

Remplir cette fiche
pour suivre l'évolution

Nom du blessé:		Prénom:		Date + Heure	Conscience	Douleur	Circulation	Ventilation	Médicaments consommés	Gestes de secourisme effectués
	<p>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> confus <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"/> confus <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"/> confus <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>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>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Gène respiratoire non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/></p>		
	<p>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> confus <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>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>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> confus <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>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>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Gène respiratoire non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/></p>		
	<p>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> confus <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>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>Répond aux questions: oui <input type="checkbox"/> confus <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>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>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Gène respiratoire non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/></p>		