



Code :

**FICHE D'INTERVENTION - TRAUMA  - MEDICAL**

**UE,U1  U2  U3**  **Heure de prise en charge : ...H.....** **DATE : .....**

<b>IDENTITE DE LA VICTIME</b>	<b>EQUIPE INTERVENANTE</b>
Nom : .....	Chef d'équipe : .....
Prénom : ..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Age : .....	Ambulanciers : .....
Province : ..... District : .....	Chauffeur : ..... Véhicule : .....
Secteur : ..... Cellule : .....	Ambulance status B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Road status B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Umudugudu : ..... Street No : ..... Plot : .....	Conduite véhicule: B <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tel : .....	Objets de la victime:
Assurance (Cie & N°) : .....	
Autres pays : .....	

<b>BILAN CIRCONSTANCIEL</b>	<b>Heure d'appel : .....H.....</b>
Lieu : .....	Circonstances : .....

<b>BILAN FONCTIONNEL</b>	<b>Heure : .....H.....</b>
Hémorragies : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Conscience : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Respiration : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Circulation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Traumatisme(s) apparent(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

<b>BILAN LESIONNEL</b>		<b>Heure : .....H.....</b>	
<b>Conscience – neurologique :</b>		<b>Respiratoire :</b>	<b>Cardio-circulatoire :</b>
PCI : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Désorientation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fréquence : ..... / minute	<b>ACR :</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>GLASGOW :</b> motor ___ eye ___ verbal ___		Parle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pouls : ..... / minute
Membre Motricité Sensibilité		Dyspnée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pâleur : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sup	Dt	Régulière : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Marbrures : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Gche	Cyanose : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Douleur thoracique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Inf	Dt	Bruits anormaux : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Soif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Gche	Sa O2 : ..... %	T.A : ..... / ..... mmHg
		Sueurs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<b>Pupilles :</b>	OD	<b>Autres :</b> vomissements : <input type="checkbox"/>	<b>Traumatisme rachidien :</b>
Réactives		Nausées : <input type="checkbox"/>	Cervical : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Glycémie par dextro : <input type="checkbox"/>	Dorsal : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Lombaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<b>AUTRES BLESSURES</b>												
	non	Crâne	Face	Cou	Thorax	Rachis	Abdomen	pelvis	L Mbre sup	R Mbre sup	L Mbre inf	R Mbre inf
Douleur												
Contusion												
Fracture												
Brûlure												
Plaie												

<b>HEMORRAGIES</b> : compression locale : <input type="checkbox"/> tampon relais : <input type="checkbox"/> point de compression : <input type="checkbox"/> garrot : <input type="checkbox"/> <b>Heure : .....H.....</b>	
<b>GESTES EFFECTUES</b> : LVA : <input type="checkbox"/> PLS : <input type="checkbox"/> MCE : <input type="checkbox"/> Attelles : <input type="checkbox"/>	<b>SURVEILLANCE - EVOLUTION</b>
O2 inhalation : <input type="checkbox"/> débit O2 : ..... l/min de .....h..... à .....h..... puis	
O2 isufflation : <input type="checkbox"/> débit O2 : ..... l/min de .....h..... à .....h.....	
Collier cervical : <input type="checkbox"/> Coquille : <input type="checkbox"/> Plan dur : <input type="checkbox"/>	
Médicaments (uniquement s/avis médical) :	
Autres :	
Recommandation(s) :	<b>Famille</b> : à prévenir <input type="checkbox"/> déjà prévenue <input type="checkbox"/>
	<b>Refus de prise en charge</b> : <input type="checkbox"/>
<b>ATCD</b> : Allergie : <input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/>	<b>Etablissement d'accueil</b> : Heure : .....H.....
	CHUK <input type="checkbox"/> KFH <input type="checkbox"/> KMH <input type="checkbox"/> HK <input type="checkbox"/>
	RNP Hospital <input type="checkbox"/> Soins sur place <input type="checkbox"/>