



FICHE D'OBSERVATION MEDICALE

Téléconsultation

	Date : <input style="width: 80%;" type="text"/>	Heure d'appel	Locale :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
			ATU :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Médecin CCMM :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Responsable de soins :	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

NAVIRE	NOM :
---------------	-------

Pavillon :	Type :	Dotation <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C
Armement :	Indicatif Radio / MMSI :	<input type="checkbox"/> B ou C restreinte
Tel Passerelle :	Tel Infirmerie :	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 : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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	<i>Date de début des symptômes ou de l'accident</i>
<i>Soins et traitements débutés avant téléconsultation médicale :</i>	



BILAN DES FONCTIONS VITALES (BFV)

NEUROLOGIQUE			
PAROLE		<input type="checkbox"/> Oui, Orienté, Adapté	<input type="checkbox"/> Geignement
		<input type="checkbox"/> Oui, Désorienté, Confus	<input type="checkbox"/> Aucune
YEUX			
Réponse spontanée	<input type="checkbox"/> Ouverts spontanément		
Réponse aux ordres simples	<input type="checkbox"/> "Ouvrez les yeux !"		
Réaction à la douleur (base de l'ongle)	<input type="checkbox"/> Ouverture des yeux	<input type="checkbox"/> Aucune réaction à la douleur	
MOUVEMENTS			
Réponse spontanée	<input type="checkbox"/> Bouge spontanément		
Réponse aux ordres simples	<input type="checkbox"/> "Serrez moi les mains !"		
Réaction à la douleur (base de l'ongle)	<input type="checkbox"/> Mouvements adaptés	<input type="checkbox"/> Mouvements inadaptés	<input type="checkbox"/> Aucune réaction
PUPILLES			
	Réactives à la lumière ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Symétriques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Diamètre Gauche :	<input type="checkbox"/> Serré	<input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Dilaté
	Diamètre Droit :	<input type="checkbox"/> Serré	<input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Dilaté

RESPIRATOIRE			
Fréquence Respiratoire (Nombre de respirations sur 1 min) :	<input type="text"/>	/ min	(N : 12-20)
Tirage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Sueurs chaudes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Parole impossible	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Bruits	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Cyanose (aspect bleuté des lèvres, des ongles)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

CIRCULATOIRE			
Pouls radial (poignet axe du pouce) :	<input type="checkbox"/> Bien frappé	<input type="checkbox"/> Filant	<input type="checkbox"/> Non perçu
Fréquence cardiaque :	<input type="text"/>	/ min	(N : 60-100)
Tension (ou Pression) Artérielle :	Systolique	<input type="text"/>	mmHg
	Diastolique	<input type="text"/>	mmHg
Marbrures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Pâleur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Sueurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Froideurs des extrémités	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Temps de Recoloration Cutané > 3 sec	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Sensation de soif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

DOULEUR

EN (Evaluation numérique) = / 10

TÊTE

"Avez-vous : ..."

"...reçu un coup à la tête ?" Oui; Trauma Crânien

Non

"... perdu connaissance ?" Oui Non

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

RACHIS

Douleur à la palpation

Cervicales Oui Non

Dos Oui Non

Lombaires Oui Non

"Pouvez-vous bouger les orteils, les doigts ?" Oui Non

"Avez-vous des fourmillements (pieds, mains) ?" Oui Non

"Sentez-vous quand je touche ?" (jambes, bras) Oui Non

THORAX

"Avez-vous mal en inspirant profondément ?" Oui Non

"Avez-vous mal quand je touche les côtes ?" Oui Non

ABDOMEN

"Avez-vous mal au ventre ?" Oui Non

Douleur à la palpation Oui Non

BASSIN

Appui sur le bassin douloureux Oui Non

Hématome testiculaire Oui Non

MEMBRES

Douleur

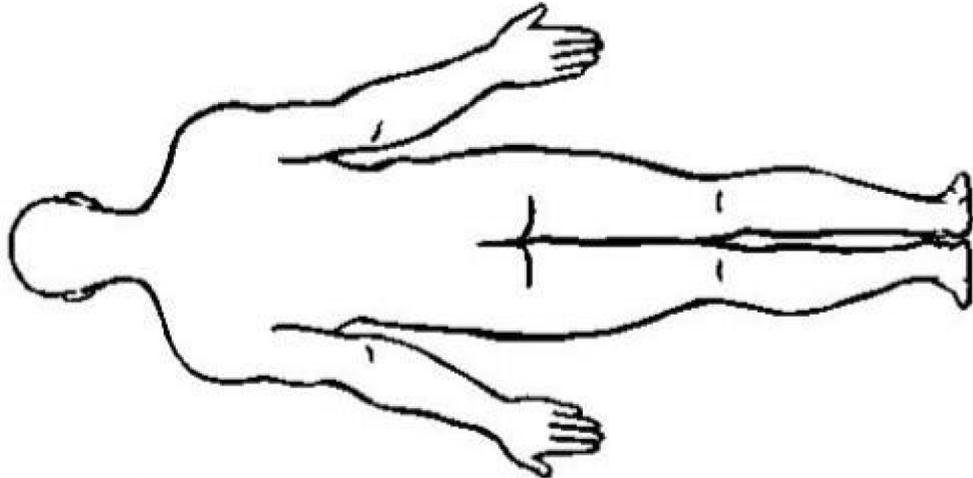
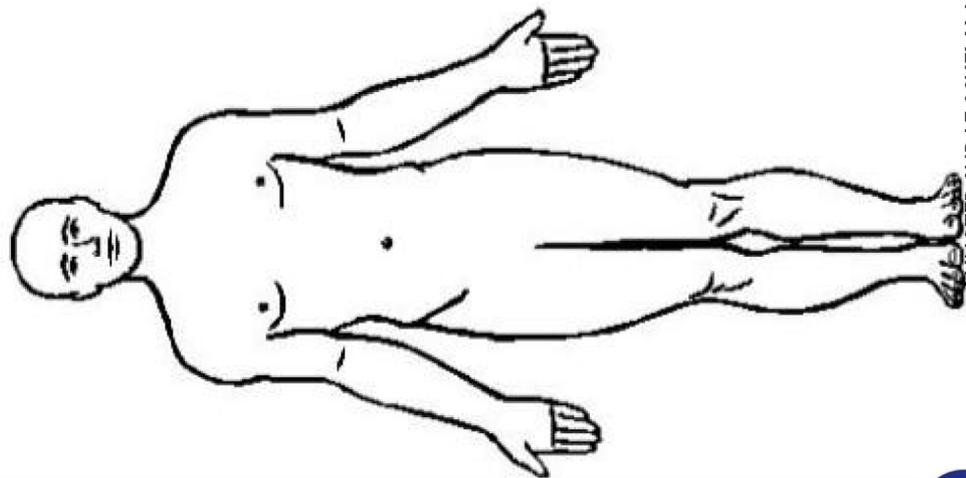
Brûlure

Fracture Ouverte Fermée

Déformation

Plaque hémorragique Compression efficace

Heure de pose du garrot :



BILAN LÉSIONNEL : Examen d'un blessé / traumatisé



ANNOTER SUR LE SCHEMA LES DIFFÉRENTES LÉSIONS, PLAIES, HÉMATOMES, FRACTURES, LIGNES D'OUVERTURES...



BILAN MEDICAL : Bilan d'un malade

GENERAL

Evaluation de la douleur : / 10 Glycémie :
 Température : °C ECG : Oui Non

Localisation de la douleur :

Type de douleur : En étau 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 : Pâleur 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

Localisation de la douleur :

Type de douleur : Brûlure Crampe Pointe
 Autre :

Heure de début :

Durée : min

Irradiations :

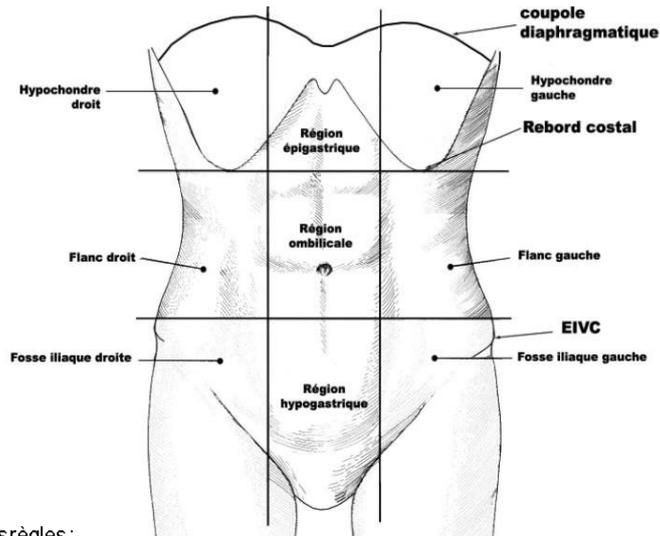
Autres signes à rechercher :

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

EXAMEN CLINIQUE

--


TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE : Décision, prescriptions...
CONCLUSION
Hypothèses diagnostiques

--

 Envoi à 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"/> <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Glycémie
------------------	--

DECISION

 Date et Heure de la décision :
 SOINS A BORD Rappel prévu dans jours

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DEBARQUEMENT à l'escale | <input type="checkbox"/> Accueil à quai |
| <input type="checkbox"/> DEROUTEMENT | <input type="checkbox"/> Agent local contacté |
| <input type="checkbox"/> EVACUATION : <input type="checkbox"/> NON MEDICALISEE (EVASAN)
<input type="checkbox"/> MEDICALISEE (EVAMED) | |

EVACUATION ou DEBARQUEMENT :

Nom du Port	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Pays	<input style="width: 150px;" type="text"/>
CROSS	<input style="width: 150px;" type="text"/>	SAMU de coordination	<input style="width: 150px;" type="text"/>

 Patient évacué ou débarqué à le



FICHE DE SUIVI

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

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

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

