

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Service</b>     | Date : ..... / ..... / .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Heure : ..... / .....                                                                                                                                                                   |  |
|                    | Nom du service : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    | Lieu d'intervention: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    | Intervenants : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Patient</b>     | ♂ Homme    ♀ Femme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Date de naissance : ..... / ..... / .....                                                                                                                                               |  |
|                    | Nom, Prénom: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    | Antécédents : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Tél. ☎ : .....                                                                                                                                                                          |  |
|                    | Circonstances : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Problème(s)</b> | <input type="checkbox"/> Conscient <input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer<br><input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements<br><input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Brûlure<br><input type="checkbox"/> Contusion <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Fracture<br><input type="checkbox"/> Trouble sensitif / moteur <input type="checkbox"/> Douleur .....<br><input type="checkbox"/> Autres : ..... |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Soins</b>       | <input type="checkbox"/> Alarme 144 (Appel à: ..... h.....)<br><input type="checkbox"/> RCP (Débutée à :    h    )<br><input type="checkbox"/> Défibrillation<br><input type="checkbox"/> PLS<br><input type="checkbox"/> Surveillance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Désinfection /Pansement<br><input type="checkbox"/> Couverture de Survie<br><input type="checkbox"/> Immobilisation<br><input type="checkbox"/> Autres : ..... |  |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Suivi</b>       | Patient remis à : .....<br>(Numéro de l'ambulance / Sauveteur UniGE / Parents / autre)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    | Remarques : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                         |  |
|                    | Personne de contact (famille): .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                         |  |

*Pour toute utilisation de l'infirmerie et de son matériel, merci de retourner ce formulaire par courrier interne ou par mail au service STEPS (steps@unige.ch), dans les plus brefs délais.*

*Merci pour votre engagement!*

*Pour les Agents Protectas UNIGE, ce rapport complété est à joindre à votre rapport habituel.*