



# FICHE BILAN S.U.A.P.



N° intervention : ..... Secouriste/Équipe : .....

Date : ..... Heure d'arrivée : ..... Lieu : .....

## Identification de la victime :

Nom/prénom : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance : ...../...../..... Age : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Commune : ..... N° Tel : .....

## BILAN CIRCONSTANCIEL

- Secteur publique
- Secteur privé
- Travail
- Sport

- Malaise
- Traumatisme
- Accouchement
- Brûlure
- Électrisation
- OVA grave
- OVA partielle
- Chute de sa hauteur
- Chute de..... mètres

- Hémorragie
- Noyade
- Tentative de suicide.....
- Pendoison
- Intoxication.....
- Maladie infectieuse
- Autres : .....

- Engin terrestre.....
- Aéronef.....
- Embarcation.....

- Victime sortie seule
- Victime debout
- Victime assise

- Pénétrant
- Contendant

Forte cinétique

- Choc frontal
- Choc latéral
- Choc arrière
- Casque
- Ceinture
- Airbag
- Éjecté
- Tonneaux
- Piégée

Observations : .....

.....  
.....  
.....  
.....

## URGENCE VITALE IMMEDIATE

- OVA
- Hémorragie
- Inconsciente et qui respire
- Inconsciente et qui ne respire pas

## EVALUATION PRIMAIRE – FONCTIONS VITALES EVIDENTES

### A – Voies aériennes :

- Libération des Voies Aériennes
- Corps étrangers
- Obstruction des Voies Aériennes  Totale  Partielle

### B – Respiration :

- Arrêt respiratoire ou < à 6 mouvements/minute (<1 mouvement/10 secondes)
- Respiration :  Symétrie  Asymétrie  Détresse respiratoire

### C – Circulation :

- Pouls radial :  Perçu  Non perçu  Droite  Gauche
- Hémorragie  Contrôlée  Non contrôlée

### D – Déficit Neurologie :

- Conscience :  Alert  Verbal  Pain  Unresponsive
- Convulsions/Épileptiques : Nombre : .....
- Pupilles :  Symétrique  Asymétriques

### E – Environnement :

- Hypothermie
- Hyperthermie



# BILAN SECONDAIRE – BILAN COMPLEMENTAIRE



## A – Voies Aériennes :

Stabilisation manuelle du rachis cervical

## B – Respiration : F.A.R.Q.S.

Fréquence : .....mvt/min  
 Ample :  OUI  NON  
 Régulière :  OUI  NON  
 Qualité :  Normale  
 Superficielle  
 Difficile  
 Bruyante  
 Saturation (AA) : .....%  
 (<94% / IRC <89%)

## C – Circulation : F.A.R.T.T.T.

Fréquence : .....mvt/min  
 Ample :  OUI  NON  
 Régulière :  OUI  NON  
 Tension artérielle :  
 Gauche : ...../.....mmHG  
 Droite : ...../.....mmHG  
 TRC <2s  OUI  NON  
 Température : .....°C

## D – Déficit Neurologie : P.C.O.M.P.S.

PC :  NON  OUI - Durée : .....  
 Conscience : Échelle GLASGOW  
 Y : ...../ 04  
 V : ...../ 05  
 M : ...../ 06  
 TOTAL : ...../15  <8  >8  
 Orientée :  OUI  NON  
 Temps.  Espace  
 Motricité :  OUI  NON  
 Pupilles : Symétriques  OUI  NON  
 Réactives  OUI  NON  
 Sensibilité :  OUI  NON  
 Glycémie : .....  mg/dl.  g/l

Coloration :  Normale.  Anormale

Humidité :  Normale.  Anormale

## E – Exposition/Environnement :

Brûlure (Échelle WALLACE) :  > à 10% Enfant  < à 20% Adulte



### Traumatisme

- 1- Brûlure
- 2- Contusion
- 3- Déformation
- 4- Luxation
- 5- Œdème, gonflement
- 6- Plaie hémorragique
- 7- Plaie, dermabrasion
- 8- Section de membre

### Observations

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## Malaise / Aggravation de maladie

### Analyse des plaintes :

Provoqué par : .....  
 Qualité du trouble : .....  
 Région atteinte : .....  
 Sévérité du trouble\* : .....  
 Temps de plainte : .....

### Recherche des antécédents :

Malaise/maladie : .....  
 Hospitalisation : .....  
 Traitement : .....  
 Antécédents : .....  
 Allergie : .....

Heure supposée du début des symptômes (AVC) : ..... Observations : .....

\*Échelle douleur (EVN) :  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Symptôme(s) ressenti(s) par la victime : .....

Signes(s) associé(s) :  Nausées/Vomissements  Vertiges  Douleurs thoraciques  
 Saignement(s) : .....

## Gestes effectués

- Dégagement d'urgence
- Maintien tête
- Retrait casque
- Collier cervical
- Claque dans le dos
- Compressions thoraciques.
- Compressions abdominales
- Compressions direct
- Pansement compressif
- Pansement hémostatique
- Garrot : posé à.....H.....
- Position Latérale de Sécurité
- Position demi assise
- Position jambes fléchies
- Inhalation O<sup>2</sup>.....l/min
- Insufflation O<sup>2</sup> BAVU
- Aspiration mucosité
- Canule oropharyngé
- Canule nasopharyngé
- R.C.P. : Début.....H.....
- DAE : Pose.....H.....
- Refroidissement brûlure .....min
- Pansement stérile
- Application froid
- Kit membre sectionné.....H.....
- Attelle .....
- Relevage / Brancardage
- Nombre de choc.....
- Autres : .....

Observations : .....

SURVEILLANCE	H.....		H.....		H.....	
<b>Voie Aérienne (A)</b>	LVA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		LVA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		LVA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Respiration (B)</b>	FR : .....	SPO2 : ..... <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O <sup>2</sup>	FR : .....	SPO2 : ..... <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O <sup>2</sup>	FR : .....	SPO2 : ..... <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O <sup>2</sup>
<b>Circulation (C)</b>	FC : .....	TA : .....	FC : .....	TA : .....	FC : .....	TA : .....
<b>Déficit Neurologique (D)</b>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U	
<b>Neurologique / Douleur</b>	GCS :...../15	EVN :...../10	GCS :...../15	EVN :...../10	GCS :...../15	EVN :...../10
<b>Autres</b>						

Toutes les 5 minutes si détresse sinon toutes les 10-15 minutes