



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 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 : 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)

- 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

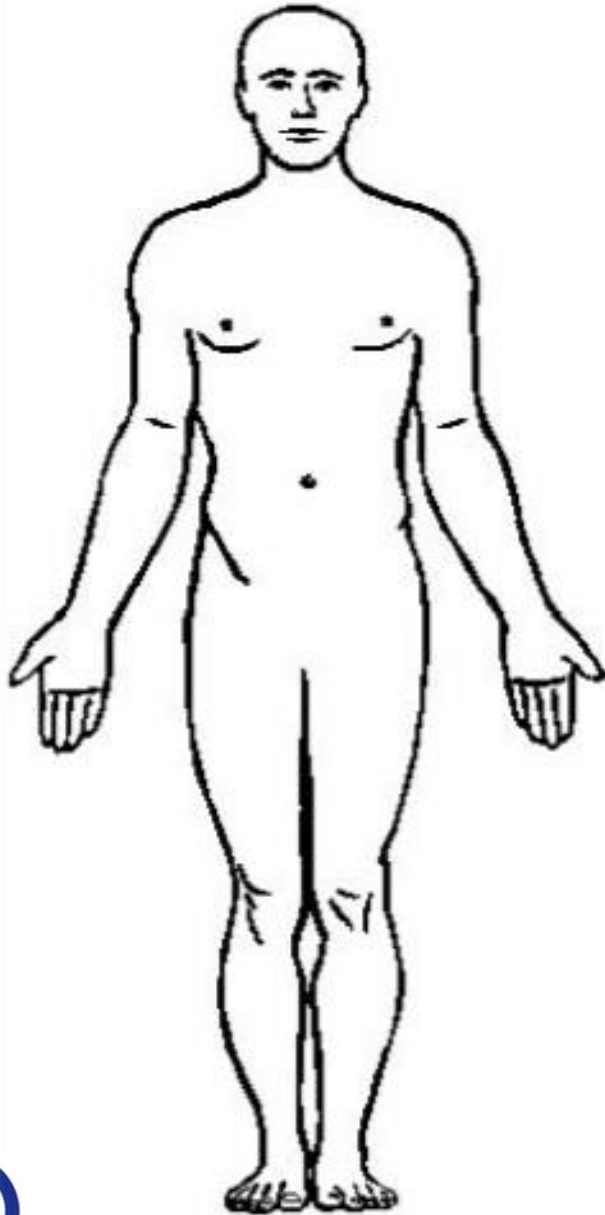
- Marbrures Oui Non
Pâleur Oui Non
Sueurs Oui Non
Froideurs des extrémités Oui Non
Temps de Recoloration Cutané > 3 sec Oui Non
Sensation de soif Oui Non

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 ?" 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

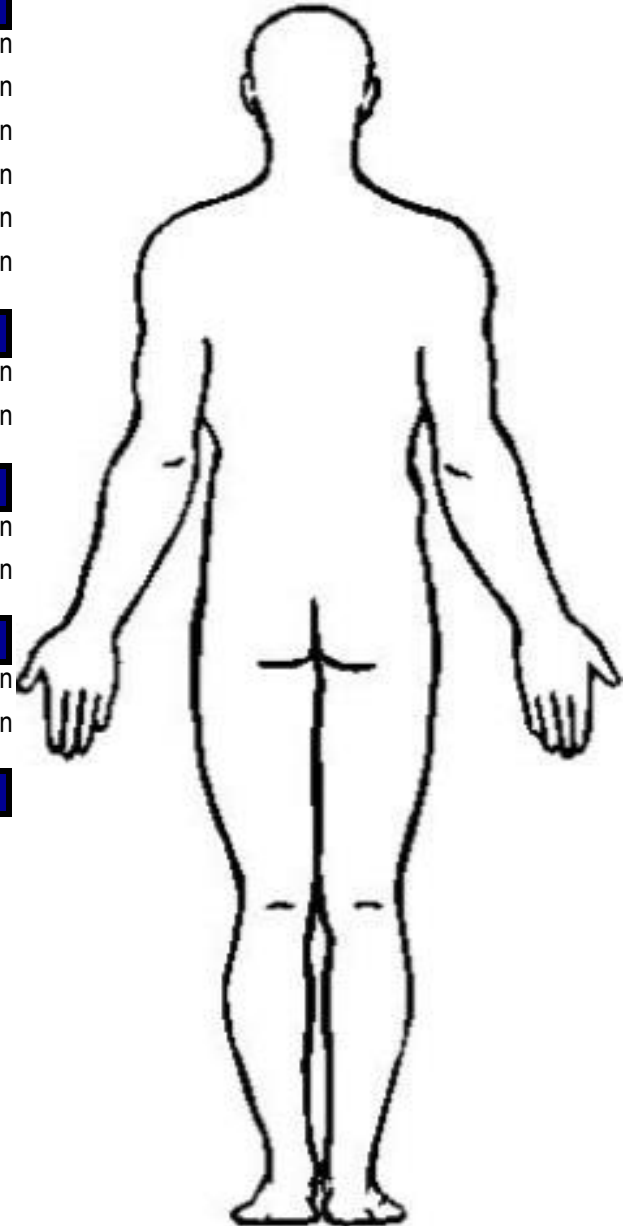
"Avez-vous mal au ventre ?" Oui Non
 Douleur à la palpation Oui Non

BASSIN

Appui sur le bassin douloureux Oui Non
 Hématome testiculaire Oui Non

MEMBRES

Douleur
 Brûlure
 Fracture Ouverte Fermée
 Déformation
 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 :

.....

.....

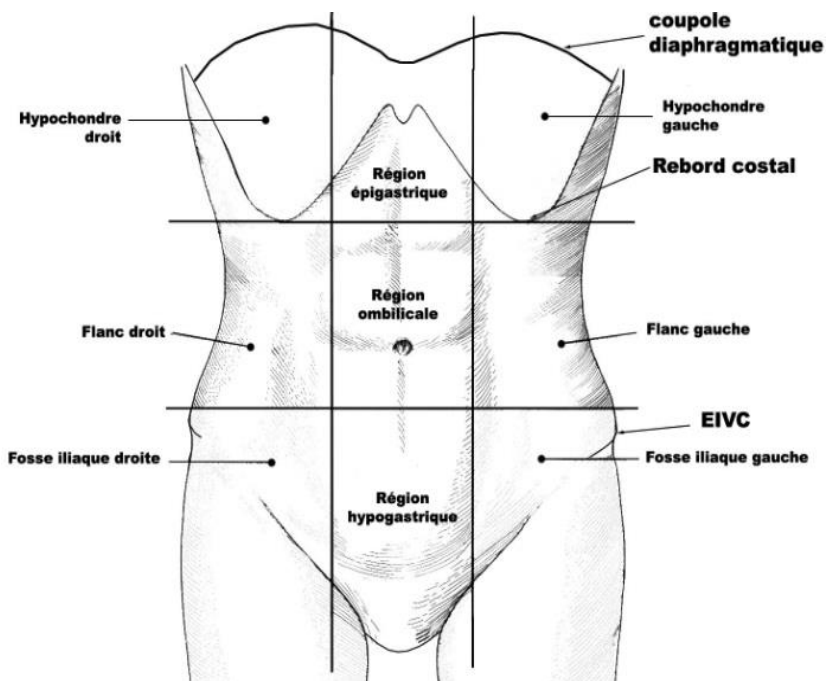
Autres signes à rechercher :

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



CONCLUSION

Hypothèses diagnostiques

Large empty box for notes or conclusions.

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

DECISION

Date et Heure de la décision : /

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 le /



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 :						

