

Coordonnées du patient	Données d'intervention	Message d'alerte
Nom <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f Prénom Date de naiss. Adresse	Date:	
	Alarme:	
	Arrivée sur site:	
	Arrivée du 1. FR sur site: <input type="checkbox"/> avant SS <input type="checkbox"/> après SS	
	Services de Sauvetage (SS) sur site: <input type="checkbox"/> HJB <input type="checkbox"/> SE AG <input type="checkbox"/> ARB SA <input type="checkbox"/> SRO AG <input type="checkbox"/> Inselgruppe AG <input type="checkbox"/> STS AG <input type="checkbox"/> SANO Bern <input type="checkbox"/> FMI AG <input type="checkbox"/> Rega <input type="checkbox"/>	

----- En cas d'arrivée du FR après le SS, la partie ci-dessous peut être laissée vide. -----

Raison de l'urgence / Anamnèse (histoire médicale):

Constatations à l'arrivée du FR

Voies aériennes (A)	Respiration (B)	Etat de conscience (D)	Constantes (Pouls, saturation O2)
<input type="checkbox"/> Libres <input type="checkbox"/> Obstruées	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Cyanosé <input type="checkbox"/> Bruits respiratoires <input type="checkbox"/> Pas de respiration	<input type="checkbox"/> Orienté <input type="checkbox"/> Semi-conscient <input type="checkbox"/> Inconscient	

Mesures de réanimation mise en place

AVANT l'arrivée du FR (par les témoins)	Oui	Non	APRES l'arrivée du FR	Oui	Non
Arrêt cardiaque observé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arrêt cardiaque observé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Massage cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de l'AED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisation de l'AED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de choc délivré			Nombre de choc délivré		
Heure du 1er choc délivré?			Heure du 1er choc délivré?		

Actions générales pratiquées

<input type="checkbox"/> Sur le dos	<input type="checkbox"/> Hémostase / Soins des plaies
<input type="checkbox"/> Position latérale	<input type="checkbox"/> Protection contre le refroidissement
<input type="checkbox"/> Position de choc	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assis / Tronc surélevé	<input type="checkbox"/>

Matériel FR utilisé

<input type="checkbox"/> Appareil AED Type:	Localisation de l'AED
<input type="checkbox"/> Electrodes AED Type:	
<input type="checkbox"/> autres	

----- Veuillez svp remplir pour chaque protocole les cases «Remarques» et «Signature» -----

Remarques

Signature

	Tel. du FR en cas de questions
--	--------------------------------