

FICHE BILAN DES PREMIERS SECOURS

Cette fiche bilan est à utiliser dans les conditions suivantes :

- Pour tout avis sollicité auprès du médecin du SAMU
- En cas d'évacuation médicalisée ou non médicalisée
- Pour tout refus de soin ou d'hospitalisation

Dans les autres cas, renseigner les documents correspondants (main-courante des soins, main-courante MNS ...)

Consignes d'utilisation :

- Cette fiche doit représenter le travail de l'équipe de premiers secours sur l'intervention
- Cette fiche donne une ligne de conduite pour la retranscription structurée du bilan à la régulation médicale
- La fiche est signée par le responsable de la prise en charge de la victime et atteste de l'état de la victime lorsque celle-ci est évacuée par le service concerné.
- Une case rouge cochée ou un *indicateur en italique* justifie a minima un contact SAMU.
- Si nécessaire, barrer le signe lorsqu'il est absent.

Archivage et transmission :

- Si la fiche est autoduplicante, le volet 1 recto original suit la victime. Le volet 2 est archivé selon les règles de l'autorité d'emploi.
- Si la fiche n'est pas autoduplicante, faire une copie (photo...), l'originale suit la victime. La copie est archivée selon les règles de l'autorité d'emploi.

Établissement(s) :

 <input type="checkbox"/> Centre Nautique Tony Bertrand  8 Quai Claude Bernard LYON 7ème  04 78 72 04 50 04 78 72 04 50	 <input type="checkbox"/> Piscine Antoine Charial  102 rue Antoine Charial LYON 3ème  04 78 54 23 37 04 78 54 21 97	 <input type="checkbox"/> Piscine Benjamin Delessert  40 rue Benjamin Delessert LYON 7ème  04 72 72 96 43 04 78 72 63 83	 <input type="checkbox"/> Piscine Garibaldi  221 rue Garibaldi LYON 3ème  04 78 95 02 82 04 78 60 89 66	 <input type="checkbox"/> Piscine Saint Exupéry  11 rue Pétrus Sambardier LYON 4ème  04 72 00 01 61 04 78 29 80 66
 <input type="checkbox"/> Piscine Tronchet  125 rue Tronchet LYON 6ème  04 78 89 89 03 04 78 89 01 31	 <input type="checkbox"/> Piscine de Vaise  50 avenue Sidoine Apollinaire LYON 9ème  04 72 53 06 93 04 72 53 11 81	 <input type="checkbox"/> Piscine d'été de la Duchère  264 avenue Andreï Sakharov LYON 9ème  04 78 35 94 24 04 78 35 35 48	 <input type="checkbox"/> Piscine d'été Jean Mermoz  Place André Latarjet LYON 8ème  04 78 75 71 23 04 78 72 63 83	

ADMINISTRATIF VICTIME

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Âge : Sexe : F M
Adresse :
Commune : Code postal :
Tél. : Tél. famille : Famille prévenue: Oui Non

PREMIER REGARD

Nature de l'intervention :
Noyade : Stade 1 aquastress Stade 2 petite hypoxie Stade 3 grande hypoxie Stade 4 anoxie
Date et heure de la prise en charge :/...../..... àh.....
Correction des informations initiales :
Risque persistant : Non Oui :
Nombre de victimes :SNV : Demande de renfort : Oui àh.....
Témoïn : Tél. :

DEUXIÈME REGARD

Hémorragie externe Obstruction Voies Aériennes Perte de connaissance Arrêt cardio-respiratoire
(Respi \leq 6 mvt/min ou agonique)
Plainte principale : Heure 1ers signes :h.....

TROISIÈME REGARD

Fonction respiratoire	Fonction circulatoire	Fonction neurologique
S'exprime ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Parle facilement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Respire facilement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Gène respiratoire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Respiration sur 15" : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Lente <input type="checkbox"/> Ample <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Irrégulière <input type="checkbox"/> Silencieuse <input type="checkbox"/> Bruyante Peau : Visage : <input type="checkbox"/> Coloré <input type="checkbox"/> Sueurs <input type="checkbox"/> Cyanosé Extrémités : <input type="checkbox"/> Colorées <input type="checkbox"/> Cyanosées Muqueuses : Lèvres : <input type="checkbox"/> rosées <input type="checkbox"/> Cyanosées	Pouls sur 15" : <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotidien <input type="checkbox"/> Fémoral <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Lent <input type="checkbox"/> Bien frappé <input type="checkbox"/> Filant <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier Peau : <input type="checkbox"/> Colorée <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Marbrures <input type="checkbox"/> Chaude <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Sèche <input type="checkbox"/> Moite Muqueuses : Lèvres : <input type="checkbox"/> Rosées <input type="checkbox"/> Pâles Paupière inf : <input type="checkbox"/> Rosée <input type="checkbox"/> Pâle Soif : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Vertiges : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Orientée <input type="checkbox"/> Désorientée <input type="checkbox"/> Agitée <input type="checkbox"/> Somnolente Perte de connaissance passagère : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Durée : Convulsions généralisées : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Durée : Motricité Sensibilité Membres sup : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Membres inf : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pupilles : <input type="checkbox"/> Symétriques <input type="checkbox"/> Asymétriques <input type="checkbox"/> Réactives <input type="checkbox"/> Aréactives

QUATRIÈME REGARD

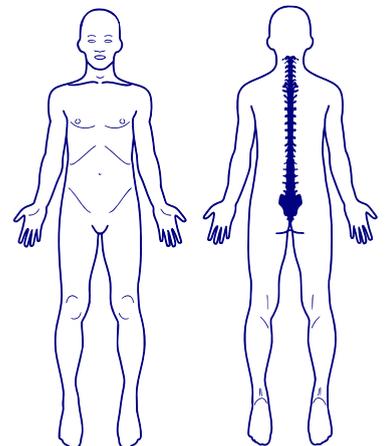
Fréquence respiratoire :mvt/min %SpO₂ : Air ambiant : % O ₂ : %	Fréquence cardiaque : btm/min Pression artérielle : Mesurée :/..... mmHg Habituelle :/..... mmHg TRC :" < 2" : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Score EVDA : <input type="checkbox"/> Éveillée <input type="checkbox"/> Réactive à la Voix <input type="checkbox"/> Réactive à la Douleur <input type="checkbox"/> Aréactive Score AVC : Heure 1ers signes :h..... <input type="checkbox"/> Asymétrie expression faciale <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire d'un membre sup <input type="checkbox"/> Anomalie parole
---	---	---

Interrogatoire :

Mécanisme (accident, évènement, histoire maladie) :
Plaintes :
Provoqué par :
Qualité :
Région :
Sévérité* :
Temporalité :
Antécédents et traitements médicaux :
Maladie :
Hospitalisation :
Traitement :
Allergie :
Facteurs risques :

Examen :

D : Douleur
P : Plaie
B : Brûlure
H : Hémorragie
T : Traumatisme
S : Section de membre
G : Gonflement / Déformation
***Échelle Numérique :/10**
 0 : Nulle 1 à 3 : Faible
 4 à 5 : Moyenne 6 à 7 : Forte
 8 à 10 : Insupportable
Glycémie : Unité :
Température : °C



SPÉCIFICITÉS

Affections liées à la chaleur

- Épuisement lié à la chaleur
- Insolation
- Coup de chaleur
- Hyperthermie maligne d'effort

Hypothermie

- Frissons
- Légère (35°-32°)
- Modérée (32°-38°)
- Sévère (<28°)
- Grave (<24°)

Piqûres ou Morsures

- Insecte :
- Animal :
- Envenimation

Souffrance psychique

- Évaluation impact psychologique :
- Réaction hypoactive
- Réaction hyperactive

Accident de plongée

- Vertiges
- Trouble de la conscience
- Gênes respiratoires
- Paralysie
- Fourmillements
- Douleur
- Crachats sanglants
- Éruption cutanée
- Démangeaisons

Paramètres de plongée

- Apnée
 - Bouteille
 - Recycleur
 - Air
 - Nitrox :
 - Trimix :
 - Autre :
- Durée totale de la plongée : min Prof max : m Durée à Prof. max : min Heure sortie l'eau :h.....
- Paliers de décompression : Effectués Non effectués NC Ordinateur Table
- Origine de l'accident :
- Plongée précédente < 24h : Oui Non NC Intervalle :h Profondeur : m Durée : min

GESTES, SOINS EFFECTUÉS & MATÉRIELS UTILISÉS

Détresse respiratoire

- Claques dans le dos
- Compressions abdominales ou thoraciques
- Inhalation d'O2 : L/mn
- Insufflations d'O2 : L/mn

Détresse circulatoire

- Pansement compressif
- Garrot heure de pose :h.....
- Lot membre arraché
- Protocole Accident Exposition risque Virale
- Réchauffement
- ECG sous avis médical

Détresse neurologique

- LVA
- Aspiration de mucosités
- PLS

Arrêt CardioRespiratoire

- LVA
- DAE nb chocs :
nb analyses :
- Canule oropharyngée

Traumatisme

- Stabilisation rachis (maintien tête)
- Restriction du rachis (collier / blocs)
- Relevage :
- Immobilisation :

Soins

- Nettoyage / pansement
- Pansement brûlure
- Aide à la prise de médicament :h.....
Nom : Qté :
- Hydratation : L Sucre :

SURVEILLANCE

h.....									
Fréquence Respiratoire										
Saturation										
Fréquence Cardiaque										
Pression Artérielle										
Glycémie ou T°										
Modification de l'état de conscience										
Éveillée	<input type="checkbox"/>									
Réactive à la Voix	<input type="checkbox"/>									
Réactive à la Douleur	<input type="checkbox"/>									
Aréactive	<input type="checkbox"/>									
Modification des plaintes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									

RENSEIGNEMENTS INTERVENTION

Intervention :

Date :/...../.....
Lieu :
Bilan transmis au :
Fin de prise en charge :h.....

Devenir victime :

- Évacuation par :
vers :
- Décédée Laissée sur place
- Confiée à un tiers :
- Reprise par ses propres moyens
- Refus de prise en charge (verso)

NOM & Signature du responsable de la prise en charge :

NOM :
Signature :

CERTIFICAT DE REFUS DE SOINS OU D'HOSPITALISATION

Je soussigné·e : Mme M.

NOM : Prénom :

Né·e le :/...../..... à :

Résidant rue : N° :

Localité : Pays :

→ **Déclare avoir été informé·e de manière claire par l'équipe de secouristes après avis de la régulation médicale et avoir compris les risques encourus par mon état de santé.**

→ **Déclare refuser :**

- Les soins proposés et / ou Mon transport en milieu hospitalier
- Les soins proposés à : (1) Le transport en milieu hospitalier de : (1)

→ **Déclare dégager l'équipe de secouristes de toutes responsabilités et de toutes conséquences des suites éventuelles de ma décision.**

À : le :

Signature de l'intéressé·e :

(précédé de la mention "lu et approuvé")

Identité(s) & Signature du (des) témoin(s) :

(1) : mon fils ma fille, mon neveu ... + NOM et Prénom de la victime

Mémento

Constantes en conditions normales

	Adulte	Enfant	Nourrisson	Nouveau-né
Fréquence Respiratoire mvt/min	12 à 20	20 à 30	30 à 40	40 à 60
Fréquence Cardiaque batt/min	60 à 100	70 à 140	100 à 160	120 à 160

Saturation : entre 94 et 100%

Saturation chez les insuffisant respiratoire : entre 89 et 94%

Pression artérielle chez l'adulte uniquement : systolique autour de 100 mmHg
diastolique autour de 80 mmHg

Glycémie : Possible d'administrer du sucre si < 60 mg/dl ou < 3,3 mmol/ml ou < 0,6 g/l

EVENDOL : Échelle d'hétéroévaluation de la douleur chez l'enfant de 0 à 7 ans

Critères d'hétéroévaluation	Signe absent	Signe peu intense ou passager	Signe moyen ou présent 50% du tps	Signe fort ou quasi permanent
	<i>Expression vocale ou verbale :</i> Pleure et/ou crie et/ou gémît et/ou dit qu'il a mal	0	1	2
<i>Mimique :</i> A le front plissé et/ou sourcils froncés et/ou bouche crispée	0	1	2	3
<i>Mouvements :</i> S'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3
<i>Position :</i> A une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3
<i>Relation avec l'environnement :</i> Peut-être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	0	1	2	3
L'enfant nécessite une prise en charge de la douleur si EVENDOL ≥ 4/15				Score total/15

Règle des 9 de Wallace

Partie corporelle	Surface atteinte (adulte)	Surface atteinte (enfant)
Tête et cou	9 %	17 %
Face antérieure du tronc	18 %	18 %
Face postérieure du tronc	18 %	18 %
Chaque jambe	18 % (x2)	14 % (x2)
Chaque bras	9 % (x2)	9 % (x2)
Périnée	1 %	1 %
Paume et doigts	1 %	1 %
Total	100 %	100 %

Arbre décision traumatisme dos cou

