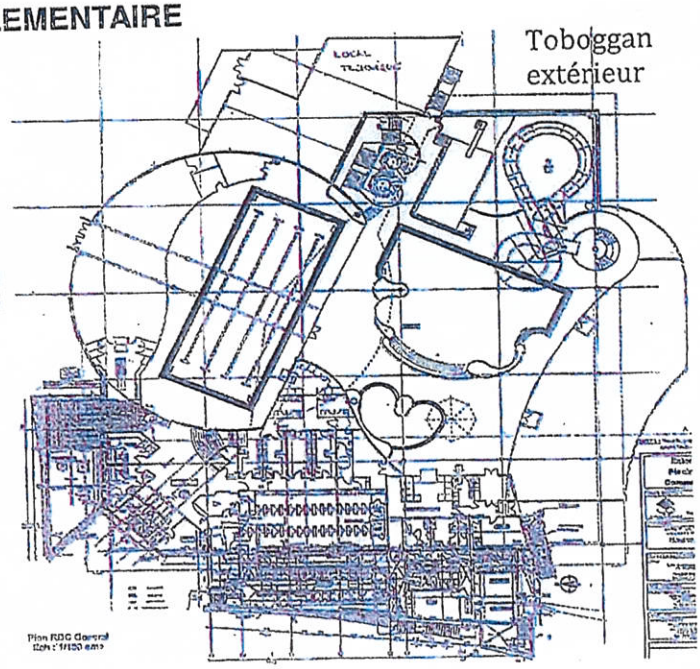
BILAN LESIONNEL

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



Observations:

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



GESTES EFFECTUES

- ☐ Claques dans le dos
- ☐ + Heimlich (nb:.....)
- ☐ Compression manuelle
- ☐ Pansement compressif
- ☐ Garrot posé à.....h.....
- ☐ Assis ou ½ assis ☐ A plat dos
- ☐ PLS ☐ Autre .....

- ☐ Aspiration mucosités
- ☐ Canule oropharyngée
- ☐ Ventilation artificielle
- ☐ O2: .....L/min. Inhalation / Insufflation
- ☐ RCP: début: .....h.....
- ☐ DAE : pose: ....h.....
- Nbre de chocs .....

- ☐ Dégag. d'urgence
- ☐ Retrait de casque
- ☐ Collier cervical
- ☐ Echarpe
- ☐ Poche de froid
- ☐ Immobilisation .....
- ☐ Sucre
- ☐ Médicaments:..... .....

- ☐ Désinfection avec..... .....
- ☐ Pansement / emballage
- ☐ Vaccination à jour
- ☐ Refroidissement

Appel SAMU à .....h.....
Arrivée secours à .....h.....
Evacuation à .....h.....
par : .....

ANALYSE DES PLAINTES

P	Provoqué par	
Q	Qualité du trouble	0/1/2/3/4
R	Région atteinte	
S	Sévérité du trouble	
T	Temps de la plainte	

RECHERCHE DES ANTECEDENTS

M	Maladie / Malaise ?
H	Hospitalisation ?
T	Traitement ?
A	Allergie ?

Nom du médecin traitant :

SURVEILLANCE	...h...	...h...	...h...
Conscience			
Ventilation			
Circulation			
Autre paramètre			

FREQUENCES NORMALES	♥		QUALITÉ DE LA RESPIRATION
Adulte & adolescent (> puberté)	60 à 100	12 à 20	**Normale:** respiration silencieuse
Enfant (1an > puberté)	70 à 140	20 à 30	**Superficielle:** Mouvements du thorax et de l'abdomen à peine perceptibles (difficile à compter)
Nourrisson (7j > 1 an)	100 à 160	30 à 40	**Difficile:** Effort respiratoire – Contraction des muscles du Haut du thorax et du cou
Nouveau né (< 7j)	120 à 160	40 à 60	**Bruyante:** sifflements – ronflements – gargouillements – râles

REFUS DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e), M ..... Refuse d'être pris(e) en charge par les services de secours et assume la responsabilité en toute connaissance de cause. Info transmise au médecin régulateur du SAMU.

Le : ..... *Signature :*

OBSERVATIONS : .....
.....
.....
.....
.....