

FICHE DE BILAN

DATE : HEURE : LIEU :
SEXE : DATE DE NAISSANCE :
NOM : PRENOM :
ADRESSE :

ANTECEDANTS : TRAITEMENTS :

ETAT GENERAL

CONSCIENCE : OUI – NON – AGITATION - ORIENTE

FREQUENCE CARDIAQUE : FREQUENCE RESPIRATOIRE :

COLORATION : NORMALE – PALE - CYANOSE

NOYADES

CIRCONSTANCE : DUREE D'IMMERSION :
TOUX : OUI – NON VOMISSEMENTS : OUI – NON TEMPERATURE :
GENE RESPIRATOIRE : OUI – NON BRUITS SURAJOUTES : OUI - NON

RACHIS

CIRCONSTANCE : NIVEAU DOULEUR : COU – DOS - LOMBES
MOBILITE DES 4 MEMBRES : OUI - NON SENSIBILITE : MEMBRES SUP - MEMBRES INF
POSE COLLIER CERVICAL : OUI - NON

PLAIES

CIRCONSTANCE :
LOCALISATION : TETE – MEMBRE – THORAX – ABDOMEN DIMENSION :
SAIGNEMENT : EN NAPPE - EN JET PERTE DE CONNAISSANCE : OUI - NON

TRAUMATISMES

CIRCONSTANCE :

LOCALISATION : TETE – MEMBRE – THORAX - ABDOMEN

GONFLEMENT – DEFORMATION - PLAIE OUVERTE**MALAISE**

PERTE DE CONNAISSANCE : OUI - NON MOUVEMENTS DE CONVULSION : OUI - NON

SUEURS : OUI - NON PRISE DE TOXIQUES : OUI - NON TREMBLEMENTS : OUI - NON

HEURE DE LA DERNIERE PRISE ALIMENTAIRE : DOULEURS ABDOMINALES : OUI - NON

DETRESSE RESPIRATOIRE

HEURE DE DEBUT DE LA GENE RESPIRATOIRE :

PRISE DE MEDICAMENTS : OUI - NON SI OUI LE(S)QUEL(S) : QUANTITE :

PARLE : OUI - NON PEUT COMPTER JUSQU'A 10 : OUI - NON

DETRESSE CARDIOLOGIQUE

HEURE DE DEBUT DOULEUR : PREMIER EPISODE : OUI - NON

DOULEUR THORACIQUE : OUI – NON TYPE : ETAUT - POIDS - BRULURE

IRRADIATION : OUI - NON

LOCALISATION : BRAS - MACHOIRES PERTE DE CONNAISSANCE : OUI - NON

DUREE : VOMISSEMENTS : OUI - NON

PRISE DE MEDICAMENTS : OUI - NON LE(S)QUEL(S) :

FUMEUR : OUI - NON DIABETE : OUI - NON CHOLESTEROL : OUI - NON

ANTCEDANTS FAMILIAUX :