

CROSS	FICHE PRISE D'ALERTE	ACCIDENT DE PLONGEE
OPERATION N° : _____	DATE : / / 20	HEURE () : H
SEXE : HOMME/FEMME	AGE : ans	En cas d'arrêt cardiaque CONFERENCE A 3 IMMEDIATE entre APPELANT /CROSS/SCMM
NUMERO DE TEL PORTABLE (en cas de perte de contact VHF) → :		

1^{er} ETAPE → **NAVIRE**
éléments recueillis par le CROSS

NOM du SUPPORT : _____
POSITION : _____
Site de plongée : _____
 γ : _____ N
 G : _____ E
 Az / Distance _____

Palanquée à l'eau : oui non NC
multi victime : oui non **nbre :** _____
délai pour atteindre le port le plus proche :
 _____ min **Port :** _____

caractéristiques du support de plongée :
S/P répertorié : oui non
(voir classeur)
si S/P non répertorié => poser les questions :
longueur du navire : _____ Mètres
couleur du navire : _____
Hélicoptère depuis le support de plongée
Possible ? oui non

2^e ETAPE → **PLONGEE**
éléments recueillis par le CROSS

TYPE de PLONGEE :
 APNEE BOUTEILLE RECYCLEUR

TYPE DE MELANGE :
 AIR NITROX TRIMIX
 AUTRE

Durée totale de la plongée : _____ Min
 Profondeur maxi : _____ Mètres
 Durée à la profondeur maxi : _____ Min
 Paliers effectués : oui non NC
 Heure de sortie de l'eau : H _____

ORIGINE DE L'ACCIDENT :
 (erreur de procédure/absence de palier/ remontée rapide...)

PLONGEE PRECEDENTE < 24 h :
 Oui non NC
 Profondeur : _____ Mètres

3^e ETAPE → **VICTIME**
éléments recueillis par le CROSS

MEDECIN A BORD : oui non NC
Heure des 1^{ers} signes : ____h ____

SIGNES :	oui	Non	NC
Conscient			
Respire			
Gêne respiratoire			
Crachats sanglants			
Paralysie :			
Vertiges			
Fourmillements :			
Douleurs dorsales			
Autres :			

SOINS EFFECTUES :

Oxygène : (débit ____ L/mn)			
Réanimation cardio-pulmonaire			
Eau : volume L			
Autres :			

HEURE DEBUT DES SOINS : ____h ____

4^e ETAPE → **CONFERENCE A 3 : SUPPORT PLONGEE / CROSS / SCMM**

EVACUATION DECIDEE AVEC LE CROSS

EVACUATION : oui non **MEDICALISATION :** oui non

VECTEUR :

- ♦ Hélicoptéré : depuis S/P autre support nautique depuis DZ
- ♦ Nautique :
- ♦ Ambulance : **Lieu de jonction :**

DESTINATION :

IDENTITE DU PLONGEUR :

NOM : _____
PRENOM : _____

TRANSMISSION à : SCMM _____ Centre hyperbare _____ SAMU _____ Autre _____