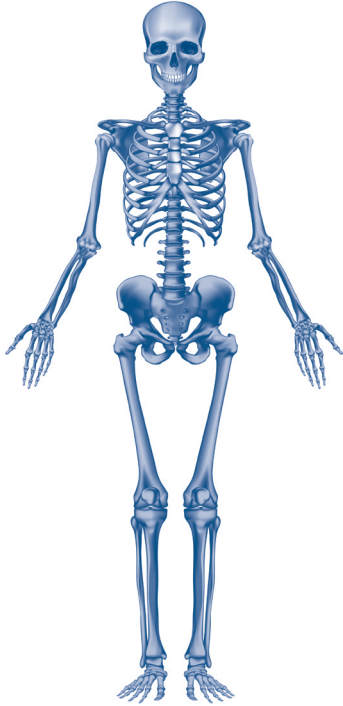


<b>Victime</b>
<b>Localisation</b>

<b>Équipe</b>
<b>Heure</b>

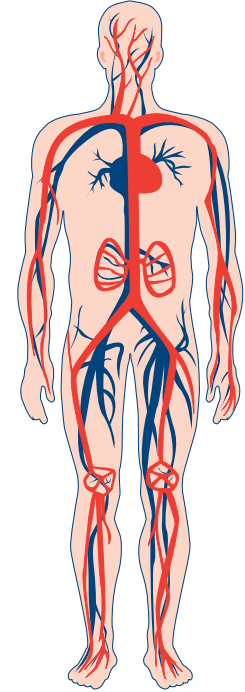
<b>Mission</b>
<b>Date (AAAA/MM/JJ)</b>

### Indiquez les fractures



<b>ÉTAT DE CONSCIENCE</b>	<input type="checkbox"/> conscient								
	<input type="checkbox"/> inconscient								
	<input type="checkbox"/> confus								
<b>RESPIRATION</b>	<input type="checkbox"/> normale								
	<input type="checkbox"/> rapide								
	<input type="checkbox"/> faible								
	<input type="checkbox"/> non perceptible								
<b>POULS</b>	<table border="0"> <tr> <td><b>Radial</b></td> <td><b>Carotidien</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> normal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> faible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> non perceptible</td> </tr> </table>	<b>Radial</b>	<b>Carotidien</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> faible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non perceptible
<b>Radial</b>	<b>Carotidien</b>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> faible								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non perceptible								
<b>HÉMORRAGIES</b>	<input type="checkbox"/> abondantes								
	<input type="checkbox"/> faibles								
	<input type="checkbox"/> aucune								
<b>BRÛLURES</b>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> visage</td> <td><input type="checkbox"/> thermiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> corps</td> <td><input type="checkbox"/> chimiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> aucune</td> <td><input type="checkbox"/> électriques</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> visage	<input type="checkbox"/> thermiques	<input type="checkbox"/> corps	<input type="checkbox"/> chimiques	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> électriques		
<input type="checkbox"/> visage	<input type="checkbox"/> thermiques								
<input type="checkbox"/> corps	<input type="checkbox"/> chimiques								
<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> électriques								
<b>STABILITÉ</b>	<input type="checkbox"/> stable								
	<input type="checkbox"/> instable								

### Indiquez les plaies et hématomes



PREMIERS SOINS	
<input type="checkbox"/> Autosauveteur	<b>IMMOBILISATION</b> <input type="checkbox"/> collet cervical <input type="checkbox"/> planche dorsale <input type="checkbox"/> matelas immobilisateur <input type="checkbox"/> attelles <input type="checkbox"/> civière
<input type="checkbox"/> Aucun	
<b>TRANSPORT</b>	<input type="checkbox"/> motorisé <input type="checkbox"/> transporteur <input type="checkbox"/> marche
<b>AUTRES</b>	

CONDITIONS AMBIANTES	
<b>OXYGÈNE</b>	<input type="checkbox"/> _____ %
<b>Méthane</b>	<input type="checkbox"/> _____ % LIE
<b>CO</b>	<input type="checkbox"/> _____ ppm
<b>NO<sub>2</sub></b>	<input type="checkbox"/> _____ ppm
<b>Autre</b>	<input type="checkbox"/> _____ ppm
<b>Visibilité (Fumée)</b>	<input type="checkbox"/> 1/2 mètre <input type="checkbox"/> 2 mètres <input type="checkbox"/> 3 mètres <input type="checkbox"/> bonne
<b>INCENDIE</b>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <b>LOCALISÉ</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> non
<b>CHALEUR</b>	<input type="checkbox"/> perceptible <input type="checkbox"/> intense <input type="checkbox"/> intolérable

**FAITS IMPORTANTS** (Référence téléphonique) «T» ( )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature du chef**

\_\_\_\_\_

**Signature du directeur des opérations**

\_\_\_\_\_