

Mini-fiche de Bilan – Accident d'Apnée – A conserver

Fiche remplie par :

Lieu Précis :

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Heure de l'examen :

Nom de la victime :	Prénom de la victime :		
Date de naissance :	Poids :		
Age :	Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>

ETAT DE CONSCIENCE

Perte de connaissance initiale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	durée :
Perte de connaissance retardée	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	durée :
État de la victime :	Conscient <input type="checkbox"/>	Inconscient <input type="checkbox"/>	Confus <input type="checkbox"/>
Réagit à la voix :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
Réagit à la douleur :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	

CIRCULATION

Pouls	Poignet <input type="checkbox"/>	Carotide <input type="checkbox"/>	
Fréquence (puls / min) :	/min	Impossible à prendre	<input type="checkbox"/>
Rythme	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	

VENTILATION / RESPIRATION

Fréquence (mouvements / min) :	/min		
Rythme :	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	Pauses <input type="checkbox"/>
Amplitude	Normale <input type="checkbox"/>	Profonde <input type="checkbox"/>	Lente <input type="checkbox"/> Bruyante <input type="checkbox"/>
Respiration	Douleurs <input type="checkbox"/>	Encombrée <input type="checkbox"/>	
Inhalation d'eau	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	suspectée <input type="checkbox"/>

PREMIERS SOINS

Position latérale de Sécurité	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Massage cardiaque externe	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Bouche à bouche	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Défibrillation	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Oxygène	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Aspirine	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Boisson	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

ENVIRONNEMENT

Les plongeurs sont tous sortis de l'eau	<input type="checkbox"/>
Les secours sont avertis	<input type="checkbox"/>
Une personne accueille les secours	<input type="checkbox"/>
Le périmètre est sécurisé et accessible	<input type="checkbox"/>
La fiche d'évacuation est remplie	<input type="checkbox"/>
La fiche d'évacuation est sur la victime	<input type="checkbox"/>

CONDUITE A TENIR

Alerter les secours calmement en précisant :

- Le lieu de l'accident
- Le bilan de la victime à l'aide de la fiche

Samu : 15
Pompier : 18
Numéro International : 112

AU DEPART DES SECOURS

Conserver la fiche bilan. Avertir le président du club. Lui transmettre la fiche Bilan
Ranger et nettoyer le matériel de secours. Procéder au remplacement de l'oxygénothérapie

Fiche d'Evacuation – Accident d'Apnée – SUR VICTIME

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Heure de l'examen :

Nom de la victime :	Prénom de la victime :		
Date de naissance :	Poids :		
Age :	Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
Lieu précis :	Accident d'apnée	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
	Plongées successives	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
	Profondeur maximale :		

PREMIERS SOINS		SIGNES OBSERVES	
Position latérale de Sécurité	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	heure :
Massage cardiaque externe	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	heure :
Bouche à bouche	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	heure :
Défibrillation	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	heure :
Oxygène	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	heure :
Aspirine	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	heure :
Boisson	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	heure :

Observations :

INTERVENTION MEDICALE

Nom du médecin :

Téléphone :

Heure de prise en charge :

Lieu :

Examen clinique et diagnostic évoqué :

	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :
	heure :

Traitement :

EVACUATION PRIMAIRE		
Service d'accueil :	Moyens :	Durée totale :
	Médecin Convoyeur :	
Médicalisation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	Téléphone :	