

NOM : \_\_\_\_\_

AGE : \_\_\_\_\_ M/F GROUPE SANGUIN : \_\_\_\_\_ RH : \_\_\_\_\_

ALLERGIES : \_\_\_\_\_

TIMING DATE : \_\_\_\_\_ HEURE DE BLESSURE : \_\_\_\_\_

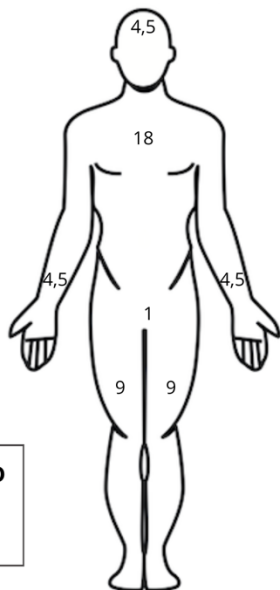
### MÉCANISME DE LA BLESSURE :

<input type="checkbox"/> EXPLOSION ( IED / GRENADE / MINE ATK / MINE APERS / RPG / ARTILLERIE / GAZ / ESPACE CONFINÉ / INCONNU )			
<input type="checkbox"/> ARME À FEU	<input type="checkbox"/> COLLISION	<input type="checkbox"/> CHUTE	<input type="checkbox"/> BRÛLURE
<input type="checkbox"/> ÉCRASEMENT	<input type="checkbox"/> COUTEAU	<input type="checkbox"/> INHALATION	<input type="checkbox"/> NRBC

### INJURIE(S)/BLESSURE(S)

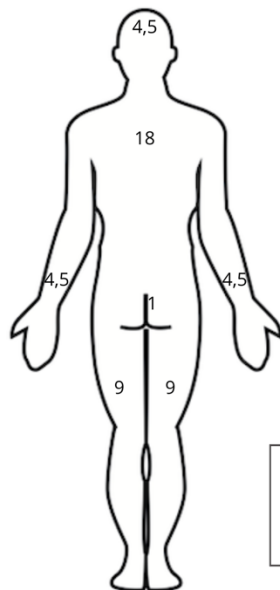
**TQ : BRAS D**

TYPE : \_\_\_\_\_  
HEURE : \_\_\_\_\_



**TQ : BRAS G**

TYPE : \_\_\_\_\_  
HEURE : \_\_\_\_\_



**TQ : JAMBE D**

TYPE : \_\_\_\_\_  
HEURE : \_\_\_\_\_

**TQ : JAMBE G**

TYPE : \_\_\_\_\_  
HEURE : \_\_\_\_\_

### SIGNES & SYMPTÔMES

HEURE >				
AVPU				
F.C. (POULS)				
F.R. (RESP)				
P.A. (SYS/DIA)				
SPO <sup>2</sup> %				
DOULEUR (0-10)				

### TRAITEMENT(S) :

<b>M :</b>	<input type="checkbox"/> TQ-extrémité	<input type="checkbox"/> TQ-jonction	<input type="checkbox"/> Compressif	<input type="checkbox"/> Hémostatique
<b>A :</b>	<input type="checkbox"/> NPA	<input type="checkbox"/> OPA	<input type="checkbox"/> Supraglottic	<input type="checkbox"/> CRICO
<b>R :</b>	<input type="checkbox"/> Thorac. ventilé	<input type="checkbox"/> NEEDLE-D	<input type="checkbox"/> Thoracostomie	<input type="checkbox"/> O <sup>2</sup> ___L/MIN
	<input type="checkbox"/> BAVU	<input type="checkbox"/> Pocket Mask		
<b>C :</b>	<input type="checkbox"/> Ceint.Pelvienne	<input type="checkbox"/> Attelle	<input type="checkbox"/> IV/IO	<input type="checkbox"/> SC

### FLUIDES :

TYPE	ROUTE	QUANT.	HEURE	QUANT.2	HEURE

**H :**

COUV. ISO.    PADS chauffant    Blizzard    Élev. Tête (POUR SUSPIC. TC)

**E :**

Médicaments >    Analgésique    Antibiotique    AT (TXA)

MÉDICAMENT	ROUTE	DOSE	HEURE	DOSE 2	HEURE

**E :**

Évacuation >

URGENT/A  
1,5H

PRIORITÉ/B  
4H

ROUTINE/C  
24H

### NOTES :

NOM OPÉRATEUR MÉDICAL : \_\_\_\_\_