

FICHE BILAN

FNMNS

VICTIME

Nom : Prénom : Âge : Sexe : M F
Adresse : Code postal : Ville :

BILAN CIRCONSTANCIEL

Date : Heure: h Lieu :    
Que s'est-il passé ? Malaise / Maladie Noyade Chute Blessure Choc Autre :
Nombre de victimes ? : Etat apparent / gravité :
Personne à prévenir ? : Numéro de téléphone :

DETRESSE VITALE EVIDENTE

OAVA Hémorragie Inconscience Arrêt Ventilatoire ACR Allongée sur ventre

BILAN D'URGENCE VITALE

Conscience

PCP non oui depuis :
 Répond aux questions

 Désorientée : temps espace
 Agitée
 Confuse
 Somnolente

 Motricité, Sensibilité
 ne sert pas les mains
 ne bouge pas les pieds / orteils
 ne réagit pas au pincement
 Mb sup G Mb sup D
 Mb inf G Mb inf D

 Pupilles
 égales inégales

Ventilation

Fréq respiratoire : mvts/min

 Amplitude : faible
 Normale élevée

 Régularité :
 Resp régulière
 Resp irrégulière / pauses

Qualité de la respiration
 Normale Superficielle
 Bruyante : Difficile
 Gargouillements
 Sifflements
 Ronflements
Aspects des muqueuses :
 Cyanose SPO2 :

Circulation

Fréq circulatoire : Btts/min

 Amplitude : bien frappé
 mal frappé

 Régularité :
 Régulière
 Irrégulière / pauses

 Aspects des muqueuses :
 Pâleurs Marbrures cutanées
 Sueurs
 Température oui non
 TRC <3 oui non

PRESSON ARTERIELLE :

GESTES EFFECTUES

OAVA

Claques dans le dos :
 Compressions Abd :
 Compressions tho :

 HEMORRAGIE
 Compression manuelle
 Pansement compressif
 Garrot posé àh.....
 Pansement hémostatique
 Ceinture pelvienne

POSITION REPOS

Assis ou 1/2 assis
 A plat dos
 PLS Autre

ACR

Aspiration mucosités
 Canule oropharyngée
 Ventil artificielle O2 :L/min
 RCP: début:h.....
 DAE : pose:h.....
 Nb de chocs :

 Inhalation O2 :L/min
 Début utilisation O2 :h.....
 Fin utilisation O2 :h.....

TRAUMATISMES

Maintien tête
 Retrait de casque
 Collier cervical
 Echarpe :
 Attelles Mb Sup /Mb inf
 Poche de froid
 Immobilisation avec :

 MALAISE/MALADIE
 Sucre Qté :
 Médicaments:

PLAIES BRÛLURES

Désinfection avec :
.....
 Pansement / emballage
 Compresse GEL d'eau
 Arrosage eau, durée :
.....

 Appel Secours : àh.....
 Arrivée Secours : àh.....
 Evacuation : àh.....
par :
.....
.....

BILAN COMPLEMENTAIRE

ANALYSE DES PLAINTES

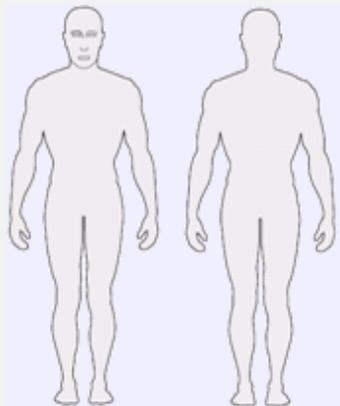
P	Provoqué par (cause)					
Q	Qualité du trouble (ressenti)					
R	Région atteinte					
S	Sévérité du trouble	0 <small>NULLE</small>	1 <small>FABLE</small>	2 <small>MOYENNE</small>	3 <small>FORTE</small>	4 <small>INSURPORTABLE</small>
T	Temps de la plainte (durée)					

RECHERCHE DES ANTECEDENTS

M	Maladie / Malaise ?					
H	Hospitalisation ? (récente)					
T	Traitement ? (actuel)					
A	Allergie ?					
Nom du médecin traitant :						

BILAN LESIONNEL

- P** : Plaie
- B** : Brûlure
- H** : Hémorragie
- G** : Garrot
- PH** : Pansement hémostatique
- PC** : Pansement compressif
- T** : Traumatisme
- D** : Douleur
- Déf** : Déformation
- AS** : Abs. Sensibilité
- AM** : Abs. Motricité



MALAISE / AGGRAVATION MALADIE

Examen de la victime	Normal	Droit	Gauche
Symétrie faciale à la grimace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asymétrie	<input type="checkbox"/> Asymétrie
Serrement des mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Impossible	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Impossible
Force des bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Affaissement <input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Affaissement <input type="checkbox"/> Chute

RECHERCHE DES SIGNES VISIBLES

Troubles de la parole	NON		OUI	
Troubles visuels				
Troubles auditifs				
Perte d'urine / selles				

GESTES SUPPLEMENTAIRES D'EXAMEN

Températureh.....
Glycémie capillaire <small>Hypo <3,3mmol/l ou <60mg/dl ou <6g/l</small>h.....h.....h.....h.....

BILAN SURVEILLANCE

SURVEILLANCEh.....h.....h.....
Conscience			
Ventilation			
Circulation			
SPO2			
Pression artérielle			

PISCINE / POSTE DE SECOURS DE :

COMMUNE DE :

NOM DU RESPONSABLE

DATE

SIGNATURE

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....