

FICHE BILANS



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

VICTIME

NOM:..... PRÉNOM:..... Age..... M F
 ADRESSE :

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

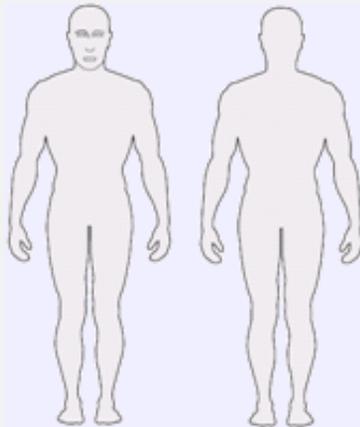
Pression Artérielle/.....

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:

.....

PRINCIPALES PLAINTES DE LA VICTIME

.....

PQRST **MHTA** **Surveillance**

Soif Angoisse Froid

Echelle de douleur : / 4

GESTES EFFECTUES

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Claques dans le dos <input type="checkbox"/> + Heimlich (nb:.....) <input type="checkbox"/> Compression manuelle <input type="checkbox"/> Pansement compressif <input type="checkbox"/> Garrot posé à.....h..... <input type="checkbox"/> Assis ou ½ assis <input type="checkbox"/> A plat dos <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Autre | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aspiration mucosités <input type="checkbox"/> Canule oropharyngée <input type="checkbox"/> Ventilation artificielle <input type="checkbox"/> O2:L/min. Inhalation / Insufflation <input type="checkbox"/> RCP: début:h..... <input type="checkbox"/> DAE : pose:h..... Nbre de chocs | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dégag. d'urgence <input type="checkbox"/> Retrait de casque <input type="checkbox"/> Collier cervical <input type="checkbox"/> Echarpe <input type="checkbox"/> Poche de froid <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Médicaments:..... | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Désinfection avec..... <input type="checkbox"/> Pansement / emballage <input type="checkbox"/> Vaccination à jour <input type="checkbox"/> Refroidissement <hr/> <p>Appel SAMU àh.....
 Arrivée secours àh.....
 Evacuation àh.....
 par :</p> |
|---|--|--|---|

ANALYSE DES PLAINTES

P	Provoqué par					
Q	Qualité du trouble					
R	Région atteinte					
S	Sévérité du trouble	0 NULLE	1 FAIBLE	2 MOYENNE	3 FORTE	4 INSUPPORTABLE
T	Temps de la plainte					

RECHERCHE DES ANTECEDENTS

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

Nom du médecin traitant :

RECHERCHE DE SIGNES VISIBLES

Troubles de la parole / Expression faciale	OUI / NON	Perte d'urine / de selles	OUI / NON
--	-----------	---------------------------	-----------

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

INTERVENANT : NOM PRENOM SIGNATURE