FICHE BILAN D'INTERVENTION

EIFFAGE

Zone : ..... N° d' intervention : ..... Date : ...../...../20.....

HORAIRES : Appel : Départ : Arrivée : Bilan 15 : Départ pour hôpital :

NOM : ..... Prénom : ..... . Date de naissance : ..... Médecin traitant : Dr .....

Adresse : .....

N° sécurité social..... Entreprise : ..... Tel : .....

Personne à prévenir : ..... Téléphone : .....Lien de parenté : .....

Situation à l'arrivée / Circonstances :

Age :
Taille :
Poids :

Glycémie : g/L
Température : ° C

Neurologie

Glasgow : /15
Y : V : M :
< 15

- ☐ PCI (.....min)
- ☐ PC
- ☐ Convulsions ..... min
- ☐ Reprise de convulsions
- ☐ Somnolence
- ☐ Nausées
- ☐ Vomissement
- ☐ Maux de tête

Reflexes pupillaires:

- ☐ Symétriques
- ☐ Asymétriques
- ☐ Réactives
- ☐ Non réactives

Myosis : G ☐ D ☐
Mydriase : G ☐ D ☐

Absence de signe de détresse ☐

Ventilation

Fréquence : ..... / min
< 12 ou >20 *

- ☐ Ample
- ☐ Superficielle
- ☐ Régulier
- ☐ Irrégulière
- ☐ Balancement thoraco abdominal

SpO2 :
.....% en air ambiant
< 95%
.....% sous .....L/min

- ☐ Tirage
- ☐ Sueurs
- ☐ Cyanose

Bruit de respiration:

- ☐ Ronflement
- ☐ Crépitement
- ☐ Sifflement

Absence de signe de détresse ☐

Circulation

Fréquence : ..... / min
< 60 ou > 100 *

- ☐ Régulier
- ☐ Irrégulier
- ☐ Bien frappé
- ☐ Filant
- ☐ Non Symétrique

Pression Artérielle :
bras D : .....
bras G : .....

- ☐ Pâleur
- ☐ Conjonctives décolorées
- ☐ Marbrures

Temps de recoloration cutané : ..... sec
> 3 s

- ☐ Sensation de soif
- ☐ Sensation de froid

Absence de signe de détresse ☐

Traumatologie

Evaluation de la douleur :

Gestes effectués

- ☐ Paracétamol
- ☐ Diclofénac 1%
- ☐ Téléconsultation Médecin :
- ☐ Ibuprofène
- ☐ Froid

Autre :

Traitements :

☐ Ordonnance jointe

Antécédents / Allergies :

Surveillance :

Stable durant l' ensemble de la prise en charge : ☐

Hôpital :
Heure:

SIGNATURES

Responsable d' intervention | **IAO**

Heure de Transmission :

** Normes chez l'adulte*

infirmerie : 06.99.37.92.13