

# Fiche bilan secouriste

EXEMPLAIRE BLANC À ENVOYER AU SSSM



Date	.... / .... / ....	N° intervention	.....
Heure d'alerte	.... h ....	CIS de	.....
Vicime prise en charge	.... h ....	Matricule C/A	.....
Bilan transmis au CRRA 15	.... h ....		
Bilan transmis au Codis	.... h ....		

Signature

VICTIME N° .....

Nom ..... Prénom .....  
 Né(e) le ..... / ..... / ..... Âge ..... ans Sexe ☐ F ☐ M  
 Adresse .....  
 Personne sur les lieux ☐ Famille ☐ Voisin ☐ Autre ..... Tél (personne à joindre) ..... ☐ Famille ☐ Autre

## BILAN CIRCONSTANCIÉL

Lieu ☐ Domicile ☐ Lieu public ☐ Sport ☐ Travail ☐ Description .....

Si AVP ..... seul/contre .....  
☐ Ejectée ☐ Tonneaux ☐ Port de la ceinture  
☐ Incarcérée ☐ Port du casque  
☐ Piégée ☐ Air bag déclenché  
☐ Sortie seule/ Tiers ☐ Chute de ..... m

## BILAN D'URGENCE VITALE

CONSCIENCE ☐ Oui ☐ Non CIRCULATION ☐ Oui ☐ Non OBSTRUCTION DES VA ☐ Oui ☐ Non  
 VENTILATION ☐ Oui ☐ Non HÉMORRAGIE ☐ Oui ☐ Non ☐ DÉCÉDÉE/AUCUN GESTE

## OBSERVATIONS

### 1 Neurologique

Réactive ☐ à la voix ☐ à la douleur ☐ aréactive  
 Orientée ☐ dans le temps ☐ dans l'espace  
 Désorientation ☐ dans le temps ☐ dans l'espace  
☐ Agitation ☐ Somnolence  
☐ Pas de trouble de la sensibilité et de la motricité  
☐ Perte de motricité .....  
☐ Perte de la sensibilité .....  
☐ Pupilles réactives ☐ Pupilles aréactives ☐ Pupilles symétriques  
☐ Pupilles asymétriques : ☐ pupille dilatée ☐ Droite ☐ Gauche  
☐ Traumatisme crânien ☐ PCI durée .....  
☐ Intervalle libre durée ..... ☐ Otorragie

### 2 Ventilation

Fréquence ventilatoire ...../min  
 Saturation initiale .....% Saturation sous O2 .....%  
☐ Ample ☐ Superficielle  
☐ Régulière ☐ Irrégulière ou pause > 6 s  
☐ Silencieuse ☐ Bruyante  
☐ Difficile ☐ Tirage ☐ Paradoxe  
☐ Sueurs ☐ Cyanose ☐ Gaspes

### 3 Circulation

Fréquence circulatoire ...../min  
 Pression artérielle ...../..... bras droit  
 Pression artérielle ...../..... bras gauche  
 Prise de pouls ☐ Radial ☐ Carotidien ☐ Fémoral  
☐ Pas de pouls radial perceptible  
☐ Bien frappé ☐ Filant  
☐ Régulier ☐ Irrégulier  
☐ Pâleur ☐ Marbrures  
☐ Peau froide ☐ TRC > 2 s ☐ TRC < 2 s

## 4 LÉSIONS

☐ Pas de lésion apparente ☐ Relevage simple  
  
☐ Traumatisme / contusion  
☐ Fracture fermée / déformation  
☐ Fracture ouverte  
☐ Poulx d'aval perçu Coloration du membre .....  
☐ Plaie simple ☐ Plaie grave ☐ Brûlure simple ☐ Brûlure grave  
☐ Compression de membre depuis ..... minutes ☐ Autre

## GESTES

☐ Retrait casque ☐ LVA ☐ Retournement  
☐ Collier cervical ☐ PLS ☐ Ceinture pelvienne  
☐ MHC - Débit ..... l/min ☐ Lunette O2 - Débit ..... l/min  
☐ Insufflation d'oxygène - Débit ..... l/min  
☐ Claque dans le dos ☐ Compression abdominale/thoracique  
☐ RCP par témoin ☐ DSA nombre de chocs ..... ☐ RCP durée .....  
☐ Pansement compressif ☐ Garrot posé à ..... h .....  
☐ Pansement imbibé substance hémostatique  
☐ Écharpe ☐ Attelle de bras ☐ Attelle cervico thoracique  
☐ Poche de froid ☐ Attelle de jambe ☐ Matelas à dépression  
☐ Plan dur avec immobilisateur de tête et sangle araignée  
☐ Pansement/emballage ☐ Désinfection/petit pansement  
☐ Refroidissement/rinçage ☐ Sucre  
☐ Position d'attente ☐ Autres .....  
☐ Traitement donné sur avis médical

## BILAN COMPLÉMENTAIRE

Antécédents Médicaux/Hospitalisations .....  
 Traitement en cours ☐ Oui ☐ Non Ordonnance jointe ☐ Oui ☐ Non - Médecin traitant .....  
 Allergie ☐ Non ☐ Oui ..... Vaccin anti-tétanique ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas  
☐ Vomissements Température ..... °C Glycémie ..... g/l  
 Suspicion d'intoxication : ☐ Alcool ☐ Médicamenteuse le ..... / ..... à ..... h ..... (nom+quantité) .....  
☐ Co : environnement ..... ppm Durée d'exposition ..... Victime ..... % HbCo  
☐ Autres .....  
 Autres signes observés .....

## Évaluation de la douleur

Lieu ..... Qualité ..... EVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Durée .....  
 Lieu ..... Qualité ..... EVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Durée .....

## REMARQUES ET/OU OBSERVATIONS

## BILAN ÉVOLUTIF (dès que nécessaire ou toutes les 30 minutes) ET À L'ARRIVÉE AU CH

Heure	Arrivée CH ....h.....	Gestes/Remarques
Conscience		
F cardiaque		
Tension		
F ventilatoire		
Saturation		
EVA		
Glycémie		

Évolution ☐ Amélioration ☐ Stationnaire ☐ Aggravation

État final ☐ Décès ☐ Refus de transport ☐ Laissée sur place en présence de .....  
 Transport par ☐ VSAV ☐ Autre ..... A destination de .....  
☐ Médicalisé à ..... h ..... par ..... Transport médicalisé ☐ Oui ☐ Non  
☐ Médecin sur les lieux ..... ☐ ISP ..... sur les lieux à ..... h ..... ☐ Accompagnement ISP  
☐ Police / Gendarmerie sur les lieux ☐ Accompagnant dans le VSAV .....

Vicime prise en charge par l'infirmier(e) organisatrice de l'accueil ou le médecin à ..... h .....  
☐ Document d'identité (cf verso) ..... ☐ Autres .....  
 Effets ou objets remis ..... à .....

VERSION JANVIER 2022



## Fréquences

Fréquence	Cardiaque/min	Respiratoire/min
Nouveau né < 1 semaine	120 à 160	40 à 60
Nourrisson < 1 an	100 à 160	30 à 40
Enfant < âge de la puberté	70 à 140	20 à 30
Adulte et adolescent	60 à 100	12 à 20

Normes

Saturation : 94 à 100 %

Hypoglycémie : < 0,6 g/l

## Identitovigilance

L'identitovigilance est le terme désigné pour définir l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'usager afin de sécuriser ses données de santé. Les risques encourus en cas d'identification imparfaite sont nombreux, l'évènement indésirable le plus fréquent est l'administration de soins au mauvais patient. Dans ce cadre, lorsque cela est possible, il est primordial que la victime soit transportée en possession d'un document permettant l'identité nationale de santé : **soit la carte d'identité, soit le livret de famille, soit le passeport, soit le titre de séjour. ATTENTION, les sapeurs-pompiers n'ont pas vocation à fouiller la victime ou son domicile afin de trouver ces documents (missions des forces de l'ordre).** C'est donc un objectif vers lequel il faut tendre, les différentes situations opérationnelles ne permettant pas d'y parvenir systématiquement.

Afin de faciliter la prise en charge des patients, il est également recommandé, dans la mesure du possible, d'emporter avec la victime sa carte vitale et sa carte mutuelle ainsi que tout document permettant de faciliter la prise en charge médicale (ordonnances, ECG, examens complémentaires ...).

## Refus de transport

Il ne doit être rempli que lorsque des soins ou une hospitalisation apparaissent nécessaires et sont refusés par le patient. Il ne doit pas être proposé aux personnes chez qui une hospitalisation n'apparaît pas nécessaire, laissées sur place en raison du caractère bénin de leur affection ou sur avis de la régulation médicale. Il est souhaitable d'obtenir, outre la signature du patient, celles des témoins. Ces témoins peuvent être des proches du patient ou d'autres personnes, notamment des fonctionnaires de police ou des militaires de la gendarmerie lorsqu'ils sont présents sur les lieux de l'intervention.

## Bilan simplifié

Le chef d'agrès est dispensé d'un bilan complet à la régulation médicale dans un certain nombre d'interventions qui concerne en particulier la petite traumatologie périphérique et notamment :

### ► circonstances particulières :

- problème social isolé,
- brancardage,
- absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention,
- si un SMUR est présent sur les lieux et qu'une seule victime nécessite une médicalisation. Le chef d'agrès intègre alors dans son message de renseignement "SMUR sur les lieux".

### ► suspicion d'affections, sauf chez l'enfant en bas âge, la personne âgée et la personne handicapée :

- contusions, plaies et brûlures simples,
- entorses des doigts, du poignet, du pied, de la cheville, du genou,
- fractures fermées, isolées, sans complication ni déformation importante des doigts, du poignet, de l'avant bras, du pied, de la jambe, de la clavicule,
- tout traumatisme non ouvert et non déplacé des extrémités.

L'attention des chefs d'agrès est appelée sur la **nécessité absolue** d'effectuer un bilan complet pour prendre les mesures de secourisme les plus appropriées lors de la prise en charge d'une victime. Seule la transmission du bilan, du fait des circonstances, doit être simplifiée.

Tout doute ou signe d'aggravation, notamment la douleur intense durant l'intervention, doit cependant faire l'objet d'un bilan immédiat et complet dans les conditions habituelles.

## Mémo circonstances susceptibles de motiver une enquête judiciaire

Date ..... / ..... / ..... Heure SLL ..... h ..... Matricule du C/A .....  
 Identité victime ..... Homme ☐ Femme ☐  
 Adresse intervention .....

### LIEU ET ACTIONS

- Lieu public ☐ Voie publique ☐  
 Lieu privé ☐ Autres ☐  
 Avez-vous modifié les lieux ?  
 Ouverture des issues, si oui lesquelles ☐  
 Ouverture de l'éclairage, si oui lequel ☐  
 Déplacement de meubles, d'objets, si oui lesquels ☐  
 Ouverture de tiroirs, placards ☐  
 Avez-vous prélevé des objets ? ☐  
 Ordonnance, médicaments ... si oui lesquels, combien ☐

La scène a-t-elle été figée par les forces de l'ordre avant votre arrivée ? ☐ oui ☐ non

### VICTIME ET ACTIONS

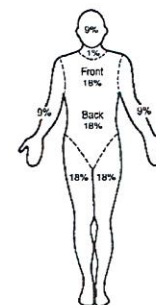
- Aggravation de la victime ? ☐ oui ☐ non  
 Si oui, heure estimée de l'aggravation .....h.....  
 Avez-vous abandonné des objets sur les lieux ? ☐  
 Si oui lesquels ? (seringues, aiguilles, compresses, médicaments, garrots, ampoules ...)  
 Avez-vous changé l'emplacement du corps ? ☐  
 Avez-vous changé la position de la victime ? ☐  
 Si oui précisez  
 Avez-vous modifié la tenue vestimentaire de la victime ? ☐  
 Si oui, description succincte  
 Votre intervention est-elle susceptible de laisser des traces sur le corps de la victime ? ☐  
 Massage, manoeuvres ventilatoires, drainage thoracique, injections, chocs, autres ... si oui les dessiner

Nombre de chocs DSA : .....  
 Médicaments administrés / ISP - SAMU ☐  
 Si oui lesquels ? .....

## Règle de Wallace

### Adulte

- Tête 9 %  
 Cou 1 %  
 Membre supérieur 9 %  
 Tronc face 18 %  
 Tronc postérieur 18 %  
 Membre inférieur 18 %  
 Devant 9 %  
 Derrière 9 %



### Enfant

- Tête 18 %  
 Membre supérieur 9 %  
 Tronc face 18 %  
 Tronc postérieur 18 %  
 Membre inférieur 14 %

