

**RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE AS-803(M)**

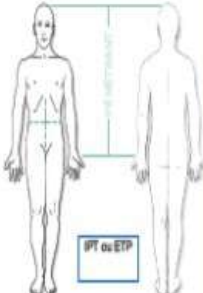
00000000

| Date     | Séq. événement | User | Véhicule |
|----------|----------------|------|----------|
| AA MM JJ |                |      |          |

| IDENTIFICATION DE L'USAGER |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Nom                        | Prénom            |
| Numéro d'assurance maladie | AAAA MM JJ        |
|                            | Date de naissance |

| Code clinique | Priorité                                        | Prise en charge                            |
|---------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|               | <input type="checkbox"/> Disponibilité spéciale | <input type="checkbox"/> Interdépassements |
|               | <input type="checkbox"/> Subventionnement       | <input type="checkbox"/> Soins de nuit     |

| PLANTE PRINCIPALE                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | GROSSESSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      | ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> M.<br><input type="checkbox"/> F.<br>Age _____<br><input type="checkbox"/> Diffusité | <input type="checkbox"/> Pénitencier<br><input type="checkbox"/> Contondant<br><input type="checkbox"/> Impact à haute vélocité (HV)<br><input type="checkbox"/> Autre occupant décollé<br><input type="checkbox"/> Déformation > 50 cm<br><input type="checkbox"/> Décoloration > 20 min<br><input type="checkbox"/> Chute<br><input type="checkbox"/> Impact<br><input type="checkbox"/> Autre mécanisme de blessure à considérer | <input type="checkbox"/> Déplacement du bassin<br><input type="checkbox"/> Port de ceinture ou casque<br><input type="checkbox"/> Éjection _____ m<br><input type="checkbox"/> Intrusion dans l'habitacle<br><input type="checkbox"/> Tête dans le pare-brise<br><input type="checkbox"/> Moto chute sans casque<br><input type="checkbox"/> Hauteur _____ m → HV si > 8 m<br><input type="checkbox"/> Piéton écrasé<br><input type="checkbox"/> Tête dans le pare-brise<br><input type="checkbox"/> Tonnelle | <input type="checkbox"/> Enceinte O<br><input type="checkbox"/> Indéterminée P<br>A<br>Dernières menstruations<br>Gestation _____ sem.<br>Contractions _____ min<br><input type="checkbox"/> Perte liquide amniotique<br><input type="checkbox"/> Grossesse à risque | <input type="checkbox"/> Vu ou entendu<br><input type="checkbox"/> Réanimation inspiratoire<br><input type="checkbox"/> DNR<br><input type="checkbox"/> Mort évitée<br>Rythme initial<br>R : <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA<br>PR : <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA<br>PPR PSA : <input type="checkbox"/> Défibrillateur<br>Début des manœuvres<br>Premier choc donné<br><input type="checkbox"/> Retour de pouls<br><input type="checkbox"/> Pouls toujours présent au CH | _____ h : _____ min<br>_____ h : _____ min<br>_____ h : _____ min |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Heure auprès pt   Nature du cas<br>: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>SOUTIEN MÉDICAL</b><br><input type="checkbox"/> Médecin sur place <input type="checkbox"/> Radio ou téléphone<br><input type="checkbox"/> Dr _____ <input type="checkbox"/> Aucune réponse | <b>ÉVALUATION DE LA DOULEUR</b><br>Q _____<br>P _____<br>Q _____<br>R _____<br>S _____<br>T _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>CARDIOVASCULAIRE</b><br><input type="checkbox"/> DTCOP<br>Pompe ÉVALUATION DE LA DOULEUR<br><input type="checkbox"/> Oedème membres inférieurs<br><input type="checkbox"/> Palpitations                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>RESPIRATOIRE</b><br><input type="checkbox"/> Angio-oedème<br><input type="checkbox"/> Obstruction des VR<br><input type="checkbox"/> Orthopnée<br><input type="checkbox"/> Sibilances, wheezing                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>NEUROLOGIQUE</b><br><input type="checkbox"/> Los Angeles <input type="checkbox"/> Pouxif<br><input type="checkbox"/> Cincinnati <input type="checkbox"/> Négatif<br>OO _____ Réaction<br>OS _____ Réaction                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>MUSCULO-SQUELETTIQUE</b><br><input type="checkbox"/> Douleur non traumatique<br><br><input type="checkbox"/> Traumatisme(s)<br>Pompe ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>PARTICULARITÉS ÉVOLUTION</b><br><input type="checkbox"/> Hématémèse<br><input type="checkbox"/> Hématurie<br><input type="checkbox"/> Hématragie vaginale<br>serviettes à l'heure<br><input type="checkbox"/> Méline<br><input type="checkbox"/> Alcool, drogue<br><input type="checkbox"/> Rectorragie<br><input type="checkbox"/> Troubles de comportement<br>Incontinence → <input type="checkbox"/> Fécale<br><input type="checkbox"/> Urinaire<br><input type="checkbox"/> Nausées, vomissements |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Suite sur document n° _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               | <b>ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ</b><br><div style="text-align: center;">  <p style="margin-top: 10px;">SPT ou ETP</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <b>BRÛLURES</b><br/>         _____ %<br/>         surface corporelle       </div> <div style="margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> Pénétrant<br/> <input type="checkbox"/> Inconscient<br/> <input type="checkbox"/> Criblé(s) significatif<br/> <input type="checkbox"/> Thoracique significatif       </div> |

| HEURE | RESP.                                                                                                 | POULS                                                                                                   | TA | SpO <sub>2</sub>                                                       | AVPU                                                           | GCS | SCHEMA | EPISODE | HEURE | R <sub>g</sub> OU Tx | DOSE | VOIE | RYTHME |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----|--------|---------|-------|----------------------|------|------|--------|
| -     | Insin                                                                                                 | Insin                                                                                                   |    | %                                                                      | A<br>V<br>P<br>U                                               | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| 1     | <input type="checkbox"/> Superf.<br><input type="checkbox"/> Labor.<br><input type="checkbox"/> Trage | <input type="checkbox"/> Radial<br><input type="checkbox"/> Carotid.<br><input type="checkbox"/> Infig. |    | <input type="checkbox"/> AA<br><input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> U<br><input type="checkbox"/> Orienté | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| -     | Insin                                                                                                 | Insin                                                                                                   |    | %                                                                      | A<br>V<br>P<br>U                                               | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| 2     | <input type="checkbox"/> Superf.<br><input type="checkbox"/> Labor.<br><input type="checkbox"/> Trage | <input type="checkbox"/> Radial<br><input type="checkbox"/> Carotid.<br><input type="checkbox"/> Infig. |    | <input type="checkbox"/> AA<br><input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> U<br><input type="checkbox"/> Orienté | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| -     | Insin                                                                                                 | Insin                                                                                                   |    | %                                                                      | A<br>V<br>P<br>U                                               | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| 3     | <input type="checkbox"/> Superf.<br><input type="checkbox"/> Labor.<br><input type="checkbox"/> Trage | <input type="checkbox"/> Radial<br><input type="checkbox"/> Carotid.<br><input type="checkbox"/> Infig. |    | <input type="checkbox"/> AA<br><input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> U<br><input type="checkbox"/> Orienté | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| -     | Insin                                                                                                 | Insin                                                                                                   |    | %                                                                      | A<br>V<br>P<br>U                                               | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| 4     | <input type="checkbox"/> Superf.<br><input type="checkbox"/> Labor.<br><input type="checkbox"/> Trage | <input type="checkbox"/> Radial<br><input type="checkbox"/> Carotid.<br><input type="checkbox"/> Infig. |    | <input type="checkbox"/> AA<br><input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> U<br><input type="checkbox"/> Orienté | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| -     | Insin                                                                                                 | Insin                                                                                                   |    | %                                                                      | A<br>V<br>P<br>U                                               | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |
| 5     | <input type="checkbox"/> Superf.<br><input type="checkbox"/> Labor.<br><input type="checkbox"/> Trage | <input type="checkbox"/> Radial<br><input type="checkbox"/> Carotid.<br><input type="checkbox"/> Infig. |    | <input type="checkbox"/> AA<br><input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> U<br><input type="checkbox"/> Orienté | +   | mmotL  | /0      | -     |                      |      |      | insin  |

| INTERVENTIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | TRANSPORT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>L'utilisateur communique sa compréhension de la situation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>L'utilisateur communique son appréciation des risques <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>L'utilisateur communique sa capacité de se prendre en charge <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Un adulte responsable se trouve sur place <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>« En toute connaissance de cause et après avoir été informé par les membres du service ambulancier du sujet des soins à recevoir, je refuse, personnellement ou en ma qualité de répondant, d'être transporté à l'hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de ma déclaration, j'assume l'entière responsabilité de mon choix et dégage les intervenants du service ambulancier de toute responsabilité à cet égard pour l'ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »</p> <p>"With full knowledge of the facts and having been informed by the members of the ambulance service about the necessary medical care, I personally refuse - or in my capacity of guardian - to be transported to the hospital or that the services as listed below be dispensed. In consequence of my declaration, I assume full responsibility for my decision and release the members of the ambulance service from all responsibility in this matter for any damages incurred directly or indirectly from this refusal."</p> |  | <p><b>SERVICES(S) REFUSÉ(S)</b> <b>RAISON(S), CIRCONSTANCE(S)</b></p> <p>Remplir selon MATRICULEMENT ou besoin</p> <p><input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> CH proposé</p> <p><input type="checkbox"/> Oxygène, oxygène-chaleur <input type="checkbox"/> Refus de tout conseil d'usage</p> <p><input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Refus de signer ce formulaire</p> <p><input type="checkbox"/> Prise en charge par les policiers <input type="checkbox"/> Refus d'être évalué</p> <p>Remplir selon ASSISTANCE POLICIÈRE <input type="checkbox"/> Refus à risque IF</p> |  |
| <p>Signature _____</p> <p>Signature _____</p> <p>Signature du témoin _____</p> <p>Signature of witness _____</p> <p>*Nom du répondant _____</p> <p>*Name of guardian _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <p><b>ASSISTANCE POLICIÈRE</b> Corps policier _____</p> <p>IP événement _____ IP véhicule _____ IP matricule _____</p> <p><input type="checkbox"/> Application Loi P-38.001 <input type="checkbox"/> Signature du policier _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <p>TA PARAMÉDIC n° 1</p> <p><input type="checkbox"/> Soins mineurs <input type="checkbox"/> Soins avancés <input type="checkbox"/> Soins de réanimation</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <p>TA PARAMÉDIC n° 2</p> <p><input type="checkbox"/> Soins mineurs <input type="checkbox"/> Soins avancés</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |