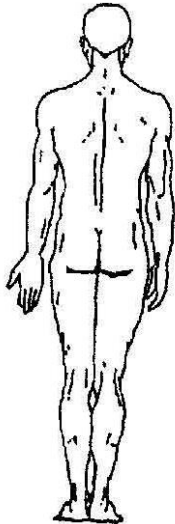
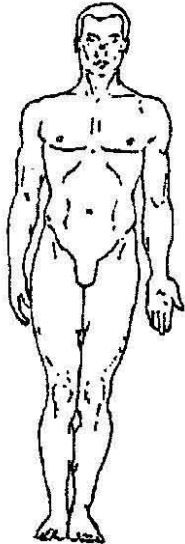


Fiche Déclenchement Secours


Date : _____ Heure de l'accident : _____ Heure d'entrée sous terre : _____
Nom du blessé : _____ Prénom : _____ Sexe : H F
Nom de la cavité : _____ Lieu exact : _____ Poids : _____ Taille : _____ Age : _____
Nb de personnes restées auprès de la victime : _____

Circonstances de l'accident

Chute : Oui Non Chute de pierres : Oui Non
Blocage sur corde : Oui Non Blocage par crue : Oui Non
Epuisement : Oui Non Saut : Oui Non
Refroidissement : Oui Non Glissade : Oui Non
Autres / plus de détails : _____



Emplacement des blessures

Plaie X
Hémorragie ~
Luxation visible o→
Suspicion de fracture fermée →
Fracture ouverte ↔
Hématome, douleur 

A qui donner l'alerte ?

Par ordre de priorité, jusqu'à établissement d'un contact

- ① CTDS du département
- ② N° Vert 0800 121 123
- ③ 112 / 17 / 18 en précisant :
 - Qu'il s'agit d'un « accident spéléologique »
 - Qu'il faut prévenir le Conseiller Technique en Spéléo-Secours du département

Informations sur le blessé

Adresse : _____
Personnes à prévenir (famille, etc.) : _____
Membre FFS : Oui Non Club : _____

Le blessé :

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Répond-il aux questions ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | ➤ Peut-il bouger de partout ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➤ A-t-il du mal à respirer ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | ➤ A-t-il un pouls au poignet ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➤ A-t-il des vomissements ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | ➤ Est-il en train de s'affaiblir ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➤ A-t-il des allergies ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquelles ? | | |
| ➤ A-t-il des antécédents ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquels ? | | |
| ➤ Ressent-il des douleurs ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui, sur une échelle de 0 à 10 :
(0 = Pas de douleur ; 10 = douleur intolérable) | | |

Gestes effectués : _____

Matériel de survie sur place

Eclairage ? Oui Non Pour combien de temps ? _____
Nourriture ? Oui Non Pour combien de temps ? _____
Couvertures de survie ? Oui Non
Le blessé est-il dans un point chaud ? Oui Oui mais inconfortable Non
Les autres membres de l'équipe ? Oui Oui mais inconfortable Non
Sont-ils tous en sécurité ? Oui Non
Autre : _____

- Prenez le temps de remplir cette fiche avant de donner l'alerte
- Evitez le sur-accident pendant la remontée de la fiche
- Installez le point chaud dans une zone sans danger (hors crue, pas sous un puits, etc.)

Informations sur le blessé

Adresse :

Personnes à prévenir (famille, etc.) :

Membre FFS : Oui Non Club :

Le blessé :

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Répond-il aux questions ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | ➤ Peut-il bouger de partout ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➤ A-t-il du mal à respirer ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | ➤ A-t-il un pouls au poignet ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➤ A-t-il des vomissements ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | ➤ Est-il en train de s'affaiblir ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ➤ A-t-il des allergies ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquelles ? | | |
| ➤ A-t-il des antécédents ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui, lesquels ? | | |
| ➤ Ressent-il des douleurs ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui sur une échelle de 0 à 10 : | | |
- (0 = Pas de douleur ; 10 = douleur intolérable)

Gestes effectués :

Matériel de survie sur place

- | | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------------|--|
| Eclairage ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Pour combien de temps ? | |
| Nourriture ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Pour combien de temps ? | |
| Couvertures de survie ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | |
| Le blessé est-il dans un point chaud ? | Oui <input type="checkbox"/> | Oui mais inconfortable <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Les autres membres de l'équipe ? | Oui <input type="checkbox"/> | Oui mais inconfortable <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Sont-ils tous en sécurité ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | |
- Autre :

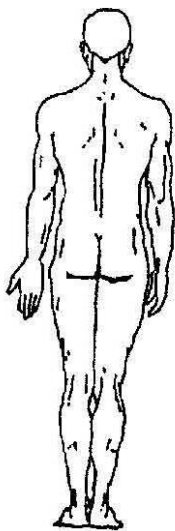
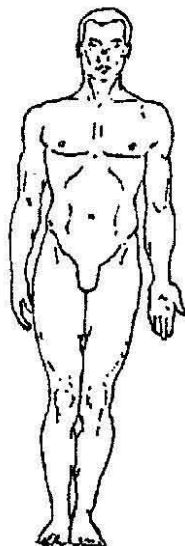
- Prenez le temps de remplir cette fiche avant de donner l'alerte
- Evitez le sur-accident pendant la remonté de la fiche.
- Installez le point chaud dans une zone sans danger (hors crue, pas sous un puits, etc.)

Fiche Déclenchement Secours

Date :	Heure de l'accident :	Heure d'entrée sous terre :
Nom du blessé :	Prénom :	Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nom de la cavité :	Lieu exact :	Poids : Taille : Age :
Nb de personnes restées auprès de la victime :		

Circonstances de l'accident

- | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| Chute : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Chute de pierres : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Blocage sur corde : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Blocage par crue : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Epuisement : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Saut : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Refroidissement : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Glissade : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
- Autres / plus de détails :



Emplacement des blessures

- | | |
|------------------------------|----|
| Plaie | X |
| Hémorragie | ~ |
| Luxation visible | o→ |
| Suspicion de fracture fermée | → |
| Fracture ouverte | ↔ |
| Hématome, douleur | ▨ |

A qui donner l'alerte ?

Par ordre de priorité, jusqu'à établissement d'un contact

- ① CTDS du département
- ② N° Vert 0800 121 123
- ③ 112 / 17 / 18 en précisant :
 - Qu'il s'agit d'un « accident spéléologique »
 - Qu'il faut prévenir le Conseiller Technique en Spéleo-Secours du département