

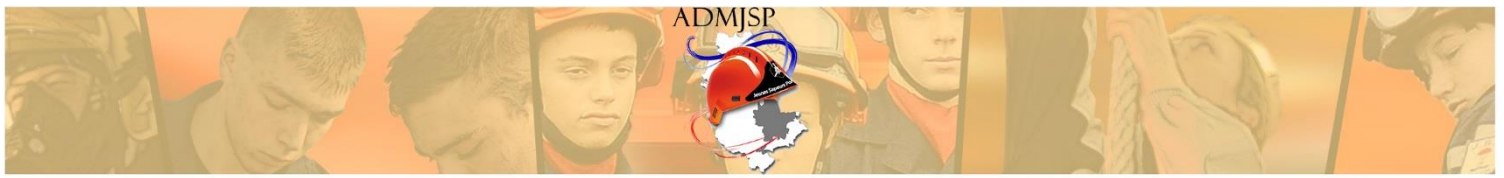
ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

**UV J.S.P. 2**

**Module : PS**



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



# 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	
<b>VSAV n°</b> _____ 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 _____							
<b>VICTIME</b> 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 : _____							
<b>MALADIE OU MALAISE</b> 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...) _____ Arme à feu _____ Arme blanche _____ <b>SVU situation d'interception</b>		<b>ACCIDENT OU BLESSE</b> Incarcéré <input type="checkbox"/> Éjecté <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"/>		<b>GROSSESSE</b> Incarcéré <input type="checkbox"/> Éjecté <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"/>		<b>BILAN PÉDIATRIQUE</b> 4-8 ans < 35 kg	
<b>INTOXICATION</b> CO Mesure d'ambiance : _____ PPM Fumées _____ Alcool _____ Stupéfiants _____ Médicaments _____ Autres _____ Quantité : _____ Heure ou temps : _____							
<b>COMPLÈMENT / CIRCONSTANCES</b> _____							
<b>SIGNES</b> <b>Obstruction des voies aériennes</b> <input type="checkbox"/> Trauma rachis cervical <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/>				<b>GESTES EFFECTUÉS</b> Maintien tête <input type="checkbox"/> Retournement <input type="checkbox"/> Retrait casque <input type="checkbox"/> Coller cervical <input type="checkbox"/> Désobstruction <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Canule de Guedel <input type="checkbox"/> LWAS <input type="checkbox"/>			
<b>ARRÊT RESPIRATOIRE</b> <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"/> Bruyant <input type="checkbox"/> Trauma thorax <input type="checkbox"/> Dissymétrie mécanique ventilatoire <input type="checkbox"/>				<b>ARRÊT CARDIAQUE (voir fiche DAE)</b> <input type="checkbox"/> FC<50 ou FC>120 <input type="checkbox"/> Hémorragie non contrôlée <input type="checkbox"/> Pouls radial non perçu <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Hémorragie contrôlée <input type="checkbox"/> Pouls irrégulier <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"/>			
<b>CONVULSIONS</b> En cours <input type="checkbox"/> Répétitives <input type="checkbox"/> Terminées <input type="checkbox"/> 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"/>				<b>DEFICIT DES MEMBRES</b> 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"/>			
<b>STABILITÉ</b> Hyperthermie <input type="checkbox"/> Hypothermie <input type="checkbox"/> Lésion cachée <input type="checkbox"/>				<b>GLASGOW</b> (si < 8) Y _____ / 4 V _____ / 5 M _____ / 6 Total _____ / 15 Pupilles réas/sym <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire mmol/l (si < 4.4 = resucrage) Bien orienté(e) <input type="checkbox"/>			
<b>DEVIENIR DE LA VICTIME</b> Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> Laisse sur place <input type="checkbox"/> Décédée <input type="checkbox"/> PEC Police / Gendarmerie <input type="checkbox"/>							
<b>TRANSPORT</b> 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"/>							
<b>ACCOMPAGNÉE PAR</b> Médecin SP <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Infirmier SP <input type="checkbox"/> Autre médecin <input type="checkbox"/> Autre infirmier <input type="checkbox"/>							
<b>STRUCTURE D'ACCUEIL</b> _____ Heure de prise en charge : _____ h _____ min							

GROSSESSE		Tête ou membre visible		Accouchement réalisé																																																					
<b>Perte des eaux</b> <input type="checkbox"/> <b>Perte de sang</b> <input type="checkbox"/> <b>Envie de pousser</b> <input type="checkbox"/> <b>Grossesse multiple</b> <input type="checkbox"/>																																																									
Nb de mois : _____ Date des dernières règles : _____ / _____ / _____ Nb accouchements antérieurs : _____ Nb grossesses : _____ Date du terme théorique : _____ / _____ / _____		Durée des contractions : _____ Heures de début du travail : _____ h _____ min Intervalles entre les contractions : _____		Matricule Chef d'Agres : _____ Signature : _____																																																					
<b>SAMPLE</b> Symptômes ressentis, signes associés à la douleur (nausée...) : _____ Provoquée par : _____ Allergies : _____ Médicaments pris habituellement et/ou récemment : _____ Ordonnances : _____ Passé médico-chirurgical (antécédents familiaux, drogues, alcool...) : _____ Last meal : heure de dernière prise alimentaire : _____ h _____ min Événements avant l'urgence : _____		<b>OPORST</b> Onset : début d'épisode : _____ 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"/> Sévérité (EVA) : _____ Temps (depuis quand ? Brutalement ? Comment ? (Continue ? Fluctuante ?) : _____ Time : Début des symptômes : _____ h _____ min FAST + <input type="checkbox"/> FAST - <input type="checkbox"/>		<b>FAST</b> 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"/> Sévérité (EVA) : _____ Temps (depuis quand ? Brutalement ? Comment ? (Continue ? Fluctuante ?) : _____ Time : Début des symptômes : _____ h _____ min FAST + <input type="checkbox"/> FAST - <input type="checkbox"/>																																																					
<b>GAUCHE</b> 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"/>		<b>DROITE</b> 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"/>		<b>GESTES EFFECTUÉS</b> Refroidissement <input type="checkbox"/> Gel d'eau <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> Plan dur / Im tête <input type="checkbox"/> Attelle <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Relevage <input type="checkbox"/> Immobilisation os longs fractures <input type="checkbox"/>																																																					
<b>SURVEILLANCE</b> 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>/S</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>_____ /mmHg</td> <td>_____ /mmHg</td> <td>_____ /mmHg</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>_____ /mmHg</td> <td>_____ /mmHg</td> <td>_____ /mmHg</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>_____ /mmHg</td> <td>_____ /mmHg</td> <td>_____ /mmHg</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	/S	Glycémie	T°	Douleur	Fonction respiratoire :	_____ h _____ min	_____ /min	_____ %	_____ /min	_____ mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ /10	Difficultés à parler <input type="checkbox"/>	_____ h _____ min	_____ /min	_____ %	_____ /min	_____ mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ /10	Bruits suspects <input type="checkbox"/>	_____ h _____ min	_____ /min	_____ %	_____ /min	_____ mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ /10	Cyanose <input type="checkbox"/>
Heure	FR	Sp O2	FC	PA	Y/4	V/S	M/G	/S	Glycémie	T°	Douleur	Fonction respiratoire :																																													
_____ h _____ min	_____ /min	_____ %	_____ /min	_____ mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ /10	Difficultés à parler <input type="checkbox"/>																																													
_____ h _____ min	_____ /min	_____ %	_____ /min	_____ mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ /10	Bruits suspects <input type="checkbox"/>																																													
_____ h _____ min	_____ /min	_____ %	_____ /min	_____ mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ /mmHg	_____ mmol/l	_____ °C	_____ /10	Cyanose <input type="checkbox"/>																																													
<b>DEVIENIR DE LA VICTIME</b> Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> Laisse sur place <input type="checkbox"/> Décédée <input type="checkbox"/> PEC Police / Gendarmerie <input type="checkbox"/>																																																									
<b>TRANSPORT</b> 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"/>																																																									
<b>ACCOMPAGNÉE PAR</b> Médecin SP <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Infirmier SP <input type="checkbox"/> Autre médecin <input type="checkbox"/> Autre infirmier <input type="checkbox"/>																																																									
<b>STRUCTURE D'ACCUEIL</b> _____ 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

<b>BILAN ROUGE</b> <input type="radio"/>		<b>BILAN JAUNE</b> <input type="radio"/>		<b>BILAN VERT</b> <input type="radio"/>		<b>BILAN SIMPLIFIÉ</b> <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 _____			
<b>VICTIME</b> 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 : _____	
<b>MALADIE OU MALAISE</b> <input type="radio"/>		<b>ACCIDENT OU BLESSE</b> <input type="radio"/>		<b>GROSSESSE</b> <input type="radio"/>		<b>BILAN PÉDIATRIQUE</b> <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"/>			
<b>GRAVITÉ</b> 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"/>							
<b>INTOXICATION</b> 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 : _____			
<b>COMPLÈMENT / CIRCONSTANCES</b>							

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

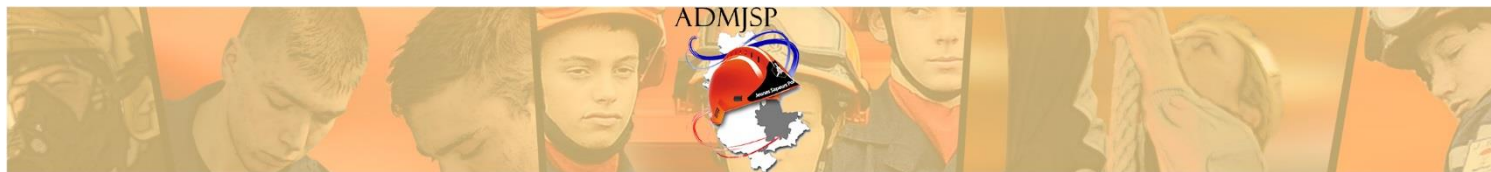
Si case jaune / verte cochée = Décision du chef d'agrès

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

**DECOMPOSITION DE LA FICHE BILAN :**

**PARTIE SUPERIEURE GAUCHE :**

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



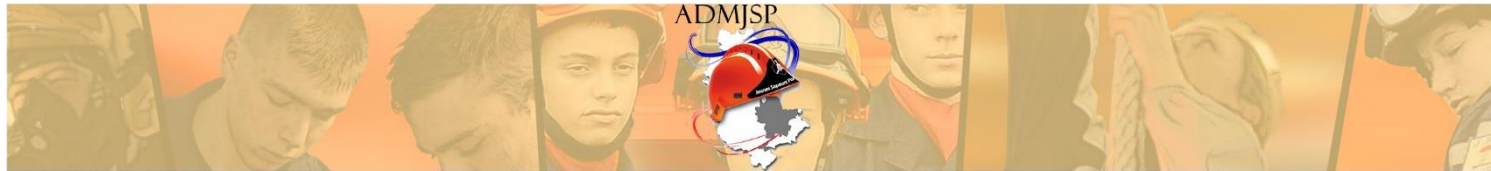
ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

<b>BILAN ROUGE</b> <input type="radio"/>	<b>BILAN JAUNE</b> <input type="radio"/>	<b>BILAN VERT</b> <input type="radio"/>	<b>BILAN SIMPLIFIÉ</b> <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 .....	
<b>VICTIME</b> 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 : .....			
<b>MALADIE OU MALAISE</b> <input type="radio"/>	<b>ACCIDENT OU BLESSÉ</b> <input type="radio"/>	<b>GROSSESSE</b> <input type="radio"/>	<b>BILAN PÉDIATRIQUE</b> <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...) .....	Arme à feu <input type="radio"/>
GRAVITÉ <b>Incarcéré</b> <input checked="" type="radio"/> <b>Éjecté</b> <input checked="" type="radio"/> Forte cinétique <input type="radio"/> 2 roues sans casque <input type="radio"/> Non ceinturé <input type="radio"/>		Arme blanche <input type="radio"/>	
INTOXICATION <b>CO</b> <input type="radio"/> Mesure d'ambiance : ..... PPM Fumées <input type="radio"/> Alcool <input type="radio"/> Stupéfiants <input type="radio"/> Médicaments <input type="radio"/>		<b>SMV Situation d'exception</b> <input checked="" type="radio"/>	
Autres <input type="radio"/> Quantité : ..... Heure ou temps : .....		Obstacle fixe <input type="radio"/>	
<b>COMPLÈMENT / CIRCONSTANCES</b> .....			

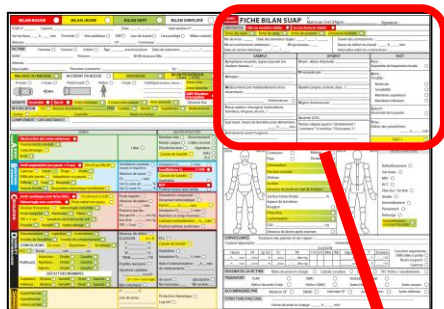
**PARTIE INFÉRIEURE GAUCHE :**

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

	SIGNES	GESTES EFFECTUÉS
<b>AIRWAY</b> VOIES AÉRIENNES	<b>Obstruction des voies aériennes</b> <input checked="" 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"/>
<b>BREATHING</b> RESPIRATION	<b>Arrêt respiratoire</b> <input checked="" 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 <sub>2</sub> sous air ..... % Sat O <sub>2</sub> sous O <sub>2</sub> ..... % Inhalation O <sub>2</sub> ..... l / min <input type="radio"/> <b>Insufflations O<sub>2</sub> ..... l / min</b> <input checked="" type="radio"/> Canule de Guedel <input type="radio"/> Aspiration <input type="radio"/> <b>RCP</b> <input checked="" type="radio"/> Position assise-semi assise <input type="radio"/>
<b>CIRCULATION</b>	<b>Arrêt cardiaque (voir fiche DAE)</b> <input checked="" type="radio"/> FC < 50 ou FC > 120 <input type="radio"/> <b>Hémorragie non contrôlée</b> <input checked="" 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 <sub>2</sub> ..... l / min <input type="radio"/> Maintien os longs fracturés <input type="radio"/> <b>Ceinture trochantérienne ..... h ..... min</b> <input checked="" type="radio"/> Position jambes surélevées <input type="radio"/>
<b>DISABILITY</b> 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"/> <b>CONVULSIONS</b> En cours <input type="radio"/> Répétitives <input type="radio"/> Terminées <input type="radio"/> PCI <input type="radio"/> Durée ..... min ..... sec Pupilles : Aréactive : Droite <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Mydriase : Droite <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Myosis : Droite <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> <b>DÉFICIT DES MEMBRES</b> 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"/> <b>GLASGOW</b> (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 <sub>2</sub> ..... 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 .....
<b>EXPOSURE</b> 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"/>



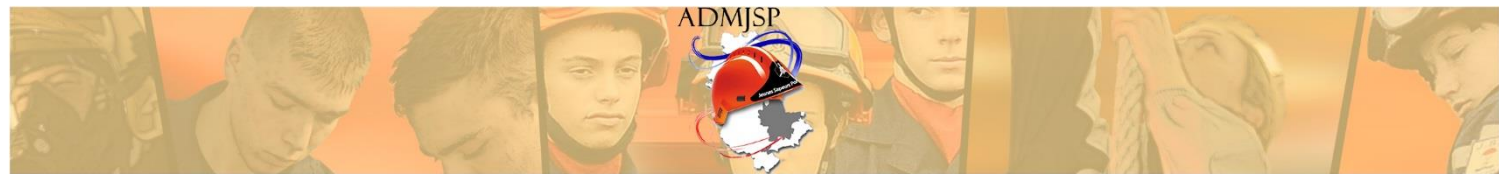
**PARTIE SUPERIEURE GAUCHE :**



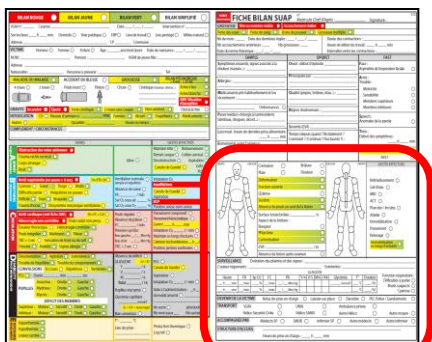
Cette partie recueille le bilan secondaire et plus particulièrement :

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

FICHE BILAN SUAP n°		Matricule Chef d'Agrès : .....
GROSSESSE <input checked="" type="radio"/> Tête ou membre visible <input type="radio"/> Accouchement réalisé <input checked="" 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"/> Sensibilité <input type="radio"/> Membres supérieurs <input type="radio"/> Membres inférieurs <input type="radio"/>
Médicaments pris habituellement et/ou récemment : .....	Qualité (piqûre, brûlure, étaiu...) : .....	Speech : Anomalie de la parole <input type="radio"/>
..... Ordonnances <input type="radio"/>	Région douloureuse : .....	Time : Début des symptômes : ..... h ..... min
Passé médico-chirurgical (antécédents familiaux, drogues, alcool...) : .....	Sévérité (EVA) .....	FAST+ <input type="radio"/>
Last meal : heure de dernière prise alimentaire ..... h ..... min	Temps (depuis quand ? Brutalement ? Comment ? (Continue ? Fluctuante ?) : .....	FAST- <input type="radio"/>
Evénements avant l'urgence : .....	.....	



**PARTIE INFÉRIEURE DROITE :**

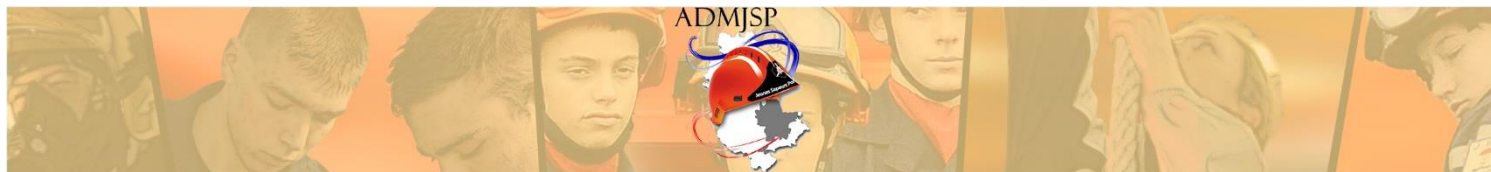


Cette dernière partie recueille :

- ↪ 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"/>	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"/>								
<b>SURVEILLANCE</b> 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 : Difficultés à parler <input type="radio"/> Bruits suspects <input type="radio"/> Cyanose <input type="radio"/>
.... h .... min	.... /min	.... %	.... /min	.... / .... mm Hg					.... mmol/l	.... °C	.... /10	
.... h .... min	.... /min	.... %	.... /min	.... / .... mm Hg					.... mmol/l	.... °C	.... /10	
<b>DEVENIR DE LA VICTIME</b> Refus de prise en charge <input type="radio"/> Laisser sur place <input type="radio"/> Décédée <input type="radio"/> PEC Police / Gendarmerie <input type="radio"/>												
<b>TRANSPORT</b> 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"/>												
<b>ACCOMPAGNÉE PAR</b> Médecin SP <input type="radio"/> SMUR <input type="radio"/> Infirmier SP <input type="radio"/> Autre médecin <input type="radio"/> Autre infirmier <input type="radio"/>												
<b>STRUCTURE D'ACCUEIL</b> .....												
Heure de prise en charge : ..... h ..... min												

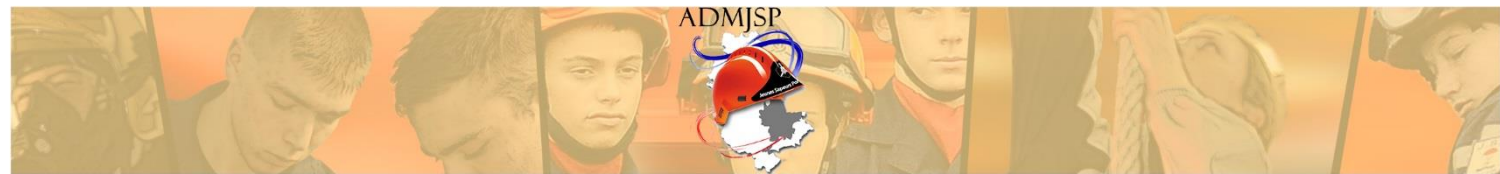


## II. FICHE DAE :

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

Elle alimente une base de données statistiques.

<b>SDMIS</b> <small>SAPEURS-POMPIERS</small>	<b>FICHE INTERVENTION AVEC DAE</b>	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 : .....
<b>INTERVENTION</b>		
n° .....	DATE : ..... / ..... / .....	LIEU : <input type="radio"/> Domicile
COMMUNE .....		<input type="radio"/> Voie publique
CP .....		<input type="radio"/> Travail
HEURE DU 1 <sup>er</sup> APPEL : ..... h ..... min		<input type="radio"/> Lieu recevant du public
HEURE D'ARRIVÉE SUR LES LIEUX : ..... h ..... min		<input type="radio"/> Milieu naturel
<b>VICTIME</b>		
ÂGE : .....	SEXE : H <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Victime sans identité <input type="radio"/>
NOM : .....		
PRENOM : .....		
<b>CAUSE SUPPOSÉE DE L'ACR</b>	<b>ACR ET TÉMOIN</b>	
<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"/>	
<b>DAE POMPIER</b>	<b>ACTION MÉDICALE</b>	
HEURE DE MISE EN ROUTE DU DAE : ..... h ..... min	1 <sup>er</sup> 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"/>		
<b>DEVENIR DU PATIENT</b>		
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 EVALUATION 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			Obeït 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'ammésie 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 paumes tournées vers l'extérieur (décérébration)).	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 (décortication)
2	À la douleur	Gémit à la douleur	Extension anormale (décérébration)
1	Aucune	Aucune	Aucune

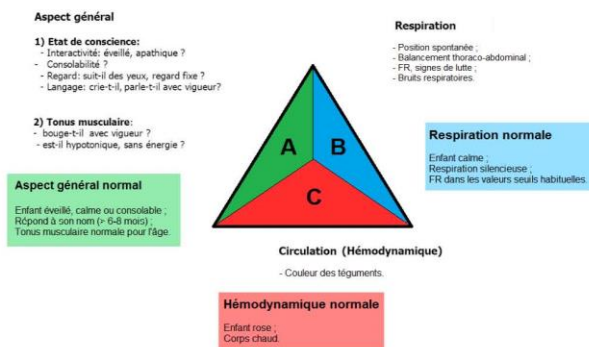
Adapté à l'enfant de moins de 4 ans			
Score	Ouverture des yeux (Y)	Réponse verbale (V)	Réponse motrice (M)
6			Spontanée
5		Normale	Évitement au toucher
4	Spontanée	Pleurs continus	Évitement à la douleur
3	À la demande	Cris, pleurs à la douleur	À la douleur en flexion
2	À la douleur	Grognements à la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