

FICHE D'ALERTE SECOURS

Appel gratuit 112 + le CTD SSF local

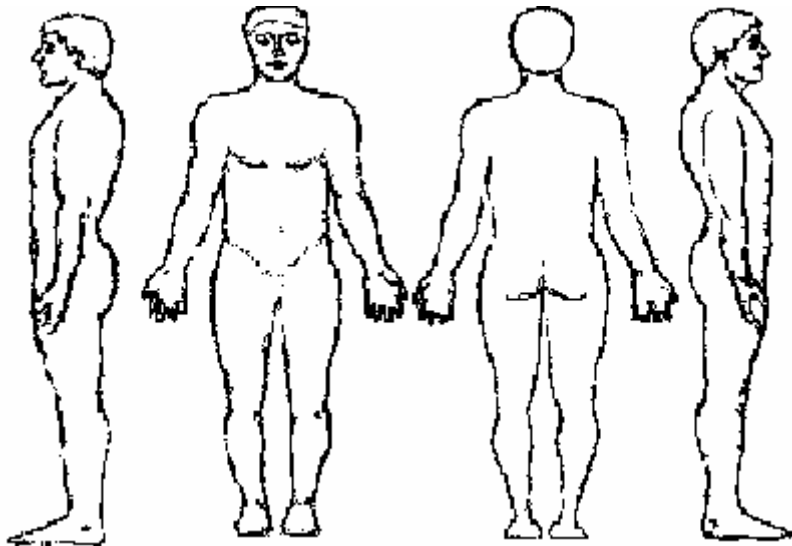
Prenez le temps de remplir cette
fiche avant de donner l'alerte

Nom du témoin:

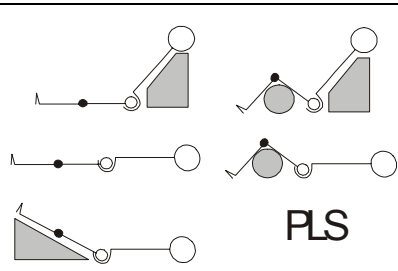
Date:	Heure de l'accident:	Heure du bilan:
Nom de la victime:	Prénom:	Age:
Nom du gouffre:	Lieu exact:	Sexe: H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nbr de personne restées auprès de la victime :		Poids: Taille:

Circonstances de l'accident

Hauteur de la chute:		Chute de pierres:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Blocage sur corde:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coincement:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Glissade:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Panne d'éclairage:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Noyade:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Accident de plongée:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Epuisement, refroidissement:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autres:	
Egarement:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Blocage par une crue:	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Victime N° _____ / Nbr total de victimes _____	



- Emplacement des blessures
- plaie: X
- hémorragie: ~
- luxation visible: ↗
- suspicion de fracture fermée: →
- fracture ouverte: ↔
- hématome, douleur: ▨

Etat du blessé		Entourer la position actuelle du blessé
CONSCIENT: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Depuis combien de temps: Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> confus <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Réagit aux stimulations: oui <input type="checkbox"/> faiblement <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Il bouge: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Il parle: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Il somnole: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Il a froid: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Vomissements: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
VENTILATION: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> douloureuse <input type="checkbox"/> Gêne respiratoire: non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/>	DOULEUR: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Intensité de la douleur de 0 à 10: (0 = Pas de douleur ; 10 = intolérable) <div style="border: 2px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Impossibilité de bouger tout ou partie du corps: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Groupe sanguin :	GESTES DE SECOURISME EFFECTUES: Réanimation ventilatoire: <input type="checkbox"/> Réanimation cardiaque: <input type="checkbox"/> Point de compression: <input type="checkbox"/> Allergie: Maladie connue: Antécédents: Médicaments consommés (+ heure):
CIRCULATION: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Puls par mn: fort <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/>		