



Navire « _____ »

Fiche médicale individuelle

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Groupe sanguin :

Poids :

Taille :

Antécédents médicaux et traitements en cours.

Médecin traitant

Allergies connues

Vaccinations : date du dernier rappel
(Attention aux vaccinations obligatoires dans certains pays)

Anti-tétanique :

Fièvre Jaune :

Autres vaccinations :

Antécédents de chirurgie :

Autres précisions utiles
(éventuellement) :



FICHE D'OBSERVATION MEDICALE

Téléconsultation

Date : __ / __ / __

Heure : ____ / ____

Responsable des Soins :

Fonction à Bord :

NAVIRE

NOM :

Indicatif Radio : / / / / /

ARMEMENT :

Pavillon : F Autre :

POSITION :

Type de navire :

COORDONNEES : _ _ ' _ _ / _ _ ' _ _ .

PORT D'ORIGINE :

Date / Délai.....

DESTINATION :

Date / Délai.....

ESCALE PREVUE :

Date / Délai.....

POSSIBLE :

Date / Délai.....

PATIENT

NOM :

Prénom :

Né(e) le : / / Age :

Sexe : M F

Nationalité : Fr

Autre :

Fonction à Bord : Commandant
 Marin / Pêcheur

Sd Cap.
 Matelot

Lieutenant
 Passager

Chef Mécanicien
 Plaisancier

N° Immatriculation :

Autre :

COMMUNICATION CCMM

INMARSAT A B M Mini-M

Tél/Télex :

Fax :

INMARSAT C :

Code satellite	Phonie	Télex
<input type="checkbox"/> Atlantique E	(0 00) 871	0581
<input type="checkbox"/> Atlantique W	(0 00) 874	0584
<input type="checkbox"/> Pacifique	(0 00) 872	0582
<input type="checkbox"/> Océan Indien	(0 00) 873	0583

CROSS :

Conférence à 3

Relai :

OOSTENDE BERNE MONACO Radio

Autre Station Radio :

Tél. / GSM :

Internet :

♦ Mel :

Phonie

Qualité liaison : / 5

Telex Fax

APPELANT

Commandant

Second Capitaine

Lieutenant

Patient

Médecin

Infirmier

CIRCONSTANCES

Date de début ou de survenue : ____ / ____ / ____

MALADIE

Histoire de la maladie

ACCIDENT

Lieu et Mécanisme

INTOXICATION Volont. Accident.

Lieu, Toxique et Mécanisme

ANTECEDENTS

TRAITEMENT EN COURS

SOINS AVANT L'APPEL

CIRCONSTANCES

Date : ___ / ___ / ___

Heure : ___ / ___

FICHE ACCIDENT

LIEU :

MECANISME :

TRAUMATISMES APPARENTS :

Crâne Cou Thorax Mbres sup. Dt Gche
 Face Colonne Abdomen Mbres inf. Dt Gche

FONCTIONS VITALES

CONSCIENCE

oui → Perte de connaissance brève ? oui → durée : / min
ou amnésie des faits ? non

non → Réaction aux ordres simples oui non
Réaction à la douleur ? oui → adaptée ? oui
(pincer les trapèzes) non non

Pupilles Diamètre : droite mm gauche mm
Réaction à la lumière : oui non oui non

RESPIRATION

 non → Débuter ventilation artificielle

Difficulté à respirer ? oui Fréquence ventilatoire : /min (N # 12 à 20 / mn)
 non

superficielle cyanose des lèvres bruyante signes de lutte
 ample des extrémités pauses respiratoires sueurs

CIRCULATION

Pouls : /min Pression artérielle : /

Pouls radial (poignet) perçu bien frappé régulier
 filant irrégulier

non perçu → carotidien ou fémoral oui
 non → débuter Réa Cardio-Pulmonaire

Extrémités froides Temps de recoloration Rapide (< 3 s)
 Allongé

Pâleur Marbrures Sueurs Soif

EXAMEN LESIONNEL

COLONNE

Douleur : cervicale dorsale lombaire

Fourmillements Mbres sup. Dt Gche Mbres inf. Dt Gche
 Diminution de la force Mbres sup. Dt Gche Mbres inf. Dt Gche
 Diminution de la sensibilité Mbres sup. Dt Gche Mbres inf. Dt Gche
 Paralyisie Mbres sup. Dt Gche Mbres inf. Dt Gche

TETE : (nature des lésions)

Crâne :
 Face :
 Cou :
 Yeux :

THORAX :

Contusion Douleur à l'inspiration forcée/toux
 Plaie Soufflante Localisation :
 Volet costal Crépitation neigeuse (palpation)

ABDOMEN :

Douleur Localisation : Palpation : souple
 Contusion Localisation : défense
 Plaie Localisation : contracture

BASSIN :

Douleur spontanée Douleur à la pression

MEMBRES :

Localisation et nature des lésions :
.....
.....

OBSERVATION CLINIQUE

POULS : / mn

Pression Artérielle : / mm Hg

F. Resp : / mn

T° : ° C

Poids : Kg

Taille :

Electrocardiogramme

Image

DIAGNOSTIC(S) EVOQUE(S) par le Médecin CCMM

TRAITEMENT PRESCRIT par le Médecin CCMM

PROBLEMES

Médicaments absents ou gestes non réalisables

SOINS à BORD

SOINS à BORD avec Médecin

Rendez-vous prochain appel :

EVOLUTION

Appel N° 2

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 3

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 4

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

Tél Téléx Fax
 Mel

Décision

Soins à bord
 SAB avec médecin
 Débarquement
 Déroutement
 EVA Sanitaire
 EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 5

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél
- Télax
- Fax
- Mel

Décision

- Soins à bord
- SAB avec médecin
- Débarquement
- Déroutement
- EVA Sanitaire
- EVA Med.

RDV pour prochain appel :

Appel N° 6

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- Tél
- Télax
- Fax
- Mel

Décision

- Soins à bord
- SAB avec médecin
- Débarquement
- Déroutement
- EVA Sanitaire
- EVA Med.

RDV pour prochain appel :

DECISION FINALE

Date : __ / __ / ____

Heure : ____ / ____

- SOINS A BORD
- DEBARQUEMENT à l'escale
- DEROUTEMENT
- Accueil à quai
 - Médicalisé
 - Non Médicalisé

PORT :

- EVACUATION NON MEDICALISEE
- EVACUATION MEDICALISEE

Pays si étranger :

CROSS / MRCC :

Prévenu à : h