|  |
| --- |
|  |
| **1. Evénement** |
| **Titre générique : (par ex. AVP H20 Boudevilliers dir CDF)** |
| **Date de la mission :**  | **Lieu :**  |
| **Ambulancier Chef des secours (ACS)** | **Nom :**       |
| **Médecin Chef des secours (MCS)** | **Nom :**  |
| **Type d’événement :** (naturel, technologique, sociétal, …)      |
| **Caractéristique de l’événement** : (localisation, intensité, éléments en cause, …)      |
|  |
|  |
| **2. Chronologie de l’intervention** |
|  | ACS | MCS |
| **Heure d’alarme** |       |       |
| **Heure de départ pour le site** |       |       |
| **Heure de la jonction ACS-MCS** |       |
| **Heure d’arrivée sur le site** |       |       |
| **Heure de départ du site (fin de mission)** |       |       |
|  |
|  |
| **3. Alarme** |
| **Mots clé (message pager / SMS)** |       |
| **Complément d’information (via 144)** |       |
| **Moyens d’acheminement** | **ACS :**  |
|  | **MCS :**  |
|  |
|  |
| **4. Bilan initial, à l’arrivée sur place (nb de blessés\* / impliqués\*\*, situation, moyens)** |
|       |
| **\*Blessés = personnes présentant des blessures/lésions devant être prises en charge par la filière médicale****\*\*Impliqués = toutes les personnes concernées directement par l'événement, y compris les personnes blessées** |
|  |
|  |
| **5. Intervenants sanitaires** |
|  | Nom | Prénom | Service |
| **Ambulancier Leader I** |       |       |       |
| **Pré-triage I** |       |       |       |
| **Pré-triage II** |       |       |       |
| **Evasan** |       |       |       |
| **Chef PMA** |       |       |       |
| **Médecin Chef PMA** |       |       |       |
| **Autre** |       |       |       |
|  |       |       |       |
|  |
|  |
| **6. Moyens sanitaires engagés** |
| **Ambulances** | 257 |
| **Médicalisation** |       |
| **Autre** |       |
|  |
|  |
| **7. Intervenants non-sanitaires (cadres de conduite)** |
|  | Nom | Prénom | Service |
| **Police cantonale** |       |       |       |
| **Police municipale** |       |       |       |
| **Pompiers** |       |       |       |
| **SEVEN** |       |       |       |
| **Autre** |       |       |       |
| **Autre** |       |       |       |
|  |
|  |
| **8. Chronologie de l’intervention (éléments clés)** |
| Heure | Evénement | Réponse – Décision | Quittance - Exécution |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|  |  |
|  |  |
| **9 a . Evacuation - Transport** | **9 b. Evacuation - Destination** |
| **Par ambulance(s) :** **nombre** | **CHUV :** |
| **Par hélicoptère(s) :** | **Hôpital (****) :**  |
| **Par autre(s) moyen(s) :** | **Hôpital (****) :**  |
|  | **Autre(s) (     ) :** |
|  |
|  |
| **10. Bilan sanitaire final** |
| **Pré-triage Urgent :**  | **Pré-triage non-urgent:**  |
| **Cat. I :**  | **Cat. II :**  |
| **Cat. III :**  | **Cat. IV :**  |
|  |
|  |
| **11. Actions complémentaires** |
| **Rencontre avec les médias** | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| **Si oui, description (interview, presse écrite, TJ) :**  |
| **Débriefing avec les intervenants** | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  | [ ]  Sur site | [ ]  A planifier |
|  |
|  |
| **12a Commentaires**  |
|       |
| **12b Points forts** |
|       |
| **12c Points à améliorer** |
|       |
|   |
| **Lieu :**  | **Date :**  |
| **Signature ACS :** | **Signature MCS :** |

Rapport à transmettre : COMUP@ne.ch dans un délai de 10 jours à partir de la fin de l’événement.