







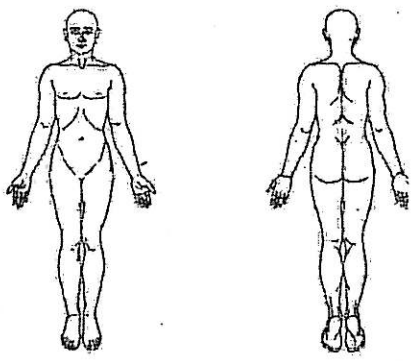
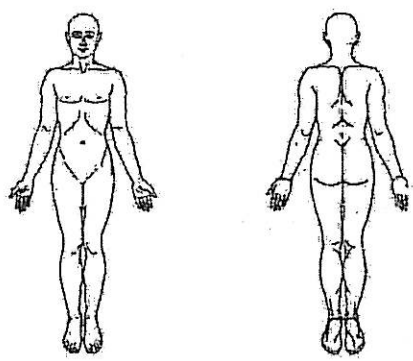


FAX - APPEL URGENT - Sourds et malentendants

EMETTEUR		DESTINATAIRE	
Nom :	Prénom :	SAMU 22	
Adresse : Ville : ----- rue, lieu dit : ----- ----- maison ou appartement, étage : ----- code d'accès : ----- n° d'interphone : ----- Code postal : ----- Tél/fax : ----- Tél Médecin traitant : -----		Adresse : Hôpital Yves Le Foll 10 rue marcel Proust 22000 SAINT BRIEUC ----- Fax : 02 96 01 78 33 Tél : 15	
		 Centre Hospitalier de Saint-Brieuc	
		 SERVICE D'AIDE MEDICALE D'URGENCE	

MOTIF D'APPEL D'URGENCE (Cochez)

Quel problème ? Malade Accident (blessé)

Personne inconsciente ? 	Problème respiratoire 	Problème au cœur 	Accouchement (va, va, va) 
Bouge ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Respire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Douleur au cœur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Enceinte de..... mois.
Répond aux questions : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Respire mal ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Cœur bat ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Sang, où ? 		Douleur, Mal où ? 	
			

Autres: