

FICHE INDIVIDUELLE VICTIME OU IMPLIQUE**SOINS DE TERRAIN** N°

Nom Prénom

N° Tri

Adresse Tél.

CUMP **Département** /..../..../**SOINS DE TERRAIN** N°

Date Heure (de l'examen)

Soins individuels
Soins en groupe
Victime directe (blessé physique)
 indirecte (impliqué)
 Témoin
 Famille, proche
 Sauveteur
Sexe M F
Date de naissance

Nationalité

Atteinte(s) somatique(s) oui non
 si oui, la(les)quelle(s)
Atteinte psychologique**Anxiété**absente
moyenne
importante **État thymique**neutre
plutôt triste
franchement triste
exalté, euphorique **Troubles du comportement**aucun
inhibition
sidération
agitation
actes automatiques
agressivité
confusion
troubles dissociatifs
délire **Traitement médicamenteux** oui non *(administré sur place, sur indication CUMP)*
 si oui, produit(s) doseinj per os
 doseinj per os
 doseinj per os
 doseinj per os
Plainte(s) somatique(s) oui non
 si oui, la(les)quelle(s)
Contact relationnel avec l'intervenantsatisfaisant
peu satisfaisant
insatisfaisant
très insatisfaisant **Verbalisation**spontanée
provoquée facile
provoquée difficile
absente **Nature du récit de l'événement**factuel exclusif
(seul le récit des faits est rapporté)
émotionnel exclusif
(seul le ressenti de l'événement est verbalisé)
factuel et émotionnel
amnésie
récit absent **Autre(s) remarque(s)****Nature de l'événement**

Date Heure (de l'événement)

Intervenant

Psychiatre

Psychologue

Infirmier