



# FICHE DE SUIVI BLESSE

## N°

Remplir cette fiche  
pour suivre l'évolution

Nom du blessé:		Prénom:		Date + Heure
<p>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> <i>confus</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Réagit aux stimulations: oui <input type="checkbox"/> faiblement <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Il bouge: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Vomissements: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Température:</p>		<p>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> <i>confus</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Réagit aux stimulations: oui <input type="checkbox"/> faiblement <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Il bouge: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Vomissements: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Température:</p>		<p><b>Conscience</b></p>
<p>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> <i>confus</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Réagit aux stimulations: oui <input type="checkbox"/> faiblement <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Il bouge: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Vomissements: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Température:</p>		<p>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> <i>confus</i> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Réagit aux stimulations: oui <input type="checkbox"/> faiblement <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Il bouge: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Vomissements: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Température:</p>		<p><b>Douleur</b></p> <p>Intensité de la douleur de 0 à 10: 0 = Pas de douleur 10 = intolérable</p>
<p>Perte de sang oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Pouls par mn: fort <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/></p>		<p>Perte de sang oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Pouls par mn: fort <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/></p>		<p><b>Circulation</b></p>
<p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><b>Gène respiratoire</b> non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/></p>		<p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><b>Gène respiratoire</b> non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/></p>		<p><b>Ventilation</b></p>
				<p><b>Médicaments consommés</b></p>
				<p><b>Gestes de secourisme effectués</b></p>