



Ministère chargé de la Santé

## ÉVALUATION DE L'INSTALLATION ET DE L'UTILISATION DES DÉFIBRILLATEURS AUTOMATISÉS EXTERNES

(Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007)

Fiche à remplir par le dernier service médical intervenant et à retourner au SAMU territorialement compétent

PRÉSENCE ÉVIDENTE D'UN DÉFIBRILLATEUR  Oui  Non

UTILISATION DU DÉFIBRILLATEUR  Oui  Non

**Si le défibrillateur n'a pas été utilisé ne remplir que la Rubrique N° 1 de ce questionnaire**

### RUBRIQUE N° 1

SAMU N° | | | |

DATE DE L'ARRÊT CARDIAQUE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
J J M M A A A A

Code postal | | | | | | | | Commune \_\_\_\_\_

N° composé en 1<sup>er</sup>  15  18  112

Téléphone du 1<sup>er</sup> témoin | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION DE LA VICTIME  Masculin  Féminin

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

(pour les femmes nom de naissance)

Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
J J M M A A A A ou Âge | | | | ans

Antécédents cardiaques  Oui  Non  Inconnus

Cause présumée  Médicale  Traumatique

### LIEU DE SURVENUE DE L'ARRÊT CARDIAQUE

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile           | <input type="checkbox"/> Centre commercial  | <input type="checkbox"/> Établissement scolaire                              |
| <input type="checkbox"/> Travail            | <input type="checkbox"/> Moyen de transport | <input type="checkbox"/> Cabinet de consultation d'un professionnel de santé |
| <input type="checkbox"/> Voie publique      | <input type="checkbox"/> Aéroport           | <input type="checkbox"/> Maison de retraite                                  |
| <input type="checkbox"/> Lieu de sport      | <input type="checkbox"/> Gare               | <input type="checkbox"/> Autre établissement recevant du public              |
| <input type="checkbox"/> Salle de spectacle |   |  |

Lors d'une activité sportive Oui  Non  Si oui, lors d'une compétition  Lors d'une activité de loisirs

Autre lieu, précisez : \_\_\_\_\_

### CIRCONSTANCES DE L'ARRÊT CARDIAQUE

Sans témoin  Devant témoin

Si devant témoin :  Famille  Passant  Secouriste  Professionnel des secours  Autre

### RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE RÉALISÉE AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS ORGANISÉS

OUI par massage cardiaque  OUI par massage cardiaque + bouche à bouche  NON

## RUBRIQUE N° 2

### CHOC ÉLECTRIQUE DÉLIVRÉ AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS ORGANISÉS

Nombre de chocs délivrés :  Aucun  Un  Plusieurs (nombre) \_\_\_\_\_

#### Horaires

Heure mn

Heure estimée de l'arrêt cardiaque (si connue) \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

Heure de réception de l'appel au 18/15 \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

Heure de début des premiers gestes par témoin (si appliqués) \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

Heure de délivrance du 1<sup>er</sup> choc (si appliqué) \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

Heure d'arrivée 1<sup>ers</sup> secours sur les lieux \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

Heure d'arrivée SMUR sur les lieux \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|\_|

**ACCÈS AU DÉFIBRILLATEUR** :  Libre accès  Accès par référent

**Défibrillateur utilisé** :  Défibrillateur entièrement automatique (DEA)  Défibrillateur semi-automatique (DSA)

↳ Sur conseil des services de secours  Oui  Non Position des électrodes correctes  Oui  Non

**Problème technique** :  Oui  Non

Préciser la nature du problème \_\_\_\_\_

#### FORMATION DU TÉMOIN QUI A DÉLIVRÉ LE 1<sup>ER</sup> CHOC (au cours des trois dernières années)

Aucune  Initiation courte  Formation longue (+ de 3 heures)

#### Devenir immédiat

▪ Récupération de l'activité circulatoire même transitoire  Oui  Non

▪ Décédé sur place  Oui  Non

▪ Admis à l'hôpital  Oui  Non Avec activité cardiaque spontanée  Oui  Non

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Nom du service d'hospitalisation \_\_\_\_\_

## RUBRIQUE N° 3

**A remplir par le SAMU territorialement compétent**

#### DEVENIR À MOYEN TERME

Sorti vivant de réanimation  Oui  Non

#### État neurologique à la sortie de réanimation ou à 30 jours :

Vivant sans séquelle

Vivant avec séquelles mineures (sujet autonome)

Vivant avec séquelles majeures (sujet non autonome)

Coma, état végétatif

**Tracé ECG récupéré**  Oui  Non

#### Analyse du tracé ECG initial enregistré par le défibrillateur

TV ou FV

Asystole

Rythme cardiaque organisé