



FICHE REFLEXE MALAISE

**METTRE AU REPOS, RECHAUFFER, RECONFORTER,
RESPECTER SON INTIMITE, SURVEILLER SANS DONNER A BOIRE**

SIGNES A RECHERCHER

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pâleur | <input type="checkbox"/> Douleur Serrant la Poitrine |
| <input type="checkbox"/> Sueurs | <input type="checkbox"/> Difficultés Respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Paralysie d'un côté | <input type="checkbox"/> Douleur Intense au ventre |
| <input type="checkbox"/> Agitation, délire | <input type="checkbox"/> Sensation de froid |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Bouffée de Chaleur |
| <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Anomalie de la parole | <input type="checkbox"/> Nausées, Vomissements |

QUESTIONS A POSER

| | |
|--|--|
| Avez-vous mal quelque part ? | |
| Est-ce la première fois ? | |
| Depuis combien de temps vous sentez-vous mal ? | |
| Prenez-vous des médicaments ? | |
| Avez-vous déjà été hospitalisé ? | |
| Avez-vous mangé ce matin ? | |

APPELER LE 15

et / ou

NUMERO INTERNE

FICHE REFLEXE MALAISE

**METTRE AU REPOS, RECHAUFFER, RECONFORTER,
RESPECTER SON INTIMITE, SURVEILLER SANS DONNER A BOIRE**

SIGNES A RECHERCHER

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pâleur | <input type="checkbox"/> Douleur Serrant la Poitrine |
| <input type="checkbox"/> Sueurs | <input type="checkbox"/> Difficultés Respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Paralysie d'un côté | <input type="checkbox"/> Douleur Intense au ventre |
| <input type="checkbox"/> Agitation, délire | <input type="checkbox"/> Sensation de froid |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Bouffée de Chaleur |
| <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Maux de tête |
| <input type="checkbox"/> Anomalie de la parole | <input type="checkbox"/> Nausées, Vomissements |

QUESTIONS A POSER

| | |
|--|--|
| Avez-vous mal quelque part ? | |
| Est-ce la première fois ? | |
| Depuis combien de temps vous sentez-vous mal ? | |
| Prenez-vous des médicaments ? | |
| Avez-vous déjà été hospitalisé ? | |
| Avez-vous mangé ce matin ? | |

APPELER LE 15

et / ou

NUMERO INTERNE