

Créer une fiche

Fiche SMUR N°

1

Numéro d'envoi

4000300002 2

Appel	Date	26/10/2008 3	Heure d'appel	4	:		:		Appel 100 par	5	▼	
	Lieu d'intervention	6	VIM	7	▼	Identification	8					
Timing VIM	Appel SMUR	9	:		:		Arrivée site	11	:		:	
	Départ	10	:		:		Départ site	12	:		:	
Adresse intervention	Pays	Belgique 15	▼	Adresse à l'étranger								
	Code postal	16	Chercher	Localité	20							
	Rue	17	N°	21	Bte	22						
	Autre	18	N/R/A/E	23	Km	24						
	Hôpital	19	▼	25	Tous							
		Supprimer										
Patient	Nom	27	Prénom	32	Adresse à l'étranger							
	Adr. intervention	<input type="checkbox"/> 28	Résidence	Belgique 33								
	Code postal	29	Chercher	Localité	34							
	Rue	30	N°	35	Bte	36						
	Date de naissance	31	jj/mm/aaaa	Sexe	37	▼						
Médecins	Médecin traitant	39	Médecin référant	40	41	▼						

Transport	Transport	<input type="text" value="42"/>	Accompagnement	<input type="text" value="47"/>
	Transport à l'étranger	<input type="checkbox"/> 43	Hôpital à l'étranger	<input type="text" value="48"/>
	Transport vers	<input type="text" value="44"/> <input type="text" value="45"/> <input type="button" value="Tous"/>		
	Hôpital	<input type="text" value="46"/>		

Anamnèse	<input type="text" value="49"/>
----------	---------------------------------

Pupilles

AS	DS
<input type="text" value="50"/>	<input type="text" value="51"/>

Fréquence resp.

AS	DS
<input type="text" value="52"/>	<input type="text" value="53"/>

Glasgow Coma Scale

Ouverture Yeux	
<input type="text" value="54"/> AS	<input type="text" value="55"/> DS
<input type="text" value="56"/>	<input type="text" value="57"/>
Réponse Verbale	
<input type="text" value="58"/>	<input type="text" value="59"/>
Réponse motrice	
<input type="text" value="60"/>	<input type="text" value="61"/>

Antécédents:

<input type="text" value="62"/>

Irt Habituel:

<input type="text" value="63"/>

Bilan clinique initial

	AS	DS
Resp. Anormale	<input type="text" value="64"/>	<input type="text" value="65"/>
Cyanosé	<input type="text" value="66"/>	<input type="text" value="67"/>
Inconscient	<input type="text" value="68"/>	<input type="text" value="69"/>
Agité	<input type="text" value="70"/>	<input type="text" value="71"/>
Convulsions	<input type="text" value="72"/>	<input type="text" value="73"/>
Déficit Moteur	<input type="text" value="74"/>	<input type="text" value="75"/>

Agent extérieur

Accidentel ?	<input type="text" value="76"/>
Accident circulation	<input type="checkbox"/> 77
Chute	<input type="checkbox"/> 78
Intoxication Médic.	<input type="checkbox"/> 79
Intox CO	<input type="checkbox"/> 80
Intox éthylique	<input type="checkbox"/> 81
Intox Autre	<input type="checkbox"/> 82
Plaie pénétrante	<input type="checkbox"/> 83
Noyade	<input type="checkbox"/> 84
Pendaison	<input type="checkbox"/> 85
Electrocution	<input type="checkbox"/> 86
Arme à feu	<input type="checkbox"/> 87
Brûlure	<input type="checkbox"/> 88
Autre:	<input type="checkbox"/> 89 <input type="text" value="90"/>

Rythme cardiaque

	AS	DS
Rythme Sinusal	<input type="text" value="91"/>	<input type="text" value="92"/>
Fibril. Auriculaire	<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 94
Rythme SupraVentric.	<input type="checkbox"/> 95	<input type="checkbox"/> 96
Asystolie	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 98
Fibril. Ventriculaire	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 100
Tachyc. Ventriculaire	<input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 102
AESP (DEM)	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 104
Bloc AV II-III	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 106
Pacemaker/Défibr. imp.	<input type="checkbox"/> 107	<input type="checkbox"/> 108

Paramètres vitaux

	AS	DS
FC (/min)	<input type="text" value="109"/>	<input type="text" value="110"/>
TA (mm-Hg)	<input type="text" value="111"/> / <input type="text" value="113"/>	<input type="text" value="112"/> / <input type="text" value="114"/>
SPO2 (%)	<input type="text" value="115"/>	<input type="text" value="116"/>
E CO2 (mm-Hg)	<input type="text" value="117"/>	<input type="text" value="118"/>
Glycémie (mg%)		<input type="text" value="119"/>
T° (°C)		<input type="text" value="120"/>
RTS	<input type="text" value="121"/>	<input type="text" value="122"/>

Examen physique (ECG):	<input type="text" value="123"/>
------------------------	----------------------------------

	<input type="text" value="123"/>
--	----------------------------------

Diagnostic(s)	<input type="text" value="124"/>
---------------	----------------------------------

	<input type="text" value="124"/>
--	----------------------------------

Pathologie:	1 <input type="checkbox"/> Arrêt Cardiaque 125 2 <input type="checkbox"/> Trauma sévère 126 3 <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire 127 4 <input type="checkbox"/> Syndrome Coronaire aigu 128 5 <input type="checkbox"/> Stroke 129 6 <input type="checkbox"/> Intoxication / <input type="checkbox"/> Suicide 130 / <input type="checkbox"/> 131 8 <input type="checkbox"/> Autre 132								
Contention	Perfusion		Traitement			DEA préSMUR		Monito	
<input type="checkbox"/> Minerve 133 <input type="checkbox"/> Atelle M.Inf. 134 <input type="checkbox"/> Atelle M. Sup. 135 <input type="checkbox"/> Scoop 136 <input type="checkbox"/> Mal. Dépress. 137 <input type="checkbox"/> KED 138	<input type="checkbox"/> Aucune 139 <input type="checkbox"/> Périphérique 140 <input type="checkbox"/> Centrale 141 <input type="checkbox"/> Intra-osseuse 142 <input type="checkbox"/> Obturateur 143	<input type="checkbox"/> Gluc. 5% 144 <input type="checkbox"/> Colode 145 <input type="checkbox"/> NaCl 0,9% 146 <input type="checkbox"/> Autre 147	<input type="checkbox"/> Drainage gastr. 148 <input type="checkbox"/> Aérosol 149 <input type="checkbox"/> Ventil. Assistée 150 <input type="checkbox"/> V.N.I 151 <input type="checkbox"/> Guedel 152	<input type="checkbox"/> Essai Intubation 153 <input type="checkbox"/> Intubation 154 <input type="checkbox"/> Masque laryngé 155 <input type="checkbox"/> Facing 156	<input type="text" value="157"/> Nombre chocs: <input type="text" value="158"/> <input type="text" value="159"/> RUSC: <input type="text" value="160"/>	<input type="checkbox"/> SCOPF 161 <input type="checkbox"/> COG 162 <input type="checkbox"/> T.A 163 <input type="checkbox"/> Sa O2 164 <input type="checkbox"/> ET CO2 165 <input type="checkbox"/> Labo 166			
Médicaments / Doses:	Médicament IV <input type="checkbox"/> 167 <input type="text" value="168"/>		FIO2 <input type="text" value="169"/>			LUCAS <input type="checkbox"/> 170		AUTOPULSE <input type="checkbox"/> 171	
Evolution	<input type="text" value="172"/>		Défibrillation <input type="text" value="173"/> x RCP <input type="text" value="174"/> min			Médecin SMIUR: <input type="text" value="179"/> Infirmier SMIUR: <input type="text" value="180"/> Autre: <input type="text" value="181"/> Médecin Hôpital: <input type="text" value="182"/>			
Diagnostic ICD:	Principal: <input type="text" value="175"/> <input type="text" value="176"/> <input type="text" value="177"/> <input type="text" value="178"/>								

Visualiser les erreurs

Annuler/Liste des fiches

Annuler/Menu principal

Sauver temporairement

Supprimer