CROSS MED	FICHE PRISE D'ALERTE	ACCIDENT DE PLONGEE

OPERATION N° : DATE: / / 20 HEURE ( ) : H

En cas d'ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE
CONF A TROIS AVEC (DIRECTEMENT)
MEDECIN REGULATEUR SCMM (1) / SAMU COTIER (2)

SEXE : HOMME FEMME / **AGE:** ANS

NUMERO DE TEL PORTABLE en cas de perte de CONTACT VHF: _____

1ère ETAPE NAVIRE

NOM du SUPPORT : _____

Position :

site de plongée :_____

φ _____°_____'_,_____ N

G _____°_____'_,_____ E

Az/Distance ____/_____/____

	OUI	NON	NC
Palanquée(s) à l'eau	❑	❑	❑

Heure prévue remontée _____H_____

Délai pour atteindre le port le plus proche :
_____ min port : _____

Caractéristiques du support plongée :

S/P répertorié : OUI ❑ NON ❑
(voir classeur)

Si S/P non répertorié poser les questions suivantes

Longueur navire _____ m

Couleur _____

Hélitreuillage depuis support plongée possible ? OUI ❑ NON ❑

2e ETAPE PLONGEE

Type de plongée :

❑ Apnée ❑ Bouteille ❑Recycleur

Type de mélange :

❑ Air ❑ Nitrox ❑Trimix

Durée totale de la plongée : _____ min

Profondeur max. : _____ mètres

Durée à profondeur max : _____ min

	OUI	NON	NC
paliers effectués :	❑	❑	❑

Heure de sortie de l'eau : _____H_____

origine de l'accident
(erreur de procédure / absence de paliers, remontée rapide...)

.....

.....

.....

.....

	OUI	NON	NC
Plongée précédente < 24 h	❑	❑	❑

Profondeur : _____ mètres

3e ETAPE BILAN MEDICAL

	OUI	NON	NC
Médecin à bord	❑	❑	❑

Heure des 1ers signes : _____H_____

Bilan :

	OUI	NON	NC
Conscient	❑	❑	❑
Respire	❑	❑	❑
Gène respiratoire	❑	❑	❑
Paralysie localisation.....	❑	❑	❑
Fourmillements	❑	❑	❑
Peau : éruption ou démangeaison	❑	❑	❑
localisation.....			
Douleur(s) localisation.....	❑	❑	❑
Saignements localisation.....	❑	❑	❑
Vertige	❑	❑	❑

Autres :.....

ATCD médicaux :.....

Soins

	OUI	NON	NC
Oxygène (débit _____ l/min)	❑	❑	❑
Aspirine (dose _____ mg)	❑	❑	❑
Eau (volume ____ L)	❑	❑	❑
Réanimation cardio-pulmonaire	❑	❑	❑

Autres :

Heure début des soins : _____H_____

CONCLUSION MEDECIN

Suspicion:

- ❑ Désaturation : _____
- ❑ Barotraumatisme : _____
- ❑ Œdème pulmonaire
- ❑ Noyade
- ❑ Erreur de procédure sans signe
- ❑ Arrêt cardio-respiratoire
- ❑ Autre : _____
- ❑ Indéterminé

ÉVACUATION DÉCIDÉE AVEC LE CROSS

	OUI	NON
MÉDICALISATION	❑	❑

SI OUI , provenance médecin : _____

lieu de récupération : _____

VECTEUR ❑ Héliporté :
- ❑ depuis support plongée
- ❑ depuis autre moyen nautique
- ❑ depuis hélisurface à terre (DZ)
  - ❑ Nautique
  - ❑ Ambulance (lieu de jonction)

DESTINATION :

IDENTITE DU PLONGEUR

NOM

PRENOM

TRANSMISSION ❑ Clinique St Pierre (66) ❑ H. Ste Marguerite (13) ❑ HIA Ste Anne (83) ❑ H. Pasteur (06) ❑ H. Miséricorde (2A)

TRANSMISSION ❑ SAMU 83 ❑ SAMU 2A

Nécessité de débriefer à la fin de l'opération ❑