## FR.4 Fiche individuelle de suivi (FIS)

***à remettre aux secours***

*à dupliquer et à mettre dans les mallettes de première urgence (MPU) en plusieurs exemplaires, à disposition des personnes ressources.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’école ou de l’établissement** | **Tampon** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Age | Sexe (M/F) |
|  |  |  |  |

**Maladies connues** (asthme…) : ………………………………………………………………………

**Projet d’accueil individualisé** (PAI) : **NON 🞏 OUI 🞏** (joindre le traitement)

*Cochez ce que vous avez observé*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Répond |  | Envie de vomir |  |
| Ne répond pas |  | Vomissements |  |
| Réagit au pincement |  | Tête qui tourne |  |
| Ne réagit pas au pincement |  | Sueurs |  |
| Difficultés à parler |  | Pâleur |  |
| Difficultés à respirer |  | Agitation |  |
| Respiration rapide |  | Angoisse |  |
| Plaies |  | Pleurs |  |
| Membre déformé |  | Tremblements |  |
| Mal au ventre |  | Autre (préciser) ……………………………………………….. |  |
|  |  |  |  |
| **Durée des signes observés :** | | | |

***Notez ce que vous avez fait :***

|  |
| --- |
|  |

**Fiche établie par :** ……………………………………………………………………………………

Fonction : ………………………………………………………………………………………………

Le Jour : le ……………………………………………………………………………………………..

L’heure : à ……………………………………………………………………………………………..