

# FICHE D'ALERTE SECOURS

Appel gratuit 112 + le CTD SSF local

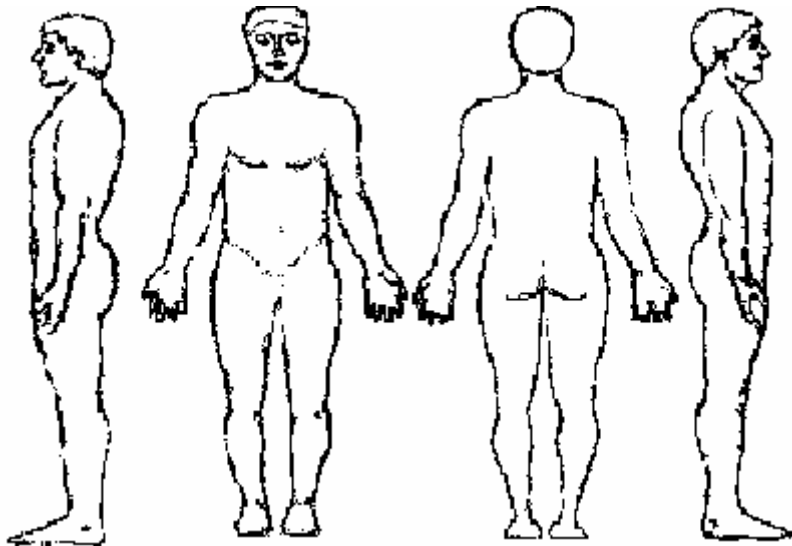
Prenez le temps de remplir cette  
fiche avant de donner l'alerte






Nom du témoin:

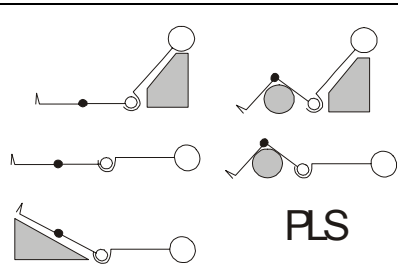
Date:	Heure de l'accident:	Heure du bilan:
Nom de la victime:	Prénom:	Age:
Nom du gouffre:	Lieu exact:	Sexe: H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nbr de personne restées auprès de la victime :	Poids:	Taille:

## Circonstances de l'accident

Hauteur de la chute:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Chute de pierres:	<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"/>	Coincement:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Glissade:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Panne d'éclairage:	<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"/>	Accident de plongée:	<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"/>	Autres:	
Egarement:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Victime N° _____ / Nbr total de victimes _____	
Blocage par une crue:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>		



- 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
<b>CONSCIENT:</b> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Depuis combien de temps: <b>Répond aux questions:</b> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>confus</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> <b>Réagit aux stimulations:</b> <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
<b>VENTILATION:</b> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> <i>régulière</i> <input type="checkbox"/> <i>douloureuse</i> <input type="checkbox"/> <b>Gêne respiratoire:</b> <i>non</i> <input type="checkbox"/> <i>un peu</i> <input type="checkbox"/> <i>beaucoup</i> <input type="checkbox"/>	<b>DOULEUR:</b> <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: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Impossibilité de bouger tout ou partie du corps : <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> <b>Groupe sanguin :</b>	<b>GESTES DE SECOURISME EFFECTUES:</b> Réanimation ventilatoire: <input type="checkbox"/> Réanimation cardiaque: <input type="checkbox"/> Point de compression: <input type="checkbox"/> Allergie: Maladie connue: Antécédents: Médicaments consommés (+ heure):
<b>CIRCULATION:</b> <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/> Poulx 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"/>		