



DT9152

Nom et prénom de l'utilisateur				
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE DU PREMIER RÉPONDANT

1- PRISE EN CHARGE DATE : Année / Mois / Jour N° D'AUTOR. : CODE SMPAU :	2- SERVICE PR : N° ÉVÉNEMENT PR : 3- HEURE D'ARRIVÉE AUPRÈS DE L'USAGER :
------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

4- APPROCHE INITIALE

L' ÉTAT DE CONSCIENCE
 RÉACTION
 Ø RÉACTION

A VOIES RESPIRATOIRES
 LIBRES
 OBSTRUÉES PAR UN CORPS ÉTRANGER
 OBSTRUÉES (AUTRE) :

B RESPIRATION
 ADÉQUATE
 INADÉQUATE (TIRAGE, BRUITS, ETC.)
 HYPOVENTILATION (< 8 /MIN)
 ABSENTE

C POULS
 PRÉSENT → CAROTIDIEN RADIAL
 ABSENT

D NIVEAU DE CONSCIENCE
 A ALERTE
 V STIMULI VERBAL
 P STIMULI DOULEUR
 U Ø RÉACTION

ORIENTÉ
 OUI
 NON

5- NATURE DU CAS

<input type="checkbox"/> ACCOUCHEMENT	<input type="checkbox"/> ÉPISTAXIS
<input type="checkbox"/> ARRÊT CARD. RESP.	<input type="checkbox"/> FEMME ENCEINTE EN TRAVAIL
<input type="checkbox"/> ATTEINTE ÉTAT CONSCIENCE	<input type="checkbox"/> PR. DIABÉTIQUES
<input type="checkbox"/> BRÛLURE	<input type="checkbox"/> HYPOTHERMIE
<input type="checkbox"/> CONVULSIONS	<input type="checkbox"/> INTOXICATION
<input type="checkbox"/> COUP DE CHALEUR	<input type="checkbox"/> OBS. VOIES RESP.
<input type="checkbox"/> DIFF. RESPIRATOIRE	<input type="checkbox"/> PROD. DANGEREUX
<input type="checkbox"/> DOUL. THORACIQUE	<input type="checkbox"/> RÉACT. ALLERGIQUE
<input type="checkbox"/> ÉLECTRISATION/ELECTROCUTION	<input type="checkbox"/> SUBMERSION
<input type="checkbox"/> ENGELURE	<input type="checkbox"/> TRAUMATISME
<input type="checkbox"/> AUTRE :	

9- MÉCANISME DU TRAUMATISME

AUTO → CEINTURE BALLON DÉPLOYÉ
 MOTO Oui Non ? Oui Non ?
 PIÉTON
 CYCLISTE
 CHUTE _____ MÈTRES
 ARME BLANCHE
 ARME À FEU
 BAGARRE
 AUTRE :

INCARCÉRÉ :
 Oui Non ?
TEMPS DE DÉSINCARCÉRATION
: :

6- ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

? AUCUN

<input type="checkbox"/> A.V.C.	<input type="checkbox"/> HYPERTENSION
<input type="checkbox"/> CARDIAQUE	<input type="checkbox"/> NÉOPLASIE
<input type="checkbox"/> DIABÈTE	<input type="checkbox"/> PSYCHIATRIE
<input type="checkbox"/> ÉPILEPSIE	<input type="checkbox"/> TROUBLES RESP.
<input type="checkbox"/> AUTRE :	

10- APPROCHE OBJ. DU TRAUMATISÉ

SANS PARTICULARITÉ

	Face	Crâne	Cou	Dos	Thorax	Abd.	Extr.
BRÛLURE.....	<input type="checkbox"/>						
DOULEUR.....	<input type="checkbox"/>						
DÉFORMATION.....	<input type="checkbox"/>						
SAIGN./HÉMORR.....	<input type="checkbox"/>						
LACÉRATION.....	<input type="checkbox"/>						
PLAIE PÉNÉTRANTE.....	<input type="checkbox"/>						
PERTE MOTRICITÉ/SENSATION.....	<input type="checkbox"/>						
AMPUTATION.....	<input type="checkbox"/>						

7- MALADIES INFECTIEUSES :

8- ALLERGIES :

11- SUPPORT CLINIQUE

SUR LES LIEUX N° PERMIS :
 À DISTANCE HEURE : : :

12- SIGNES VITAUX

HEURE :	ÉTAT DE CONSC.	Glyc. cap. :
HEURE :	A <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
RESP. /min.	V <input type="checkbox"/>	SpO ₂ :
POULS /min.	P <input type="checkbox"/>	O ₂ :
HEURE :	A <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
HEURE :	V <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
RESP. /min.	P <input type="checkbox"/>	SpO ₂ :
POULS /min.	U <input type="checkbox"/>	O ₂ :
HEURE :	A <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
HEURE :	V <input type="checkbox"/>	Glyc. cap. :
RESP. /min.	P <input type="checkbox"/>	SpO ₂ :
POULS /min.	U <input type="checkbox"/>	O ₂ :

13- INTERVENTIONS AUCUNE INTERVENTION

ARRÊT CARDIAQUE

TÉMOIN DE L'EFFONDREMENT (VU/ENTENDU)
 Oui Heure :
 Non ?
 R.C.R. TÉMOIN
 DEA
NBRE CHOC(S) : _____

R.C.R. PREMIER RÉPONDANT HEURE :
 DEA PREMIER RÉPONDANT NOMBRE CHOC(S) : _____

RETOUR DE POULS AVANT LA PRISE EN CHARGE PAR LES TAP
 OUI NON

VOIES AÉRIENNES

VOIES AÉRIENNES LIBÉRÉES
 APPAREIL À SUCCION
 MASQUE DE POCHE
 CANULE ORO NASO
 BALLON VENTILATOIRE

HÉMORRAGIES

PANSEMENTS
 CONTRÔLE PAR PRESSION
 DIRECTE INDIRECTE

IMMOBILISATIONS

COLLET CERVICAL → PÉD.
 MATELAS IMMOBILISATEUR N.N.
 PLANCHE LONGUE P
 K.E.D. M
 ATTELLE DE FIXATION G

AUTRES

ACCOUCHEMENT HEURE :
 ACCÈS REFUSÉ (PRÉCISER CASE 16)

13A- MÉDICAMENTS

<input type="checkbox"/> PRISE DE NITRO PAR L'USAGER	Heure	Heure
<input type="checkbox"/> ADMINISTRATION D'ÉPINÉPHRINE <input type="checkbox"/> 0,3 mg	_____	_____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0,15 mg	_____	_____
<input type="checkbox"/> GLUCOSE EN GEL OU JUS SUCRÉ	_____	_____
<input type="checkbox"/> GLUCAGON <input type="checkbox"/> 0,5 mg ou <input type="checkbox"/> 1 mg	_____	_____

14- ENTREPRISE AMBULANCIÈRE

NOM :
VÉH. : PR ACCOMPAGNE

15- AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

	PROTOCOLES UTILISÉS

Signature PR 1	N° de matricule	Signature PR 2	N° de matricule
----------------	-----------------	----------------	-----------------



DT9152

Année			Mois		Jour		Sexe	
Date de naissance							<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE DU PREMIER RÉPONDANT

1- PRISE EN CHARGE DATE : Année / Mois / Jour N° D'AUTOR. : CODE SMPAU :	2- SERVICE PR : N° ÉVÉNEMENT PR : 3- HEURE D'ARRIVÉE AUPRÈS DE L'USAGER :
------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

4- APPROCHE INITIALE

L' ÉTAT DE CONSCIENCE
 RÉACTION
 Ø RÉACTION

A VOIES RESPIRATOIRES
 LIBRES
 OBSTRUÉES PAR UN CORPS ÉTRANGER
 OBSTRUÉES (AUTRE) : _____

B RESPIRATION
 ADÉQUATE
 INADÉQUATE (TIRAGE, BRUITS, ETC.)
 HYPOVENTILATION (< 8 /MIN)
 ABSENTE

C POULS
 PRÉSENT → CAROTIDIEN RADIAL
 ABSENT

D NIVEAU DE CONSCIENCE
 A ALERTE
 V STIMULI VERBAL
 P STIMULI DOULEUR
 U Ø RÉACTION

ORIENTÉ
 OUI
 NON

5- NATURE DU CAS

<input type="checkbox"/> ACCOUCHEMENT	<input type="checkbox"/> ÉPISTAXIS
<input type="checkbox"/> ARRÊT CARD. RESP.	<input type="checkbox"/> FEMME ENCEINTE EN TRAVAIL
<input type="checkbox"/> ATTEINTE ÉTAT CONSCIENCE	<input type="checkbox"/> PR. DIABÉTIQUES
<input type="checkbox"/> BRÛLURE	<input type="checkbox"/> HYPOTHERMIE
<input type="checkbox"/> CONVULSIONS	<input type="checkbox"/> INTOXICATION
<input type="checkbox"/> COUP DE CHALEUR	<input type="checkbox"/> OBS. VOIES RESP.
<input type="checkbox"/> DIFF. RESPIRATOIRE	<input type="checkbox"/> PROD. DANGEREUX
<input type="checkbox"/> DOUL. THORACIQUE	<input type="checkbox"/> RÉACT. ALLERGIQUE
<input type="checkbox"/> ÉLECTRISATION/ELECTROCUTION	<input type="checkbox"/> SUBMERSION
<input type="checkbox"/> ENGELURE	<input type="checkbox"/> TRAUMATISME
<input type="checkbox"/> AUTRE : _____	

9- MÉCANISME DU TRAUMATISME

<input type="checkbox"/> AUTO →	<input type="checkbox"/> CEINTURE	<input type="checkbox"/> BALLON DÉPLOYÉ
<input type="checkbox"/> MOTO	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> PIÉTON		
<input type="checkbox"/> CYCLISTE		
<input type="checkbox"/> CHUTE _____ MÈTRES		
<input type="checkbox"/> ARME BLANCHE		
<input type="checkbox"/> ARME À FEU		
<input type="checkbox"/> BAGARRE		
<input type="checkbox"/> AUTRE : _____		

INCARCÉRÉ :
 Oui Non ?
 TEMPS DE DÉSINCARCÉRATION
 _____ : _____

10- APPROCHE OBJ. DU TRAUMATISÉ

SANS PARTICULARITÉ

	Face	Crâne	Cou	Dos	Thorax	Abd.	Extr.
BRÛLURE.....	<input type="checkbox"/>						
DOULEUR.....	<input type="checkbox"/>						
DÉFORMATION.....	<input type="checkbox"/>						
SAIGN./HÉMORR.....	<input type="checkbox"/>						
LACÉRATION.....	<input type="checkbox"/>						
PLAIE PÉNÉTRANTE.....	<input type="checkbox"/>						
PERTE MOTRICITÉ/SENSATION.....	<input type="checkbox"/>						
AMPUTATION.....	<input type="checkbox"/>						

7- MALADIES INFECTIEUSES :

8- ALLERGIES :

11- SUPPORT CLINIQUE

SUR LES LIEUX N° PERMIS : _____

À DISTANCE HEURE : _____ : _____

12- SIGNES VITAUX

HEURE :	ÉTAT DE CONSC.	Glyc. cap. :
HEURE : _____	A <input type="checkbox"/>	_____
RESP. _____ /min.	V <input type="checkbox"/>	SpO ₂ : _____
POULS _____ /min.	P <input type="checkbox"/>	O ₂ : _____
HEURE : _____	A <input type="checkbox"/>	_____
RESP. _____ /min.	V <input type="checkbox"/>	SpO ₂ : _____
POULS _____ /min.	P <input type="checkbox"/>	O ₂ : _____
HEURE : _____	A <input type="checkbox"/>	_____
RESP. _____ /min.	V <input type="checkbox"/>	SpO ₂ : _____
POULS _____ /min.	P <input type="checkbox"/>	O ₂ : _____

13- INTERVENTIONS AUCUNE INTERVENTION

ARRÊT CARDIAQUE

TÉMOIN DE L'EFFONDREMENT (VU/ENTENDU)
 Oui Heure : _____
 Non ?

R.C.R. TÉMOIN
 DEA
 NBRE CHOC(S) : _____

R.C.R. PREMIER RÉPONDANT
 HEURE : _____

DEA PREMIER RÉPONDANT
 NOMBRE CHOC(S) : _____

RETOUR DE POULS AVANT LA PRISE EN CHARGE PAR LES TAP
 OUI NON

VOIES AÉRIENNES

VOIES AÉRIENNES LIBÉRÉES
 APPAREIL À SUCCION
 MASQUE DE POCHE
 CANULE ORO NASO
 BALLON VENTILATOIRE

HÉMORRAGIES

PANSEMENTS
 CONTRÔLE PAR PRESSION
 DIRECTE INDIRECTE

IMMOBILISATIONS

COLLET CERVICAL → PÉD.
 MATELAS IMMOBILISATEUR N.N.
 PLANCHE LONGUE P
 K.E.D. M
 ATTELLE DE FIXATION G

AUTRES

ACCOUCHEMENT
 HEURE : _____
 ACCÈS REFUSÉ (PRÉCISER CASE 16)

14- ENTREPRISE AMBULANCIÈRE

NOM : _____

VÉH. : _____ PR ACCOMPAGNE

13A- MÉDICAMENTS

<input type="checkbox"/> PRISE DE NITRO PAR L'USAGER	Heure	Heure
<input type="checkbox"/> ADMINISTRATION D'ÉPINÉPHRINE	<input type="checkbox"/> 0,3 mg	_____
	<input type="checkbox"/> 0,15 mg	_____
<input type="checkbox"/> GLUCOSE EN GEL OU JUS SUCRÉ	_____	_____
<input type="checkbox"/> GLUCAGON	<input type="checkbox"/> 0,5 mg ou <input type="checkbox"/> 1 mg	_____

15- AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

	PROTOCOLES UTILISÉS

Signature PR 1	N° de matricule	Signature PR 2	N° de matricule
--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------

