



INTERVENTION MEDICALE



NOM DU MEDECIN : Tél. :

Heure de Prise en charge : LIEU :

EXAMEN CLINIQUE ET DIAGNOSTIC EVOCUE :

HORAIRE

TRAITEMENT :

EVACUATION PRIMAIRE

Service d'Accueil : Moyens(s) : Durée totale :

MEDICALISATION : OUI NON Médecin convoyeur : Tél. :