



INTERVENTION AVEC DSA ET/OU UTILISATION INSUFFLATEUR MANUEL

VSAV de :
.....

Utilisation défibrillateur Zoll : oui non

Utilisation BAVU : adulte enfant
usage unique

INTERVENTION

Date : / / Commune : (code postal)

Réf. intervention :

Heure du 1^{er} appel : h Heure d'arrivée sur les lieux : h

Victime : âge : ans / sexe : H F

Cause supposée de l'ACR :

ACR ET TÉMOIN

Y a-t'il un témoin visuel de l'ACR : OUI NON Heure de l'ACR : h

Le témoin a entrepris des gestes : OUI NON Lesquels : bouche à bouche MCE DAE

DSA POMPIER

Heure de mise en route du DSA : h Nombre de chocs délivrés :

L'appareil a-t'il posé des problèmes : OUI NON Si oui, décrire :

Un DSA était-il déjà en place : OUI NON Avez-vous changé : OUI NON

ACTION MÉDICALE

1^{er} moyen médicalisé arrivé : SMUR MSP-ISP Méd libéral Autre

Heure d'arrivée : h

DEVENIR DU PATIENT

Utilisation d'une planche à masser :

Heure d'arrêt du massage cardiaque externe : h

Reprise d'une activité cardiaque spontanée : OUI NON

Le patient est : vivant décédé Destination :

Nom et prénom du chef d'agrès :

A envoyer par mail au service « gestion sanitaire » : pharmacie@sdis70.fr