

FAX - APPEL URGENT - Sourds et malentendants

| EMETTEUR | | DESTINATAIRE |
|--|----------|--|
| Nom : | Prénom : | Nom : SAMU |
| Adresse : Ville : ----- rue, lieu dit : ----- ----- maison ou appartement, étage : ----- code d'accès : -----n° d'interphone : ----- Code postal : ----- Tél/fax : ----- Tél Médecin traitant : ----- | | Adresse : Hôpital PONTCHAILLOU Rue Henri Le Guilloux 35000 RENNES Tél/fax : 02 99 28 43 99 |

MOTIF D'APPEL D'URGENCE (Cochez)

Quel problème ? Malade Accident (blessé)

Personne inconsciente ?



Bouge ?

oui non

Répond aux questions :

oui non

Problème respiratoire



Respire ?

oui non

Respire mal ?

oui non

Problème au cœur



Douleur au cœur ?

oui non

Cœur bat ?

oui non

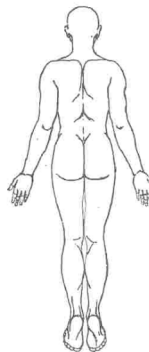
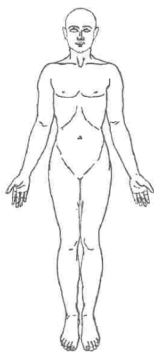
Accouchement
(va, va, va)



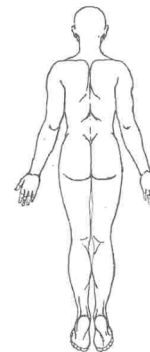
oui non

Enceinte de..... mois.

Sang, où ?



Douleur, Mal où ?



Autres: