



FICHE D'OBSERVATION MEDICALE

Téléconsultation

Date :

Heure d'appel

Locale :

ATU :

Médecin CCMM :

Responsable de soins :

NAVIRE

NOM :

Pavillon :

Type :

Dotation A / B / C

Armement :

Indicatif Radio / MMSI :

B ou C restreinte

Tel Passerelle :

Tel Infirmierie :

Fax :

Mail :

Telex :

Coordonnées GPS : _ _ ' _ _ / _ _ ' _ _

Position :

Port d'origine :

Date ou Délai :

Destination :

Date ou Délai :

Escale prévue :

Date ou Délai :

Escale possible :

Date ou Délai :

PATIENT

NOM / Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Nationalité :

Sexe : M F

N° Immatriculation :

Fonction :

ANTECEDENTS médicaux et chirurgicaux :

ALLERGIE à des médicaments :

Non Oui , Lesquelles :

TRAITEMENT en cours :

Aucun Oui , Lesquels :

Histoire de la maladie / Circonstances de l'accident

Date de début des symptômes ou de l'accident

Soins et traitements débutés avant téléconsultation médicale :



BILAN DES FONCTIONS VITALES (BFV)

NEUROLOGIQUE

PAROLE

- Oui, Orienté, Adapté Geignement
 Oui, Désorienté, Confus Aucune

YEUX

- Réponse spontanée Ouverts spontanément
Réponse aux ordres simples "Ouvrez les yeux !"
Réaction à la douleur (base de l'ongle) Ouverture des yeux Aucune réaction à la douleur

MOUVEMENTS

- Réponse spontanée Bouge spontanément
Réponse aux ordres simples "Serrez moi les mains !"
Réaction à la douleur (base de l'ongle) Mouvements adaptés Mouvements inadaptés Aucune réaction

PUPILLES

- Réactives à la lumière ? Oui Non
Symétriques ? Oui Non
Diamètre Gauche : Serré Intermédiaire Dilaté
Diamètre Droit : Serré Intermédiaire Dilaté

RESPIRATOIRE

Fréquence Respiratoire (Nombre de respirations sur 1 min) : / min (N : 12-20)

Saturation en Oxygène : % (N > 92%)

- Tirage Oui Non
Sueurs chaudes Oui Non
Parole impossible Oui Non
Bruits Oui Non
Cyanose (aspect bleuté des lèvres, des ongles) Oui Non

CIRCULATOIRE

Pouls radial (poignet axe du pouce) : Bien frappé Filant Non perçu

Fréquence cardiaque : / min (N : 60-100)

Tension (ou Pression) Artérielle : Systolique mmHg
Diastolique mmHg

- Marbrures Oui Non
Pâleur Oui Non
Sueurs Oui Non
Froideurs des extrémités Oui Non
Temps de Recoloration Cutané > 3 sec Oui Non
Sensation de soif Oui Non

DOULEUR

EN (Evaluation numérique) = / 10

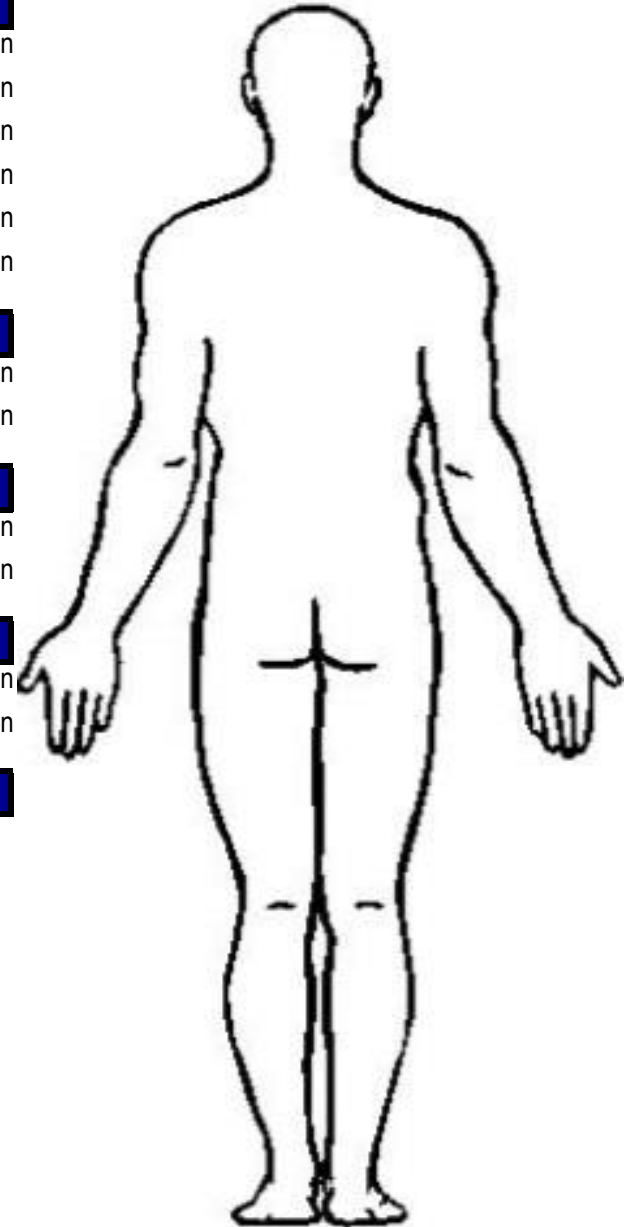
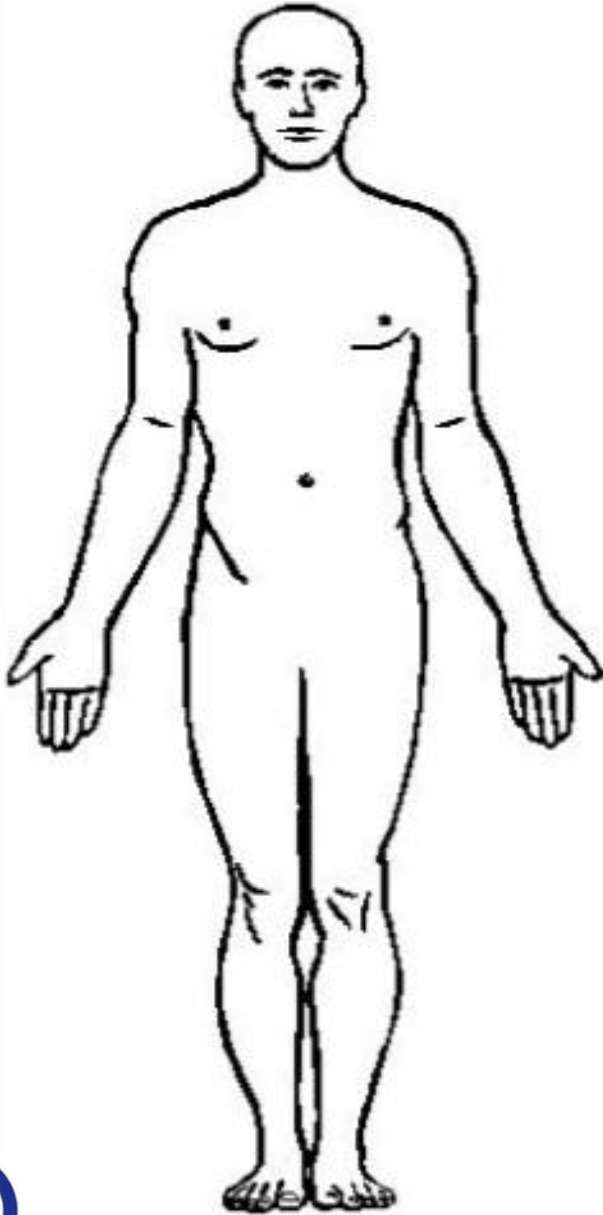
TÊTE

"Avez-vous : ..."

"...reçu un coup à la tête ?" Oui, Trauma Cranien Non

"... perdu connaissance ?" Oui Non

"Rappelez-vous ce qui s'est passé ?" Oui Non



RACHIS

- | | | | |
|---|------------|------------------------------|------------------------------|
| Douleur à la palpation | Cervicales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | Dos | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| | Lombaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Pouvez-vous bouger les orteils, les doigts ?" | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Avez-vous des fourmillements (pieds, mains) ?" | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Sentez-vous quand je touche ?" (jambes, bras) | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

THORAX

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| "Avez-vous mal en inspirant profondément ?" | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Avez-vous mal quand je touche les côtes ?" | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

ABDOMEN

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| "Avez-vous mal au ventre ?" | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Douleur à la palpation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

BASSIN

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Appui sur le bassin douloureux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hématome testiculaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

MEMBRES

- Douleur
 - Brûlure
 - Fracture Ouverte Fermée
 - Déformation
 - Plaie hémorragique Compression efficace
- Heure de pose du garrot :

ANNOTER SUR LE SCHEMA LES DIFFÉRENTES LÉSIONS, PLAIES, HÉMATOMES, FRACTURES, ZONES DOULOUREUSES...





BILAN MEDICAL : Bilan d'un malade

GENERAL

Evaluation de la douleur : / 10

Glycémie :

Température : °C

ECG : Oui Non

DOULEUR THORACIQUE

Localisation de la douleur :

Type de douleur : En étai Brûlure Crampe Autre :

Durée : min **Toujours présente ? :** Oui Non

Début : Brutal Progressif A l'effort Au repos

Irradiation : Bras Machoire Dos Abdomen Autre :

Signes associés de gravité : Paleur Sueurs Malaise

Autres signes à rechercher : Toux Crachats Majorée à l'inspiration, à la toux

Nausées Vomissements Emphysème sous cutané

Facteurs de risques : Tabac Diabète Obésité Hypertension Hypercholestérolémie

DOULEUR ABDOMINALE

Localisation de la douleur :

Type de douleur :

Brûlure Crampe Pointe

Autre :

Heure de début :

Durée : min

Irradiations :

.....

.....

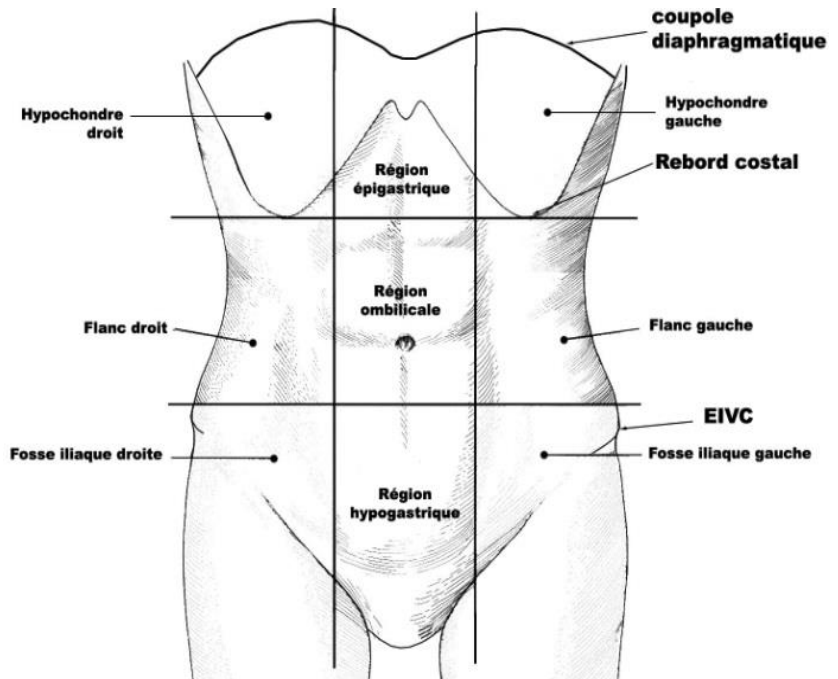
Autres signes à rechercher :

Signes urinaires

Vomissements Nausées

Constipation Diarrhée Nombre selles / j :

Autres : Date des dernières règles :



MALAISE

Perte de connaissance : Non Oui, durée :

Mouvements anormaux (convulsions) ? : Non Oui

Prodromes (signes avant le malaise) : "Avez-vous ressenti quelque chose avant le malaise ?"

Aucun Céphalée En se levant Après un traumatisme Douleur thoracique

Signes neurologiques : Trouble de la parole Ne bouge pas un membre Asymétrie de la face

Convulsion Perte urine Morsure de langue



A large, empty white rectangular area with a thin black border, occupying the majority of the page below the header. This area is intended for the clinical examination notes.



CONCLUSION

Hypothèses diagnostiques

[Empty box for diagnostic hypotheses]

Envoi à cmm@chu-toulouse.fr :

- ECG
- Photos

- Compte rendu médical
- Dossier CCMM conclu

PRESCRIPTIONS

NOM / DCI du médicament	Dosage	Posologie	Durée (en jrs)	Problème
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

SURVEILLANCE

ACTES A REALISER

- ECG
- Photos
- BU
- Oxygène
- Test palu
- Injection
- Pansement
- Glycémie
- Sutures / Agrafes
- Réanimation (RCP)
- Immobilisation
- PLS

DECISION

Date et Heure de la décision : [/ / 20]

[h]

SOINS A BORD Rappel prévu dans [] jours

- DEBARQUEMENT à l'escale
- DEROUTEMENT
- EVACUATION :
 - NON MEDICALISEE (EVASAN)
 - MEDICALISEE (EVAMED)
- Accueil à quai
- Agent local contacté

EVACUATION ou DEBARQUEMENT :

Nom du Port [] Pays []
CROSS [] SAMU de coordination []

Patient évacué ou débarqué à [h] le [/ / 20]



FICHE DE SUIVI

APPEL N°2						
Date :	TA :	/	FR :	/ min	EN :	/ 10
	FC :	/ min	T° :	°c	Glycémie :	g/L
Heure :						
Dr. :						
Décision						
<input type="checkbox"/> Soins à bord <input type="checkbox"/> Débarquement <input type="checkbox"/> Déroutement <input type="checkbox"/> EVA Sanitaire <input type="checkbox"/> EVA Médicalisée						
RDV pour prochain appel :						

APPEL N°3						
Date :	TA :	/	FR :	/ min	EN :	/ 10
	FC :	/ min	T° :	°c	Glycémie :	g/L
Heure :						
Dr. :						
Décision						
<input type="checkbox"/> Soins à bord <input type="checkbox"/> Débarquement <input type="checkbox"/> Déroutement <input type="checkbox"/> EVA Sanitaire <input type="checkbox"/> EVA Médicalisée						
RDV pour prochain appel :						



FICHE DE SUIVI

APPEL N°4						
Date :	TA :	/	FR :	/ min	EN :	/ 10
	FC :	/ min	T° :	°c	Glycémie :	g/L
Heure :						
Dr. :						
Décision						
<input type="checkbox"/> Soins à bord <input type="checkbox"/> Débarquement <input type="checkbox"/> Déroutement <input type="checkbox"/> EVA Sanitaire <input type="checkbox"/> EVA Médicalisée						
RDV pour prochain appel :						

APPEL N°5						
Date :	TA :	/	FR :	/ min	EN :	/ 10
	FC :	/ min	T° :	°c	Glycémie :	g/L
Heure :						
Dr. :						
Décision						
<input type="checkbox"/> Soins à bord <input type="checkbox"/> Débarquement <input type="checkbox"/> Déroutement <input type="checkbox"/> EVA Sanitaire <input type="checkbox"/> EVA Médicalisée						
RDV pour prochain appel :						

