



Observation Médicale Préhospitalière du Traumatisé sévère (Grades A, B, C)

Origine de l'appel : SAMU [] [] []

N° intervention :

DECLENCHEMENT SMUR de

Date [] [] / [] [] / [] [] [] [] Dr : IDE : Amb. :
 Adresse d'intervention :
 Code Postal [] [] [] [] [] Ville
 Mode de transport des secours sur les lieux : Terrestre Aérien
 Type d'intervention : Primaire Secondaire Jonction Intra hospitalier

PATIENT PRIS EN CHARGE

NOM Prénom Sexe M F
 Date de naissance [] [] / [] [] / [] [] [] [] Ou Age estimé [] []
 Adresse (si différente adresse intervention)
 CP : [] [] [] [] Ville : Pays : Tél :
 N° SS [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Carte vitale jointe Carte mutuelle jointe
 Personne à prévenir : Médecin traitant : Dr

Mode de transport du patient SMUR terrestre Heli-smur VSAV Ambulance

Horaires

1^{er} appel au « 15/18 » (=T0) : [] [] h [] [] min Arrivée SP (ou secours professionnel) : [] [] h [] [] min
 Départ SMUR : [] [] h [] [] min Arrivée SMUR sur les lieux : [] [] h [] [] min
 Départ SMUR des lieux : [] [] h [] [] min Arrivée SMUR destination : [] [] h [] [] min
 Retour SMUR base : [] [] h [] [] min

Destination

Établissement d'accueil :
 SAUV SAU Réanimation
 Autre (à préciser) : Jonction SAMU
 Patient confié au Dr : Tél :
 Décès le [] [] / [] [] / 20[] [] [] [] à [] [] h [] [] min Certificat décès (obstacle médico-légal)

ANAMNESE - CONTEXTE

➤ Type Traumatisme pénétrant : → Plaie par arme à feu
 Plaie par arme blanche Autre :
 Traumatisme fermé Brûlé Autre :

Circonstances

Accident du travail Rixe/agression Suicide NSP
 Chute Chute >5m ou 2-3x taille enfant Autre :
 Accident de la route :
 Type d'usager : → VL PL Moto Vélo Piéton Autre :
 Place : → Conducteur Passager
 Protection : → Absence ceinture sécurité Siège enfant adapté Siège enfant inadapté Airbag déclenché
 Casque attaché Non casqué / projeté
 Cinétique élevée : → Oui Non

Feuille 1 : Service receveur
 Feuille 2 : RESUVal – compléter le verso en Déchocage et Réa
 Feuille 3 : SMUR

Antécédents

Traitement en cours

- Aucun
- Non connu
- Antiagrégant plaquettaire :
- Anticoagulant :
- Autre :

Poids :

Allergies :

Gestes pratiqués avant SMUR

- Aucun
- Collier cervical
- Désincarcération
- Coquille
- Autre :
- PEC par ISP
- PEC par MCS ou médecin pompier
- VVP
- Traitements reçus :

PEC SMUR

Observation clinique

Conditionnement

- Lunettes/masque :l/mn
- IOT - Heure d'IOT : |_|_| h |_|_| min
- Taille sonde : Repère :
- Intubation difficile O N
- Inhalation O N
- Sonde oro-gastrique
- Respirateur (ventilation contrôlée) Vt : F : Peep : FiO2 :
- VVP n°1 (.....G)
- VVP n°2 (.....G)
- KT intra-osseux
- VVC fémorale
- Geste d'hémostase :
- Thoracostomie
- Drainage thoracique
- Autotransfusion
- Fast Echo
- Contention Rachis :
- Contention bassin
- Contention membre

Niveau Patient (départ des lieux)

<input type="checkbox"/> Grade A Détresse(s) vitale(s) non stabilisée(s)	<input type="checkbox"/> Grade B Détresse(s) vitale(s) stabilisée(s)	<input type="checkbox"/> Grade C Absence de détresse/patient stable
--	--	---

Thérapeutiques, surveillance et évolution PEC et transport

Heure	T0 :	:	:	:	:	:	Arrivée :
Constantes							
FC							
PAS/PAD	/	/	/	/	/	/	/
FR							
SpO2							
EtCO2							
EVA							
Hémocue	N°1 N°2						
Température							
GCS	Y V M	Y V M	Y V M	Y V M	Y V M	Y V M	Y V M
Pupilles	D ___mm <input type="checkbox"/> R G ___mm <input type="checkbox"/> R	D ___mm <input type="checkbox"/> R G ___mm <input type="checkbox"/> R	D ___mm <input type="checkbox"/> R G ___mm <input type="checkbox"/> R	D ___mm <input type="checkbox"/> R G ___mm <input type="checkbox"/> R	D ___mm <input type="checkbox"/> R G ___mm <input type="checkbox"/> R	D ___mm <input type="checkbox"/> R G ___mm <input type="checkbox"/> R	D ___mm <input type="checkbox"/> R G ___mm <input type="checkbox"/> R
Traitements							
Analgésie							
Induction							
Sédation							
Exacyl							
Cristalloïdes							Vol. total reçu
Colloïdes							Vol. total reçu
Amines							
Transfusion							
Mannitol							
SSH							
ATB							

Diagnostic principal de PEC : CCMS/U :

CIM 10 :

Signature médecin SMUR :

Feuille 1 : **Service receveur**

Feuille 2 : **RESUVal** – compléter le verso en Déchocage et Réa

Feuille 3 : **SMUR**