

CROSS MED	FICHE PRISE D'ALERTE	ACCIDENT DE PLONGEE
------------------	-----------------------------	----------------------------

OPERATION N° : _____ DATE: / / 20 HEURE () : _____ H

<p style="text-align: center; color: red;">En cas d'ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE CONF A TROIS AVEC (DIRECTEMENT) MEDECIN REGULATEUR SCMM (1) / SAMU COTIER (2)</p>	<p>NUMERO DE TEL PORTABLE en cas de perte de CONTACT VHF: _____</p>
<p>SEXE : HOMME FEMME / AGE: ANS</p>	

<p>1ère ETAPE NAVIRE</p> <p>NOM du SUPPORT : _____</p> <p>Position : site de plongée : _____</p> <p>φ _____ ° _____ ' _____ " N G _____ ° _____ ' _____ " E</p> <p>Az/Distance ____/____/____</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:80%;"></td> <td style="text-align: right; font-weight: bold;">OUI NON NC</td> </tr> <tr> <td>Palanquée(s) à l'eau</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Heure prévue remontée _____ H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Délai pour atteindre le port le plus proche : _____ min port : _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Caractéristiques du support plongée :</p> <p>S/P répertorié : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (voir classeur)</p> <p style="color: red;">Si S/P non répertorié poser les questions suivantes</p> <p>Longueur navire _____ m</p> <p>Couleur _____</p> <table style="width:100%; border: 1px solid black; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Hélicoptère depuis support plongée possible ?</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		OUI NON NC	Palanquée(s) à l'eau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Heure prévue remontée _____ H		Délai pour atteindre le port le plus proche : _____ min port : _____		Hélicoptère depuis support plongée possible ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<p>2e ETAPE PLONGEE</p> <p>Type de plongée : <input type="checkbox"/> Apnée <input type="checkbox"/> Bouteille <input type="checkbox"/> Recycleur</p> <p>Type de mélange : <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Nitrox <input type="checkbox"/> Trimix</p> <p>Durée totale de la plongée : _____ min</p> <p>Profondeur max. : _____ mètres</p> <p>Durée à profondeur max : _____ min</p> <p>paliers effectués : OUI NON NC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Heure de sortie de l'eau : _____ H</p> <p>origine de l'accident (erreur de procédure / absence de paliers, remontée rapide...)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Plongée précédente < 24 h OUI NON NC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Profondeur : _____ mètres</p>	<p>3e ETAPE BILAN MEDICAL</p> <p>Médecin à bord OUI NON NC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Heure des 1^{ers} signes : _____ H</p> <p>Bilan :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:80%;"></td> <td style="text-align: right; font-weight: bold;">OUI NON NC</td> </tr> <tr> <td>Conscient</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Respire</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gêne respiratoire</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Paralysie localisation.....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fourmillements</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Peau : éruption ou démangeaison localisation.....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Douleur(s) localisation.....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Saignements localisation.....</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vertige</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td></td> </tr> </table> <p>ATCD médicaux :.....</p> <p>Soins</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:80%;"></td> <td style="text-align: right; font-weight: bold;">OUI NON NC</td> </tr> <tr> <td>Oxygène (débit _____ l/min)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aspirine (dose _____ mg)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eau (volume _____ L)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Réanimation cardio-pulmonaire</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Heure début des soins : _____ H</td> <td></td> </tr> </table>		OUI NON NC	Conscient	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Respire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gêne respiratoire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paralysie localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fourmillements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Peau : éruption ou démangeaison localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Douleur(s) localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Saignements localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vertige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres :			OUI NON NC	Oxygène (débit _____ l/min)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aspirine (dose _____ mg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Eau (volume _____ L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Réanimation cardio-pulmonaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres :		Heure début des soins : _____ H	
	OUI NON NC																																															
Palanquée(s) à l'eau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Heure prévue remontée _____ H																																																
Délai pour atteindre le port le plus proche : _____ min port : _____																																																
Hélicoptère depuis support plongée possible ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>																																															
	OUI NON NC																																															
Conscient	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Respire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Gêne respiratoire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Paralysie localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Fourmillements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Peau : éruption ou démangeaison localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Douleur(s) localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Saignements localisation.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Vertige	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Autres :																																																
	OUI NON NC																																															
Oxygène (débit _____ l/min)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Aspirine (dose _____ mg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Eau (volume _____ L)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Réanimation cardio-pulmonaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																															
Autres :																																																
Heure début des soins : _____ H																																																

<p style="text-align: center;">CONCLUSION MEDECIN</p> <p>Suspicion:</p> <p><input type="checkbox"/> Désaturation : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Barotraumatisme : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Œdème pulmonaire</p> <p><input type="checkbox"/> Noyade</p> <p><input type="checkbox"/> Erreur de procédure sans signe</p> <p><input type="checkbox"/> Arrêt cardio-respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Indéterminé</p>	<p style="text-align: center;">ÉVACUATION DÉCIDIÉE AVEC LE CROSS</p> <p style="text-align: center;">OUI NON</p> <p>MÉDICALISATION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SI OUI , provenance médecin : _____</p> <p>lieu de récupération : _____</p> <p>VECTEUR <input type="checkbox"/> Hélicopté :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> depuis support plongée</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> depuis autre moyen nautique</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> depuis hélisurface à terre (DZ)</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Nautique</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Ambulance (lieu de jonction)</p> <p>DESTINATION :</p>	<p style="text-align: center;">IDENTITE DU PLONGEUR</p> <p>NOM</p> <p>PRENOM</p>
--	--	---

TRANSMISSION Clinique St Pierre (66) H. Ste Marguerite (13) HIA Ste Anne (83) H. Pasteur (06) H. Miséricorde (2A)

TRANSMISSION SAMU 83 SAMU 2A

Nécessité de débriefer à la fin de l'opération