

« ANNEXE III - 19
(Article A. 322-78 du code du sport)

NOM PRENOM..... Date de naissance.....
 Date Tél Club ou directeur de plongée:.....
 Nom et adresse de l'établissement.....

CARACTERISTIQUES DE LA PLONGEE ET DE L'ACCIDENT

Lieu :	Signes observés	Heure												
▪ Apnée <input type="checkbox"/>												
▪ Scaphandre autonome <input type="checkbox"/>												
-air <input type="checkbox"/>												
-mélanges : pourcentage des gaz du mélange :												
nitrox <input type="checkbox"/>												
hélioX <input type="checkbox"/>												
trimix <input type="checkbox"/>												
Profondeur maximale :.....mètres												
Durée totale :minutes												
Paliers	Premiers soins :													
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="padding: 2px;">mètres</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">minutes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	mètres						minutes						Position latérale de sécurité. <input type="checkbox"/>	
mètres														
minutes														
	Massage cardiaque externe <input type="checkbox"/>													
	Bouche à bouche <input type="checkbox"/>													
	Oxygène <input type="checkbox"/>													
	Aspirine <input type="checkbox"/>													
	Boisson <input type="checkbox"/>													
Heure de sortie :														
Table utilisée :														
Ordinateur :à joindre														
Plongées successives : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>														
Remontée :	Incidents :													
- Normale 10 – 15 m/mm <input type="checkbox"/>														
- Rapide > 17 m/mm <input type="checkbox"/>														
- Panique <input type="checkbox"/>														

INTERVENTION MEDICALE

Nom du médecin :.....Tél

Heure de prise en charge..... Lieu.....

Examen clinique et diagnostic évoqué	Heure
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Traitement.....	
.....	

EVACUATION PRIMAIRE

Service d'Accueil :Moyen (s)..... Durée totale :

Médicalisation oui non Médecin convoyeur:.....Tél :.....