



FICHE D'ALERTE SECOURS

Fédération Française de Spéléologie

Nom du témoin:

Nom de la Cavité ou du Canyon :

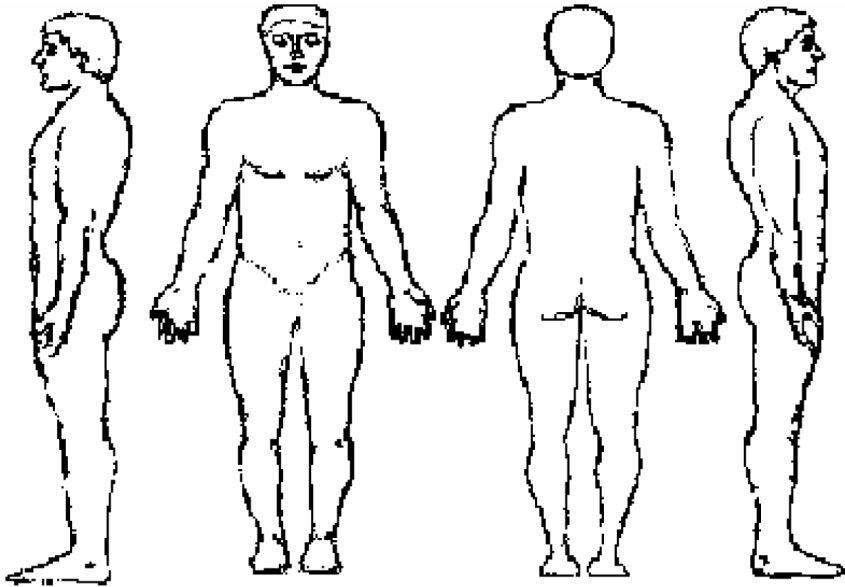
Ville/Département :

**Prenez le temps de remplir cette
fiche avant de donner l'alerte**

Date:	Heure de l'accident:	Heure du bilan:
Nom du blessé:	Prénom:	Age:
Lieu exact:		Sexe: H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nbr de personne restées auprès de la victime :		Poids: Taille:

Circonstances de l'accident

Hauteur de la chute:		Chute de pierres:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Saut:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Blocage par une crue:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Blocage sur corde:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Autres:	
Glissade:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>		
Noyade:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>		
Epuisement, refroidissement:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Victime N� _____/Nbr total de victimes _____	



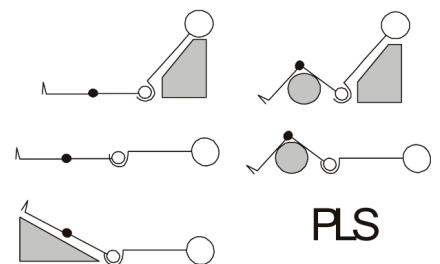
EMPLACEMENT DES BLESSURES

- plaie: X
- hémorragie: ~
- luxation visible:
- suspicion de fracture fermée:
- fracture ouverte:
- hématome, douleur:

Etat du blessé

CONSCIENT: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Il bouge: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Depuis combien de temps:	Il parle: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Répond aux questions:	Il somnole: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>confus</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Il a froid: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
Réagit aux stimulations:	Vomissements: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>faiblement</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	

Entourer la position actuelle du blessé



VENTILATION: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	DOULEUR: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
régulière <input type="checkbox"/> douloureuse <input type="checkbox"/>	Intensité de la douleur de 0 à 10:
G�ne respiratoire:	(0 = Pas de douleur ; 10 = intolérable)
non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup <input type="checkbox"/>	
CIRCULATION: <i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>	Impossibilité de bouger tout ou partie du corps :
Pouls par mn:	<i>oui</i> <input type="checkbox"/> <i>non</i> <input type="checkbox"/>
fort <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/>	Groupe sanguin :
régulier <input type="checkbox"/>	

GESTES DE SECOURISME EFFECTUES:
Réanimation ventilatoire: <input type="checkbox"/>
Réanimation cardiaque: <input type="checkbox"/>
Pansement Compressif : <input type="checkbox"/>
Garrot : <input type="checkbox"/>
Allergie:
Maladie connue:
Antécédents:
Médicaments consommés (+ heure):