

Questionnaire lors d'un accident de plongée

Tauchunfallfragebogen

X = oui/ja

Date/Datum _____

Nom du Plongeur	
Name des Tauchers _____	
Prénom	
Vorname _____	
Date de naissance	
Geburtsdatum _____	
Adresse (Rue)	
Adresse (Straße) _____	
Code Postal ,Localité	
PLZ, Wohnort _____	
N° de Tél.	
Telefon-Nr. _____	

Nom du Partenaire de Plongée	
Name des Tauchpartners _____	
Prénom	
Vorname _____	
N° de Tél.	
Telefon-Nr. _____	

En cas de manque de place, marquer et poursuivre au verso !
Wenn der Platz nicht ausreicht, bitte markieren und umseitig fortsetzen!

1-Lieu de l'accident	2-Heure de Sortie
1-Unfallort _____	2-Ende des Tauchgangs _____ h _____ min.
3-Profondeur max. _____ mètres	5-Durée à profondeur max. _____ min.
3-Max. Tauchtiefe _____ Meter	5-maximale Tiefe über ca. _____ min.
4-Durée totale _____ min.	7-Plongée successive oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4-Gesamtdauer _____ min.	7- Wiederholungstauchgang ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6-Composition du mélange respiré	8-Ordinateur à joindre : modèle: _____
6-Atemgas _____	8-Tauchcomputer wird mitgegeben: Modell _____
9-Information d'alarme oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	10-si oui, laquelle
9-Alarmmeldung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	10-wenn ja, welche
11-Vitesse de remontée normale 10-15 <input type="checkbox"/>	11-11-Aufstiegs-geschwindigkeit normal m/min. <input type="checkbox"/>
11-rapide >15 <input type="checkbox"/>	11-schnell m/min. <input type="checkbox"/>
11-Panique <input type="checkbox"/>	12-problèmes techniques <input type="checkbox"/>
11-Panikaufstieg <input type="checkbox"/>	12-technische Störungen <input type="checkbox"/>
13-Paliers respectés? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	13-à quel niveau _____ mètres
13-Dekostops gemacht? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	13-Stufen _____ Meter
14-Circonstances de l'accident de plongée	14-Paliers manqués? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
14-Tauchunfall-Hergang: _____	14-Dekostops verpasst? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

(Le cas échéant voir suite au verso - ggf. Fortsetzung umseitig)

15-Mesures prises jusqu'ici (y compris premiers soins)	Heures: _____
15-Bisherige Maßnahmen (einschließlich Erster Hilfe): _____	Uhrzeit: _____
16-Oxygène _____ litres/Min. Heures: _____	17-Liquides _____ litres/Min.
16-Sauerstoff _____ Liter/min. Uhrzeit: _____	17-Flüssigkeit _____ Liter/min.
18-Médicaments _____ lesquels?	18-Medikamente _____ welche?
19-Symptômes actuels:	Heures: _____
19-Derzeitige Beschwerden: _____	Uhrzeit: _____
19bis - Evolution sous Oxygène :	Heures: _____
19bis - Verlauf unter Sauerstoff :	Uhrzeit: _____
	Heures: _____
	Uhrzeit: _____

(Le cas échéant voir suite au verso - ggf. Fortsetzung umseitig)

Symptômes musculaires, cutanés, pulmonaires:

Muskel-, Haut-, Lungenbeschwerden:

20-Douleurs musculaires <input type="checkbox"/> où? _____	21-Douleurs articulaires <input type="checkbox"/> où? _____
20-Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> wo? _____	21-Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> wo? _____
22-Démangeaison <input type="checkbox"/> où? _____	23-Picotements <input type="checkbox"/> où? _____
22-Juckreiz <input type="checkbox"/> wo? _____	23-Kribbeln <input type="checkbox"/> wo? _____
24-Essoufflement <input type="checkbox"/>	25-Envie de tousser <input type="checkbox"/>
24-Atemnot <input type="checkbox"/>	25-Hustenreiz <input type="checkbox"/>
26-Fatigue <input type="checkbox"/>	27-Impossibilité d'uriner <input type="checkbox"/>
26-Müdigkeit <input type="checkbox"/>	27-Wasser lassen geht nicht <input type="checkbox"/>

Symptômes neurologiques:

Nervenbeschwerden:

28-Les Yeux: acuité visuelle normale <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	29-Mouvements oculaires <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	30-Réflexes des pupilles <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>
28-Augen: Sehvermögen o.k. <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	29-Augenbewegung o.k. <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	30-Pupillenreflexe o.k. <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>
Muscles de la face: 31-Siffler o.k. <input type="checkbox"/>	32-Fermeture des yeux <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	33-Serrer les dents o.k. <input type="checkbox"/>
Gesichtsmuskulatur: 31-Pfeifen o.k. <input type="checkbox"/>	32-Augenschluß o.k. <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	33-Zähne zusammenbeißen <input type="checkbox"/>
34-Avaler o.k. <input type="checkbox"/>	35-Langue droite? <input type="checkbox"/>	36-Sensibilité intacte? de la face, de tout le corps? <input type="checkbox"/>
34-Schlucken o.k. <input type="checkbox"/>	35-Zunge gerade? <input type="checkbox"/>	36-Gefühl intakt ? <input type="checkbox"/>
37-Audition égale Dr /G ? <input type="checkbox"/>	37-Gehör seitengleich? <input type="checkbox"/>	
Force musculaire o.k.? <input type="checkbox"/>	38-bras? <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	39-jambes? <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>
Muskelkraft o.k.? <input type="checkbox"/>	38-Arme? <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>	39-Beine? <input type="checkbox"/> dr <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/>
40-Sens de l'équilibre <input type="checkbox"/>	Coordination: 41-doigt - nez <input type="checkbox"/>	42-talon - tibia <input type="checkbox"/>
40-Gleichgewicht möglich: <input type="checkbox"/>	Koordination: 41-Finger-Nase <input type="checkbox"/>	42-Ferse-Schienbein <input type="checkbox"/>

43-Parcularités:

43-Besonderheiten: _____

CH

Basel

HBO-Zentrum Basel
Dr.med. Jörg Schmutz
Kleinhüningerstr. 177
CH-4057 Basel
Tel : 0041-61-6313013
Fax: 0041-61-6313006

Genf

HBO-Zentrum Universität Genf
Rue Micheli -du-Crest 14
CH-1211 Genève 4
Tel : 0041-22-3727145
Fax: 0041-22-3727184

Lausanne

HBO-Zentrum Universität Lausanne
Division Soins intensifs de médecine
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
Tel : 0041-21-3141632
Fax: 0041-21-3141384

**Numéro d'appel d'urgence en Suisse: seulement par la Rega Tél.: 14 14
A partir de l'étranger: 0041-333 333 333
Notruf in der Schweiz nur über die Rega: Tel.: 14 14,
aus dem Ausland 0041-333 333 333**

D

Freiburg

Druckkammerzentrum Freiburg GmbH
Dr. med. Hellmuth Sümmerner
Habsburgerstr. 116
D-79104 Freiburg i. Brsg.
Tel : 0049-761-Tel.: 382018
Fax: 0049-761-382019
info@hbo-freiburg.de
Notruf: 0049-170-2026111

Stuttgart

Druckkammerzentrum DCS I
Herrn Ralf Schäfer
Heilbronner Str. 300
D-70469 Stuttgart
Tel : 0049-711-851032
Fax: 0049-711-851037
info@dcs1stuttgart.de
Notruf: 0049-711-19222

Überlingen/Bodensee

Druckkammer BTSV Überlingen
Härtenweg 1
D-88662 Überlingen
Tel : 0049-7551-9477-0

**Numéro d'appel d'urgence en Allemagne: possible par les pompiers Tél.: 112
ou par le service de secours Tél.: 19222
Notruf in Deutschland auch möglich über die Feuerwehr: Tel.: 112,
oder über die alte Rettungsdienstnummer Tel.: 19222**

F

Besançon

C.H.R.U Jean Minjoz (caisson biplace)
Professeur Capellier
Service de Réanimation Médicale
Boulevard Fleming
F-25000 BESANCON
Tél : 0033.3.81.66.81.66 poste 67113
Fax: 0033.3.81.66.80.37

Metz

HIA Legouest
Docteur Walkowiak
Service de Médecine Hyperbare
27 avenue de Plantières – BP 10
F-57998 METZ ARMEE
Tél : 0033.3.87.56.47.65
Fax: 0033.3.87.56.48.13

Strasbourg

Hôpital de Hautepierre
Professeur Jaeger, Docteur Bilbaut
Service de Réanimation Médicale
Avenue Molière
F-67098 STRASBOURG CEDEX
Tél : 0033.3.88.12.79.17
Fax: 0033.3.88.12.79.08

**Numéro d'appel d'urgence en France: seulement par le SAMU Tél.: 15
ou 112 à partir de l'étranger
Notruf in Frankreich nur über die SAMU (Rettungsdienst): Tel.: 15,
oder die 112 aus dem Ausland**