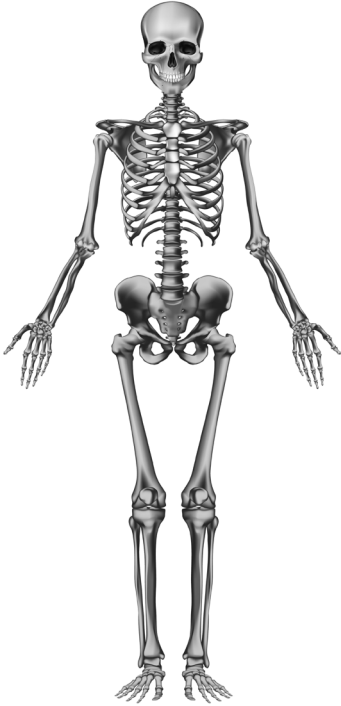


Victime
Localisation

Équipe
Heure

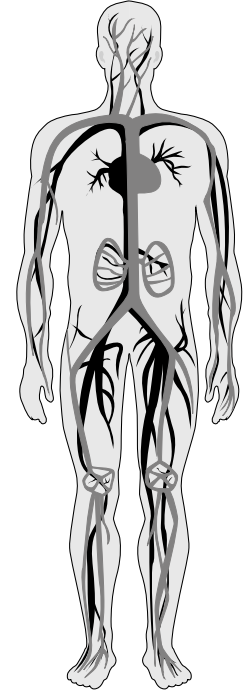
Mission
Date (AAAA/MM/JJ)

Indiquez les fractures



ÉTAT DE CONSCIENCE	<input type="checkbox"/> conscient <input type="checkbox"/> inconscient <input type="checkbox"/> confus								
RESPIRATION	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> rapide <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> non perceptible								
POULS	<table border="0"> <tr> <td>Radial</td> <td>Carotidien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> normal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> faible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> non perceptible</td> </tr> </table>	Radial	Carotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> faible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non perceptible
Radial	Carotidien								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> faible								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non perceptible								
HÉMORRAGIES	<input type="checkbox"/> abondantes <input type="checkbox"/> faibles <input type="checkbox"/> aucune								
BRÛLURES	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> visage</td> <td><input type="checkbox"/> thermiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> corps</td> <td><input type="checkbox"/> chimiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> aucune</td> <td><input type="checkbox"/> électriques</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> visage	<input type="checkbox"/> thermiques	<input type="checkbox"/> corps	<input type="checkbox"/> chimiques	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> électriques		
<input type="checkbox"/> visage	<input type="checkbox"/> thermiques								
<input type="checkbox"/> corps	<input type="checkbox"/> chimiques								
<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> électriques								
STABILITÉ	<input type="checkbox"/> stable <input type="checkbox"/> instable								

Indiquez les plaies et hématomes



PREMIERS SOINS	
<input type="checkbox"/> Autosauveteur <input type="checkbox"/> Aucun	IMMOBILISATION <input type="checkbox"/> collet cervical <input type="checkbox"/> planche dorsale <input type="checkbox"/> matelas immobilisateur <input type="checkbox"/> attelles <input type="checkbox"/> civière
TRANSPORT <input type="checkbox"/> motorisé <input type="checkbox"/> transporteur <input type="checkbox"/> marche	
AUTRES <hr/> <hr/> <hr/>	

CONDITIONS AMBIANTES	
OXYGÈNE <input type="checkbox"/> _____ % Méthane <input type="checkbox"/> _____ % LIE CO <input type="checkbox"/> _____ ppm NO₂ <input type="checkbox"/> _____ ppm Autre <input type="checkbox"/> _____ ppm	Visibilité (Fumée) <input type="checkbox"/> 1/2 mètre <input type="checkbox"/> 2 mètres <input type="checkbox"/> 3 mètres <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> 1 mètre
INCENDIE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> LOCALISÉ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> non	CHALEUR <input type="checkbox"/> perceptible <input type="checkbox"/> intense <input type="checkbox"/> intolérable

FAITS IMPORTANTS (Référence téléphonique) «T» ()

Signature du chef

Signature du directeur des opérations
