**Questionnaire de prise en charge (élaboration de la fiche médicale)**

L’interrogatoire doit être réalisé dans les délais les plus courts. Une fiche doit être remplie pour chaque victime avec tous les renseignements nécessaires répertoriés.

**Identification de la victime** (dont numéro du patient PMA et l’étiquette SINUS, SI-VIC) :

**Nom du médecin ou de l’infirmier** qui a assuré la prise en charge générale :

Date et heure de remplissage du questionnaire :

***Partie 1 : prise en charge générale***

|  |
| --- |
| 1. **Pathologie et traitement** :

Score de Glasgow :Pathologie dominantes: Urgences absolues – UA Urgences relatives – UR brûlé intoxiqué blaste fracture.s Crâne thorax abdomen rachis polytraumatisé autre risque « nucléaire, radiologique, biologique, chimique » (NRBC) préciser :  |
| **Diagnostic et traitement** : voie veineuse périphérique intra-osseuse garrot intubé  |
| **Évolution** : amélioration stabilisation aggravation (UA / UR / DCD)  |
| 1. **Transport et destination :**

Médicalisé Non médicalisé  |
| Destination :  |
| Service :  |
| Vecteur : |
| Heure : |
| Endroit de remplissage de la fiche navette (point de regroupement des victimes – PRV / PMA / triage)  |
| 1. **Surveillance médicale et évolution** :

Clinique :Prélèvements :Thérapeutique : |

***Partie 2 : prise en charge radiologique (fiche d’évaluation radiologique)***

**Liste des informations nécessaires :**

|  |
| --- |
| 1. **Irradiation aigüe** :

oui non date et heure :rayonnements (gamma/X, neutrons) : globale et/ou localisée (partie du corps) : dose estimée en gray (Gy) : schéma de positionnement par rapport à la source. |
| 1. **Céphalées et/ou troubles de la conscience** :

oui non date et heure : |
| 1. **Érythème précoce** :

oui non localisation :date et heure : |
| 1. **Nausées et/ou vomissements et/ou diarrhées** :

oui non date et heure : |
| 1. **Hyperthermie** :

oui non date et heure : |
| 1. **Orientation**:

dose totale estimée (gamma/X + neutrons) <1 Gy surveillance par :dose totale estimée (gamma/X + neutrons) >1 Gy Hôpital |
| 1. **Risque chimique associé** :

oui non composés ?  |
| 1. **Contamination externe** :

oui non si oui préciser la zone contaminée |
| 1. **Décontamination d’urgence** :

oui non date et heure : |
| 1. **Décontamination approfondie effectuée** :

oui non date et heure : |
| 1. **Contamination externe résiduelle** :

oui non radionucléides détectés ou suspectés : *Schéma de la contamination résiduelle* |
| 1. **Contamination interne suspectée** :

oui non  |
| 1. **Contamination interne** :

mesurée par anthroporadiométrie : oui non radionucléides et activités mesurés :suspectée : oui non radionucléides : |
| 1. **Plaie contaminée** :

oui non localisation |

|  |
| --- |
| 1. **Mesures – prélèvements** :
 |
| **Date** | **Heure** |  | **FAIT** | **A FAIRE** |
|  |  | Anthroporadiométrie (s) horodatée (s) | oui non  | oui non  |
|  |  | Radiotoxicologie (s) des urines horodatée (s) | oui non  | oui non  |
|  |  | Prélèvement (s) narinaire (s) horodaté (s) | oui non  | oui non  |
|  |  | Prélèvement(s) de phanères localisés (ou horodatés) | oui non  | oui non  |
|  |  | Prélèvements sanguins horodatés : | oui non  | oui non  |
|  |  | NF, plaquettes, réticulocytes | oui non  | oui non  |
|  |  | hémostase biochimie enzymologie | oui non  | oui non  |
|  |  | sodium-24 | oui non  | oui non  |
|  |  | phénotypage des hématies | oui non  | oui non  |
|  |  | typage HLA I et II | oui non  | oui non  |
|  |  | aberrations chromosomiques | oui non  | oui non  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Traitement de la contamination interne**
 | **OUI / NON** | **HEURE** | **POSOLOGIE** |
| Iodure de potassium : Ce traitement est à administrer le plus rapidement possible en cas de contamination interne par de l’iode radioactif | oui non  |  |  |
| Radiogardase® | oui non  |  |  |
| Ca-DTPA IV lente ou perfusion | oui non  |  |  |
| Ca-DTPA par inhalation | oui non  |  |  |
| DTPA sur plaie contaminée : une à plusieurs ampoules | oui non  |  |  |