

En Arrivant sur les lieux faire le Bilan Circonstanciel

Nom: _____ Age: _____
Prénom: _____ info Sup: _____

Position à l'arrivé : Debout Assise Allongée

Neurologique

Pupille: simétrique: Dilatation anormale:
Motricité MSG: MSD: Perte
MIG: MSD: d'Orientation:
Sensibilité MSG: MSD: PCI: _____ min
MIG: MSD:

Respiratoire minimum 1 pr 10s

Arret R.: OUI NON Sat.: _____ %O2
Fréq.R: _____ /min Cyanose: OUI NON
Amplitude R.: Bonne Température : _____

Circulatoire

Poul: _____ /min Régulier: Frappé:
Pression A: _____ / _____ Tps Recol. Cutanée de < 3s:
Marbrures : Sueurs : Paleur :

Remarques:

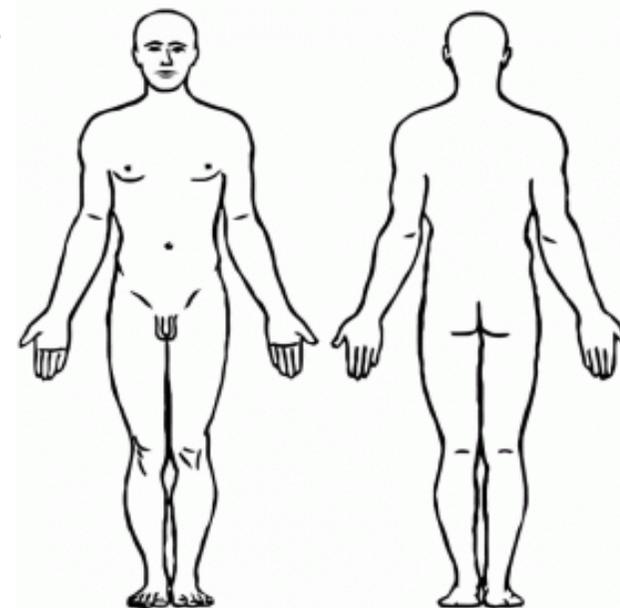
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Complémentaire

Cause de l'accident : _____

depuis quand: _____ min Sévérité

- Qualité: 2
- Déformat. 3
- Rougeurs 4
- Douleur 5
- Erafflures 6
- Brulure 7
- Plaie 8
- Hémorragie 9
- Fracture 10



Maladies: _____

Allergies: _____

Traitements: _____

Hospitalisations: _____

Remarques:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....