

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

Si détresse vitale Avis médical à : h

Consignes :

PRESENCE DE MENACES VITALES

Obstruction des voies aériennes : ☐ Oui

Hémorragie externe grave : ☐ Oui

L.V.A. menacée : ☐ Oui

Absence de respiration : ☐ Oui

Respiration anormale : ☐ Oui

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



TROISIEME REGARD - APPRECIER



1 – RESPIRATION



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

DETRESSE VENTILATOIRE CONSTATEE

☐ Non ☐ Oui

Position d'attente :

O2 : ☐ Non ☐ Oui L/mn

Avis médical : ☐ Oui à : h

MESURER
Fonction ventilatoire

2 - CIRCULATION



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

DETRESSE CIRCULATOIRE CONSTATEE

☐ Non ☐ Oui

Position d'attente :

O2 : ☐ Non ☐ Oui L/mn

Avis médical : ☐ Oui à : h

MESURER
Fonction circulatoire

3 - NEUROLOGIQUE

La victime a perdu connaissance : ☐ Oui ☐ Non
☐ PCI ☐ PCP : mn

Orientée : ☐ Oui ☐ Temps ☐ Espace ☐ Non

Motricité :

Membres sup : ☐ Oui ☐ Non ☐ Gauche ☐ Droite
 Membres inf : ☐ Oui ☐ Non ☐ Gauche ☐ Droite

Sensibilité :

Membres sup : ☐ Oui ☐ Non ☐ Gauche ☐ Droite
 Membres inf : ☐ Oui ☐ Non ☐ Gauche ☐ Droite

Pupilles (P.E.R.L.) :

Egales : ☐ Oui ☐ Non

Réactive à la lumière : ☐ Oui ☐ Non

DETRESSE NEUROLOGIQUE CONSTATEE

☐ Non ☐ Oui

Avis médical : ☐ Oui à : h

SCORER
Fonction neurologique



QUATRIEME REGARD - MESURER



INTERROGER

PLAINTES EXPRIMEES

Provoqué par :
Qualité :
Région :
Sévérité :
Temps :

ANTECEDENTS

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

Atteintes :



Chute de m



Incendie



Noyade



Chute d'objets



Vague



Explosion



Surf / S.U.P



Kite-surf



Jeux ballon



Bateau



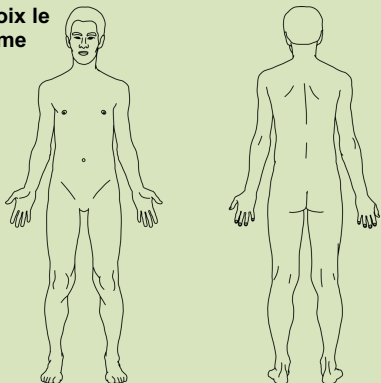
Planche à voile / voile / Cata

Mécanisme de l'accident :

Histoire de la maladie :

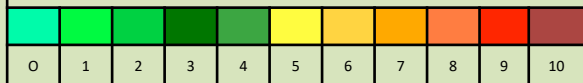
EXAMINER (Recherche des lésions)

Indiquer par une croix le
lieu du traumatisme

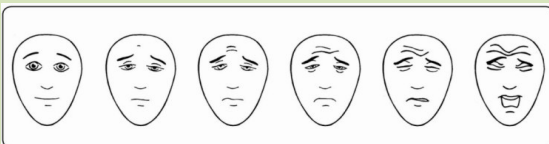


P : Plaie
B : Brûlure
H : Hémorragie
T : Traumatisme
D : Douleur
Déf : Déformation
AS : Abs. Sensibilité
AM : Abs. Motricité

Echelle de la douleur



Echelle de la douleur pour les enfants



MESURER (Paramètres physiologiques)



1 - RESPIRATION

Fréq : / min
SpO2 : %

GLYCEMIE

Taux : mg/dl

TEMPERATURE

T° : ° C

2 - CIRCULATION

Fréq : / min
TRC : ☐ < 2 sec ☐ > 2 sec

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	☐ Droit ☐ Gauche
F (visage)	☐	☐ Asymétrie
A (bras)	☐	☐ Faible ☐ Impossible ☐ Affaissement ☐ Chute
S (parole)	☐ Normale	☐ 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 :