

**PATIENT**

Nom

Prénom

Arrivée SMUR	Départ SMUR	PEC HAD
Date	Date	Date
.....	.....	.....
Heure	Heure	Heure
.....	.....	.....
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

Arrivée SMUR	Départ SMUR	PEC HAD
Date	Date	Date
.....	.....	.....
Heure	Heure	Heure
.....	.....	.....
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

## NIVEAU DE CONSCIENCE



### Conscient / Réveillable

- Ouverture des yeux spontanée
- Ouverture des yeux à la demande
- Répond aux ordres simples

### Inconscient / Non réveillable

## COMPORTEMENT



### Expressions faciales

*Grimaces, crispation, contraction du visage, front plissé, sourcils froncés*

### Verbalisation / Vocalisation

*Pleure*  
*Gémissements, geignements*  
*Plaintes, dit qu'il a mal*

### Détresse respiratoire

*Polypnée*  
*Respiration bruyante*  
*( signes d'encombrement )*

## MOUVEMENTS DU CORPS



- Position antalgique
- Protection zone douloureuse et/ou mouvements d'éviction
- Raideur, rigidité
- Agitation

## FAMILLE / ENVIRONNEMENT



- Anxiété de la famille
- Communication claire sur devenir du patient ( FeedBack )
- Personne ressource
- Structure de soins déjà en place

**Faire photo du document pour le TSMur**  
**Laisser le document au domicile**