



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

UV J.S.P. 2

Module : PS



**Présentation de la
Fiche bilan SUAP
du SDMIS**

Version 1



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Rédigée personnellement par le chef d'agrès avec la plus grande attention car elle constitue une pièce médico-légale et surtout le seul support d'informations recueillies par le chef d'agrès pour le médecin de la structure des urgences.

La fiche bilan, d'un format A 3, est découpée en deux grandes parties :

- ✓ À gauche le bilan primaire
- ✓ À droite le bilan secondaire.

Chaque partie étant elle-même découpée en sous-partie.

BILAN ROUGE		BILAN JAUNE		BILAN VERT		BILAN SIMPLIFIÉ			
VSAV n° _____ Caserne _____ Date _____ Intervention n° _____ Sur les lieux _____ h _____ min Domicile <input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> ERP <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Lieu protégé n° _____ Adresse _____ CP _____ Commune _____ VICTIME Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age : _____ ans/mois/jours Date de naissance : _____ / _____ / _____ NOM : _____ Prénom : _____ NOM de jeune fille : _____ Adresse _____ Nationalité : _____ Personne à prévenir : _____ Tél : _____									
MALADIE OU MALAISE 4 roues <input type="checkbox"/> 2 roues <input type="checkbox"/> Poids lourd <input type="checkbox"/> Piéton <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Cinétique (hauteur, vitesse...) <input type="checkbox"/> Arme à feu <input type="checkbox"/> Arme blanche <input type="checkbox"/> SVU situation d'incrimination <input type="checkbox"/>		ACCIDENT OU BLESSE Incarcéré <input type="checkbox"/> Ejecté <input type="checkbox"/> Forte cinétique <input type="checkbox"/> 2 roues sans casque <input type="checkbox"/> Non ceinture <input type="checkbox"/> Obstacle fixe <input type="checkbox"/>		GROSSESSE 4 à 8 ans <input type="checkbox"/> 9 à 12 ans <input type="checkbox"/> 13 à 16 ans <input type="checkbox"/> 17 à 20 ans <input type="checkbox"/> 21 à 25 ans <input type="checkbox"/> 26 à 30 ans <input type="checkbox"/> 31 à 35 ans <input type="checkbox"/> 36 à 40 ans <input type="checkbox"/> 41 à 45 ans <input type="checkbox"/> 46 à 50 ans <input type="checkbox"/> 51 à 55 ans <input type="checkbox"/> 56 à 60 ans <input type="checkbox"/> 61 à 65 ans <input type="checkbox"/> 66 à 70 ans <input type="checkbox"/> 71 à 75 ans <input type="checkbox"/> 76 à 80 ans <input type="checkbox"/> 81 à 85 ans <input type="checkbox"/> 86 à 90 ans <input type="checkbox"/> 91 à 95 ans <input type="checkbox"/> 96 à 100 ans <input type="checkbox"/>		BILAN PEDIATRIQUE 0 à 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 2 à 3 ans <input type="checkbox"/> 3 à 4 ans <input type="checkbox"/> 4 à 5 ans <input type="checkbox"/> 5 à 6 ans <input type="checkbox"/> 6 à 7 ans <input type="checkbox"/> 7 à 8 ans <input type="checkbox"/> 8 à 9 ans <input type="checkbox"/> 9 à 10 ans <input type="checkbox"/> 10 à 11 ans <input type="checkbox"/> 11 à 12 ans <input type="checkbox"/> 12 à 13 ans <input type="checkbox"/> 13 à 14 ans <input type="checkbox"/> 14 à 15 ans <input type="checkbox"/> 15 à 16 ans <input type="checkbox"/> 16 à 17 ans <input type="checkbox"/> 17 à 18 ans <input type="checkbox"/> 18 à 19 ans <input type="checkbox"/> 19 à 20 ans <input type="checkbox"/>		INTOXICATION <input type="checkbox"/> Mesure d'ambiance : _____ PPM _____ Fumées <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Stupéfiants <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autres _____ Quantité : _____ Heure ou temps : _____	
COMPLÈMENT / CIRCONSTANCES SIGNES : _____ GESTES EFFETUÉS : _____									
Obstruction des voies aériennes Trauma rachis cervical <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/>				Libre <input type="checkbox"/>					
Arrêt respiratoire <input type="checkbox"/> FR < 10 ou FR > 30 <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Suer <input type="checkbox"/> Tirage <input type="checkbox"/> Bruits <input type="checkbox"/> Difficulté parole <input type="checkbox"/> Inégales ou pauses <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Bruyante <input type="checkbox"/> Trauma thorax <input type="checkbox"/> Dissymétrie mécanique ventilatoire <input type="checkbox"/>				Ventilation normale (amplitude et régulière) <input type="checkbox"/> Absence de sueur <input type="checkbox"/> FR _____ / min <input type="checkbox"/> Sat O ₂ sous air _____ % <input type="checkbox"/> Sat O ₂ sous O ₂ _____ % <input type="checkbox"/>					
Hémorragie non contrôlée <input type="checkbox"/> FC < 50 ou FC > 120 <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Hémorragie contrôlée <input type="checkbox"/> Poux irréguliers <input type="checkbox"/> Marbrures <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> TRC > 3 sec <input type="checkbox"/> Sensation de froid ou de soif <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Signes allergie <input type="checkbox"/>				Pouls régulier <input type="checkbox"/> Absence de pâleur <input type="checkbox"/> FC _____ / min <input type="checkbox"/> Pression sys/dia : _____ mmHg <input type="checkbox"/> Bras gauche _____ mmHg <input type="checkbox"/> Bras droit _____ mmHg <input type="checkbox"/> TRC < 3 sec <input type="checkbox"/>					
Arrêt cardiaque (voir fiche DAE) <input type="checkbox"/> FC < 50 ou FC > 120 <input type="checkbox"/> Hémorragie non contrôlée <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Poux irréguliers <input type="checkbox"/> Marbrures <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> TRC > 3 sec <input type="checkbox"/> Sensation de froid ou de soif <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Signes allergie <input type="checkbox"/>				Pansement compressif <input type="checkbox"/> Pansement hémostatique <input type="checkbox"/> Garrot _____ h _____ min <input type="checkbox"/> Inhalation O ₂ _____ l/min <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Maintien os longs fracturés <input type="checkbox"/> Ceinture trochantérienne _____ h _____ min <input type="checkbox"/> Position jambes surélevées <input type="checkbox"/>					
Désorientation <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre <input type="checkbox"/> Trouble du comportement <input type="checkbox"/> CONVULSIONS En cours <input type="checkbox"/> Répétitives <input type="checkbox"/> Terminées <input type="checkbox"/>				Absence de déficit <input type="checkbox"/> GLASGOW (si < 8) <input type="checkbox"/> Y _____ / 4 <input type="checkbox"/> V _____ / 5 <input type="checkbox"/> M _____ / 6 <input type="checkbox"/> Total _____ / 15 <input type="checkbox"/> Pupilles réasymétriques <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire mmol/l (si < 4.4 = resucrage) <input type="checkbox"/> de sucre <input type="checkbox"/> glucopulse <input type="checkbox"/> Nb morceaux _____ Nb sachets _____					
PUPILLES Areactive : Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Mydriase : Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Myosis : Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>				T° : _____ °C <input type="checkbox"/> Lieu de prise : _____ Protection thermique <input type="checkbox"/> Log roll <input type="checkbox"/>					
DEFICIT DES MEMBRES Supérieur : Moteur <input type="checkbox"/> Sensitif <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Inférieur : Moteur <input type="checkbox"/> Sensitif <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>				Hyperthermie <input type="checkbox"/> Hypothermie <input type="checkbox"/> Lésion cachée <input type="checkbox"/>					

FICHE BILAN SUAP n°		Maticule Chef d'Agres : _____																																																					
GROSSESSE tête ou membre visible <input type="checkbox"/> Accouchement réalisé <input type="checkbox"/>																																																							
Perte des eaux <input type="checkbox"/> Perte de sang <input type="checkbox"/> Envie de pousser <input type="checkbox"/> Grossesse multiple <input type="checkbox"/>																																																							
Nb de mois : _____ Date des dernières règles : _____ / _____ / _____ Durée des contractions : _____ h _____ min Nb accouchements antérieurs : _____ Nb grossesses : _____ Heure de début du travail : _____ h _____ min Date du terme théorique : _____ / _____ / _____ Intervalles entre les contractions : _____		SAMPLE Symptômes ressentis, signes associés à la douleur (nausée...) : _____ Onset : début d'épisode _____ Provoquée par : _____ Allergies : _____ Médicaments pris habituellement et/ou récemment : _____ Ordonnances _____ Passé médico-chirurgical (antécédents familiaux, drogues, alcool...) : _____ Dernière prise alimentaire : _____ h _____ min Temps (depuis quand ? Brutale ? Comment ? (Continue ? Fluctuante ?) : _____ Événements avant l'urgence : _____																																																					
FAST Face : Asymétrie de l'expression faciale <input type="checkbox"/> Arms : Trouble : Motricité <input type="checkbox"/> Sensibilité <input type="checkbox"/> Membres supérieurs <input type="checkbox"/> Membres inférieurs <input type="checkbox"/> Speech : Anomalie de la parole <input type="checkbox"/>		OPORST Qualité (piqûre, brûlure, étau...) : _____ Région douloureuse : _____ Sévérité (EVA) : _____ Temps (depuis quand ? Brutale ? Comment ? (Continue ? Fluctuante ?) : _____ Debut des symptômes : _____ h _____ min FAST + <input type="checkbox"/> FAST - <input type="checkbox"/>																																																					
GAUCHE Contusion <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Déformation <input type="checkbox"/> Fracture ouverte <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Section <input type="checkbox"/> Absence de pouls en aval de la lésion <input type="checkbox"/> Surface totale brûlée : _____ % Aspect de la brûlure : Rougeur <input type="checkbox"/> Phlyctène <input type="checkbox"/> Carbonisation <input type="checkbox"/> EVA : _____ / 10 Absence de lésion après examen <input type="checkbox"/>		DROITE Refroidissement <input type="checkbox"/> Gel d'eau <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> Plan dur / Im téte <input type="checkbox"/> Atelle <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Relevage <input type="checkbox"/> Immobilisation os longs fracturés <input type="checkbox"/>																																																					
SURVEILLANCE Evolution des plaintes et des signes : _____ Couleur téguments : _____ Extrémités : _____																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Heure</th> <th>FR</th> <th>Sp O2</th> <th>FC</th> <th>PA</th> <th>Y/4</th> <th>V/S</th> <th>M/G</th> <th>/15</th> <th>Glycémie</th> <th>T°</th> <th>Douleur</th> <th>Fonction respiratoire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____ h _____ min</td> <td>_____ / min</td> <td>_____ %</td> <td>_____ / min</td> <td>_____ / mmHg</td> <td>_____ mmol/l</td> <td>_____ °C</td> <td>_____ / 10</td> <td>Difficultés à parler <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ h _____ min</td> <td>_____ / min</td> <td>_____ %</td> <td>_____ / min</td> <td>_____ / mmHg</td> <td>_____ mmol/l</td> <td>_____ °C</td> <td>_____ / 10</td> <td>Bruits suspects <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____ h _____ min</td> <td>_____ / min</td> <td>_____ %</td> <td>_____ / min</td> <td>_____ / mmHg</td> <td>_____ mmol/l</td> <td>_____ °C</td> <td>_____ / 10</td> <td>Cyanose <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Heure	FR	Sp O2	FC	PA	Y/4	V/S	M/G	/15	Glycémie	T°	Douleur	Fonction respiratoire	_____ h _____ min	_____ / min	_____ %	_____ / min	_____ / mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ / 10	Difficultés à parler <input type="checkbox"/>	_____ h _____ min	_____ / min	_____ %	_____ / min	_____ / mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ / 10	Bruits suspects <input type="checkbox"/>	_____ h _____ min	_____ / min	_____ %	_____ / min	_____ / mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ / 10	Cyanose <input type="checkbox"/>												
Heure	FR	Sp O2	FC	PA	Y/4	V/S	M/G	/15	Glycémie	T°	Douleur	Fonction respiratoire																																											
_____ h _____ min	_____ / min	_____ %	_____ / min	_____ / mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ / 10	Difficultés à parler <input type="checkbox"/>																																															
_____ h _____ min	_____ / min	_____ %	_____ / min	_____ / mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ / 10	Bruits suspects <input type="checkbox"/>																																															
_____ h _____ min	_____ / min	_____ %	_____ / min	_____ / mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ / 10	Cyanose <input type="checkbox"/>																																															
DEVENIR DE LA VICTIME Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> Laisse sur place <input type="checkbox"/> Décédée <input type="checkbox"/> PEC Police / Gendarmerie <input type="checkbox"/>																																																							
TRANSPORT VSAV <input type="checkbox"/> UMH <input type="checkbox"/> Ambulance privée <input type="checkbox"/> Hélico Sécurité Civile <input type="checkbox"/> Hélico SAMU <input type="checkbox"/> Autre Hélico <input type="checkbox"/> Autre moyen <input type="checkbox"/>																																																							
ACCOMPAGNÉE PAR Médecin SP <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Infirmier SP <input type="checkbox"/> Autre médecin <input type="checkbox"/> Autre infirmier <input type="checkbox"/>																																																							
STRUCTURE D'ACCUEIL Heure de prise en charge : _____ h _____ min																																																							

Cette fiche constitue un canevas afin que le message radio réponde à ces critères et permet de ne rien oublier, tout en étant le plus court possible.

Des couleurs permettent d'identifier rapidement les détresses vitales et de connaître si nous sommes face à un bilan :

- ✓ Rouge
- ✓ Vert
- ✓ Jaune
- ✓ Simplifié ou bilan blanc.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

BILAN ROUGE <input type="radio"/>		BILAN JAUNE <input type="radio"/>		BILAN VERT <input type="radio"/>		BILAN SIMPLIFIÉ <input type="radio"/>	
VSAV n° _____ Caserne _____		Date ____/____/____		Intervention n° _____			
Sur les lieux : h ____ min		Domicile <input type="radio"/> Voie publique <input type="radio"/> ERPO <input type="radio"/> Lieu de travail <input type="radio"/> Lieu protégé <input type="radio"/> Milieu naturel <input type="radio"/>		Adresse _____ CP _____ Commune _____			
VICTIME Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Age : _____ ans/mois/jours		Date de naissance : ____/____/____		NOM : _____ Prénom : _____		NOM de jeune fille : _____	
Adresse _____		Nationalité : _____		Personne à prévenir : _____		Tél : _____	
MALADIE OU MALAISE <input type="radio"/>		ACCIDENT OU BLESSE <input type="radio"/>		GROSSESSE <input type="radio"/>		BILAN PÉDIATRIQUE <input type="radio"/>	
4 roues <input type="radio"/> 2 roues <input type="radio"/> Poids lourd <input type="radio"/> Piéton <input type="radio"/>		Chute <input type="radio"/> Cinétique (hauteur, vitesse) <input type="radio"/>		Arme à feu <input type="radio"/> Arme blanche <input type="radio"/> SMV Situation d'exception <input type="radio"/>			
GRAVITÉ Incarcéré <input type="radio"/> Éjecté <input type="radio"/> Forte cinétique <input type="radio"/> 2 roues sans casque <input type="radio"/> Non ceinturé <input type="radio"/> Obstacle fixe <input type="radio"/>							
INTOXICATION CO <input type="radio"/> Mesure d'ambiance : _____ PPM Fumées <input type="radio"/> Alcool <input type="radio"/> Stupéfiants <input type="radio"/> Médicaments <input type="radio"/>		Autres _____		Quantité : _____		Heure ou temps : _____	
COMPLÉMENT / CIRCONSTANCES							

Si case rouge cochée
=
Déresse vitale avérée
=
Bilan ROUGE + gestes à réaliser + demande de renfort SMUR immédiat

Si case jaune cochée
=
Déresse vitale potentielle
=
Bilan JAUNE à l'issue du bilan primaire + gestes à réaliser

Si case jaune / verte cochée = Décision du chef d'agrès

Bilan qui suivant sa couleur utilisera un des vecteurs de transmission des bilans.

DÉCOMPOSITION DE LA FICHE BILAN :

PARTIE SUPÉRIEURE GAUCHE :

Elle comprend toute la partie "administrative" ainsi que la raison de la sortie et la couleur du bilan



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

BILAN ROUGE <input type="radio"/>	BILAN JAUNE <input type="radio"/>	BILAN VERT <input type="radio"/>	BILAN SIMPLIFIÉ <input type="radio"/>
VSAV n° _____ Caserne _____		Date ____/____/____ Intervention n° _____	
Sur les lieux ____ h ____ min		Domicile <input type="radio"/> Voie publique <input type="radio"/> ERP <input type="radio"/> Lieu de travail <input type="radio"/> Lieu protégé <input type="radio"/> Milieu naturel <input type="radio"/>	
Adresse _____		CP _____ Commune _____	
VICTIME Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> Âge : _____ ans/mois/jours Date de naissance : ____/____/____			
NOM : _____ Prénom : _____ NOM de jeune fille : _____			
Adresse _____			
Nationalité : _____ Personne à prévenir : _____ Tél : _____			
MALADIE OU MALAISE <input type="radio"/>	ACCIDENT OU BLESSÉ <input type="radio"/>	GROSSESSE <input type="radio"/>	BILAN PÉDIATRIQUE <input type="radio"/> < 8 ans < 35 kg
4 roues <input type="radio"/> 2 roues <input type="radio"/>	Poids lourd <input type="radio"/> Piéton <input type="radio"/>	Chute <input type="radio"/> Cinétique (hauteur, vitesse...) _____	Arme à feu <input type="radio"/>
			Arme blanche <input type="radio"/>
GRAVITÉ Incarcéré <input type="radio"/> Éjecté <input type="radio"/> Forte cinétique <input type="radio"/> 2 roues sans casque <input type="radio"/> Non ceinturé <input type="radio"/>	SMV Situation d'exception <input type="radio"/>		
INTOXICATION CO <input type="radio"/> Mesure d'ambiance : _____ PPM Fumées <input type="radio"/> Alcool <input type="radio"/> Stupéfiants <input type="radio"/> Médicaments <input type="radio"/>			
Autres <input type="radio"/> Quantité : _____ Heure ou temps : _____			
COMPLÈMENT / CIRCONSTANCES _____			

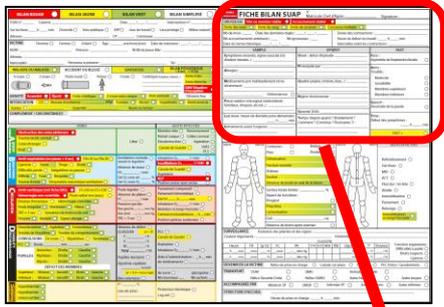
PARTIE INFÉRIEURE GAUCHE :

Elle comporte toute la partie du bilan ABCDE et les gestes effectués.

	SIGNES	GESTES EFFECTUÉS
AIRWAY VOIES AÉRIENNES	Obstruction des voies aériennes <input type="radio"/> Trauma rachis cervical <input type="radio"/> Corps étranger <input type="radio"/> Bruit <input type="radio"/>	Libre <input type="radio"/> Maintien tête <input type="radio"/> Retournement <input type="radio"/> Retrait casque <input type="radio"/> Collier cervical <input type="radio"/> Désobstruction <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> Canule de Guedel <input type="radio"/> LVAS <input type="radio"/>
BREATHING RESPIRATION	Arrêt respiratoire <input type="radio"/> FR < 10 ou FR > 30 <input type="radio"/> Cyanose <input type="radio"/> Sueur <input type="radio"/> Tirage <input type="radio"/> Bruits <input type="radio"/> Difficulté parole <input type="radio"/> Irrégulières ou pauses <input type="radio"/> Difficile <input type="radio"/> Toux <input type="radio"/> Bruyante <input type="radio"/> Trauma thorax <input type="radio"/> Dissymétrie mécanique ventilatoire <input type="radio"/>	Ventilation normale (ample et régulière) <input type="radio"/> Absence de sueur <input type="radio"/> FR _____ / min Sat O ₂ sous air _____ % Sat O ₂ sous O ₂ _____ % Inhalation O ₂ _____ l / min <input type="radio"/> Insufflations O₂ _____ l / min <input type="radio"/> Canule de Guedel <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> RCP <input type="radio"/> Position assise-semi assise <input type="radio"/>
CIRCULATION	Arrêt cardiaque (voir fiche DAE) <input type="radio"/> FC < 50 ou FC > 120 <input type="radio"/> Hémorragie non contrôlée <input type="radio"/> Pouls radial non perçu <input type="radio"/> Douleur thoracique <input type="radio"/> Hémorragie contrôlée <input type="radio"/> Pouls irrégulier <input type="radio"/> Marbrures <input type="radio"/> Pâleur <input type="radio"/> TRC > 3 sec <input type="radio"/> Sensation de froid ou de soif <input type="radio"/> Frissons <input type="radio"/> Anxiété <input type="radio"/> Signes allergie <input type="radio"/>	Pouls régulier <input type="radio"/> Absence de pâleur <input type="radio"/> FC _____ / min Pression sys/dia : _____ / _____ Bras gauche ____ / ____ mm Hg Bras droit ____ / ____ mm Hg TRC < 3 sec <input type="radio"/> Pansement compressif <input type="radio"/> Pansement hémostatique <input type="radio"/> Garrot _____ h _____ min <input type="radio"/> Inhalation O ₂ _____ l / min <input type="radio"/> Maintien os longs fracturés <input type="radio"/> Ceinture trochantérienne _____ h _____ min <input type="radio"/> Position jambes surélevées <input type="radio"/>
DISABILITY ÉTAT NEUROLOGIQUE	Désorientation <input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Somnolence <input type="radio"/> Trouble de l'équilibre <input type="radio"/> Trouble du comportement <input type="radio"/> CONVULSIONS En cours <input type="radio"/> Répétitives <input type="radio"/> Terminées <input type="radio"/> PCI <input type="radio"/> Durée _____ min _____ sec PUPILLES Mydriase : Droite <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Myosis : Droite <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> DÉFICIT DES MEMBRES Supérieur : Moteur <input type="radio"/> Sensitif <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Inférieur : Moteur <input type="radio"/> Sensitif <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/>	Absence de déficit <input type="radio"/> GLASGOW (si ≤ 8) Y _____ / 4 V _____ / 5 M _____ / 6 Total _____ / 15 Pupilles réa/symé <input type="radio"/> Glycémie capillaire _____ mmol/l (si < 4,4 = resucrage) Bien orienté(e) <input type="radio"/> PLS <input type="radio"/> Canule de Guedel <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> Inhalation O ₂ _____ l / min <input type="radio"/> Aide à l'administration : ____ h ____ min de médicaments <input type="radio"/> de sucre <input type="radio"/> glucopulse <input type="radio"/> Nb morceaux _____ Nb sachets _____
EXPOSURE ENVIRONNEMENT	Hyperthermie <input type="radio"/> Hypothermie <input type="radio"/> Lésion cachée <input type="radio"/>	T° : _____ °C Lieu de prise : _____ Protection thermique <input type="radio"/> Log roll <input type="radio"/>



PARTIE SUPERIEURE GAUCHE :



Cette partie recueille le bilan secondaire et plus particulièrement :

- Les renseignements pour parturiente (accouchement)
- Le SAMPLE,
- L'OPQRST,
- Le FAST,

FICHE BILAN SUAP n°		Matricule Chef d'Agrès :
GROSSESSE <input type="radio"/> Tête ou membre visible <input type="radio"/> Accouchement réalisé <input type="radio"/>		Signature :
Perte des eaux <input type="radio"/> Perte de sang <input type="radio"/> Envie de pousser <input type="radio"/> Grossesse multiple <input type="radio"/>		
Nb de mois : Date des dernières règles : / /		Durée des contractions :
Nb accouchements antérieurs : Nb grossesses :		Heure de début du travail : h min
Date du terme théorique : / /		Intervalles entre les contractions :
SAMPLE	OPQRST	FAST
Symptômes ressentis, signes associés à la douleur (nausée...):	Onset : début d'épisode	Face : Asymétrie de l'expression faciale <input type="radio"/>
Allergies :	Provoquée par :	Arms : Trouble : Motricité <input type="radio"/>
Médicaments pris habituellement et/ou récemment :	Qualité (piqûre, brûlure, étaiu...) :	Sensibilité <input type="radio"/>
..... Ordonnances <input type="radio"/>	Région douloureuse :	Membres supérieurs <input type="radio"/>
Passé médico-chirurgical (antécédents familiaux, drogues, alcool...):	Sévérité (EVA)	Membres inférieurs <input type="radio"/>
Last meal : heure de dernière prise alimentaire h min	Temps (depuis quand ? Brutalement ? Comment ? (Continue ? Fluctuante ?) :	Speech : Anomalie de la parole <input type="radio"/>
Evénements avant l'urgence : .....	.....	Time : Début des symptômes : h min
.....	.....	FAST+ <input type="radio"/>
.....	.....	FAST- <input type="radio"/>



PARTIE INFÉRIEURE DROITE :



Cette dernière partie recueille :

- ↪ La partie lésionnelle (fracture, brûlure, plaies, etc.)
- ↪ La surveillance de la victime
- ↪ Le devenir de la victime.
- ↪ Qui assure le transport de la victime et éventuellement les accompagnants,
- ↪ Pour terminer le nom de l'établissement hospitalier avec l'heure de dépose de la victime.

Cette dernière indiquant la fin des opérations de secours.

DROITE	GAUCHE	Contusion <input type="radio"/> Plaie <input type="radio"/> Déformation <input checked="" type="radio"/> Fracture ouverte <input type="radio"/> Œdème <input type="radio"/> Section <input type="radio"/> Absence de pouls en aval de la lésion <input type="radio"/> Surface totale brûlée : % Aspect de la brûlure : Rougeur <input type="radio"/> Phlyctène <input type="radio"/> Carbonisation <input type="radio"/> EVA : /10 Absence de lésion après examen <input type="radio"/>	GAUCHE	DROITE	Brûlure <input type="radio"/> Douleur <input type="radio"/>	GAUCHE DROITE 	GESTES EFFECTUÉS Refroidissement <input type="radio"/> Gel d'eau <input type="radio"/> MID <input type="radio"/> ACT <input type="radio"/> Plan dur / Im tête <input type="radio"/> Attelle <input type="radio"/> Immobilisation <input type="radio"/> Pansement <input type="radio"/> Relevage <input type="radio"/> Immobilisation os longs fracturés <input checked="" type="radio"/>						
SURVEILLANCE Évolution des plaintes et des signes : Couleur téguments : Extrémités :													
GLASGOW													
Heure	FR	Sp O2	FC	PA	Y/4	V/5	M/6	/15	Glycémie	T°	Douleur	Fonction respiratoire :	
..... h .....	..... /min	..... %	..... /min	..... /..... mm Hg					..... mmol/l	..... °C	..... /10	Difficultés à parler <input type="radio"/>
..... h .....	..... /min	..... %	..... /min	..... /..... mm Hg					..... mmol/l	..... °C	..... /10	Bruits suspects <input type="radio"/>
													Cyanose <input type="radio"/>
DEVENIR DE LA VICTIME Refus de prise en charge <input type="radio"/> Laisser sur place <input type="radio"/> Décédée <input type="radio"/> PEC Police / Gendarmerie <input type="radio"/>								TRANSPORT VSAV <input type="radio"/> UMH <input type="radio"/> Ambulance privée <input type="radio"/> Hélico Sécurité Civile <input type="radio"/> Hélico SAMU <input type="radio"/> Autre Hélico <input type="radio"/> Autre moyen <input type="radio"/>					
ACCOMPAGNÉE PAR Médecin SP <input type="radio"/> SMUR <input type="radio"/> Infirmier SP <input type="radio"/> Autre médecin <input type="radio"/> Autre infirmier <input type="radio"/>								STRUCTURE D'ACCUEIL Heure de prise en charge : h min					



II. FICHE DAE :

Cette fiche est remplie pour chaque intervention avec utilisation d'un DAE.

Elle alimente une base de données statistiques.

SDMIS <small>SAPEURS-POMPIERS</small>	FICHE INTERVENTION AVEC DAE	n° 69
A FAXER À L'OFFICIER SANTÉ DU CTA/CODIS DES LE RETOUR D'INTERVENTION AU 04 72 84 13 35		Matricule Chef d'Agrès :
INTERVENTION		
n°	DATE : / /	LIEU : <input type="radio"/> Domicile
COMMUNE		<input type="radio"/> Voie publique
CP		<input type="radio"/> Travail
HEURE DU 1 ^{er} APPEL : h min		<input type="radio"/> Lieu recevant du public
HEURE D'ARRIVÉE SUR LES LIEUX : h min		<input type="radio"/> Milieu naturel
VICTIME		
ÂGE :	SEXE : H <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Victime sans identité <input type="radio"/>
NOM :		
PRENOM :		
CAUSE SUPPOSÉE DE L'ACR	ACR ET TÉMOIN	
<input type="radio"/> Cardiaque <input type="radio"/> Respiratoire	TÉMOIN VISUEL SUR LES LIEUX Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Noyade <input type="radio"/> Intoxication	LE TÉMOIN EST : Secouriste professionnel <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Brûlure <input type="radio"/> Pendu	Accompagnant <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Traumatisme <input type="radio"/> Électrisé	Témoin de passage <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Autre	HEURE DE L'ACR : h min	
	GESTES ENTREPRIS : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
	Bouche à bouche <input type="radio"/> MCE <input type="radio"/> DAE <input type="radio"/>	
DAE POMPIER	ACTION MÉDICALE	
HEURE DE MISE EN ROUTE DU DAE : h min	1 ^{er} MOYEN MÉDICALISÉ SUR LES LIEUX :	
NOMBRE DE CHOCS DÉLIVRÉS PAR LE DAE :	<input type="radio"/> SMUR <input type="radio"/> Médecin SP	
L'APPAREIL A POSÉ DES PROBLÈMES : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Infirmier SP <input type="radio"/> Binôme SP	
UN DAE ÉTAIT DÉJÀ EN PLACE : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Autre	
Changement de l'appareil et des électrodes <input type="radio"/>	Heure d'arrivée : h min	
Changement de l'appareil seul <input type="radio"/>		
Aucun changement <input type="radio"/>		
DEVENIR DU PATIENT		
UTILISATION D'UNE PLANCHE À MASSER : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
HEURE D'ARRÊT DU MASSAGE CARDIAQUE : h min		
REPRISE D'UNE ACTIVITÉ CARDIAQUE SPONTANÉE : Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		
LE PATIENT EST : <input type="radio"/> Laissé sur place décédé		DESTINATION : <input type="radio"/> Réanimation
<input type="radio"/> Transporté par moyen SP		<input type="radio"/> Urgences
<input type="radio"/> Transporté par un autre moyen		<input type="radio"/> Coronarographie
		<input type="radio"/> Autre



III. FICHE ÉVALUATION SCORE DE GLASGOW

Afin d'éviter les confusions entre celui pour adulte et le pédiatrique, une feuille annexée aux fiches bilans récapitule ces évaluations.

Évaluation du score de Glasgow adulte

Score	Ouverture des yeux (Y)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M)
6			Obéit aux ordres
5		Orientée	Réponse orientée et adaptée (la personne localise le stimulus et y met fin)
4	Spontanée	Confuse	Évitement non adapté ou tentative d'évitement
3	À la demande	Inappropriée	Flexion des poignets et des coudes
2	À la douleur	Incompréhensible	Extension + rotation interne des membres supérieurs
1	Aucune	Aucune	Aucune

■ Réponse à un stimulus verbal
■ Réponse à un stimulus douloureux

Détail de l'évaluation de la réponse verbale

Nature de la réponse	Explications	V
Orientée	La personne se souvient de son nom, de son âge, du jour, de l'endroit où elle se trouve et de ce qui lui est arrivé.	5
Confuse	La victime commet des erreurs, montre des signes de désorientation, d'amblyopie ou se répète régulièrement.	4
Inappropriée	Les réponses données ne correspondent pas aux questions posées.	3
Incompréhensible	Ne parle plus. Grogne ou marmonne sans spontanéité, soit lors de la stimulation douloureuse.	2
Aucune	Ne parle plus du tout, plus aucun son ne sort de sa bouche.	1

Détail de l'évaluation de la réponse motrice

Nature de la réponse	Explications	M
À la demande	Répond aux ordres simples de façon adaptée.	6
Orientée adaptée	La stimulation douloureuse entraîne un mouvement plus ou moins violent de la victime qui essaie de se soustraire à la douleur.	5
Évitement non adapté	Le mouvement ne recherche plus avec précision à se soustraire à la douleur, il n'est plus adapté ou à peine ébauché.	4
Flexion des poignets et des coudes	Lors de la stimulation douloureuse, les bras ont tendance à se mettre en flexion sur les bras (décortication).	3
Extension et rotation interne des membres supérieurs	Lors de la stimulation douloureuse, les bras ont tendance à se mettre en extension et en rotation interne (poings souvent fermés et poignets tournés vers l'extérieur (dérébration)).	2
Aucune	Aucune réaction à la stimulation douloureuse.	1

Détail de l'évaluation de l'ouverture des yeux

Nature de la réponse	Explications	Y
Spontanée	Les yeux sont ouverts ou s'ouvrent spontanément, le regard est normal.	4
À la demande	Les yeux sont fermés mais la personne les ouvre lorsqu'on lui demande.	3
À la douleur	Les yeux sont fermés et ne s'ouvrent que lorsqu'un stimulus douloureux est réalisé.	2
Aucune	Aucune ouverture des yeux, même en cas de stimulus douloureux.	1

Évaluation du score de Glasgow pédiatrique

Adapté au nourrisson (de 8 jours à 1 an)			
Score	Ouverture des yeux (Y)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M)
6			Normale, spontanée
5		Gazouille	Localise la douleur
4	Spontanée	Imitable, pleure	Retrait à la douleur
3	À la parole ou au son	Pleure à la douleur	Flexion anormale (dérébration)
2	À la douleur	Gémit à la douleur	Extension anormale (dérébration)
1	Aucune	Aucune	Aucune

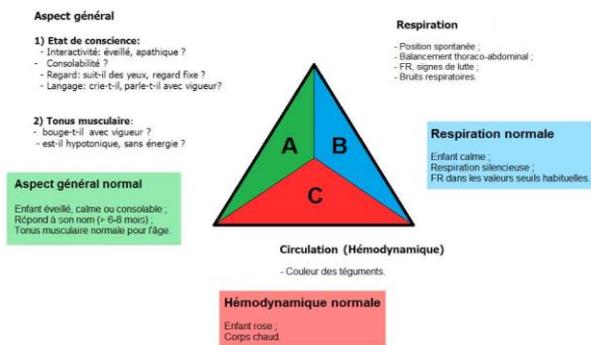
Adapté à l'enfant de moins de 4 ans			
Score	Ouverture des yeux (Y)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M)
6			Spontanée
5		Normale	Évitement au toucher
4	Spontanée	Pleurs continus	Évitement à la douleur
3	À la demande	Cris, pleurs à la douleur	À la douleur en flexion
2	À la douleur	Grognements à la douleur	À la douleur en extension
1	Absente	Absente	Absente

Transmission du score de Glasgow

La transmission du score de Glasgow se formule de la façon suivante :

« La victime a un Glasgow à 8 : Y =..., V =..., M =... »

Prise en charge pédiatrique : le triangle d'évaluation pédiatrique



L'accouchement normal : Score de MALINAS

Cotation	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	< 3 h	3 à 5 h	> 5 h
Durée des contractions	< 1 mn	1 mn	> 1 mn
Intervalle entre les contractions	> 5 mn	3 à 5 mn	< 3 mn
Perte de eaux	non	récente	> 1 h

■ < 5 : marge de temps, transport possible après régulation
■ Entre 5 et 7 : attention, surtout si multipare
■ > 7 et/ou envie de pousser : accouchement imminent