

IMPORTANT

1
 se munir du dossier

2
 remplir la fiche bilan

3
 Appeler le 15 auprès du patient

Fiche réalisée par (NOM + fonction) : _____ Date et Heure : _____
 Nom EHPAD : _____ RESIDENT(E)
 Adresse (+ code d'accès) : _____ Nom : _____
 _____ Prénom : _____
 Tel : 24h / 24 : _____ Age : _____

CONSTANTES

Tension artérielle : _____ Température : _____
 Fréquence cardiaque : _____ mvt/min Fréquence respiratoire : _____ mvt / min ample régulière
 Saturation d'oxygène : _____ L/min sans O2 avec O2

NEUROLOGIQUE

Conscient OUI NON
 ⇒ si NON :
 Réagit à la douleur OUI NON → mettre sur le côté
 Répond aux ordres simples OUI NON → massage cardiaque
 Respire OUI NON
 Difficulté à parler : OUI NON - faiblesse d'un membre OUI NON
 Déformation visage, bouche de travers : OUI NON

CARDIAQUE

Douleur thoracique
 ⇒ avec irradiation dos bras
 mâchoire
 Autres : _____

RESPIRATOIRE

Sueurs : OUI NON Pâleur : OUI NON
 Bruit à la respiration : OUI NON
 Parvient à prononcer une phrase : OUI NON
 Cyanose (extrémités bleutées) : OUI NON

CHUTE

maladresse malaise plaie hémorragique perte de connaissance
 - Douleur située : _____ Douleur évaluée à _____ / 10
 Déformation NON OUI ⇒ où Temps resté au sol : _____ Heure de la chute : _____

Saignement de nez
 Douleur abdominale
 Autre plainte : _____

SIGNES DE SUSPICION DE FRACTURE

raccourcissement d'un membre inférieur et/ou rotation externe pied
 déformation d'un membre supérieur
 impossibilité de soulever le talon du sol

Antécédents : Se munir du dossier médical du patient