

Adresse: _____

Heure d'arrivée: ___h___min

Sat.: _____%O²

Temp.: _____C°

Fréq.R.: _____/min

Ampl.R. ok:

Pouls: _____/min

Régulier: Frappé:

Tension _____/_____

Pupilles OK:

Motricité 4M:

PCP: _____min

Sensibilité 4M:

P.Orientation:

TRC <3s: Marbrures: Cyanosé: Paleurs:

P: _____ R

Q: Lance - pique - tape: _____

S: _____/10 T: ___h___min

Maladies: _____

Allergies: _____

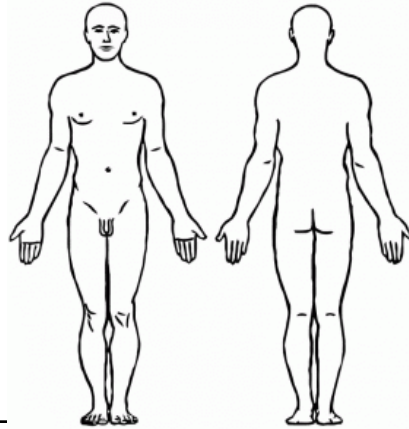
Traitements: _____

Hospital: _____

Nom: _____

Pré.: _____ Age: _____

Remarques:



Adresse: _____

Heure d'arrivée: ___h___min

Sat.: _____%O²

Temp.: _____C°

Fréq.R.: _____/min

Ampl.R. ok:

Pouls: _____/min

Régulier: Frappé:

Tension _____/_____

Pupilles OK:

Motricité 4M:

PCP: _____min

Sensibilité 4M:

P.Orientation:

TRC <3s: Marbrures: Cyanosé: Paleurs:

P: _____ R

Q: Lance - pique - tape: _____

S: _____/10 T: ___h___min

Maladies: _____

Allergies: _____

Traitements: _____

Hospital: _____

Nom: _____

Pré.: _____ Age: _____

Remarques:

