



FICHE D'OBSERVATION MEDICALE

Téléconsultation

Date : __ / __ / __

Heure : ____ / ____

Responsable des Soins :

Fonction à Bord :

NAVIRE

NOM :

Indicatif Radio : / / / / /

ARMEMENT :

Pavillon : F Autre :

POSITION :

Type de navire :

COORDONNEES : _ _ ' _ _ / _ _ ' _ _ .

PORT D'ORIGINE :

Date / Délai.....

DESTINATION :

Date / Délai.....

ESCALE PREVUE :

Date / Délai.....

POSSIBLE :

Date / Délai.....

PATIENT

NOM :

Prénom :

Né(e) le : / / Age :

Sexe : M F

Nationalité : Fr

Autre :

Fonction à Bord : Commandant
 Marin / Pêcheur

Sd Cap.
 Matelot

Lieutenant
 Passager

Chef Mécanicien
 Plaisancier

N° Immatriculation :

Autre :

COMMUNICATION CCMM

INMARSAT A B M Mini-M

Tél/Télex :

Fax :

INMARSAT C :

Code satellite	Phonie	Télex
<input type="checkbox"/> Atlantique E	(0 00) 871	0581
<input type="checkbox"/> Atlantique W	(0 00) 874	0584
<input type="checkbox"/> Pacifique	(0 00) 872	0582
<input type="checkbox"/> Océan Indien	(0 00) 873	0583

CROSS :

Conférence à 3

Relai :

OOSTENDE BERNE MONACO Radio

Autre Station Radio :

Tél. / GSM :

Internet :

♦ Mel :

Phonie

Qualité liaison : / 5

Telex Fax

APPELANT

Commandant

Second Capitaine

Lieutenant

Patient

Médecin

Infirmier

CIRCONSTANCES

Date de début ou de survenue : ____ / ____ / ____

MALADIE

Histoire de la maladie

ACCIDENT

Lieu et Mécanisme

INTOXICATION Volont. Accident.

Lieu, Toxique et Mécanisme

ANTECEDENTS

TRAITEMENT EN COURS

SOINS AVANT L'APPEL

CIRCONSTANCES

Date : ___ / ___ / ___

Heure : ___ / ___

FICHE ACCIDENT

LIEU :

MECANISME :

TRAUMATISMES APPARENTS :

<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche
<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Colonne	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche

FONCTIONS VITALES

CONSCIENCE

<input type="checkbox"/> oui → Perte de connaissance brève ? ou amnésie des faits ?	<input type="checkbox"/> oui → durée : [] / min
<input type="checkbox"/> non → Réaction aux ordres simples	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Réaction à la douleur ? (pincer les trapèzes)	<input type="checkbox"/> oui → adaptée ? <input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non

Pupilles	Diamètre :	droite : mm	gauche : mm
	Réaction à la lumière :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RESPIRATION

 non → Débuter ventilation artificielleDifficulté à respirer ? oui non Fréquence ventilatoire : [] /min (N # 12 à 20 / mn)

<input type="checkbox"/> superficielle	<input type="checkbox"/> cyanose	<input type="checkbox"/> des lèvres	<input type="checkbox"/> bruyante	<input type="checkbox"/> signes de lutte
<input type="checkbox"/> ample		<input type="checkbox"/> des extrémités	<input type="checkbox"/> pauses respiratoires	<input type="checkbox"/> sueurs

CIRCULATION

Pouls : [] /min Pression artérielle : /

Pouls radial (poignet) perçu bien frappé régulier
 non perçu → carotidien ou fémoral filant irrégulier non perçu → oui non → débiter Réa Cardio-PulmonaireExtrémités froides Temps de recoloration Rapide (< 3 s)
 Allongé Pâleur Marbrures Sueurs Soif**EXAMEN LESIONNEL**

COLONNE

 Douleur : cervicale dorsale lombaire

<input type="checkbox"/> Fourmillements	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche
<input type="checkbox"/> Diminution de la force	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche
<input type="checkbox"/> Diminution de la sensibilité	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche
<input type="checkbox"/> Paralysie	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche

TETE : (nature des lésions)

<input type="checkbox"/> Crâne :
<input type="checkbox"/> Face :
<input type="checkbox"/> Cou :
<input type="checkbox"/> Yeux :

THORAX :

<input type="checkbox"/> Contusion	<input type="checkbox"/> Douleur à l'inspiration forcée/toux
<input type="checkbox"/> Plaie	<input type="checkbox"/> Soufflante Localisation :
<input type="checkbox"/> Volet costal	<input type="checkbox"/> Crépitation neigeuse (palpation)

ABDOMEN :

<input type="checkbox"/> Douleur	Localisation :	Palpation :	<input type="checkbox"/> souple
<input type="checkbox"/> Contusion	Localisation :		<input type="checkbox"/> défense
<input type="checkbox"/> Plaie	Localisation :		<input type="checkbox"/> contracture

BASSIN :

 Douleur spontanée Douleur à la pression

MEMBRES :

Localisation et nature des lésions :
.....
.....

OBSERVATION CLINIQUE

POULS : / mn

Pression Artérielle : / mm Hg

F. Resp : / mn

T° : ° C

Poids : Kg

Taille :

Electrocardiogramme

Image

DIAGNOSTIC(S) EVOQUE(S) par le Médecin CCMM

TRAITEMENT PRESCRIT par le Médecin CCMM

PROBLEMES

Médicaments absents ou gestes non réalisables

SOINS à BORD

SOINS à BORD avec Médecin

Rendez-vous prochain appel :

EVOLUTION

Appel N° 2

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 3

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 4

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 5

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél Téléx Fax
- Mel

Décision

- Soins à bord
- SAB avec médecin
- Débarquement
- Déroulement
- EVA Sanitaire
- EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 6

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél Téléx Fax
- Mel

Décision

- Soins à bord
- SAB avec médecin
- Débarquement
- Déroulement
- EVA Sanitaire
- EVA Med.

RDV pour prochain appel :

DECISION FINALE

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- SOINS A BORD
- DEBARQUEMENT à l'escale
- DEROUTEMENT
- Accueil à quai
 - Médicalisé
 - Non Médicalisé

PORT :

- EVACUATION NON MEDICALISEE
- EVACUATION MEDICALISEE

Pays si étranger :

CROSS / MRCC :

Prévenu à : h