



# INTERVENTION POUR ARRÊT CARDIAQUE

## Rapport d'intervention et BC pour renouvellement des électrodes

ORIGINAL à conserver avec la fiche d'intervention - COPIE à envoyer au PSSM dans les 24h suivant l'inter :  
 → par fax au 04 73 98 15 60 ou par email à : [commandespharmacie@sdis63.fr](mailto:commandespharmacie@sdis63.fr)

CENTRE DE SECOURS : ..... CHEF D'AGRES : .....

**INTERVENTION N°** ..... **DATE** ...../...../..... **HEURE** .....H.....

**Type** :  Accident     Malaise     Autre, préciser : .....

**Lieu** :  Domicile     Voie publique     Travail     Autre, préciser : .....

**Présence d'un médecin** (autre que le SMUR) :  Non     Oui, préciser : Dr .....

**Présence d'une équipe SMUR** :  Non     Oui, préciser : .....

**Arrêt de la réanimation sur consigne téléphonique du médecin régulateur** :  Non     Oui

**Présence d'un ISP** :  Non     Oui, préciser : .....

**Présence d'un témoin de l'ACR** :  Non     Oui      **RCP par témoin** :  Non     Oui

**VICTIME**

**Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Age** : ..... **Sexe** :  F     M

**Transport** :     **Oui**, préciser la structure hospitalière : .....

**Non**, préciser la raison :  Décès     Autre : .....

**DEFIBRILLATEUR SEMI-AUTOMATIQUE (DSA)**

**Utilisation d'un DSA** :     Non, préciser la raison : .....

**Oui utilisation initiale**       **Oui en relais d'un DSA grand public**

**DSA utilisé** :     DSA attribué       DSA de prêt

Schiller Fred Easy : Transmettre la carte mémoire au PSSM dans la semaine qui suit l'intervention

Physio Control LP1000 : Transmettre les données par le réseau dès retour au CIS

**Problème lors de l'utilisation** :     Non     Oui : Ne pas jeter les électrodes ! Les renvoyer à la pharmacie (avec la carte mémoire si DSA Schiller) + fiche de signalement d'incident complétée

**BON DE COMMANDE POUR RENOUVELLEMENT DES ELECTRODES ET INSUFFLATEUR UU + FILTRE**

| Marque DSA                      | Schiller - Fred Easy |              | Physiocontrol - LP1000 |              |
|---------------------------------|----------------------|--------------|------------------------|--------------|
| Quantité et type d'électrode(s) | ..... adulte         | ..... enfant | ..... adulte           | ..... enfant |

|                                    |            |        |        |
|------------------------------------|------------|--------|--------|
| Insufflateur Usage Unique + filtre | nourrisson | enfant | adulte |
| Quantité                           | .....      | .....  | .....  |

**TRAÇABILITE - RESERVE PSSM**

**Stock** : BL renouvellement ..... BL déstockage : ..... Par : ..... le .....

**Transfert données** carte : le ...../...../..... Par : .....

**Analyse des données** : le ...../...../..... Par : ..... Heure DSA : .....h.....

**Nb de chocs** : ..... **Problème éventuel** : .....