



## 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 \_\_\_\_\_

**Meilleur score GLASGOW** jusqu'à l'admission à l'hôpital \_\_\_\_\_

## 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

La loi 78-17 du 6/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification de vos données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre dossier.

**A retourner à**

Centre d'expertise mort subite

INSERM U 970

56, rue Leblanc

75737 PARIS Cedex 15

Tel : 01 53 98 80 81 - Fax : 01 53 98 80 79 - Mail : cems@inserm.fr