Adresse:	Adresse:
Heure d'arrivée:hmin	Heure d'arrivée:hmin
Sat.:C°	Sat.:%o² Temp.:C°
Fréq.R.:/min Ampl.R. ok: □	Fréq.R.:/min Ampl.R. ok: □
Pouls:/min Régulier:□ Frappé:□	Pouls:/min Régulier:□ Frappé:□
Tension/ Pupilles OK:□	Tension/ Pupilles OK:□
Motricité 4M:□ PCP:min	Motricité 4M:□ PCP:min
Sensibilité 4M:□ P.Orientation:□	Sensibilité 4M:□ P.Orientation:□
TRC <3s:□ Marbrures:□ Cyanosé:□ Paleurs:□	TRC <3s:□ Marbrures:□ Cyanosé:□ Paleurs:□
P: R	P: R
Q: Lance - pique - tape: S:/10 T:hmin Maladies: Allergies: Traitements: Hospital: Nom: Pré.: Age: Remarques:	Q: Lance - pique - tape: S:/10 T:hmin Maladies: Allergies: Traitements: Hospital: Nom: Pré.: Age: Remarques: