

Annexe 13 : Fiche de recueil de l'alarme

Opération N°	Date :	Heure () :
Origine de l'alarme : Navire porteur de l'accidenté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom du navire :		Autre : Nom : Adresse : Autre :
Moyen de transmission de l'alarme <input type="checkbox"/> VHF canal : <input type="checkbox"/> N° Tel :		Autre :

Nombre d'accidenté (s) : (Ouvrir une fiche par accidenté)

Position : L : G : Z- :

Navire				Accidenté				Plongée							
Nom :	Oui	Non	NC	Âge :	sexe:	M	F	N°	Oui	Non	NC	Oui	Non	NC	
VHF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État neurologique								Apnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin à bord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conscient		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Paramètres de plongée			
Matériel d'oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles parole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Heure mise à l'eau	.....	
Palanquée (s) à l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles vue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Heure remontée surface	.....	
Heure prévue remontée :			Paralysie totale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Durée totale plongée	.....	
HPA possible au port le plus proche			Partielle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Profondeur max. atteinte	.....	
.....H.....			Fourmillement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Paliers effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port :			Localisation :	.....							Profondeur :	Durée :		
Caractéristiques				État ORL											
Longueur coque			Surdité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Vitesse de remontée	.....	
Couleur coque			Vertiges		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Normale 10 – 15 m/mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
& Superstructure			Saignements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				> 17 m/mn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicatif			Vomissements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Panique / gilet percuté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mâture			État Respiratoire											
				Respire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Plongées précédentes			
				Difficilement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Successives	<input type="checkbox"/>	Intervalle	
				Douleurs thorax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Consécutives	<input type="checkbox"/>	
				Saignements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				Crachats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				État cardiaque											
				Perception pouls		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Météo			
				Valeur	.....						Vent : direction	.....		
				Douleurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Force	.....	
				Localisation	.....							Mer	.....	
				Autres											
				Blessures		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Visibilité	.....	
				Type	.....							T° eau	.....	
				Premiers soins											
				Sous oxygène		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				Débit	.....									
				Aspirine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				Dose	.....									
				Autre	.....									
				PLS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				MCE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				B à B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
				Boisson :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

