

# 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) :

Cachet / adresse et coordonnées de l'établissement

# 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 : ...../...../..... à .....h.....  
Correction des informations initiales : .....  
Risque persistant :  Non  Oui : .....  
Nombre de victimes : .....SNV :  Demande de renfort :  Oui à .....h.....  
Témoïn : ..... Tél. : .....

# DEUXIÈME REGARD

Hémorragie externe  Obstruction Voies Aériennes  Perte de connaissance  Arrêt cardio-respiratoire  
(Respi ≤ 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 <b>Respiration sur 15" :</b> ..... <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 <b>Peau :</b> Visage : <input type="checkbox"/> Coloré <input type="checkbox"/> Sueurs <input type="checkbox"/> Cyanosé Extrémités : <input type="checkbox"/> Colorées <input type="checkbox"/> Cyanosées <b>Muqueuses :</b> Lèvres : <input type="checkbox"/> rosées <input type="checkbox"/> Cyanosées	<b>Pouls sur 15" :</b> ..... <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 <b>Peau :</b> <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 <b>Muqueuses :</b> Lèvres : <input type="checkbox"/> Rosées <input type="checkbox"/> Pâles Paupière inf : <input type="checkbox"/> Rosée <input type="checkbox"/> Pâle <b>Soif :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Vertiges :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Orientée <input type="checkbox"/> Désorientée <input type="checkbox"/> Agitée <input type="checkbox"/> Somnolente <b>Perte de connaissance passagère :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Durée : ..... <b>Convulsions généralisées :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Durée : ..... <b>Motricité</b> <b>Sensibilité</b> 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 <b>Pupilles :</b> <input type="checkbox"/> Symétriques <input type="checkbox"/> Asymétriques <input type="checkbox"/> Réactives <input type="checkbox"/> Aréactives

# QUATRIÈME REGARD

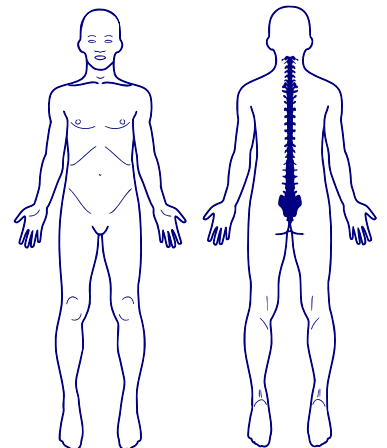
<b>Fréquence respiratoire :</b> .....mvt/min <b>%SpO<sub>2</sub> :</b> Air ambiant : ..... % O <sub>2</sub> : ..... %	<b>Fréquence cardiaque :</b> ..... btm/min <b>Pression artérielle :</b> Mesurée : ...../..... mmHg Habituelle : ...../..... mmHg <b>TRC : ...." &lt; 2" :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Score EVDA :</b> <input type="checkbox"/> Éveillée <input type="checkbox"/> Réactive à la Voix <input type="checkbox"/> Réactive à la Douleur <input type="checkbox"/> Aréactive <b>Score AVC :</b> 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





# 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 <b>mvt/min</b>	12 à 20	20 à 30	30 à 40	40 à 60
Fréquence Cardiaque <b>batt/min</b>	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	Score			
					0	1	2	3
<b>Expression vocale ou verbale :</b>								
<b>Pleure</b> et/ou <b>crie</b> et/ou <b>gémît</b> et/ou <b>dit qu'il a mal</b>	0	1	2	3				
<b>Mimique :</b>								
<b>A le front plissé</b> et/ou <b>sourcils froncés</b> et/ou <b>bouche crispée</b>	0	1	2	3				
<b>Mouvements :</b>								
<b>S'agite</b> et/ou <b>se raidit</b> et/ou <b>se crispe</b>	0	1	2	3				
<b>Position :</b>								
<b>A une attitude inhabituelle</b> et/ou <b>antalgique</b> et/ou <b>se protège</b> et/ou <b>reste immobile</b>	0	1	2	3				
<b>Relation avec l'environnement :</b>								
<b>Peut-être consolé</b> et/ou <b>s'intéresse aux jeux</b> et/ou <b>communique avec l'entourage</b>	0	1	2	3				
L'enfant nécessite une prise en charge de la douleur si EVENDOL ≥ 4/15				<b>Score total</b>	...../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 %
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

### Arbre décision traumatisme dos cou

