

# FICHE RÉFLEXE MALAISE

## Identification

Date : .....

Heure : ..... h ..... mins

Age : .....

Sexe :  Homme  Femme  Autre

## Signes à rechercher

Pâleur <input type="checkbox"/>	Sensation de froid <input type="checkbox"/>
Sueurs <input type="checkbox"/>	Bouffée de chaleur <input type="checkbox"/>
Agitation / Délire <input type="checkbox"/>	Paralysie soudaine de la face, du bras ou de la jambe <input type="checkbox"/>
Convulsions <input type="checkbox"/>	Diminution ou perte de la vision <input type="checkbox"/>
Tremblements <input type="checkbox"/>	Difficultés de langage ou de la compréhension <input type="checkbox"/>
Douleur serrant la poitrine <input type="checkbox"/>	Mal de tête sévère, soudain et/ou inhabituel <input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires <input type="checkbox"/>	Perte de l'équilibre <input type="checkbox"/>
Douleur intense au ventre <input type="checkbox"/>	Instabilité de la marche / chutes inexplicables <input type="checkbox"/>

## Questions à poser

Est-ce la première fois ?  Oui  Non

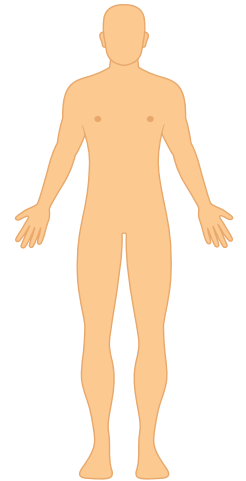
Où avez-vous mal ?

Comment avez-vous mal ?

Depuis combien de temps avez-vous mal ?

Avez-vous été récemment malade et/ou hospitalisé ?

Suivez-vous un traitement ?



## Echelle d'évaluation de la douleur

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**METTRE AU REPOS, RÉCHAUFFER, RÉCONFORTER,  
SURVEILLER SANS DONNER À BOIRE**