



# FAX - APPEL URGENT - Sourds et malentendants

EMETTEUR		DESTINATAIRE	
Nom :	Prénom :	<b>SAMU 35</b>	
<b>Adresse :</b> Ville : ----- rue, lieu dit : ----- ----- maison ou appartement, étage : ----- code d'accès : -----n° d'interphone : ----- Code postal : ----- Tél/fax : ----- Tél Médecin traitant : -----		Adresse : <b>Hôpital PONTCHAILLOU</b> Rue Henri Le Guilloux 35000 RENNES ----- Fax : 02 99 28 43 99 Tél : 15	
		 	

## MOTIF D'APPEL D'URGENCE (Cochez)

Quel problème ?  Malade  Accident (blessé)

Personne inconsciente ?



Problème respiratoire



Problème au cœur



Accouchement  
(va, va, va)



Bouge ?

oui  non

Respire ?

oui  non

Douleur au cœur ?

oui  non

oui  non

Répond aux questions :

oui  non

Respire mal ?

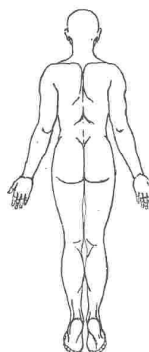
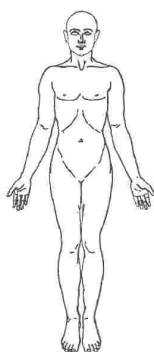
oui  non

Cœur bat ?

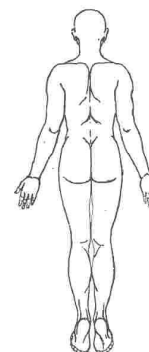
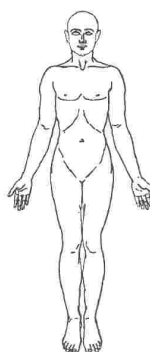
oui  non

Enceinte de..... mois.

Sang, où ?



Douleur, Mal où ?



Autres: