

Date :
Nom, Prénom du malade :.....
Nom, prénom du soignant :.....

étiquette

CAT CHUTE AVEC LESIONS			
CHECK-LIST 2			
A réaliser par l'appelant auprès du résident, avant tout appel à une ressource médicale			
	Consignes écrites de limitation des soins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Symptôme	Oui	Non
Circonstances du traumatisme	Par maladresse Malaise De sa hauteur Du lit Du fauteuil Position du patient : Perte de connaissance : Combien de temps : Une pupille plus dilatée : Douleur :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ min <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lésions crâne et/ou visage	Lésions crâne ou visage : Plaie Héorragique Hématome Nausées Vomissements Vertiges	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lésions membres supérieurs	Lésions membres supérieurs Hématome Plaie Héorragique Déformation Incapacité à bouger son bras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lésions membres inférieurs	Lésions membres inférieurs Plaie Héorragique Déformation Rotation externe du pied Incapacité à bouger la jambe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Constantes	Pouls : ____ TA : ____/____ Saturation oxygène : ____% T° ____ :Glycémie(dextro) : ____g/L EVA : ____ EN : ____ Algoplus : ____ Niveau de dépendance :		