



Registre patients VD

Page N°__

Date :

Heure :

Tri effectué par :

Lieu :

Véhicule :

Nom :

Fonction :

Check-list

Sécurité : Site Patients

Pompiers Police

ACS/MCS PMA

GSTD

Bilan 144



Rassemblement

Moyens

Patients

---->Cheminement(s)

Nom / Prénom Date de naissance	Numéro SAP Etiquette si disponible	I	IIa	IIb	III	IV	Impliqué	Problème principal	Personnel en charge Ambulancier trieur ou personnel PMA, indiquer nom + fonction	Orientation Lieu + Vecteur	Heures	
											entrée	sortie
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

En fin d'intervention, cette liste est remise à l'ACS/MCS si présent. A défaut, elle sera faxée à la Centrale 144 dans les plus brefs délais (fax N°021.213 78.18)