



FICHE D'OBSERVATION MEDICALE

Téléconsultation

Date : __ / __ / __

Heure : ____ / ____

Responsable des Soins :

Fonction à Bord :

NAVIRE

NOM :

Indicatif Radio : / / / / /

ARMEMENT :

Pavillon : F Autre :

POSITION :

Type de navire :

COORDONNEES : _ _ ' _ _ / _ _ ' _ _ .

PORT D'ORIGINE :

Date / Délai.....

DESTINATION :

Date / Délai.....

ESCALE PREVUE :

Date / Délai.....

POSSIBLE :

Date / Délai.....

PATIENT

NOM :

Prénom :

Né(e) le : / / Age :

Sexe : M FNationalité : Fr Autre :Fonction à Bord : Commandant Marin / Pêcheur Sd Cap. Matelot Lieutenant Passager Chef Mécanicien Plaisancier

N° Immatriculation :

 Autre :

COMMUNICATION CCMM

 INMARSAT A B M Mini-M

Tél/Télex :

Fax :

 INMARSAT C :

Code satellite	Phonie	Télex
<input type="checkbox"/> Atlantique E	(0 00) 871	0581
<input type="checkbox"/> Atlantique W	(0 00) 874	0584
<input type="checkbox"/> Pacifique	(0 00) 872	0582
<input type="checkbox"/> Océan Indien	(0 00) 873	0583

 CROSS : Conférence à 3 Relai : Phonie

Qualité liaison : / 5

 Telex Fax OOSTENDE BERNE MONACO Radio

APPELANT

 Autre Station Radio : Commandant Second Capitaine Lieutenant Patient Médecin Infirmier Tél. / GSM : Internet :

♦ Mel :

CIRCONSTANCES

Date de début ou de survenue : ____ / ____ / ____

 MALADIE

Histoire de la maladie

 ACCIDENT

Lieu et Mécanisme

 INTOXICATION Volont. Accident.

Lieu, Toxique et Mécanisme

ANTECEDENTS

TRAITEMENT EN COURS

SOINS AVANT L'APPEL

CIRCONSTANCES

Date : ___ / ___ / ___

Heure : ___ / ___

FICHE ACCIDENT

LIEU :

MECANISME :

TRAUMATISMES APPARENTS :

- | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crâne | <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Mbres sup. | <input type="checkbox"/> Dt | <input type="checkbox"/> Gche |
| <input type="checkbox"/> Face | <input type="checkbox"/> Colonne | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Mbres inf. | <input type="checkbox"/> Dt | <input type="checkbox"/> Gche |

FONCTIONS VITALES

CONSCIENCE

- oui → Perte de connaissance brève ? ou amnésie des faits ? oui → durée : / min
 non
- non → Réaction aux ordres simples Réaction à la douleur ? (pincer les trapèzes) oui non
 oui → adaptée ? oui non

Pupilles Diamètre : droite mm gauche mm
 Réaction à la lumière : oui non oui non

RESPIRATION

-
- non → Débuter ventilation artificielle

Difficulté à respirer ? oui non Fréquence ventilatoire : /min (N # 12 à 20 / mn)

- | | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> superficielle | <input type="checkbox"/> cyanose | <input type="checkbox"/> des lèvres | <input type="checkbox"/> bruyante | <input type="checkbox"/> signes de lutte |
| <input type="checkbox"/> ample | | <input type="checkbox"/> des extrémités | <input type="checkbox"/> pauses respiratoires | <input type="checkbox"/> sueurs |

CIRCULATION

Pouls : /min Pression artérielle : /

Pouls radial (poignet) perçu bien frappé régulier
 filant irrégulier

- non perçu → carotidien ou fémoral oui
 non → débuter Réa Cardio-Pulmonaire

Extrémités froides Temps de recoloration Rapide (< 3 s)
 Allongé

Pâleur Marbrures Sueurs Soif

EXAMEN LESIONNEL

COLONNE

Douleur : cervicale dorsale lombaire

<input type="checkbox"/> Fourmillements	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche
<input type="checkbox"/> Diminution de la force	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche
<input type="checkbox"/> Diminution de la sensibilité	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche
<input type="checkbox"/> Paralysie	Mbres sup.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche	Mbres inf.	<input type="checkbox"/> Dt	<input type="checkbox"/> Gche

TETE : (nature des lésions)

Crâne :
 Face :
 Cou :
 Yeux :

THORAX :

Contusion Douleur à l'inspiration forcée/toux
 Plaie Soufflante Localisation :
 Volet costal Crépitation neigeuse (palpation)

ABDOMEN :

Douleur Localisation : Palpation : souple
 Contusion Localisation : défense
 Plaie Localisation : contracture

BASSIN :

Douleur spontanée Douleur à la pression

MEMBRES :

Localisation et nature des lésions :

OBSERVATION CLINIQUE

POULS : / mn

Pression Artérielle : / mm Hg

F. Resp : / mn

T° : ° C

Poids : Kg

Taille :

Electrocardiogramme

Image

DIAGNOSTIC(S) EVOQUE(S) par le Médecin CCMM

TRAITEMENT PRESCRIT par le Médecin CCMM

PROBLEMES

Médicaments absents ou gestes non réalisables

SOINS à BORD

SOINS à BORD avec Médecin

Rendez-vous prochain appel :

EVOLUTION

Appel N° 2

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

- Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 3

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

- Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 4

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

- Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 5

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél
- Télax
- Fax
- Mel

Décision

- Soins à bord
- SAB avec médecin
- Débarquement
- Déroulement
- EVA Sanitaire
- EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 6

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél
- Télax
- Fax
- Mel

Décision

- Soins à bord
- SAB avec médecin
- Débarquement
- Déroulement
- EVA Sanitaire
- EVA Med.

RDV pour prochain appel :

DECISION FINALE

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- SOINS A BORD
- DEBARQUEMENT à l'escale
- DEROUTEMENT
- Accueil à quai
 - Médicalisé
 - Non Médicalisé

PORT :

- EVACUATION NON MEDICALISEE
- EVACUATION MEDICALISEE

Pays si étranger :

CROSS / MRCC :

Prévenu à : h