

# FICHE BILAN

# FNMNS

## VICTIME

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : ..... Sexe : M  F   
Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

## BILAN CIRCONSTANCIEL

Date : ..... Heure: ..... h ..... Lieu : .....          
Que s'est-il passé ?  Malaise / Maladie  Noyade  Chute  Blessure  Choc  Autre : .....  
Nombre de victimes ? : ..... Etat apparent / gravité : .....  
Personne à prévenir ? : ..... Numéro de téléphone : .....

## DETRESSES VITALES EVIDENTES

OAVA  Hémorragie  Inconscience  Arrêt Ventilatoire  ACR  Allongée sur ventre

## BILAN D'URGENCES VITALES MOINS EVIDENTES

### Ventilation

Fréq respiratoire : ..... mvts/min  
 Amplitude :  faible  élevée  
 Normale  élevée  
 Régularité :  
 Resp régulière  
 Resp irrégulière / pauses  
Qualité de la respiration  
 Normale  Superficielle  
 Bruyante :  Difficile  
 Gargouillements  
 Sifflements  
 Ronflements  
Aspects des muqueuses :  
 Cyanose **SPO2** : .....

### Circulation

Fréq circulatoire : ..... Btts/min  
 Amplitude :  bien frappé  mal frappé  
 Régularité :  
 Régulière  
 Irrégulière / pauses  
 Aspects des muqueuses :  
 Pâleurs  Marbrures cutanées  
 Sueurs  
 Température  oui  non  
 TRC <2s  oui  non  
**PRESSON ARTERIELLE** : .....

### Conscience

**PCP**  non  oui depuis : .....  
 **Alerte** (Répond aux questions)  
 **Voix** ( Répond à une stimulation verbale)  
 **Pouce** ( Répond à une stimulation à la douleur)  
 **U** (Réponse à aucune stimulation)  
 **Désorientée** :  temps  espace  
 Agitée  Confuse  
 Somnolente  
 **Motricité, Sensibilité**  
 ne serre pas les mains  
 ne bouge pas les pieds / orteils  
 Mb sup G  Mb sup D  
 Mb inf G  Mb inf D  
 **Pupilles**  
 égales  inégales

## GESTES EFFECTUES

### OAVA

Claques dans le dos : .....  
 Compressions Abd : .....  
 Compressions tho : .....  
 **HEMORRAGIE**  
 Compression manuelle  
 Pansement compressif  
 Garrot posé à .....h.....  
 Pansement hémostatique  
 Ceinture pelvienne

### POSITION REPOS

Assis ou 1/2 assis  
 A plat dos  
 PLS  Autre

### ACR

Aspiration mucosités  
 Canule oropharyngée  
 Ventil artificielle O2 : .....L/min  
 RCP: début: .....h.....  
 DAE : pose: .....h.....  
 Nb de chocs : .....  
 Inhalation O2 : .....L/min  
 Début utilisation O2 : .....h.....  
 Fin utilisation O2 : .....h.....

### TRAUMATISMES

Maintien tête  
 Retrait de casque  
 Collier cervical  
 Echarpe : .....  
 Attelles Mb Sup /Mb inf  
 Poche de froid  
 Immobilisation avec : .....  
 **MALAISE/MALADIE**  
 Sucre Qté : .....  
 Médicaments:.....

### PLAIES BRÛLURES

Désinfection avec : .....  
 Pansement / emballage  
 Compresse GEL d'eau  
 Arrosage eau, durée : .....  
 Appel Secours : à .....h.....  
 Arrivée Secours : à .....h.....  
 Evacuation : à .....h.....  
par : .....

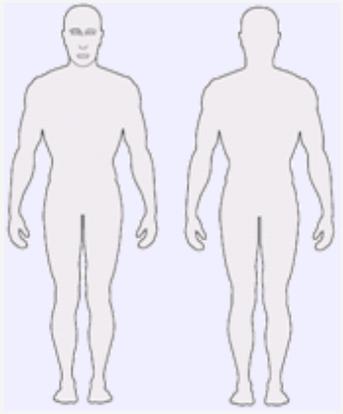
# BILAN COMPLEMENTAIRE

ANALYSE DES PLAINTES						
P	Provoqué par (cause)					
Q	Qualité du trouble (ressenti)					
R	Région atteinte					
S	Sévérité du trouble	0 <small>NULLE</small>	1 <small>FAIBLE</small>	2 <small>MOYENNE</small>	3 <small>FORTE</small>	4 <small>INSURPORTABLE</small>
T	Temps de la plainte (durée)					

RECHERCHE DES ANTECEDENTS		
M	Maladie / Malaise ?	
H	Hospitalisation ? (récente)	
T	Traitement ? (actuel)	
A	Allergie ?	
Nom du médecin traitant :		

## BILAN LESIONNEL

- P** : Plaie
- B** : Brûlure
- H** : Hémorragie
- G** : Garrot
- PH** : Pansement hémostatique
- PC** : Pansement compressif
- T** : Traumatisme
- D** : Douleur
- Déf** : Déformation
- AS** : Abs. Sensibilité
- AM** : Abs. Motricité



## MALAISE / AGGRAVATION MALADIE / AVC

Examen de la victime	Normal	Droit	Gauche
F (visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asymétrie	<input type="checkbox"/> Asymétrie
A (bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Affaissement <input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Affaissement <input type="checkbox"/> Chute
S (Parole)		<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Confuse
T (Temps)		<input type="checkbox"/> ..... Mn	

RECHERCHE DES SIGNES VISIBLES			
Troubles de la parole	NON		OUI
Troubles visuels			
Troubles auditifs			
Perte d'urine / selles			

GESTES SUPPLEMENTAIRES D'EXAMEN	
Température	.....
Glycémie capillaire <small>Hypo &lt;3,3mmol/l ou &lt;60mg/dl ou &lt;0,6g/l</small>	.....h.....
	.....h.....
	.....h.....
	.....h.....

## BILAN SURVEILLANCE

SURVEILLANCE	.....h.....	.....h.....	.....h.....
Conscience			
Ventilation			
Circulation			
SPO2			
Pression artérielle			

PISCINE / POSTE DE SECOURS DE :	COMMUNE DE :	NOM DU RESPONSABLE	DATE	SIGNATURE
.....	.....	.....	.....	