



FICHE BILAN DE FORMATION

INTERVENTION

Date : / /

Poste de secours :

Commune :

Code postal :

Tél : / / / /

Heure de début de prise en charge : H

IDENTITE DE LA VICTIME

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal :

Commune :

Tél : / / / /

PREMIER REGARD :

Nature de l'intervention :

Danger : non ☐ oui ☐

si oui lequel(s) :

Nombre de victimes :

Renforts : non ☐ oui ☐

si oui lesquels :

Complément d'informations :

.....

.....

DEUXIEME REGARD :

Plainte principale de la victime :

.....

Observation de la victime

Genre : H ☐ F ☐

Age :

Position :

Stabilisation du rachis

OUI ☐ NON ☐

Présence de menace vitale

Hémorragie externe grave : OUI ☐ NON ☐

Obstruction des voies aériennes : OUI ☐ NON ☐

Liberté des voies aériennes menacée : OUI ☐ NON ☐

Absence de respiration : OUI ☐ NON ☐

Réaction immédiate

Compression directe : ☐

Pansement compressif : ☐

Garrot : ☐

Désobstruction V.A : ☐

L.V.A : ☐

Retournement : ☐

Retrait de casque : ☐

R.C.P : ☐

Heure début RCP : H

Si détresse vitale ➡ Avis médical à : h

Consignes :

TROISIÈME REGARD :

1 - RESPIRATION = 15" max

La victime parle facilement : OUI ☐ NON ☐

Rapide : OUI ☐ NON ☐
 Ample : OUI ☐ NON ☐
 Régulière : OUI ☐ NON ☐
 Essoufflement : OUI ☐ NON ☐
 Bruyante : OUI ☐ NON ☐

Pause respiratoire : OUI ☐ NON ☐

Peau :

Colorée ☐ Sèche ☐ Humide ☐
 Muqueuses rosées : OUI ☐ NON ☐

2 - CIRCULATION = 15" max

Pouls facilement perceptible : OUI ☐ NON ☐

Au niveau :

Radial ☐ Carotide ☐ Fémoral ☐

Le pouls est :

Rapide : OUI ☐ NON ☐
 Ample : OUI ☐ NON ☐
 Régulier : OUI ☐ NON ☐
 Avec des pauses : OUI ☐ NON ☐

Peau :

Colorée ☐ Chaude ☐ Sèche ☐
 Muqueuses rosées : OUI ☐ NON ☐

3 - NEUROLOGIQUE

La victime est :

Orientée : OUI ☐ NON ☐
 PCI ou PCP : OUI ☐ NON ☐

Motricité :

Membres supérieurs : OUI ☐ NON ☐
 Membres inférieurs : OUI ☐ NON ☐

Sensibilité :

Membres supérieurs : OUI ☐ NON ☐
 Membres inférieurs : OUI ☐ NON ☐

Pupilles :

Symétriques : OUI ☐ NON ☐
 Réactives à la lumière : OUI ☐ NON ☐

Détresse respiratoire constatée :
 OUI ☐ NON ☐

Position d'attente :
 O₂ : OUI ☐ NON ☐ Débit : L/min
 Avis médical : OUI ☐ NON ☐

Détresse circulatoire constatée :
 OUI ☐ NON ☐

Position d'attente :
 O₂ : OUI ☐ NON ☐ Débit : L/min
 Avis médical : OUI ☐ NON ☐

Détresse neurologique constatée :
 OUI ☐ NON ☐

Avis médical : OUI ☐ NON ☐

QUATRIÈME REGARD :

MESURER (paramètres physiologiques)

1 - RESPIRATION

Fréq : / min
 SpO₂ : %

2 - CIRCULATION

Fréq : / min
 TRC : ☐ < 2 sec ☐ > 2 sec
 Tension : /
 ECG : ☐ OUI ☐ NON
 Transmis à : H
 Au SAMU de :

3 - NEUROLOGIQUE

E : ☐ V : ☐
 D : ☐ A : ☐

Score de l'A.V.C :

F : OUI ☐ NON ☐
 A : OUI ☐ NON ☐
 S : OUI ☐ NON ☐
 T : temps :

Score de Glasgow :

Résultat :

GLYCEMIE

Taux (mg/dl ou mmol/l) :

TEMPERATURE

T ° : ° C

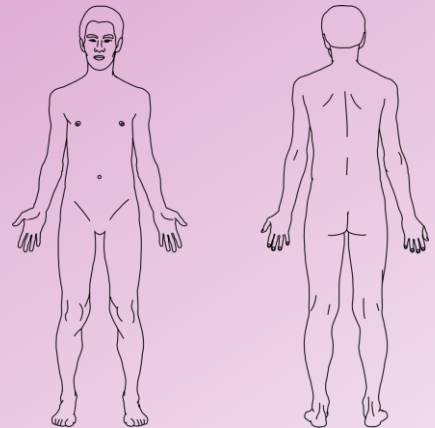
EXAMINER (recherche des lésions)

Indiquer ci-contre le siège de la lésion :

B : Brûlure
 C : Contusion
 P : Plaie
 H : Hémorragie
 T : Traumatisme
 D : Douleur
 Déf : Déformation

Echelle de la douleur

0 1 2 3 4



Commentaires :

INTERROGER

PLAINTES EXPRIMEES

Provoqué par :
 Qualité de la douleur :
 Région :
 Sévérité :
 Temps :

ANTECEDENTS

Maladie :
 Hospitalisation :
 Traitements :
 Allergies :
 Facteur de risques :

Mécanisme de l'évènement :

Atteintes circonstancielles :

Historique de la maladie :

Observations / commentaires :

SURVEILLANCE

Paramètres physiologiques		... H ...	... H ...	... H ...
respiration	F.R			
	SpO ₂	%	%	%
circulation	F.C			
	T.A	/	/	/

Etat neurologique : ☐ Stable ☐ Amélioration ☐ Dégradation

TRANSMISSION DU BILAN

Appel S.A.M.U	... H
Prise en charge par les secours	... H

Informations complémentaires :

.....

.....

Nom chef d'équipe :

Signature :

Victime Transportée :

☐ OUI ☐ NON

Par :

Vers :

Victime laissée sur place :

☐ OUI ☐ NON

Refus de soins : ☐ OUI ☐ NON