

# Sahel Assistance



Sahel Assistance - NINEA : 0076741632V2 • info@assistancemedicale.org •

Dakar le ,10 Avril 2025

## Visite médicale

### Informations du patient

Prénom :	Gabriel	Lieu de naissance :	DAKAR
Nom :	SENGHOR	Adresse :	HLM BENE TALLY
Matricule :		Tel. dom. :	
Fonction :	MANOEUVRE	Tel. port. :	777199452
Date de naissance :	11/09/1992 (32 ans)	Entreprise :	EIFFAGE MCA

### 1- Identité du régulateur

Nom, Prénoms :	OUSSEYNOU SARR	Qualité :	MEDECIN
Date et heure de prise en charge :	10/04/2025		

### 2- Identité de l'appelant

Nom, Prénoms :	BINTA SAMBE	Qualité :	SST
Contact :	779271474 EIFFAGE HANNE		

### 4- Lieu d'origine de l'appel :

### 5- Sinistre :

Date et heure :	11H50	Lieu :	EFFAGE HANN
Mecanisme :	NON ELUCIDEE	Prise en charge :	PENSEMENT COMPRESSIF LESION PERFALGAN PAR L'INFIRMERIE DE LA SENELEC

### 6- Identité du Médecin / Secouriste Traitant

Structure :	SENELEC	Service :	INFIRMERIE
Nom, Prénoms :	IBRAHIMA SARR	Qualité :	INFIRMIER

Contact :

**7- Bilan :**

Antécédents :	RAS	Etat du patient à l'arrivée :	CS CLAIRE TRAUMA OUVERT MAJEUR GAUCHE
Etat actuel du patient :	IDEK	Bilan des examens :	RX MAIN GAUCHE
Traitements reçus :	PERFALGAN PST COMPRESSIF	Résumé :	

**11- Identité et contact du médecin de la structure d'accueil**

Structure :	Service :
Nom, Prénoms :	Qualité :
Contact :	

**14- Prise en charge médicale à destination**

Lieu :	Date et heure estimées :
Date et heure de prise en charge :	

**15- Rapport médical evasan**

Identité du patient/victime :	GABRIEL SAMB	Antécédents :	RAS
Circonstances :	AT/ TRAUMA PAR MACHINE	Prise en charge initiale :	PST COMPRESSIF PERFALGAN
Bilans et évolution :	RX MAIN DONNE UNE FX NON DEPLACEE PHALANGE DISTALE DU MAGEUR GAUCHE	Prise en charge indiquée :	DIP EN EXTENSION
Date et heure de prise en charge :	10/04/2025 A 15H	Circonstances de prises en charge :	
Résumé prise en charge :		Résumé état du patient à l'arrivée :	
Date et heure de prise en charge à l'arrivée :			

**Conduite à tenir**

Analyses :	Radio :	RX MAIN GAUCHE
Consultations :	Repos médical :	
Autres :		

**Recommandations**

Au collaborateur :	A l'entreprise :
--------------------	------------------

**Conclusion**

Médecin : DR SARR PAPA OUSSEYNOU	Date d'examen :	10 Avril 2025
----------------------------------	-----------------	---------------

Etat	Note
------	------