

Certificat de refus de prise en charge ou de transport
Certificate of refusal of care or transport

Je soussigné(e) M. Mme
I hereby

Nom : Prénom :
Last name First name

Né(e) le :/...../..... à :
Date of birth Place of birth

Demeurant :
Current address

Code postal : Ville : Pays :
ZIP/code City Country

Agissant : en mon nom propre
Acting in my own name

en tant que représentant légal de :
as légal representative for

Déclare avoir été informé de manière claire et précise par les secouristes de mon état de santé tel qu'il est décrit au verso du présent document et des conséquences éventuelles qui pourraient découler de mon refus de prise en charge.

Declare that i have been informed clearly and precisely by the rescuers about my health assessment which is described on the back of thid document and about consequences that may arise from my refusal of care.

Déclare néanmoins, en toute connaissance de cause,
Despite this information, I declare that

1. Refuser la prise en charge par les secouristes
I refuse The care by the rescuers

le transport vers un centre hospitalier
The transportation to a hospital

2. Dégager les secouristes de toutes les conséquences possibles des suites éventuelles de ma décision éclairée.

I will not hold the rescuers responsible for any consequences resulting from my informed decision.

A : Le : Heure :h.....

Signature de l'intéressé(e)
précédée de la mention « lu et
approuvé »
*Indicate your acceptance by first writing
« read and approved » then sign*

Refuse de signer
Refusal of signature

Identité et signature du
secouriste
To be signe by the rescuer in charge



Fédération Nationale des Métiers de la Natation & du Sport

Maison Régionale des Sports
13 rue Jean Moulin, CS 70001 54510 TOMBLAINE
Téléphone : 03 83 18 88 37 – Fax 03 83 18 87 58
Mail : cnf.fnmns@orange.fr site : www.fnmns.org

FICHE BILAN SECOURISTE

Cette fiche est renseignée par les premiers secouristes lors de la prise en charge de toute victime



Janvier 2023 – Version 3.1.0
David LELONG EPN FNMNS

INTERVENTION

Date :/...../..... Poste de secours / Piscine de : Tél :

Lieux d'intervention : Domicile Travail Lieu public Voie publique Accident route Sport Vestiaire Autres

Adresse : Code postal : Ville :

Heure présumé de l'accident :h..... Heure de prise en charge de la victime :h.....

VICTIME

Nom : Prénom : Âge : ans Sexe : M F

Adresse :

Code postal : Ville : Personne à Prévenir :

Personne prévenue : OUI NON Tél : Médecin traitant :

PREMIER REGARD – OBSERVER (Environnement)

Nature de l'intervention :

Danger : NON OUI Si oui lequel :

Nb de victimes : **Renforts :** NON OUI Si oui lesquels? :

Com plément d'information:

DEUXIEME REGARD - RECHERCHER

Plainte principale de la victime :

OBSERVATION DE LA VICTIME

- Assise Debout
- Allongée sur le ventre
- Recroquevillée sur elle-même

Stabilisation du rachis

- Oui Non

PRESENCE DE MENACES VITALES

- Hémorragie externe grave : Oui Non
- Obstruction des voies aériennes : Oui Non
- L.V.A. menacée : Oui Non
- Absence de respiration ou respiration anormale : Oui Non

ACTIONS A ENTREPRENDRE

- Compression directe
- Pansement compressif
- Garrot
- Désobstruction des V.A.
- L.V.A. Retournement d'urgence
- Retrait du casque
- R.C.P.

Si détresse vitale ➔ Avis médical à : h.....

TROISIEME REGARD - APPRECIER

1 – RESPIRATION

- La victime parle facilement : Oui Non
- Rapide : Oui Non
Ample : Oui Non
Régulière : Oui Non
- Qualité : Silencieuse Sifflement Bruyante Ronflement Gargouillement
- Pause respiratoire : Oui Non
- Peau : Colorée Sèche Humide
- Muqueuses rosées : Oui Non

2 - CIRCULATION

- Pouls est facilement perceptible : Oui Non
- Rapide : Oui Non
Ample : Oui Non
Régulière : Oui Non
- Au niveau : Poignet Cou Pli de l'aîne
- Pause circulatoire : Oui Non
- Peau : Colorée Sèche Humide
- Muqueuses rosées : Oui Non

3 - NEUROLOGIQUE

- La victime est : PCI PCP
- Orientée : Oui Temps Non Espace
- Motricité :
Membres supérieurs : Oui Non
Membres inférieurs : Oui Non
- Sensibilité :
Membres supérieurs : Oui Non
Membres inférieurs : Oui Non
- Pupilles (P.E.R.L.) :
Egales : Oui Non
Réactive à la lumière : Oui Non

TROISIEME REGARD - APPRECIER

DETRESSE VENTILATOIRE CONSTATEE

- Oui Non
- Position d'attente :
- O2 : Oui Non
- Avis médical : Oui Non

DETRESSE CIRCULATOIRE CONSTATEE

- Oui Non
- Position d'attente :
- O2 : Oui Non
- Avis médical : Oui Non

DETRESSE NEUROLOGIQUE CONSTATEE

- Oui Non
- Position d'attente :
- Avis médical : Oui Non

QUATRIEME REGARD - MESURER

INTERROGER

PLAINTES EXPRIMEES

- Provoqué par :
- Qualité :
- Région :
- Sévérité :
- Temps :

ANTECEDENTS

- Maladie :
- Hospitalisation :
- Traitement :
- Allergie :
- Facteurs de risque :

Atteintes circonstancielles :

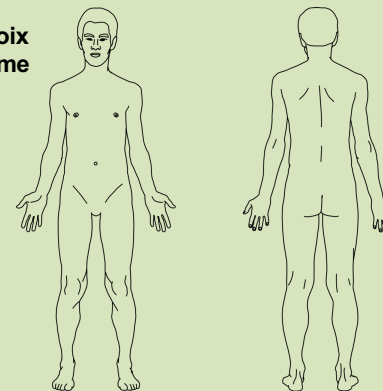
- Chute de m Incendie Noyade
- Chute d'objets Vague Explosion
- Surf / S.U.P. Kite-surf Jeux ballon
- Bateau Planche à voile / voile / Cata

- Mécanisme de l'accident :
- Histoire de la maladie :

EXAMINER (Recherche des lésions)

Indiquer par une croix le lieu du traumatisme

- P : Plaie
- B : Brûlure
- H : Hémorragie
- T : Traumatisme
- D : Douleur
- Déf : Déformation
- AS : Abs. Sensibilité
- AM : Abs. Motricité



Echelle de la douleur



MESURER (Paramètres physiologiques)

1 – RESPIRATION

Fréq : / min
SpO2 : %

2 - CIRCULATION

Fréq : / min
TRC $\circ < 2 \text{ sec}$ $\circ > 2 \text{ sec}$

- TA bras G /
- TA bras D /
- Pouls radial
- Pouls carotidien
- Pouls fémoral

ECG : Oui Non
Transmis à : H.....
Au SAMU de :

3 - NEUROLOGIQUE

compréhension

Evaluation de l'état de conscience

E (Éveillée)	
V (répond à une stimulation verbale)	
D (répond à stimulation à la douleur)	
A (Aréactive)	

Score de l'A V C

Examen	Normal	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
F (visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asymétrie
A (bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Affaïssement <input type="checkbox"/> Chute
S (parole)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Confuse

SURVEILLANCE

Paramètres physiologiques	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....
Ventilation	FR	...../mn	...../mn	...../mn
	SPO2%%%
Circulation	FC	...../mn	...../mn	...../mn
	TA/...../...../.....
Neurologie	Amélioration			
	Stabilité			
	Aggravation			

EVACUATION

Appel au SAMU à :h.....
Destination :

- Transport :
- VSAV ou ambulance privée
 - VSAV + SMUR
 - Moyen aérien
 -

- Refus de transport/soin
- Laisser sur place
- Se déplace par ses propres moyens à l'hôpital

Fin prise en charge par les secouristes :h.....

Nom du responsable de l'intervention :

Signature :

Heure prise en charge par VSAV, ABULANCE :h.....

Indicatif ou Nom de la structure :

Signature :