



Ministère chargé de la Santé

Fiche à remplir par le dernier service médical intervenant et à retourner au SAMU territorialement compétent

Coupon à détacher avant l'envoi à l'INSERM

IDENTIFICATION DE LA VICTIME		Code département/Initiales Nom et Prénom/N° ordre
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Nom _____		Prénom _____
<i>(pour les femmes nom de naissance)</i>		
Date de naissance	ou Âge ans	
J J MM A A A A		
Antécédents cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnus
Cause présumée	<input type="checkbox"/> Médicale	<input type="checkbox"/> Traumatique

ÉVALUATION DE L'INSTALLATION ET DE L'UTILISATION DES DÉFIBRILLATEURS AUTOMATISÉS EXTERNES

(Décret n°2007-705 du 4 mai 2007)

IDENTIFICATION DE LA VICTIME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PRÉSENCE ÉVIDENTE D'UN DÉFIBRILLATEUR	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
UTILISATION DU DÉFIBRILLATEUR	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si le défibrillateur n'a pas été utilisé ne remplir que la rubrique n°1 de ce questionnaire		

RUBRIQUE N°1

SAMU N°	
DATE DE L'ARRÊT CARDIAQUE :	
J J MM A A A A	
Code postal	Commune _____
N° composé en 1 ^{er}	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 112
Téléphone du 1 ^{er} témoin	

LIEU DE SURVENUE DE L'ARRÊT CARDIAQUE		
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Centre commercial	<input type="checkbox"/> Établissement scolaire
<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Moyen de transport	<input type="checkbox"/> Cabinet de consultation d'un professionnel de santé <input type="checkbox"/>
Voie publique	<input type="checkbox"/> Aéroport de santé	
<input type="checkbox"/> Lieu de sport	<input type="checkbox"/> Gare	<input type="checkbox"/> Maison de retraite
<input type="checkbox"/> Salle de spectacle	<input type="checkbox"/> Autre établissement recevant du public	
Lors d'une activité sportive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui , lors d'une compétition <input type="checkbox"/> Lors d'une activité de loisirs <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre lieu, précisez : _____		

CIRCONSTANCES DE L'ARRÊT CARDIAQUE	
<input type="checkbox"/> Sans témoin	<input type="checkbox"/> Devant témoin
Si devant témoin : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Passant <input type="checkbox"/> Secouriste <input type="checkbox"/> Professionnel des secours <input type="checkbox"/> Autre	
RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE RÉALISÉE AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS ORGANISÉS	
<input type="checkbox"/> OUI par massage cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI par massage cardiaque + bouche à bouche <input type="checkbox"/> NON

RUBRIQUE N°2

CHOC ÉLECTRIQUE DÉLIVRÉ AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS ORGANISÉS

Nombre de chocs délivrés : Aucun Un Plusieurs (nombre) _____

Horaires

Heure mn

Heure estimée de l'arrêt cardiaque (si connue) _____ | | | | | |

Heure de réception de l'appel au 18/15 _____ | | | | | |

Heure de début des premiers gestes par témoin (si appliqués) _____ | | | | | |

Heure de délivrance du 1^{er} choc (si appliqué) _____ | | | | | |

Heure d'arrivée 1^{ers} secours sur les lieux _____ | | | | | |

Heure d'arrivée SMUR sur les lieux _____ | | | | | |

ACCÈS AU DÉFIBRILLATEUR : Libre accès Accès par référent

Défibrillateur utilisé : Défibrillateur entièrement automatique (DEA) Défibrillateur semi-automatique (DSA)

Sur conseil des services de secours Oui Non Position des électrodes correctes Oui Non

Problème technique : Oui Non

Préciser la nature du problème _____

FORMATION DU TÉMOIN QUI A DÉLIVRÉ LE 1^{ER} CHOC (au cours des trois dernières années)

Aucune Initiation courte Formation longue (+ de 3 heures)

Devenir immédiat

Récupération de l'activité circulatoire même transitoire Oui Non

Décédé sur place Oui Non

Admis à l'hôpital Oui Non Avec activité cardiaque spontanée Oui Non

Nom de l'hôpital _____

Nom du service d'hospitalisation _____

Meilleur score GLASGOW jusqu'à l'admission à l'hôpital _____

RUBRIQUE N°3

A remplir par le SAMU territorialement compétent

DEVENIR À MOYEN TERME

Sorti vivant de réanimation Oui Non

État neurologique à la sortie de réanimation ou à 30 jours :

Vivant sans séquelle

Vivant avec séquelles mineures (*sujet autonome*)

Vivant avec séquelles majeures (*sujet non autonome*)

Coma, état végétatif

Tracé ECG récupéré Oui Non

Analyse du tracé ECG initial enregistré par le défibrillateur

TV ou FV

Asystole

Rythme cardiaque organisé

La loi 78-17 du 6/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification de vos données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre dossier.

A retourner à

Centre d'expertise mort subite

INSERM U 970

56, rue Leblanc

75737 PARIS Cedex 15

Tel : 01 53 98 80 81 - Fax : 01 53 98 80 79 - Mail : cems@inserm.fr