

Nom et Prénom du Résident :
Age / date de naissance :
Situation inattendue ? Oui Non

Date :
Heure d'évaluation de la situation :

Motif de l'appel :

Check-list de transmission au 15

A compléter auprès du patient pour faciliter la transmission du bilan au 15.

En cas de transfert du résident, une copie de ce document peut être jointe aux documents de liaison d'urgence

Nom EHPAD :
Téléphone (où le soignant peut être joint) :
Nom du soignant :

En situation d'urgence vitale, le recueil ne doit pas retarder l'appel

Détresse Cardio-Respiratoire

Douleur thoracique
Heure de début :
Survenue : brutale progressive
Intensité : légère modérée forte
 Douleur bras Gauche / Droit
 Douleur mâchoire
 Nausées
 Vomissements

Détresse respiratoire
 Toux, crachats
 Crachats de sang
 Essoufflement au repos
 Essoufflement à l'effort
Survenue : brutale progressive
Bruits respiratoires :
 Ronflements Sifflements
 Encombrements
 Difficulté à parler
 Cyanose (lèvres ou ongles bleus)

Troubles neurologiques
 Tb. de la conscience
 Agitation

Autres signes
 Sueur
 Pâleur

Chute avec Lésion

Circonstances du traumatisme
 Par maladresse
 Malaise
 De sa hauteur
 Du lit, du fauteuil
 Hauteur élevée, escalier
Retrouvé(e) dans quelle position ?
.....
Durée de séjour au sol :

Perte de connaissance (durée).....
 Douleur (localisation).....

Lésion crâne ou visage
(localisation)
 Plaie
 Hémorragie
 Hématome Nausées
 Vomissements
 Vertiges

Lésion membre supérieur
(localisation)
 Plaie
 Hémorragie
 Hématome
 Déformation
 Incapacité à bouger le bras

Lésion membre inférieur
(localisation)
 Plaie
 Hémorragie
 Hématome
 Déformation
 Rotation ext. du pied
 Incapacité à bouger la jambe

Malaise, AVC, Traumatisme crânien, Myts anormaux

Heure de début des signes :
 Perte de connaissance Durée :
 Perte de contact
 Ouvre les yeux spontanément
 Ouvre les yeux à la demande
 Secousses bras et jambes
 Yeux révolvés
 Mâchoires serrées
 Perte d'urines
 Agitation

Réponse verbale aux sollicitations
 Paroles normales/habituelles
 Paroles confuses
 Paroles incompréhensibles

Serre la main G à la demande
 Serre la main D à la demande :

Déviation de la bouche
 Pâleur
 Sueur
 Nausée :
 Vomissement

Echelle FAST
 Face : Asymétrie expression faciale ?
 ARM : Tb motricité/sensibilité Mbre ?
 Speech: Anomalie parole ?
 Time : Heure de début des symptômes ?

Patient mis sur le côté

Douleur abdominale brutale

Signes de gravité spécifiques
 Plusieurs vomissements
Préciser quantité, aspect, présence de sang rouge ou sombre :
Date des dernières selles :
 Diarrhée récente
 Sang dans les selles
Préciser rouge ou sombre :

Urines rouges ou caillots
 Absence d'urines
 Suspicion de globe vésical
 Ventre dur et ballonné
 Masse inhabituelle (hernie)
 Douleur thoracique associée

Éléments associés
 Gonflement / cicatrice abdominale
 Pâleur extrême
 Teint inhabituel
 Agitation
 Somnolence

Paramètres vitaux et autres informations :
Pouls : ____/min. TA bras droit : ____/____ TA bras gauche : ____/____ T° : ____°C Fréquence respiratoire : ____cycles /min Régulière Irrégulière
Saturation oxygène : ____% Glycémie capillaire (dextro) : ____g/l EVA : ____/10 EN : ____/10 Algoplus : ____/5
Niveau de dépendance (Niveau GIR) : ____
Consignes de limitation des soins : Oui (Joindre une copie des directives anticipées ou décision de limitation/arrêt des thérapeutiques) Non

