

5.1.26. Formulaire régional de collecte de données des services préhospitaliers d'urgence

| HSE | HSJ | CMSSSSA | HML |
|-----|-----|---------|-----|
| √ | √ | √ | √ |

| Création | Révision | Adoption CECMDPSF |
|------------|----------|-------------------|
| 2024-10-04 | N/A | 2025-01-20 |

Se référer au [formulaire](#) disponible sur l'Espace clinique.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec



LR6802

**INFORMATIONS PRÉHOSPITALIÈRES LORS D'UN
PRÉAVIS (10-10) D'UNE SITUATION CRITIQUE**

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| Numéro du véhicule : _____ | | Sexe de l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Inconnu | | Âge de l'utilisateur : _____ | |
| Mise en situation : <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Blessés multiples | | | | | |
| _____ _____ _____ _____ | | | | | |
| État de conscience (APVU) <input type="checkbox"/> (A) Alert <input type="checkbox"/> (V) Répond aux stimuli verbaux <input type="checkbox"/> (P) Répond aux stimuli de douleur <input type="checkbox"/> (U) Sans réponse/Inconscient | | | Signes vitaux Tension artérielle : _____ mmHg Puls : _____ bpm Saturation : _____ % Oxygène : _____ Respiration : _____ Glycémie (si applicable) : _____ Température temporal (si pertinent) : _____ °C | | |
| Résultat l'échelle de Glasgow : _____ | | | | | |
| Résultat échelle de triage préhospitalier en traumatologie (ÉQTPT) (1 à 5) : _____ | | | | | |
| Intervention(s) effectuée(s) : | | | | <input type="checkbox"/> Support ventilatoire <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> O2 : _____ <input type="checkbox"/> Immobilisation spinale <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| Estimation du temps d'arrivée de l'utilisateur : _____ minutes | | | | | |
| Emplacement prévu de l'utilisateur : <input type="checkbox"/> Aire de choc : _____ <input type="checkbox"/> Triage | | | | | |
| Codes d'activation initié : <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | | | | |
| Personnel avisé : <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Assistante infirmière chef (AIC) <input type="checkbox"/> Infirmière à la salle à choc | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Infirmière au triage <input type="checkbox"/> Médecin : _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | | | |
| Nom de l'intervenant | | Signature | | Permis | |
| | | | | aaaa/mm/jj | |

GRM 14004126 Rév : (2024-10-04) - DSI
FP-CISS-6802

**INFORMATION PRÉHOSPITALIÈRE LORS D'UN PRÉAVIS
(10-10) D'UNE SITUATION CRITIQUE**

Dossier médical
D.I.C. : 3-4-4