



# FICHE D'OBSERVATION MEDICALE

## Téléconsultation

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Heure : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Responsable des Soins : .....

Fonction à Bord : .....

**NAVIRE**

NOM : ODYSSEUS

ARMEMENT : .....

POSITION : .....

COORDONNEES : \_\_\_\_ ' \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ' \_\_\_\_

PORT D'ORIGINE : MARSEILLE

DESTINATION : .....

ESCALE PREVUE : .....

POSSIBLE : .....

Indicatif Radio : OR4118 / .....

MMSI: 205411810

Pavillon :  F  Autre : BELGE

Type de navire : MOTOR YACHT

Date / Délai.....

Date / Délai.....

Date / Délai.....

Date / Délai.....

**PATIENT**

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : ..... Sexe :  M  F Nationalité :  Fr  Autre : .....Fonction à Bord :  Commandant  Sd Cap.  Lieutenant  Chef Mécanicien  
 Marin / Pêcheur  Matelot  Passager  PlaisancierN° Immatriculation : .....  Autre : .....**COMMUNICATION CCMM**

EMAIL: odysseus@skyfile.com

 INMARSAT  A  B  M  Mini-M  
Tél/Télex : 00 870 764896138  
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 : ..... Phonie  
Qualité liaison : \_\_\_\_ / 5  
 Telex  Fax OOSTENDE  BERNE  MONACO Radio**APPELANT** Autre Station Radio : ..... Commandant  
 Second Capitaine  
 Lieutenant  
 Patient  
 Médecin  
 Infirmier Tél. / GSM : ..... Internet : .....

♦ Mel : .....

**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  
 non perçu                       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
- Déroulement
- 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
- Déroulement
- 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 .....