## MISSION

Société : .....
Equipage : .....
Dossier : n°.....
Adresse d'intervention :.....
.....
.....
.....

Nom du requérant : .....

Heure d'appel : .....
Heure de départ sur l'intervention : .....
Heure d'arrivée sur l'intervention : .....
Destination régulée : .....
Heure de départ vers l'établissement : .....
Heure d'arrivée à l'établissement : .....

☐ Demande de renfort police
☐ Demande de renfort pompier
☐ Demande de renfort SMUR
☐ Demande de renfort médecin de garde

Motif de demande de renfort :
.....

Heure de demande des renforts : .....

Heure d'arrivée sur place des renforts : .....

☐ Transport médicalisé
☐ Transport paramédicalisé TIIH
☐ Soins sur place
☐ Décharge signée par le patient
☐ Hospitalisation sous contrainte : .....

## EVALUATION PATIENT

### BILAN NEUROLOGIQUE

| PUPILLES | | |
|---|---|---|
| | TAILLE | PHOTOREACTIVITE |
| GAUCHE | | |
| DROITE | | |

☐ Conscient
☐ Somnolent
☐ Inconscient réactif adapté
☐ Inconscient réactif inadapté
☐ Aréactif

Bilan sensoriel : .....
Bilan sensitif : .....
Bilan moteur : .....

Signes cliniques : .....
.....
.....

### BILAN RESPIRATOIRE

FREQUENCE : ..... à l'air ambiant
FREQUENCE : ..... Sous ..... L/mn d'oxygène

SPO2 : ..... à l'air ambiant
SPO2 : ..... Sous ..... L/mn d'oxygène

RYTHME :
☐ Régulier
☐ Irrégulier

AMPLITUDE :
☐ Ample
☐ Superficiel

Signes cliniques : .....
.....
.....

## IDENTITE PATIENT

Nom de naissance : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Age : .....
Adresse de résidence : .....
.....
.....
.....

Situation familiale : .....
Tutelle : ☐ oui ☐ non
Curatelle : ☐ oui ☐ non

Personne de confiance : .....
Téléphone : .....

Médecin traitant : .....
Courrier médical : ☐ oui ☐ non

## BILAN CARDIO-CIRCULATOIRE

FREQUENCE : .....

PA : ..... au bras gauche
PA : ..... au bras droit

RYTHME :
☐ Régulier
☐ Irrégulier

AMPLITUDE :
☐ Bien frappé en radial
☐ Filant en radial
☐ Imperceptible en radial et bien frappé en carotidien
☐ Imperceptible en radial et filant en carotidien

Signes cliniques : .....
.....
.....

## BILAN LESIONNEL

| TYPE DE LESION | LOCALISATION | MECANISME LESIONNEL |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Plainte principale évoquée : .....

Histoire : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

## TRAITEMENTS EN COURS

TRAITEMENTS DE FOND : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENTS PONCTUEL : .....
.....
.....
.....

ALLERGIES : .....

INTOLERANCE : .....

## BILAN PSYCHIQUE

DESCRIPTION DU PATIENT : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

## ANTECEDENTS MEDICAUX CHIRURGICAUX

| Année | Evènement | Lieu | Médecin |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## SURVEILLANCE

| HEURES | FR | SPO2 | FC | PA | T° | GLYCEMIE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |