



Installation :

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

URGENCE (TRIAGE)		SOINS PRÉHOSPITALIERS	
Arrivée : <u>aaaa/mm/jj</u> Heure : <u>hh:mm</u> # civière : _____	Intubation masque laryngée : ☐ Oui ☐ Non		
Mode d'arrivée : ☐ Ambulance ☐ Civière ☐ Fauteuil roulant	Temps estimé sans manœuvre : _____		
☐ Ambulant	Manœuvres débutées à : <u>hh:mm</u>		
☐ Accompagné par : _____	# défibrillations préhospitalières : _____		
Provenance : ☐ Domicile ☐ Autre : _____			
Âge : _____	Poids estimé : _____	Glycémie capillaire : <u>hh:mm</u>	Résultat : _____ mmol/L
Antécédents pertinents : _____			
Allergies : _____			

Constat de l'arrêt cardiorespiratoire : Date : aaaa/mm/jj Heure : hh:mm Lieu : _____

Code bleu lancé à : hh:mm Témoin de l'arrêt cardiorespiratoire : ☐ Oui ☐ Non

Début des manœuvres à : hh:mm Chariot pré code au chevet : hh:mm DEA* installé : hh:mm
☐ Dossier / Dossier antérieur au chevet Arrivée de l'équipe de code bleu : hh:mm *Défibrillateur externe automatisé
 Glycémie capillaire : hh:mm Résultat : _____ mmol/L

☐ Médecin traitant avisé : Heure : hh:mm 14 à 17 ans : ☐ Pédiatre avisé : Heure : hh:mm

Nom du médecin : _____ Nom du pédiatre : _____

[illegible]

ACCÈS VEINEUX ☐ En place/perméable (cathéter # _____ Site _____)				ACCÈS INTRA-OSSEUX Installé par le Dr _____			
Heure	# cathéter	Site	Initiales	Heure	# cathéter	Site	Initiales
hh:mm				hh:mm			
hh:mm				hh:mm			
hh:mm				☐ Sous pression (300 mm Hg) ☐ Pompe à perfusion			

Heure : hh:mm Tube : # Fixé à cm ☐ EtCO₂ +
Par :

#Dossier :

PERFUSIONS						
Heure	Solutés / Médicaments	Débit (mL/h)	Voie			Initiales
			IV	IO	Centrale	
hh:mm						
hh:mm						
hh:mm						
hh:mm						

RYTHME CARDIAQUE / DÉFIBRILLATIONS												
Heure	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm	hh:mm
Rythme cardiaque *												
Défibrillation (Joules)												
*Rythme cardiaque : A : Asystolie FV : Fibrillation ventriculaire TV : Tachycardie ventriculaire RS : Rythme sinusal FA : Fibrillation auriculaire TP : Torsade de pointe AESP : Activité électrique sans pouls												

Nom, prénom :

#Dossier :

[illegible]

AUTRES CATHÉTERS		
Cathéter urinaire : # _____	Heure : <u>hh:mm</u>	Par : <u>initiales</u>
Tube oro / nasogastrique : # _____	Heure : <u>hh:mm</u>	Par : <u>initiales</u>

EXAMENS DIAGNOSTIQUES					
Analyses de laboratoire :	<u>hh:mm</u>	☐ FSC	☐ Électrolytes	☐ Glucose	☐ Créatinine/Urée
		☐ Gaz veineux	☐ Tropo	☐ PT/PTT	☐ Lactate
		☐ Autres : _____			
ECG :	<u>hh:mm</u>	_____			
FAST échographie :	<u>hh:mm</u>	_____			
RX poumons :	<u>hh:mm</u>	_____			
_____ :	<u>hh:mm</u>	_____			

[illegible]

#Dossier :

[illegible]

FIN DE RÉANIMATION	
--------------------	--

☐ Retour à la circulation spontanée (ROSC) : Heure : hh:mm

☐ Transféré à : _____ Heure : hh:mm

Accompagné par : _____

☐ Fin des manœuvres à : hh:mm

Décès constaté par le Dr _____ Heure : hh:mm ☐ Transféré à la morgue à : hh:mm

☐ Famille / Représentant avisé (nom, prénom) : _____ Lien : _____

☐ Famille / Représentant présent lors des manœuvres de réanimation

☐ Famille soutenue par : _____

☐ Effets personnels / ☐ Bijoux remis à (nom, prénom - lien) : _____ ☐ Mis à la voûte

MEMBRES DE L'ÉQUIPE PRÉSENTS	
------------------------------	--

Profession	Nom	Initiales	Profession	Nom	Initiales
Médecins			Inhalothérapeutes		
Infirmières			Infirmières auxiliaires		
			Autres		

Signature de l'infirmière responsable des notes : _____ Date : ____/____/____

Signature du médecin prescripteur : _____ Date : ____/____/____