



# FICHE D'OBSERVATION MÉDICALE

## TÉLÉCONSULTATION

Date :

Heure d'appel | Locale : h  
| ATU : h

Médecin CCMM :

Responsable de soins :

### NAVIRE

NOM :

Pavillon :

Type :

Dotation :  A /  B /  C

Armement :

Indicatif Radio / MMSI :

B ou C restreinte

Tél Passerelle :

Tél Infirmerie :

Fax :

Mail :

Télex :

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 :



# FICHE D'OBSERVATION 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





# FICHE D'OBSERVATION MÉDICALE

## BILAN MEDICAL 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 :  h

Durée :  min

Irradiations :

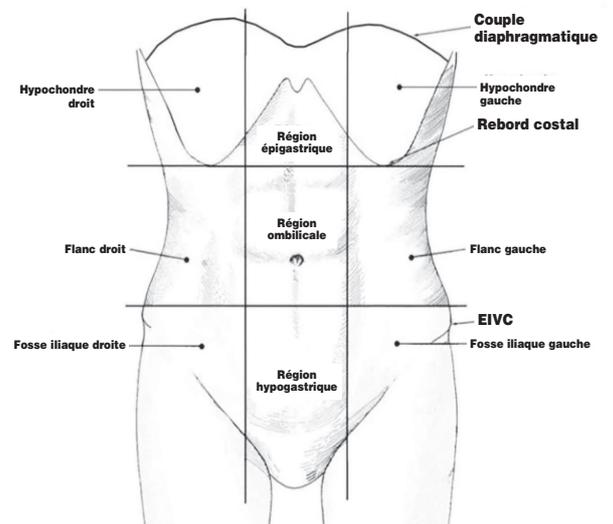
Autres signes à rechercher :

Signes urinaires

Vomissements  Nausées

Constipation  Diarrhée **Nombre selles / j :**

Autres : **Date des dernières règles :**



### MALAISE

Perte de connaissance :  Non  Oui, durée :  min

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



# FICHE D'OBSERVATION MÉDICALE

## BILAN MEDICAL D'UN MALADE

### EXAMEN CLINIQUE



# FICHE D'OBSERVATION MÉDICALE

## TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE : Décision, Prescriptions...

### CONCLUSION

### HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

Envoi à [ccmm@chu-toulouse.fr](mailto:ccmm@chu-toulouse.fr) :

ECG

Compte rendu médical

Photos

Dossier CCMM conclu

### PRESCRIPTIONS

NOM / DCI DU MÉDICAMENT	DOSAGE	POSOLOGIE	DURÉE (en jrs)	PROBLÈME

### SURVEILLANCE

### ACTES A REALISER

- |                                  |                                    |  |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ECG     | <input type="checkbox"/> Test palu | <input type="checkbox"/> Sutures / Agrafes |
| <input type="checkbox"/> Photos  | <input type="checkbox"/> Injection | <input type="checkbox"/> Réanimation (RCP) |
| <input type="checkbox"/> BU      | <input type="checkbox"/> Pansement | <input type="checkbox"/> Immobilisation    |
| <input type="checkbox"/> Oxygène | <input type="checkbox"/> Glycémie  | <input type="checkbox"/> PLS               |

### DECISION

Date de la décision :

Heure de la décision : h

SOINS A BORD

Rappel prévu dans : jours

DEBARQUEMENT à l'escale

Accueil à quai

DEROUTEMENT

Agent local contacté

EVACUATION

NON MEDICALISEE (EVASAN)

MEDICALISEE (EVAMED)

EVACUATION ou DEBARQUEMENT

Nom du Port :

Pays :

CROSS :

SAMU de coordination :

Patient évacué ou débarqué à h

le :



# FICHE D'OBSERVATION MÉDICALE

## FICHE SUIVI

### APPEL N°2

Date :	TA : /	FR : /min	EN : /10
Heure : h	FC : /min	T° : °C	Glycémie : g/L
Dr. :			
<b>Décision</b> <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 : h			

### APPEL N°3

Date :	TA : /	FR : /min	EN : /10
Heure : h	FC : /min	T° : °C	Glycémie : g/L
Dr. :			
<b>Décision</b> <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 : h			



# FICHE D'OBSERVATION MÉDICALE

## FICHE SUIVI

### APPEL N°4

Date :	TA : /	FR : /min	EN : /10
Heure : h	FC : /min	T° : °C	Glycémie : g/L
Dr. :			
<b>Décision</b> <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 : h			

### APPEL N°5

Date :	TA : /	FR : /min	EN : /10
Heure : h	FC : /min	T° : °C	Glycémie : g/L
Dr. :			
<b>Décision</b> <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 : h			

