

## **NC : Notes complémentaires**

### **NC1 Localisation du point chaud dans la cavité :**

### **NC2 Conditions de survie :**

Température, alimentation, éclairage, ...

### **NC3 Nombre de personnes avec la victime :**

**NC4** Accompagnants :

**NC5** Sauveteurs :

### **NC6 Demande de moyens ou informations complémentaires :**



**NC7** Date et heure de départ de la fiche :

**NC8** Nom et prénom du rédacteur :

## **C : Constat de la situation**

**C1** Date et heure du bilan :



**C2** Conscience : Oui Non



**C3** Respiration : Oui Non

**C4** Nom :

**C5** Prénom :

**C6** Age :

**C7** Sexe : F M

**C8** Taille :

**C9** Poids :

**C10** Date et heure de l'accident :

**C11** Circonstances :

**C12** Lésions apparentes :

Localisez sur les schémas (face et dos)



**C13** Déformation

**C14** Saignement

**C15** Paralysie

**C16** Ecrasement

**C17** Plaie

**C18** Douleur



**C19** Anomalies respiratoires :

**C20** Bruits

**C21** Gêne

**C22** Encombrement

**C23** Pause

**C24** Irrégularité du rythme



**C25** Pouls : /min



**C26** Respiration : /min



**C27** Tension :



**C28** Saturation :



**C29** Température :



**C30** ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹

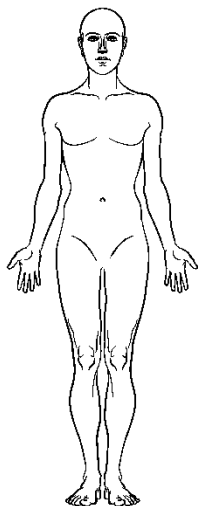
Echelle de douleur : entourer un chiffre

## E : Evaluation au point chaud

**E1** Heure : 

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>E2</b> Conscience : Oui Non                                                                                                                                                                                                                   |  <b>E3</b> Respiration : /min |
|  <b>E4</b> Pouls : /min                                                                                                                                                                                                                           |  <b>E5</b> Tension :          |
|  <b>E6</b> Saturation :                                                                                                                                                                                                                           |  <b>E7</b> Température :      |
|  <b>E8</b>  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <br>Echelle de douleur : entourer un chiffre |                                                                                                                |

## E9 Lésions apparentes : Localisez sur les schémas (face et dos).



**E10** Déformation

**E11** Saignement

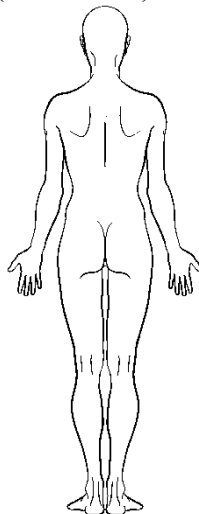
**E12** Paralysie

**E13** Ecrasement

**E14** Plaie

**E15** Douleur

**E16** Œdème - Hématome



## E17 Les gestes effectués :

**E18** Soins :

**E19** Traitements administrés :

**E20** Immobilisations : **E21** Collier cervical **E22** Attelle **E23** ACT :

**E24** Hydratation Alimentation :

## V : Vérification avant départ fiche

**V1** Heure : 

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>V2</b> Conscience : Oui Non                                                                                                                                                                                                                       |  <b>V3</b> Respiration : /min |
|  <b>V4</b> Pouls : /min                                                                                                                                                                                                                               |  <b>V5</b> Tension :          |
|  <b>V6</b> Saturation :                                                                                                                                                                                                                               |  <b>V7</b> Température :      |
|  <b>V8</b>  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <br>Echelle de douleur : entourer un chiffre |                                                                                                                  |

## V9 Troubles de la conscience :

**V10** Perte de connaissance initiale ou retardée : Oui Non

**V11** Heure : **V12** Durée :

**V13** Confusion : Oui Non

## V14 Antécédents médicaux :

## V15 Traitements actuels :

## V16 Allergies :

## V17 Moral de la victime :

|                                                                                                                         | 1 <sup>er</sup> bilan au point chaud | Bilan avant départ fiche | S Nom et prénom de la victime : |  |  |  |  |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|------------------------------|
|  <b>S1</b> Date et Heure du bilan       |                                      |                          |                                 |  |  |  |  | <b>S12</b> Remarques - Notes |
|  <b>S2</b> Conscience                   |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S3</b> Respiration /min             |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S4</b> Pouls /min                   |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S5</b> Tension                      |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S6</b> Saturation                   |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S7</b> Température                  |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S8</b> Douleur<br>😊 0 1 ... 9 10 😊 |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S9</b> Boisson<br>Alimentation    |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
| <b>S10</b> Soins effectués                                                                                              |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |
|  <b>S11</b> Traitements administrés   |                                      |                          |                                 |  |  |  |  |                              |

**S Nom et prénom de la victime :**

|                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|
|  <b>S1</b> Date et<br>Heure du bilan     |  |  |  |  |  |  |  | <b>S12</b> Remarques - Notes |
|  <b>S2</b> Conscience                    |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S3</b> Respiration<br>/min           |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S4</b> Pouls<br>/min                 |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S5</b> Tension                       |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S6</b> Saturation                    |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S7</b> Température                   |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S8</b> Douleur<br>😊 0 1 ... 9 10 😊  |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S9</b> Boisson<br>Alimentation     |  |  |  |  |  |  |  |                              |
| <b>S10</b> Soins effectués                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |                              |
|  <b>S11</b> Traitements<br>administrés |  |  |  |  |  |  |  |                              |