

INTERVENTION

Date :/...../20..... Poste de secours / Piscine de : Tél :/...../...../...../.....
Lieux d'intervention : Domicile 🏠 Travail 🏢 Lieu public 🚰 Voie publique 🛣️ Accident route 🚗 Sport 🏃 Vestiaire 🧥
 Autres :
 Adresse : Code postal : Ville :
 Heure présumé de l'accident :h..... Heure de prise en charge de la victime :h.....

VICTIME

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville : Personne à Prévenir :
 Personne prévenue : OUI NON Tél :/...../...../...../..... Médecin traitant :



PREMIER REGARD – OBSERVER (Environnement)



Nature de l'intervention :
 Danger : NON OUI Si oui lequel :
 Nb de victimes : Renforts : NON OUI Si oui lesquels :
 Complément d'information :



DEUXIEME REGARD - RECHERCHER



Plainte principale de la victime :

OBSERVATION DE LA VICTIME

Genre : H F Age : ans
 Assise Debout
 Allongée sur le ventre
 Recroquevillée sur elle-même

Stabilisation du rachis

Oui Non

PRESENCE DE MENACES VITALES

Obstruction des voies aériennes : Oui Non
 Hémorragie externe grave : Oui Non
 L.V.A. menacée : Oui Non
 Absence de respiration : Oui Non
 Respiration anormale : Oui Non

ACTIONS A ENTREPRENDRE

Désobstruction des V.A.
 Compression directe
 Pansement compressif
 Garrot à : h
 G.I.SH à : h
 L.V.A.
 Retournement d'urgence
 Retrait du casque
 R.C.P à : h
 Pose du DSA : h
 Nb de chocs délivrés :
 Reprise d'activité à : h
 V.A BAVU : Mvts/mn à : h.....

Si détresse vitale ➡ Avis médical à : h
 Consignes :



TROISIEME REGARD - APPRECIER



1 – RESPIRATION 15

La victime parle facilement : Oui Non
 Rapide : Oui Non
 Ample : Oui Non
 Régulière : Oui Non
 Qualité : Silencieuse Sifflement
 Bruyante Ronflement
 Gargouillement
 Pause respiratoire : Oui Non
 Peau : Colorée Sèche Humide
 Cyanose Sueurs
 Muqueuses rosées : Oui Non

2 - CIRCULATION 15

Pouls est facilement perceptible : Oui Non
 Rapide : Oui Non
 Ample : Oui Non
 Régulière : Oui Non
 Au niveau :
 Poignet Cou Pli de l'aîne
 Pause circulatoire : Oui Non
 Peau : Colorée Sèche Pâleurs
 Chaude Humide Marbrures
 Muqueuses rosées : Oui Non

3 - NEUROLOGIQUE

La victime a perdu connaissance : Oui Non
 PCI PCP : mn
 Orientée : Oui Temps Espace Non
 Motricité :
 Membres sup : Oui Non G._{gauche} D._{droite}
 Membres inf : Oui Non G._{gauche} D._{droite}
 Sensibilité :
 Membres sup : Oui Non G._{gauche} D._{droite}
 Membres inf : Oui Non G._{gauche} D._{droite}
 Pupilles (P.E.R.L.) :
 Egales : Oui Non
 Réactive à la lumière : Oui Non

DETRESSE VENTILATOIRE CONSTATEE

Non Oui

Position d'attente :
 O2 : Non Oui L/mn
 Avis médical : Oui à : h

DETRESSE CIRCULATOIRE CONSTATEE

Non Oui

Position d'attente :
 O2 : Non Oui L/mn
 Avis médical : Oui à : h

DETRESSE NEUROLOGIQUE CONSTATEE

Non Oui

Avis médical : Oui à : h

MESURER
Fonction ventilatoire

MESURER
Fonction circulatoire

SCORER
Fonction neurologique



QUATRIEME REGARD - MESURER



INTERROGER

PLAINTES EXPRIMEES

Provoqué par :
 Qualité :
 Région :
 Sévérité :
 Temps :

ANTECEDENTS

Maladie :
 Hospitalisation :
 Traitement :
 Allergie :
 Facteurs de risque :

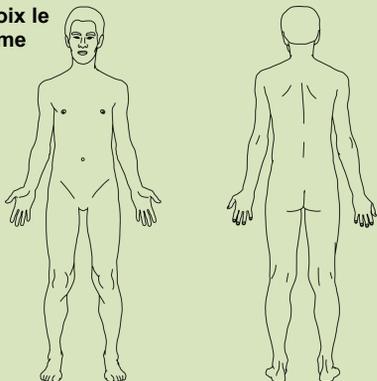
Atteintes :



Mécanisme de l'accident :
 Histoire de la maladie :

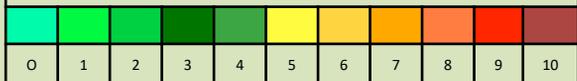
EXAMINER (Recherche des lésions)

Indiquer par une croix le lieu du traumatisme

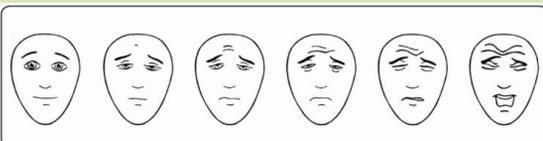


P : Plaie
B : Brûlure
H : Hémorragie
T : Traumatisme
D : Douleur
Déf : Déformation
AS : Abs. Sensibilité
AM : Abs. Motricité

Echelle de la douleur



Echelle de la douleur pour les enfants



MESURER (Paramètres physiologiques)

1 - RESPIRATION

Fréq : / min
 SpO2 : %

2 - CIRCULATION

Fréq : / min
 TRC : < 2 sec > 2 sec

GLYCEMIE

Taux : mg/dl

TEMPERATURE

T° : ° C

PA : /
 Pouls radial
 Pouls carotidien
 Pouls fémoral

ECG : Oui Non
 Transmis à : H
 Au SAMU de :

SCORER 3 - NEUROLOGIQUE

3 - NEUROLOGIQUE

Evaluation de l'état de conscience

Score de l'A.V.C.

E (Eveillé)	
V (répond à une stimulation verbale)	
D (répond à stimulation à la douleur)	
A (Aréactive)	

Examen	Normal	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
F (visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asymétrie
A (bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Affaissement <input type="checkbox"/> Chute
S (parole)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Confuse
T (temps)	Agir vite	

SITUATION / GESTES ENTREPRIS

Situations

- COVID 19
- Brûlure chimique, électrique
- Choc/chute
- Brûlure thermique (wallace)%
- Blast
- Compression membre mn
- Réaction allergique
- Membre sectionné

Gestes entrepris

- Stabilisation
- Atelles
- Restriction collier
- ACT
- Restriction immo tête
- Brancard cuillère
- Écharpes
- Plan dur
- MID
- Couvrir
- P.L.S.
- Aspiration mucosités

SURVEILLANCE

Paramètres physiologiques		.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....
Ventilation	FR	...../mn	...../mn	...../mn	...../mn
	SPO2%%%%
Circulation	FC	...../mn	...../mn	...../mn	...../mn
	PA/...../...../...../.....
Neurologie	Amélioration				
	Stabilité				
	Aggravation				

EVACUATION

Appel au SAMU à : h.....
 Destination :

Transport :
 VSAV ou ambulance privée
 SMUR
 Moyen aérien

Refus de transport / soin
 Laissée sur place
 Se déplace par ses propres moyens à l'hôpital

Fin prise en charge par les secouristes : h.....
 Nom du responsable de l'intervention :
 Signature :

Heure prise en charge par VSAV, ABULANCE : h.....
 Indicatif ou Nom de la structure :
 Signature :