

Demande d'intervention HéliSMUR

A remplir par le SAMU demandeur et à télécopier au 02 40 08 73 38

NUMÉRO DRM

Appelant

Date : Heure appel : SAMU : 44 49 53 72 85

Heure 1er appel (début de l'affaire) : Médecin régulateur :

Type de demande : HELISMUR MISE A DISPOSITION

Nature et lieu de l'intervention

ORIGINE	DESTINATION
Commune (établissement) :	Etablissement :
Lieu (service) :	Service :
DZ & Sécurité prévue :	DZ & Sécurité prévue :

DZ : Aller la chercher sur les lieux Attendre victime

Identification victime

Nom : Prénom : Age : Sexe : Poids :

Histoire clinique - Paramètres initiaux - Traitements

CATEGORISATION

CCMS : _____ PDL _____

Patho **6** = non stabilisé, évolutif
(coma neurochirurgicale, IDM compliqué ...)
4 = stabilisé évolutif
(Insuffisance respiratoire aiguë, brûlé ...)
2 = stabilisé non évolutif
(coma récent stable, intoxication conditionnée ...)

Distance **3** = mission prioritaire
(T vol avec le pt = 1/2 T vol total)
2 = mission intermédiaire
(idem entre 1/3 et 1/2 vol global)
1 = mission non prioritaire
(idem inférieur à 1/3 global)

Logistique **3** = pas de SMUR sur place
2 = l'hélico se pose "près" du patient (pas de relais ambulance)
1 = nécessité d'un relais routier entre le patient et l'hélico

DECISION

Mission possible

Possible avec délai

- mission en cours
- demande simultanée prioritaire (N° Centaure _____)
- équipe spécialisée nécessaire
- matériel spécialisé nécessaire
- autres :

Mise en attente

- météo
- rendez-vous
- pré-alerte
- cause technique
- autres :

Impossible : météo autre mission prioritaire (N° Centaure _____) cause technique autres

DECISION FINALE

Médecin régulateur du SCMH :

Mission possible

Mission impossible