

BILAN CIRCONSTANCIEL :

URGENCE VITALE

 Hémorragie

 Inconscience

 Arrêt ventilatoire

CONSCIENCE

 Perte de connaissance

 Désorienté(e)

 Vertiges

 Agitation

 Somnolent(e)

 Nauséux(se)

Pupilles :

symétriques

 Oui Non

Dilatées

 Oui Non

Absence de sensibilité :

 Bras D G

 Jambe D G

Absence de mobilité :

 Bras D G

 Jambe D G

Fourmillement(s) :

 Bras D G

 Jambe D G

VENTILATION

Fréquence : / min

 Irrégulière

 Superficielle

 Bruyante

 S'essouffle en parlant


CIRCULATION

Fréquence : / min

 Irrégulière

 Pâleur

 Sensation de soif

 Sueur(s)

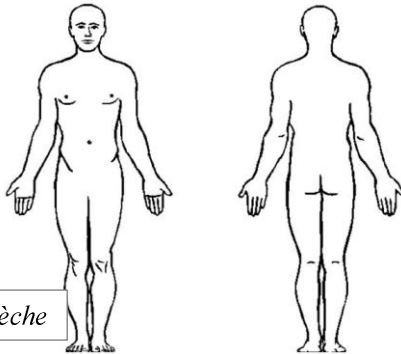
 Marbrures

Plaie

Traumatisme

Hémorragie

Brûlure(s)



► Localiser par 1 flèche

DOULEUR ... / 10

Plainte de la victime :

Maladie(s)

Traitement(s)

Hospitalisation

Allergie(s)

GESTES EFFECTUÉS

 Garrot posé à ... h ...

 P.L.S.

 5 insufflations

 Couverture

 Inhalation O² à ... l/min

 Défibrillateur

 Eau : ... l

 Collier cervical

 Réanimation cardio pulmonaire

Médicament(s) :

Autre(s)

Aspirine ® ... mg à ... h ... min (après avis)

NOM PRENOM Date de naissance.....
 Date Tél Club ou directeur de plongée:.....
 Nom et adresse de l'établissement.....

CARACTERISTIQUES DE LA PLONGEE ET DE L'ACCIDENT

Lieu :	Signes observés	Heure												
• Apnée <input type="checkbox"/> • Scaphandre autonome <input type="checkbox"/> - air <input type="checkbox"/> - mélanges : pourcentage des gaz du mélange : nitrox <input type="checkbox"/> héliox <input type="checkbox"/> trimix <input type="checkbox"/>												
Profondeur maximale : mètres														
Durée totale : minutes														
Paliers :	Premiers soins :													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">mètres</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>minutes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	mètres						minutes						Position Latérale de Sécurité <input type="checkbox"/> Massage Cardiaque Externe <input type="checkbox"/> Bouche à Bouche <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Aspirine <input type="checkbox"/> Boisson <input type="checkbox"/>	
mètres														
minutes														
Heure de sortie :														
Table utilisée :														
Ordinateur : à joindre														
Plongées successives : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>														
Remontée :	Incidents :													
- Normale 10 – 15 m/mm <input type="checkbox"/>														
- Rapide > 17 m/mm <input type="checkbox"/>														
- Panique <input type="checkbox"/>														

INTERVENTION MEDICALE

Nom du médecin :	Tél	
Heure de prise en charge.....	Lieu.....	
Examen clinique et diagnostic évoqué		Heure
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Traitement.....		
.....		

EVACUATION PRIMAIRE

Service d'Accueil : Moyen (s)..... Durée totale :
 Médicalisation oui non Médecin convoyeur : Tél :