

**Certificat de refus de prise en charge ou de transport**  
*Certificate of refusal of care or transport*

Je soussigné(e)  M.  Mme  
*I hereby*

Nom : ..... Prénom : .....  
*Last name First name*

Né(e) le : ...../...../..... à : .....  
*Date of birth Place of birth*

Demeurant : .....  
*Current address*

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
*ZIP/code City Country*

Agissant :  en mon nom propre  
*Acting in my own name*

en tant que représentant légal de : .....  
*as légal representative for*

**Déclare avoir été informé de manière claire et précise par les secouristes de mon état de santé tel qu'il est décrit au verso du présent document et des conséquences éventuelles qui pourraient découler de mon refus de prise en charge.**

*Declare that i have been informed clearly and precisely by the rescuers about my health assessment which is described on the back of thid document and about consequences that may arise from my refusal of care.*

Déclare néanmoins, en toute connaissance de cause,  
*Despite this information, I declare that*

1. Refuser  la prise en charge par les secouristes  
*I refuse The care by the rescuers*

le transport vers un centre hospitalier  
*The transportation to a hospital*

2. Dégager les secouristes de toutes les conséquences possibles des suites éventuelles de ma décision éclairée.

*I will not hold the rescuers responsible for any consequences resulting from my informed decision.*

A : ..... Le : ..... Heure : .....h.....

Signature de l'intéressé(e)  
précédée de la mention « lu et  
approuvé »  
*Indicate your acceptance by first writing  
« read and approved » then sign*

Refuse de signer  
*Refusal of signature*

Identité et signature du  
secouriste  
*To be signe by the rescuer in charge*



Fédération Nationale des Métiers de la Natation & du Sport

Maison Régionale des Sports  
13 rue Jean Moulin, CS 70001 54510 TOMBLAINE  
Téléphone : 03 83 18 88 37 – Fax 03 83 18 87 58  
Mail : [cnf.fnmns@orange.fr](mailto:cnf.fnmns@orange.fr) site : [www.fnmns.org](http://www.fnmns.org)

# FICHE BILAN SECOURISTE

Cette fiche est renseignée par les premiers secouristes lors de la prise en charge de toute victime



Janvier 2023 – Version 3.1.0  
David LELONG EPN FNMNS

**INTERVENTION**

Date : ...../...../..... Poste de secours / Piscine de : ..... Tél : .....

**Lieux d'intervention :** Domicile Travail Lieu public Voie publique Accident route Sport Vestiaire Autres

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Heure présumé de l'accident : .....h..... Heure de prise en charge de la victime : .....h.....

**VICTIME**

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : ..... ans Sexe : M  F

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Personne à Prévenir : .....

Personne prévenue : OUI  NON  Tél : ..... Médecin traitant : .....

**PREMIER REGARD – OBSERVER (Environnement)**

Nature de l'intervention : .....

**Danger :** NON  OUI  Si oui lequel : .....

**Nb de victimes :** ..... **Renforts :** NON  OUI  Si oui lesquels? : .....

**Com plément d'information :** .....

**DEUXIEME REGARD - RECHERCHER**

**Plainte principale de la victime :** .....

**OBSERVATION DE LA VICTIME**

- Assise  Debout
- Allongée sur le ventre
- Recroquevillée sur elle-même

**Stabilisation du rachis**

- Oui  Non

**PRESENCE DE MENACES VITALES**

- Hémorragie externe grave :  Oui  Non
- Obstruction des voies aériennes :  Oui  Non
- L.V.A. menacée :  Oui  Non
- Absence de respiration ou respiration anormale :  Oui  Non

**ACTIONS A ENTREPRENDRE**

- Compression directe
- Pansement compressif
- Garrot
- Désobstruction des V.A.
- L.V.A. Retournement d'urgence
- Retrait du casque
- R.C.P.

**Si détresse vitale** ➔ Avis médical à : ..... h.....

**TROISIEME REGARD - APPRECIER**

**1 – RESPIRATION**

- La victime parle facilement :  Oui  Non
- Rapide :  Oui  Non  
 Ample :  Oui  Non  
 Régulière :  Oui  Non
- Qualité :  Silencieuse  Sifflement  
 Bruyante  Ronflement  
 Gargouillement
- Pause respiratoire :  Oui  Non
- Peau :  Colorée  Sèche  Humide
- Muqueuses rosées :  Oui  Non

**2 - CIRCULATION**

- Pouls est facilement perceptible :  Oui  Non
- Rapide :  Oui  Non  
 Ample :  Oui  Non  
 Régulière :  Oui  Non
- Au niveau :**  
 Poignet  Cou  Pli de l'aîne
- Pause circulatoire :  Oui  Non
- Peau :  Colorée  Sèche  Humide
- Muqueuses rosées :  Oui  Non

**3 - NEUROLOGIQUE**

- La victime est :  PCI  PCP
- Orientée :  Oui  Temps  Non  Espace
- Motricité :  
 Membres supérieurs :  Oui  Non  
 Membres inférieurs :  Oui  Non
- Sensibilité :  
 Membres supérieurs :  Oui  Non  
 Membres inférieurs :  Oui  Non
- Pupilles (P.E.R.L.) :  
 Egales :  Oui  Non  
 Réactive à la lumière :  Oui  Non

**TROISIEME REGARD - APPRECIER**

**DETRESSE VENTILATOIRE CONSTATEE**

- Oui  Non
- Position d'attente : .....
- O2 :  Oui  Non
- Avis médical :  Oui  Non

**DETRESSE CIRCULATOIRE CONSTATEE**

- Oui  Non
- Position d'attente : .....
- O2 :  Oui  Non
- Avis médical :  Oui  Non

**DETRESSE NEUROLOGIQUE CONSTATEE**

- Oui  Non
- Position d'attente : .....
- Avis médical :  Oui  Non

**QUATRIEME REGARD - MESURER**

**INTERROGER**

**PLAINTES EXPRIMEES**

- Provoqué par : .....
- Qualité : .....
- Région : .....
- Sévérité : .....
- Temps : .....

**ANTECEDENTS**

- Maladie : .....
- Hospitalisation : .....
- Traitement : .....
- Allergie : .....
- Facteurs de risque : .....

**Atteintes circonstancielles :**

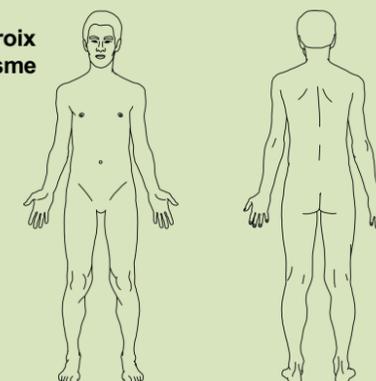
- Chute de ..... m Incendie Noyade
- Chute d'objets Vague Explosion
- Surf / S.U.P. Kite-surf Jeux ballon
- Bateau Planche à voile / voile / Cata

- Mécanisme de l'accident : .....
- Histoire de la maladie : .....

**EXAMINER (Recherche des lésions)**

Indiquer par une croix le lieu du traumatisme

- P : Plaie
- B : Brûlure
- H : Hémorragie
- T : Traumatisme
- D : Douleur
- Déf : Déformation
- AS : Abs. Sensibilité
- AM : Abs. Motricité



**MESURER (Paramètres physiologiques)**

**1 – RESPIRATION**

Fréq : ..... / min  
 SpO2 : ..... %

**2 - CIRCULATION**

Fréq : ..... / min  
 TRC  $\circ < 2 \text{ sec}$   $\circ > 2 \text{ sec}$

- TA bras G ..... / .....
- TA bras D ..... / .....
- Pouls radial
- Pouls carotidien
- Pouls fémoral

ECG :  Oui  Non  
 Transmis à : ..... H.....  
 Au SAMU de : .....

**3 - NEUROLOGIQUE**

compréhension

Evaluation de l'état de conscience

<b>E</b> (Éveillée)	
<b>V</b> (répond à une stimulation verbale)	
<b>D</b> (répond à stimulation à la douleur)	
<b>A</b> (Areactive)	

Score de l'A V C

Examen	Normal	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
<b>F</b> (visage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asymétrie
<b>A</b> (bras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Affaïssement <input type="checkbox"/> Chute
<b>S</b> (parole)	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Confuse

**SURVEILLANCE**

Paramètres physiologiques	.....H.....	.....H.....	.....H.....	.....H.....
Ventilation	FR	...../mn	...../mn	...../mn
	SPO2	.....%	.....%	.....%
Circulation	FC	...../mn	...../mn	...../mn
	TA	...../.....	...../.....	...../.....
Neurologie	Amélioration			
	Stabilité			
	Aggravation			

**EVACUATION**

Appel au SAMU à : .....h.....  
 Destination : .....

- Transport :
- VSAV ou ambulance privée
  - VSAV + SMUR
  - Moyen aérien
  - .....

- Refus de transport/soin
- Laisser sur place
- Se déplace par ses propres moyens à l'hôpital

Fin prise en charge par les secouristes : .....h.....  
 Nom du responsable de l'intervention : .....

Heure prise en charge par VSAV, ABULANCE : .....h.....  
 Indicatif ou Nom de la structure : .....