



# FICHE D'OBSERVATION MEDICALE

Téléconsultation

Date :

Heure d'appel

Locale :

ATU :

Médecin CCMM :

Responsable de soins :

## NAVIRE

NOM :

Pavillon : .....

Type : .....

Dotation  A /  B /  C

Armement : .....

Indicatif Radio / MMSI : .....

B ou C restreinte

Tel Passerelle : .....

Tel Infirmerie : .....

Fax : .....

Mail : .....

Telex : .....

Coordonnées GPS : \_ \_ ' \_ \_ / \_ \_ ' \_ \_

Position : .....

Port d'origine : .....

Date ou Délai : .....

Destination : .....

Date ou Délai : .....

Escale prévue : .....

Date ou Délai : .....

Escale possible : .....

Date ou Délai : .....

## PATIENT

NOM / Prénom :

Date de naissance : .....

Âge : .....

Nationalité : .....

Sexe :  M  F

N° Immatriculation : .....

Fonction : .....

ANTECEDENTS médicaux et chirurgicaux :

ALLERGIE à des médicaments :

Non  Oui, Lesquelles :

TRAITEMENT en cours :

Aucun  Oui, Lesquels :

Histoire de la maladie / Circonstances de l'accident

Date de début des symptômes ou de l'accident

Soins et traitements débutés avant téléconsultation médicale :



## BILAN DES FONCTIONS VITALES (BFV)

### NEUROLOGIQUE

#### PAROLE

- Oui, Orienté, Adapté       Geignement  
 Oui, Désorienté, Confus       Aucune

#### YEUX

- Réponse spontanée       Ouverts spontanément  
Réponse aux ordres simples       "Ouvrez les yeux !"  
Réaction à la douleur (base de l'ongle)       Ouverture des yeux       Aucune réaction à la douleur

#### MOUVEMENTS

- Réponse spontanée       Bouge spontanément  
Réponse aux ordres simples       "Serrez moi les mains !"  
Réaction à la douleur (base de l'ongle)       Mouvements adaptés       Mouvements inadaptés       Aucune réaction

#### PUPILLES

- Réactives à la lumière ?       Oui       Non  
Symétriques ?       Oui       Non  
Diamètre Gauche :       Serré       Intermédiaire       Dilaté  
Diamètre Droit :       Serré       Intermédiaire       Dilaté

### RESPIRATOIRE

Fréquence Respiratoire (Nombre de respirations sur 1 min) :  / min (N : 12-20)

- Tirage       Oui       Non  
Sueurs chaudes       Oui       Non  
Parole impossible       Oui       Non  
Bruits       Oui       Non  
Cyanose (aspect bleuté des lèvres, des ongles)       Oui       Non

### CIRCULATOIRE

Pouls radial (poignet axe du pouce) :       Bien frappé       Filant       Non perçu

Fréquence cardiaque :  / min (N : 60-100)

Tension (ou Pression) Artérielle :      Systolique  mmHg  
Diastolique  mmHg

- Marbrures       Oui       Non  
Pâleur       Oui       Non  
Sueurs       Oui       Non  
Froideurs des extrémités       Oui       Non  
Temps de Recoloration Cutané > 3 sec       Oui       Non  
Sensation de soif       Oui       Non

**DOULEUR**

EN (Evaluation numérique) =      / 10

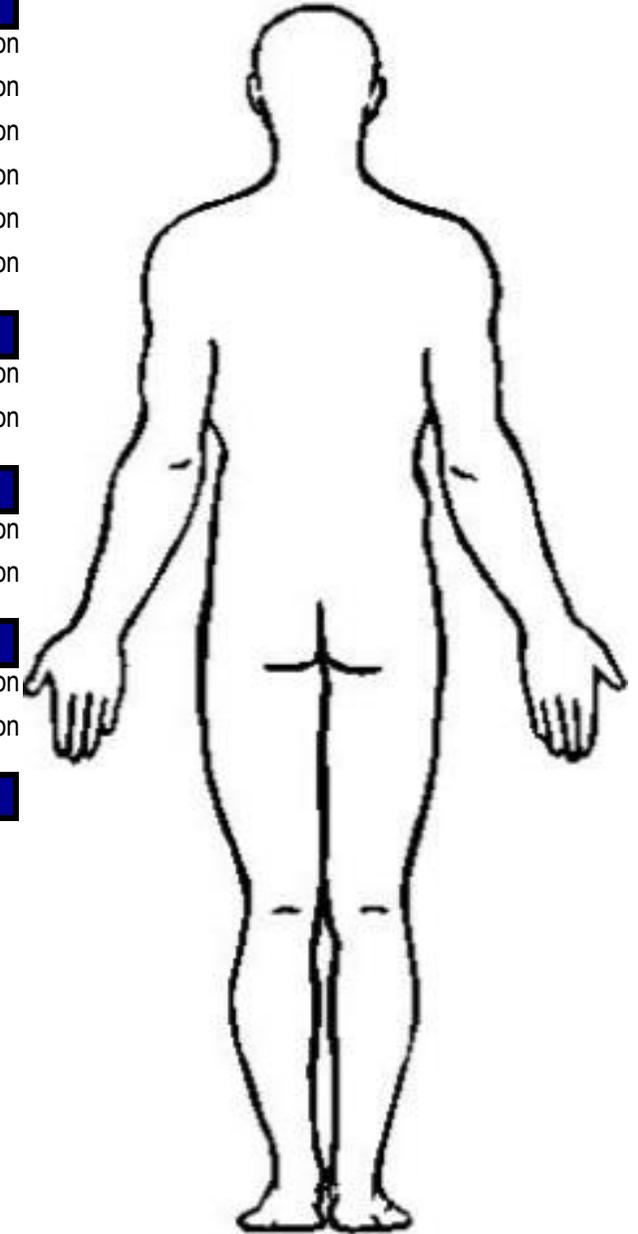
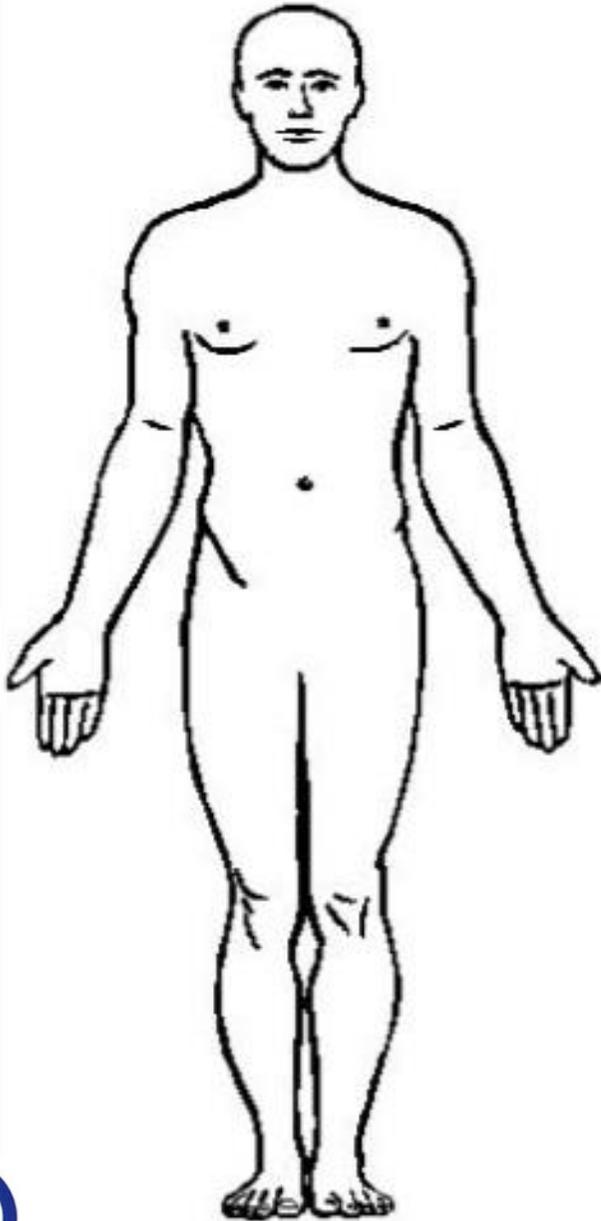
**TÊTE**

"Avez-vous : ..."

"...reçu un coup à la tête ?"     Oui, Trauma Cranien     Non

"... perdu connaissance ?"     Oui     Non

"Rappelez-vous ce qui s'est passé ?"     Oui     Non



**RACHIS**

- |   |            |                              |                              |
|---|------------|------------------------------|------------------------------|
| Douleur à la palpation                          | Cervicales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|   | Dos        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|   | Lombaires  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Pouvez-vous bouger les orteils, les doigts ?"  |            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Avez-vous des fourmillements (pieds, mains) ?" |            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Sentez-vous quand je touche ?" (jambes, bras)  |            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**THORAX**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| "Avez-vous mal en inspirant profondément ?" | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| "Avez-vous mal quand je touche les côtes ?" | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**ABDOMEN**

- |                             |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| "Avez-vous mal au ventre ?" | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Douleur à la palpation      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**BASSIN**

- |                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Appui sur le bassin douloureux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hématome testiculaire          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**MEMBRES**

- Douleur
  - Brûlure
  - Fracture     Ouverte     Fermée
  - Déformation
  - Plaie hémorragique     Compression efficace
- Heure de pose du garrot :



**ANNOTER SUR LE SCHEMA LES DIFFÉRENTES LÉSIONS, PLAIES, HÉMATOMES, FRACTURES, ZONES DOULOUREUSES...**



# BILAN MEDICAL : Bilan d'un malade

## GENERAL

Evaluation de la douleur :  / 10

Glycémie :

Température :  °C

ECG :  Oui  Non

## DOULEUR THORACIQUE

Localisation de la douleur : .....

Type de douleur :  En étai  Brûlure  Crampe  Autre : .....

Durée :  min **Toujours présente ? :**  Oui  Non

Début :  Brutal  Progressif  A l'effort  Au repos

Irradiation :  Bras  Machoire  Dos  Abdomen  Autre : .....

Signes associés de gravité :  Paleur  Sueurs  Malaise

Autres signes à rechercher :  Toux  Crachats  Majorée à l'inspiration, à la toux

Nausées  Vomissements  Emphysème sous cutané

Facteurs de risques :  Tabac  Diabète  Obésité  Hypertension  Hypercholestérolémie

## DOULEUR ABDOMINALE

Localisation de la douleur :

Type de douleur :

Brûlure  Crampe  Pointe

Autre : .....

Heure de début : .....

Durée :  min

Irradiations : .....

.....

.....

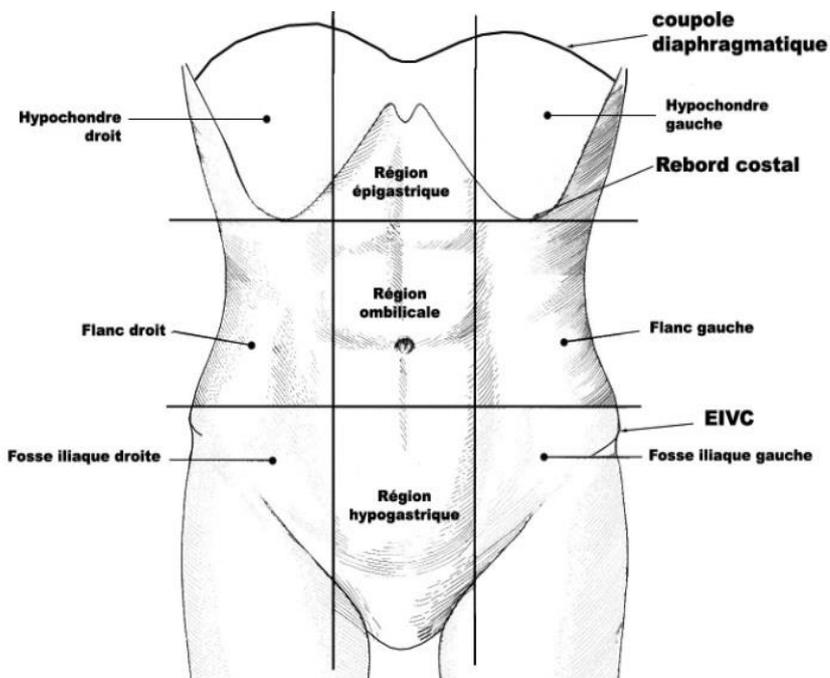
Autres signes à rechercher :

Signes urinaires

Vomissements  Nausées

Constipation  Diarrhée Nombre selles / j :

Autres : ..... Date des dernières règles : .....



## MALAISE

Perte de connaissance :  Non  Oui, durée :

Mouvements anormaux (convulsions) ? :  Non  Oui

Prodromes (signes avant le malaise) : "Avez-vous ressenti quelque chose avant le malaise ?"

Aucun  Céphalée  En se levant  Après un traumatisme  Douleur thoracique

Signes neurologiques :  Trouble de la parole  Ne bouge pas un membre  Asymétrie de la face

Convulsion  Perte urine  Morsure de langue





**CONCLUSION**

**Hypothèses diagnostiques**

[Empty box for conclusion and diagnostic hypotheses]

Envoi à [ccmm@chu-toulouse.fr](mailto:ccmm@chu-toulouse.fr) :

- ECG
- Photos

- Compte rendu médical
- Dossier CCMM conclu

**PRESCRIPTIONS**

| NOM / DCI du médicament | Dosage | Posologie | Durée (en jrs) | Problème |
|-------------------------|--------|-----------|----------------|----------|
| /                       |        |           |                |          |
| /                       |        |           |                |          |
| /                       |        |           |                |          |
| /                       |        |           |                |          |
| /                       |        |           |                |          |
| /                       |        |           |                |          |
| /                       |        |           |                |          |
| /                       |        |           |                |          |

**SURVEILLANCE**

**ACTES A REALISER**

[Empty box for surveillance and acts to be performed]

- ECG
- Photos
- BU
- Oxygène
- Test palu
- Injection
- Pansement
- Glycémie
- Sutures / Agrafes
- Réanimation (RCP)
- Immobilisation
- PLS

**DECISION**

Date et Heure de la décision : [ / / 20 ]

[ h ]

SOINS A BORD      Rappel prévu dans [ ] jours

- DEBARQUEMENT à l'escale
- DEROUTEMENT
- EVACUATION :       NON MEDICALISEE (EVASAN)
- MEDICALISEE (EVAMED)
- Accueil à quai
- Agent local contacté

EVACUATION ou DEBARQUEMENT :

Nom du Port [ ]      Pays [ ]  
CROSS [ ]      SAMU de coordination [ ]

Patient évacué ou débarqué à [ h ] le [ / / 20 ]



## FICHE DE SUIVI

| APPEL N°2   |            |            |                |
|---|------------|------------|----------------|
| Date :  | TA : /     | FR : / min | EN : / 10      |
| Heure :   | FC : / min | T° : °c    | Glycémie : g/L |
| Dr. :   |            |            |                |
| <b>Décision</b><br><input type="checkbox"/> Soins à bord<br><input type="checkbox"/> Débarquement<br><input type="checkbox"/> Déroutement<br><input type="checkbox"/> EVA Sanitaire<br><input type="checkbox"/> EVA Médicalisée |            |            |                |
| RDV pour prochain appel : .....   |            |            |                |

| APPEL N°3   |            |            |                |
|---|------------|------------|----------------|
| Date :  | TA : /     | FR : / min | EN : / 10      |
| Heure :   | FC : / min | T° : °c    | Glycémie : g/L |
| Dr. :   |            |            |                |
| <b>Décision</b><br><input type="checkbox"/> Soins à bord<br><input type="checkbox"/> Débarquement<br><input type="checkbox"/> Déroutement<br><input type="checkbox"/> EVA Sanitaire<br><input type="checkbox"/> EVA Médicalisée |            |            |                |
| RDV pour prochain appel : .....   |            |            |                |



## FICHE DE SUIVI

| APPEL N°4  |      |       |      |       |            |      |
|--|------|-------|------|-------|------------|------|
| Date :   | TA : | /     | FR : | / min | EN :       | / 10 |
|  | FC : | / min | T° : | °c    | Glycémie : | g/L  |
| Heure :  |      |       |      |       |            |      |
| Dr. :  |      |       |      |       |            |      |
| <b>Décision</b>  |      |       |      |       |            |      |
| <input type="checkbox"/> Soins à bord<br><input type="checkbox"/> Débarquement<br><input type="checkbox"/> Déroutement<br><input type="checkbox"/> EVA Sanitaire<br><input type="checkbox"/> EVA Médicalisée |      |       |      |       |            |      |
| RDV pour prochain appel : .....  |      |       |      |       |            |      |

| APPEL N°5  |      |       |      |       |            |      |
|--|------|-------|------|-------|------------|------|
| Date :   | TA : | /     | FR : | / min | EN :       | / 10 |
|  | FC : | / min | T° : | °c    | Glycémie : | g/L  |
| Heure :  |      |       |      |       |            |      |
| Dr. :  |      |       |      |       |            |      |
| <b>Décision</b>  |      |       |      |       |            |      |
| <input type="checkbox"/> Soins à bord<br><input type="checkbox"/> Débarquement<br><input type="checkbox"/> Déroutement<br><input type="checkbox"/> EVA Sanitaire<br><input type="checkbox"/> EVA Médicalisée |      |       |      |       |            |      |
| RDV pour prochain appel : .....  |      |       |      |       |            |      |

