



FICHE D'ALERTE SECOURS

Appel gratuit 112

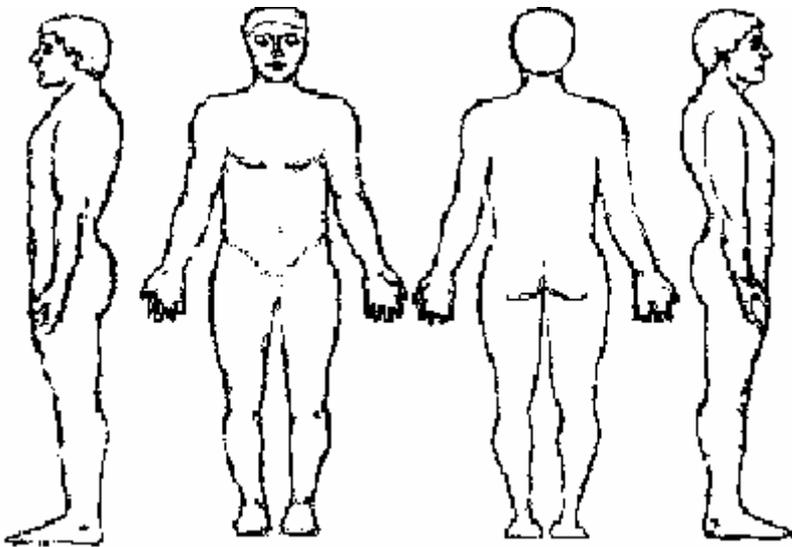
Prenez le temps de remplir cette
fiche avant de donner l'alerte

Nom du témoin:

Date:	Heure de l'accident:	Heure du bilan:
Nom du blessé:	Prénom:	Age:
Nom du canyon :	Lieu exact:	Sexe: H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nbr de personne restées auprès de la victime :		Poids: Taille:

Circonstances de l'accident

Hauteur de la chute:	Chute de pierres:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Saut: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Blocage par une crue:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Blocage sur corde: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Autres:	
Glissade: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>		
Noyade: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>		
Epuisement, refroidissement: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Victime N° _____/Nbr total de victimes _____	



EMPLACEMENT DES BLESSURES

- plaie: X
- hémorragie: ~
- luxation visible: ↗
- suspicion de fracture fermée: →
- fracture ouverte: ↔
- hématome, douleur: ▨

Etat du blessé		Entourer la position actuelle du blessé
CONSCIENT: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Depuis combien de temps: Répond aux questions: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>confus</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Réagit aux stimulations: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>faiblement</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Il bouge: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Il parle: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Il somnole: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Il a froid: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Vomissements: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	 PLS
VENTILATION: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> <i>régulière</i> <input type="checkbox"/> <i>douloureuse</i> <input type="checkbox"/> Gène respiratoire: <i>non</i> <input type="checkbox"/> <i>un peu</i> <input type="checkbox"/> <i>beaucoup</i> <input type="checkbox"/>	DOULEUR: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Intensité de la douleur de 0 à 10: (0 = Pas de douleur ; 10 = intolérable) <div style="border: 2px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	GESTES DE SECOURISME EFFECTUES: Réanimation ventilatoire: <input type="checkbox"/> Réanimation cardiaque: <input type="checkbox"/> Point de compression: <input type="checkbox"/> Allergie: Maladie connue: Antécédents: Médicaments consommés (+ heure):
CIRCULATION: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Puls par mn: <i>fort</i> <input type="checkbox"/> <i>moyen</i> <input type="checkbox"/> <i>faible</i> <input type="checkbox"/> <i>régulier</i> <input type="checkbox"/>	Impossibilité de bouger tout ou partie du corps : <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Groupe sanguin :	