



FICHE DE SUIVI BLESSE N°

**Remplir cette fiche
pour suivre l'évolution**

Nom du blessé:		Prénom:					
Date + Heure	Conscience	Douleur Intensité de la douleur de 0 à 10: 0 = Pas de douleur 10 = intolérable	Circulation	Ventilation	Médicaments consommés	Gestes de secourisme effectués	
	Répond aux questions: oui ☐ <i>confus</i> ☐ non ☐ Réagit aux stimulations: oui ☐ <i>faiblement</i> ☐ non ☐ Il bouge: oui ☐ non ☐ Vomissements: oui ☐ non ☐ Température:		Perte de sang oui ☐ non ☐ Pouls par mn: <i>fort</i> ☐ <i>moyen</i> ☐ <i>faible</i> ☐	oui ☐ non ☐ Gène respiratoire non ☐ un peu ☐ <i>beaucoup</i> ☐			
	Répond aux questions: oui ☐ <i>confus</i> ☐ non ☐ Réagit aux stimulations: oui ☐ <i>faiblement</i> ☐ non ☐ Il bouge: oui ☐ non ☐ Vomissements: oui ☐ non ☐ Température:		Perte de sang oui ☐ non ☐ Pouls par mn: <i>fort</i> ☐ <i>moyen</i> ☐ <i>faible</i> ☐	oui ☐ non ☐ Gène respiratoire non ☐ un peu ☐ <i>beaucoup</i> ☐			
	Répond aux questions: oui ☐ <i>confus</i> ☐ non ☐ Réagit aux stimulations: oui ☐ <i>faiblement</i> ☐ non ☐ Il bouge: oui ☐ non ☐ Vomissements: oui ☐ non ☐ Température:		Perte de sang oui ☐ non ☐ Pouls par mn: <i>fort</i> ☐ <i>moyen</i> ☐ <i>faible</i> ☐	oui ☐ non ☐ Gène respiratoire non ☐ un peu ☐ <i>beaucoup</i> ☐			