

FICHE MÉDICALE

1. Informations générales

Grotte: _____ Lieu: _____ Date : _____
 Nom & prénom victime: _____ Heure : _____
 Age: _____ Corpulence ou poids estimé : _____

2. Evaluation état de conscience : (Glasgow)

Ouverture des yeux

4 | Spontanée
 3 | A la voix
 2 | A la douleur
 1 | Nulle

Sous-total : / 4
TOTAL : /15

Réponse verbale

5 | Orientée
 4 | Confuse
 3 | Inappropriée
 2 | Incompréhensible
 1 | Nulle

Sous-total : / 5

Réponse motrice

6 | Obéit
 5 | Orientée
 4 | Evitement
 3 | Flexion
 2 | Extension
 1 | Nulle

Sous-total : / 6

3. Symptômes

Respiration difficile: Oui
 Non

Douloureuse

Cœur: Régulier
 Irrégulier

Pâleur: Oui
 Non

Victime: Consciente
 Inconsciente

Maux de têtes: Oui
 Non

Perte connaissance : Oui
 Non

Nausées: Oui
 Non

Vertiges: Oui
 Non

Vomissements: Oui
 Non

Epuisement: Oui
 Non

Amnésie: Oui
 Non

Explosif: Oui
 Non

Pupilles: Normales
 Dilatées
 Différentes

Blessé à froid: Oui
 Non

Douleur: Oui
 Non

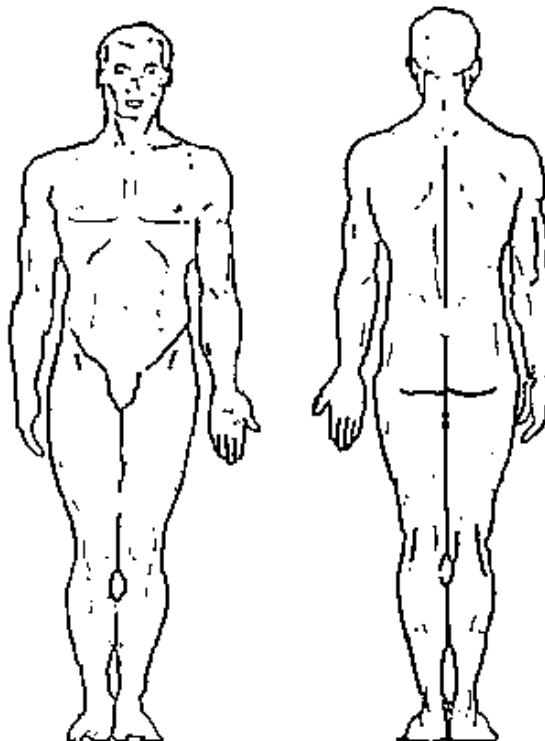
Si oui, localiser sur dessin

Plaies: Oui
 Non

Si oui, localiser sur dessin

Déformation: Oui
 Non

Si oui, localiser sur dessin



FICHE MÉDICALE SPÉLÉO-SECOURS (suite)

4. Bilan Neurologique

	<u>Thorax</u>	<u>Dos</u>	<u>Bassin</u>	<u>Bras D</u>	<u>Bras G</u>	<u>Jambe D</u>	<u>Jambe D</u>
A demander							
<u>Fourmillements :</u>	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non
<u>Picotements :</u>	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non
<u>Insensibilité :</u>	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non
A tester							
<u>Sensibilité :</u>	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non	oui/non
<u>Mobilité :</u> <i>(lever-bouger-écarter-fermer)</i>		<u>Main D</u>	<u>Main G</u>	<u>Bras D</u>	<u>Bras G</u>		
		oui/non	oui/non	oui/non	oui/non		
		<u>Pied D</u>	<u>Pied G</u>	<u>Jambe D</u>	<u>Jambe G</u>		
		oui/non	oui/non	oui/non	oui/non		
<u>Force</u> <i>(comparer)</i>		<u>Main D</u>	<u>Main G</u>	<u>Pied D</u>	<u>Pied G</u>		
		oui/non	oui/non	oui/non	oui/non		

5. A prévoir

Minerve: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ferno: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Civière: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

!!! Etablir cette fiche en double exemplaire !!!
!!! L'un est communiqué à la surface, l'autre reste avec la victime !!!

6. Evolution bilan médical

(Toutes les 15 minutes, il y a lieu de refaire le bilan et noter les évolutions éventuelles)
(Se référer au verso pour les questions posées)

Heure :									
Conscience <i>(Glasgow)</i>									
Douleur <i>(Evolution)</i>									
Cœur <i>(Régulier ?)</i>									
Respiration <i>(Difficile ?)</i>									

7. Emplacement et durée des points chauds

--	--	--	--	--