



- 
- Organiser / Rassembler
 - Trier
 - Identifier / soigner



Organiser / Rassembler

P.R.V





TRI

- Simple - Réalisable par tous
- Rapide
- Apprentissage simple
- Sans examiner le patient



TRI

- Simple - Réalisable par tous
- Rapide
- Apprentissage simple
- Sans examiner le patient

TRI- START ABC

Simple Triage And Rapid Treatment

Indemne

Blessé léger

TRI START

A : Airways

B : Bleeding

C : Cognition

MARCHE

NE marche PAS

Indemne

Blessé léger

RESPIRATION ?

OUI

NON - LVAS

FR sup 30

FR inf 30

OUI

NON

TRC sup 2

Pouls radial non perçu
FC sup 120

TRC inf 2

Pouls radial perçu
FC inf 120

Ne réponds pas
aux ordres simples

Réponds
aux ordres simples

TRI START

A : Airways

B : Bleeding

C : Cognition

MARCHE

NE marche PAS

Indemne

Blessé léger

RESPIRATION ?

OUI

NON - LVAS

FR sup 30

FR inf 30

OUI

NON

TRC sup 2

Pouls radial non perçu
FC sup 120

TRC inf 2

Pouls radial perçu
FC inf 120

Ne réponds pas
aux ordres simples

Réponds
aux ordres simples

TRI START

A : Airways



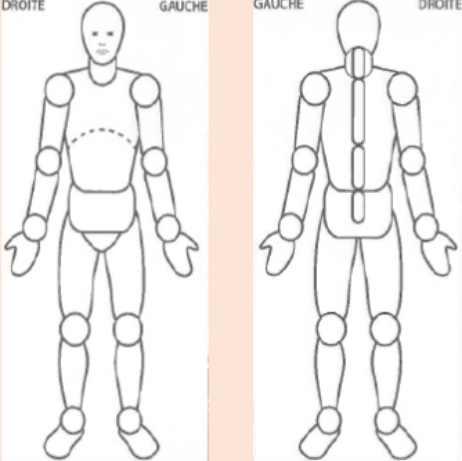







B : Bleeding

C : Cognition

30 – 2 – Peut faire


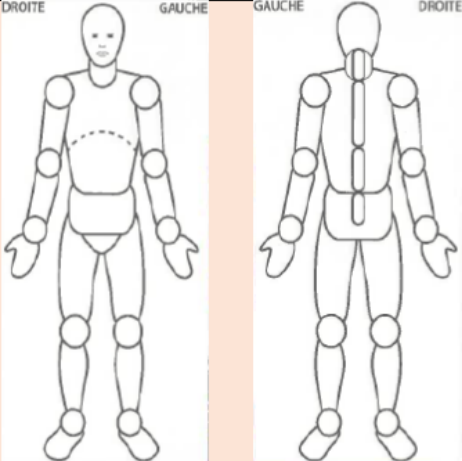


Identifier / soigner

Fiche médico-secouriste 							
Informations Victime Nom : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____ Nationalité : <input type="checkbox"/> 0-24 mois <input type="checkbox"/> 2-14 ans <input type="checkbox"/> adulte >14 ans Adresse : _____							
Circonstances Heure de prise en charge : ____h Contexte : <input type="checkbox"/> Traumatique <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> AVP Mécanisme : <input type="checkbox"/> Blast <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Ecrasement <input type="checkbox"/> Arme Blanche <input type="checkbox"/> Arme à feu <input type="checkbox"/> NRBCe <input type="checkbox"/> Brulures <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____							
SNV Tri START ABC A - Airways LVA efficace ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Difficultés respiratoires ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non B - Bleeding Hémorragie ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non C - Cognition Inconscience ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Absence de lésion physique ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sinus N° 	E - Exposition Lésionnel <input type="checkbox"/> Absence de lésion visible  Amputation  Brûlure  Contusion  X Douleur  Hémorragie  Fracture ou déformation  <input type="checkbox"/> Garrot Pose : ____h ____ <input type="checkbox"/> Pst compressif  Diagnostic médical _____ Conditionnement Position : <input type="checkbox"/> 1/2 assis <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> allongé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ Evacuation <input type="checkbox"/> Laissée sur place <input type="checkbox"/> DCD <input type="checkbox"/> Refus de transport <input type="checkbox"/> PEC Police/Gendarmerie <input type="checkbox"/> Transportée Vecteur : <input type="checkbox"/> VSAV <input type="checkbox"/> UMH <input type="checkbox"/> Amb. P <input type="checkbox"/> Hélico <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Autre Destination : _____ Heure : ____h ____ <input type="checkbox"/> Médicalisée <input type="checkbox"/> Paraméd. Documents ou affaires personnels joints : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Administratif C/A : _____ Victime confiée à : _____ Matricule : _____ CIS : _____ Heure : ____h ____ Signature : _____ Signature : _____						
Tri secouriste <input type="checkbox"/> DCD <input checked="" type="checkbox"/> Blessé grave <input type="checkbox"/> Blessé léger <input type="checkbox"/> Impliqué	Autre intervenant : <input type="checkbox"/> Médecin SP <input type="checkbox"/> Infirmier SP <input type="checkbox"/> Secouriste <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Autre prof. de santé Tri médical <input type="checkbox"/> DCD <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> EU</td><td><input type="checkbox"/> U1</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> U2</td><td><input type="checkbox"/> U3</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> UMP</td><td><input type="checkbox"/> Indemne</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> U1	<input type="checkbox"/> U2	<input type="checkbox"/> U3	<input type="checkbox"/> UMP	<input type="checkbox"/> Indemne
<input checked="" type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> U1						
<input type="checkbox"/> U2	<input type="checkbox"/> U3						
<input type="checkbox"/> UMP	<input type="checkbox"/> Indemne						

FMA

Fiche Médicale de l'Avant

Fiche médico-secouriste	
	
Informations Victime	
Nom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom :	Date de naissance : / /
Nationalité :	<input type="checkbox"/> 0-24 mois <input type="checkbox"/> 2-14 ans <input type="checkbox"/> adulte > 14 ans
Adresse :	
Circonstances	
Contexte : <input type="checkbox"/> Traumatique	<input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> AVP
Mécanisme : <input type="checkbox"/> Blast	<input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Ecrasement
<input type="checkbox"/> Arme Blanche	<input type="checkbox"/> Arme à feu <input type="checkbox"/> NRBCe <input type="checkbox"/> Brulures
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
Heure de prise en charge : ____ h	
Tri START ABC	Exposition Lésionnel
A - Airways	<input type="checkbox"/> Absence de lésion visible
LVA efficace ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Difficultés respiratoires ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
B - Bleeding	
Hémorragie ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
C - Cognition	
Inconscience ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Absence de lésion physique ?	
<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	
Diagnostic médical	
Conditionnement	
Position : <input type="checkbox"/> 1/2 assis <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> allongé	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Evacuation	
<input type="checkbox"/> Laissée sur place <input type="checkbox"/> DCD	
<input type="checkbox"/> Refus de transport <input type="checkbox"/> PEC Police/Gendarmerie	
<input type="checkbox"/> Transportée Vecteur : <input type="checkbox"/> VSAV <input type="checkbox"/> UMH <input type="checkbox"/> Amb. P	
<input type="checkbox"/> Hélico <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Autre	
Destination :	
Heure : ____ h ____ <input type="checkbox"/> Médicalisée <input type="checkbox"/> Paraméd.	
Documents ou affaires personnels joints : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Administratif	
C/A : Victime confiée à :	
Matricule : Heure : ____ h ____	
CIS : Signature :	
Signature :	
Tri médical	
<input type="checkbox"/> DCD	
<input checked="" type="checkbox"/> EU <input checked="" type="checkbox"/> U1	
<input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3	
<input type="checkbox"/> UMP <input type="checkbox"/> Indemne	

FMA

Fiche Médicale de l'Avant

TRI

- TRI secouriste
- TRI médical

Fiche médico-secouriste

Informations victime


Nom : _____ Sexe : ☐ M ☐ F
Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
Nationalité : ☐ 0-24 mois ☐ 2-14 ans ☐ adulte >14 ans
Adresse : _____

SNV

Tri START ABC

A - Airways
LVA efficace ?
☐ Oui ☒ Non
Difficultés respiratoires ?
☒ Oui ☐ Non
B - Bleeding
Hémorragie ?
☒ Oui ☐ Non
C - Cognition
Inconscience ?
☒ Oui ☐ Non
Absence de lésion physique ?
☒ Oui ☐ Non

Sinus N°



Diagnostique médical

Conditionnement

Position : ☐ 1/2 assis ☐ assis ☐ PLS ☐ allongé
☐ Autre (préciser) : _____

Evacuation

☐ Laissée sur place ☐ DCD
☐ Refus de transport ☐ PEC Police/Gendarmerie
☐ Transportée Vecteur : ☐ VSAV ☐ UMH ☐ Amb. P
☐ Hélico ☐ Collectif ☐ Autre

Destination : _____

Heure : ____h____ ☐ Médicalisée ☐ Paraméd.
Documents ou affaires personnels joints : ☐ Oui ☐ Non

Administratif

C/A : _____ Victime confiée à : _____
Matricule : _____
CIS : _____ Heure : ____h____
Signature : _____

Administratif

☐ DCD
☒ Blessé grave
☐ Blessé léger
☐ Impliqué

Administratif

☒ EU ☐ U1
☐ U2 ☐ U3
☐ UMP ☐ Indemne

Informations victime

Circonstances : _____ Heure de prise en charge : ____h____
Contexte : ☐ Traumatique ☐ Intoxication ☐ Médical ☐ AVP
Mécanisme : ☐ Blast ☐ Chute ☐ Noyade ☐ Ecrasement
☐ Arme Blanche ☐ Arme à feu ☐ NRBCe ☐ Brulures
☐ Autre (préciser) : _____

E - Exposition

Lésionnel

Absence de lésion visible

NRBCe

Agent NRBCe : _____
Durée exposition : _____
☐ Déconta urgence
☐ Déconta approfondie
☐ Antidote (préciser) : _____

Gestes médicaux

Exsufflation : ☐ D ☐ G
Drainage th. ☐ D ☐ G
☐ Thoracotomie
☐ IOT
☐ Cricotomie
☐ VVP ☐ KT IO ☐ VVC
☐ Remplissage : ____ml
☐ Amines
☐ Transfusion
☐ Auto-transfusion
☐ Exacyl
☐ Gpe RH prélevé
☐ Analgésie
☐ Sédation
☐ ATB
☐ Osmothérapie
☐ Ceinture pelvienne
☐ Attelle Donway
☐ Suture ☐ Agraphes
☐ _____
☐ _____
☐ _____

Autre intervenant :

☐ Médecin SP
☐ Infirmier SP
☐ Secouriste
☐ SMUR
☐ Autre prof. de santé

Tri médical

☐ DCD

FMA



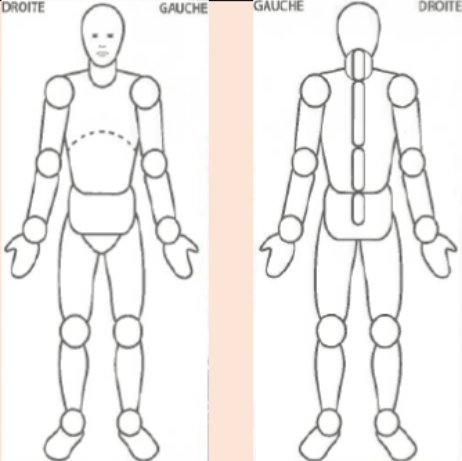
Fiche Médicale de l'Avant

TRI

- TRI secouriste
- TRI médical

Identification

- Numéro SINUS
- Identification complète

Fiche médico-secouriste		Informations Victime	
		Nom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		Prénom :	Date de naissance : / /
		Nationalité :	<input type="checkbox"/> 0-24 mois <input type="checkbox"/> 2-14 ans <input type="checkbox"/> adulte >14 ans
		Adresse :	
Circonstances		Heure de prise en charge : ____ h	
Contexte : <input type="checkbox"/> Traumatique <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> AVP Mécanisme : <input type="checkbox"/> Blast <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Noyade <input type="checkbox"/> Ecrasement <input type="checkbox"/> Arme Blanche <input type="checkbox"/> Arme à feu <input type="checkbox"/> NRBCe <input type="checkbox"/> Brulures <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			
SNV		NRBCe	
Tri START ABC		E - Exposition Lésionnel Absence de lésion visible	
A - Airways LVA efficace ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Difficultés respiratoires ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non B - Bleeding Hémorragie ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non C - Cognition Inconscience ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Absence de lésion physique ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Agent NRBCe : Durée exposition : <input type="checkbox"/> Décont. urgence <input type="checkbox"/> Décont. approfondie <input type="checkbox"/> Antidote (préciser) Gestes médicaux Exsufflation : <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Drainage th. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Thoracotomie <input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> Cricotomie <input type="checkbox"/> VVP <input type="checkbox"/> KT IO <input type="checkbox"/> VVC <input type="checkbox"/> Remplissage : ____ ml <input type="checkbox"/> Amines <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Auto-transfusion <input type="checkbox"/> Exacyl <input type="checkbox"/> Gpe RH prélevé <input type="checkbox"/> Analgésie <input type="checkbox"/> Sédation <input type="checkbox"/> ATB <input type="checkbox"/> Osmothérapie <input type="checkbox"/> Ceinture pelvienne <input type="checkbox"/> Attelle Donway <input type="checkbox"/> Suture <input type="checkbox"/> Agraphes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Sinus N° 		DROITE GAUCHE GAUCHE DROITE  <input type="checkbox"/> Garrot Pose : ____ h	
Diagnostic médical			
Conditionnement			
Position : <input type="checkbox"/> 1/2 assis <input type="checkbox"/> assis <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> allongé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			
Evacuation		Autre intervenant :	
<input type="checkbox"/> Laissée sur place <input type="checkbox"/> DCD <input type="checkbox"/> Refus de transport <input type="checkbox"/> PEC Police/Gendarmerie <input type="checkbox"/> Transportée Vecteur : <input type="checkbox"/> VSAV <input type="checkbox"/> UMH <input type="checkbox"/> Amb. P <input type="checkbox"/> Hélico <input type="checkbox"/> Collectif <input type="checkbox"/> Autre Destination :		<input type="checkbox"/> Médecin SP <input type="checkbox"/> Infirmier SP <input type="checkbox"/> Secouriste <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Autre prof. de santé	
Tri secouriste		Tri médical	
<input type="checkbox"/> DCD <input checked="" type="checkbox"/> Blessé grave <input type="checkbox"/> Blessé léger <input type="checkbox"/> Impliqué		<input type="checkbox"/> DCD <input checked="" type="checkbox"/> EU <input checked="" type="checkbox"/> U1 <input type="checkbox"/> U2 <input type="checkbox"/> U3 <input type="checkbox"/> UMP <input type="checkbox"/> Indemne	
Administratif			
C/A :		Victime confiée à :	
Matricule :			
CIS :		Heure : ____ h	
Signature :		Signature :	

FMA

Fiche Médicale de l'Avant

TRI

- TRI secouriste
- TRI médical

Identification

- Numéro SINUS
- Identification complète

Soins

- Au PRV

Intervention		N° :		Date :	
Lieu de prise en charge :					
Motif Appel :		Personne à prévenir :		N° de téléphone :	
Précisions circonstances					
Bilan		Heure du bilan : ____ h ____		Grossesse	
A - Airways	B - Breathing	C - Circulation	D - Disability		
Voies aériennes	Respiration	Circulation	Neurologique		
<input type="checkbox"/> Libres <input type="checkbox"/> Obstruées	FR : ____ / min	FC : ____ / min	<input type="checkbox"/> Conscient	<input type="checkbox"/> Perte eaux	
	<input type="checkbox"/> Ample	<input type="checkbox"/> Régulière	<input type="checkbox"/> Inconscient	<input type="checkbox"/> Perte sang	
	<input type="checkbox"/> Superficielle	<input type="checkbox"/> Irrégulière	<input type="checkbox"/> Réponse OS	<input type="checkbox"/> Envie de pousser	
	<input type="checkbox"/> Difficile / Tirage	<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Réponse QS	<input type="checkbox"/> Gross. multiple	
	<input type="checkbox"/> Bruyante	<input type="checkbox"/> Pouls rad. bien perçu	<input type="checkbox"/> Ouvre les yeux	Terme :	
	<input type="checkbox"/> Régulière	<input type="checkbox"/> Mal perçu	<input type="checkbox"/> Pupilles symétriques	Nb accouch. :	
	<input type="checkbox"/> Irrégulière		<input type="checkbox"/> Pupilles asymétriques	H.déb. travail :	
	<input type="checkbox"/> Symétrique	TA Dr. ____ / ____	Motricité:	Durée contract ⁹ :	
	<input type="checkbox"/> Asymétrique	TA Gau. ____ / ____	<input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD	Interv.contract ⁹ :	
	<input type="checkbox"/> Absente		<input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID	Autres gestes	
SpO2 : ____ % en AA		<input type="checkbox"/> Pâleur	<input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> Retrait casque	
<input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Sueurs	<input type="checkbox"/> Sueurs	<input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> Désorienté	<input type="checkbox"/> Dégagement d'urgence	
<input type="checkbox"/> Parole impossible	<input type="checkbox"/> Marbrures	<input type="checkbox"/> PC - durée : ____ min	<input type="checkbox"/> Convulsions	<input type="checkbox"/> Maintien tête	
Observation bilan :		<input type="checkbox"/> Somnolence	Température: ____ °C	<input type="checkbox"/> Collier cervical	
Antécédents / Traitements / Allergies :		EN : ____ / 10	Dextro : ____	<input type="checkbox"/> Plan dur	
<input type="checkbox"/> Anticoagulant				<input type="checkbox"/> ACT	
Gestes secouristes effectués				<input type="checkbox"/> MID	
<input type="checkbox"/> LVA	<input type="checkbox"/> O2 : ____ L/min	<input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> DSA	<input type="checkbox"/> PLS	<input type="checkbox"/> Attelle	
<input type="checkbox"/> Aspiration mucosités	<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Pst compressif	<input type="checkbox"/> Couverture de survie	<input type="checkbox"/> Echarpe	
<input type="checkbox"/> Insufflation	<input type="checkbox"/> Pst 3 côtés			<input type="checkbox"/> Refroidissement	
Surveillance - Evolution					
Param./horaires	____ h ____	____ h ____	____ h ____	____ h ____	____ h ____
FR					
SpO2					
AA/O2					
FC					
TA					
Conscience					
EN					
T°					
Dextro					
Hb capillaire					
Signes autres					
Traitements administrés - Voie administration					
Observations libres :					

FMA

Fiche Médicale de l'Avant

TRI

- TRI secouriste
- TRI médical

Identification

- Numéro SINUS
- Identification complète

Soins

- Au PRV
- Au PMA



SNV

Tri START ABC

A - Airways

LVA efficace ?

☐ Oui ☒ Non

Difficultés respiratoires ?

☒ Oui ☐ Non

B - Bleeding

Hémorragie ?

☒ Oui ☐ Non

C - Cognition

Inconscience ?

☒ Oui ☐ Non

Absence de lésion
physique ?

☒ Oui ☐ Non

Sinus N°



Tri secouriste

☒ DCD

☒ Blessé grave

☐ Blessé léger

☐ Impliqué

Informations Victime

Nom :

Sexe : ☐ M ☐ F

Prénom :

Date de naissance : / /

Nationalité :

☐ 0-24 mois ☐ 2-14 ans ☐ adulte > 14 ans

Adresse :

Circonstances

Heure de prise en charge : ____ h

Contexte : ☐ Traumatique

☐ Intoxication

☐ Médical

☐ AVP

Mécanisme : ☐ Blast

☐ Chute

☐ Noyade

☐ Ecrasement

☐ Arme Blanche

☐ Arme à feu

☐ NRBCe

☐ Brulures

☐ Autre (préciser) :

E - Exposition

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

Lésionnel

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

Absence de lésion visible

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

NRBCe

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

Agent NRBCe :

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

Durée exposition :

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

Gestes médicaux

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

GAUCHE

Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge secouriste et interactions avec les équipes médicales Ann. Fr. Med. Urgence (2016) 6:9-12 DOI 10.1007/s13341-016-0614-3

Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015.

Prise en charge médicale préhospitalière. Ann. Fr. Med. Urgence (2016) 6:13-15 DOI 10.1007/s13341-016-0613-4

Agressions collectives par armes de guerre. Conduites à tenir pour les professionnels de santé. 2018

Délais cliniques et catégorisation pour la relève et le triage des blessés de guerre. 913/DEF/DCSSA/EMO du 15 novembre 2010

Recommandations de bonne pratique clinique concernant la prise en charge médicale des victimes d'une « tuerie de masse ». Ann. Fr. Med. Urgence (2018) 8:401-421 DOI 10.3166/afmu-2018-0103

Super G . START : A Triage Trainin Module. Neewport Beach. CA : Hoag Memorial Hospital Presbyterian; 1984.

Field triage score (FTS) in battlefield casualties: validation of a novel triage technique in a combat environment . Am J Surg. 2010 Dec;200(6):724-7; discussion 727. doi: 10.1016/j.amjsurg.2010.08.006.