

FICHE RÉFLEXE MALAISE

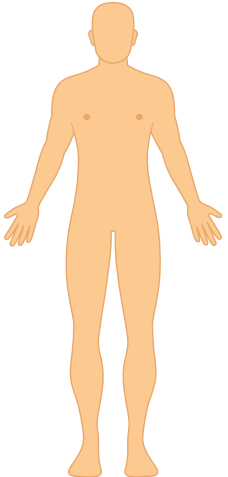
Identification

Date :	Heure : h mins
Age :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre

Signes à rechercher

Pâleur <input type="checkbox"/>	Sensation de froid <input type="checkbox"/>
Sueurs <input type="checkbox"/>	Bouffée de chaleur <input type="checkbox"/>
Agitation / Délire <input type="checkbox"/>	Paralysie soudaine de la face, du bras ou de la jambe <input type="checkbox"/>
Convulsions <input type="checkbox"/>	Diminution ou perte de la vision <input type="checkbox"/>
Tremblements <input type="checkbox"/>	Difficultés de langage ou de la compréhension <input type="checkbox"/>
Douleur serrant la poitrine <input type="checkbox"/>	Mal de tête sévère, soudain et/ou inhabituel <input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires <input type="checkbox"/>	Perte de l'équilibre <input type="checkbox"/>
Douleur intense au ventre <input type="checkbox"/>	Instabilité de la marche / chutes inexplicables <input type="checkbox"/>

Questions à poser

Est-ce la première fois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Où avez-vous mal ?	
Comment avez-vous mal ?	
Depuis combien de temps avez-vous mal ?	
Avez-vous été récemment malade et/ou hospitalisé ?	
Suivez-vous un traitement ?	

Echelle d'évaluation de la douleur

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

METTRE AU REPOS, RÉCHAUFFER, RÉCONFORTER, SURVEILLER SANS DONNER À BOIRE