

FICHE BILAN PREMIERS SECOURS

N° d'intervention .....

Date 31 / 07 / 14 Heure bilan initial 18 / 27

CIS de QPR VSAB N° 1

Nom Chef d'Equipe ZEHOUX

Adresse du lieu d'intervention :

Hypermarché Saint

Commune : Quimper

- domicile
- sport
- ERP
- travail
- voie publique
- autre

CIRCONSTANCES

- accident
- agression
- TDS
- malaise
- Noyade
- Autre

IDENTIFICATION DE LA VICTIME :

NOM : MENN Prénom : Sylviane

Née le 20 mai 1947 Age : 68 ans

Sexe : masculin  féminin

Famille : sur les lieux oui  non  prévenue oui  non

Téléphone famille : .....

Rue ou lieu dit : 9 me du Léon

Sene Etage 0

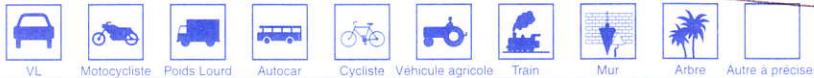
Commune : 29000 Quimper

SI ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE :

VICTIME



CONTRE



Victime retrouvée :

- hors véhicule
- sortie seule
- éjectée
- dans véhicule
- non incarcérée
- incarcérée
- Conducteur
- Passager avant
- Passager arrière
- Ceinturée : oui / non
- Casque : oui / non

DETRESSE VITALE : Héorragie manifeste  Inconscient  Arrêt ventilatoire  Arrêt circulatoire

BILAN FONCTIONNEL

CONSCIENCE :

Perte de connaissance initiale  oui  non  Durée : .....

répond à question simple  oui  non

désorienté (e) +++  oui  non

agité (e)  oui  non

Motricité : serre les mains  oui  non  (droite/gauche)\*

bouge les pieds  oui  non  (droite/gauche)\*

Sensibilité : dos de la main  oui  non  (droite/gauche)\*

jambes  oui  non  (droite/gauche)\*

VENTILATION : Sat. O<sub>2</sub> 100 %

Fréquence : ..... / min

Régulière  oui  non

Bruyante  oui  non

Cyanose  oui  non

Efficace  oui  non

CIRCULATION : Tension 131/88

Pouls carotidien 21 / min

• bien frappé  oui  non

• régulier  oui  non

Pouls radial perçu  oui  non

Pâleur  oui  non

Sueurs  oui  non

BILAN NON TRAUMATIQUE

Plainte exprimée : Perdu

Signes constatés : Perte de conscience, perte de mémoire

Antécédents / Traitement : Dépressif

GESTES EFFECTUES

Arrêt héorragie  Retrait casque  MCE

O<sub>2</sub> inhalation  Collier cervical  DSA

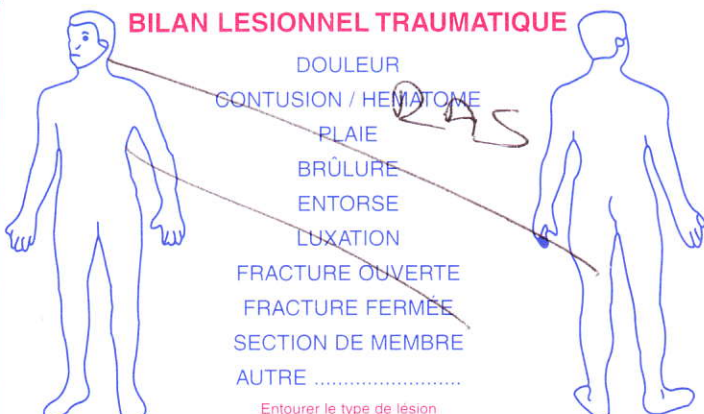
O<sub>2</sub> insufflation  Attelle  Pansement

PLS  Coquille  Autre :

EVOLUTION

Horaire	Problème éventuel	
Pouls	/ min	/ min
Ventilation	/ min	/ min
Tension	/	/
Sat. O <sub>2</sub>	%	%
Temp.	°C	°C

BILAN LESIONNEL TRAUMATIQUE



Entourer le type de lésion et indiquer d'une flèche la localisation sur le schéma

MEDICALISATION : OUI  NON

par : .....

DESTINATION

Arrivée à 18/38 Lieu : CH laennec

Transport par autre moyen

Refus de transport  Laisser sur place

(Après avis médical)