

## FICHE INDIVIDUELLE D'EVALUATION P.S.C.1

Modules	Date	Présence OUI / NON	Visa de l'apprenant	Apprentissage des gestes et de la conduite à tenir	
				Réalisation OUI / NON	Observations
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**Gestes et conduites évalués lors de l'apprentissage**

**Module 1 : la protection**

Supprimer un danger pour assurer sa protection, celle de la victime et des autres personnes

Réaliser un dégagement d'urgence

**Module 2 : l'alerte**

Transmettre un message complet au service de secours adapté

**Module 3 : l'étouffement**

Identifier l'obstruction des voies aériennes totale ou partielle

Réaliser l'enchaînement de techniques de désobstruction chez l'adulte

Réaliser l'enchaînement de techniques de désobstruction chez le nourrisson

**Module 4 : le saignement abondant**

Effectuer sans délais une compression manuelle directe

Poser un tampon relais

Agir face à une victime qui saigne du nez ou crache du sang

**Module 5 : la victime inconsciente**

Apprécier l'état de conscience

Libérer les voies aériennes

Apprécier la respiration

Mettre en position latérale de sécurité (PLS)

**Module 6 : l'arrêt respiratoire**

Effectuer une réanimation cardio-pulmonaire adaptée à l'adulte

Effectuer une réanimation cardio-pulmonaire adaptée à l'enfant

Effectuer une réanimation cardio-pulmonaire adaptée au nourrisson

Mettre en œuvre le défibrillateur automatisé externe (DAE)

**Module 7 : le malaise**

Reconnaître les signes visibles du malaise

Interroger la victime sur son état de santé

Mettre en position d'attente pour éviter l'aggravation

**Module 8 : les traumatismes**

Installer en position d'attente une victime d'une plaie grave

Nettoyer une plaie simple

Arroser une brûlure à l'eau froide

Eviter toute mobilisation d'une personne victime d'une atteinte traumatique

Session du ..... au .....

Lieu : .....

Formation initiale

Formation continue

Formation initiale le ...../...../.....

**Ecrire en majuscules**

M

Mme

Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : ..... Dpt (.....)

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

A participé activement à toutes les phases de l'action de formation

**APTITUDE**

**OUI**

**NON**

**Nom de l'évaluateur :**

**Signature obligatoire :**

**Thème du cas concret (n°)**

--	--	--

Protection

Bilan

Réalisation des gestes

Efficacité des gestes

Action compatible avec l'urgence

Alerte

Surveillance


**Objectif**

--	--	--

1-Non atteint

2-A retravailler

3-En voie d'atteinte

4-Atteint

**Observations**

**Signature obligatoire  
du participant**

