



RAPPORT D'ACCIDENT

SVP écrire lisiblement. Ce rapport doit être complété suite à un accident. Toutes les sections doivent être remplies. Si une des sections ne s'applique pas à la situation, il doit être indiqué par "N/A". Le rapport complété doit être remis au Directeur Général de l'Association. **Un suivi téléphonique doit être obligatoirement fait si un enfant est impliqué.**

Description de l'accident: _____

Date de l'accident : _____

Heure de l'accident : _____

Lieu: _____

Nom de l'activité / programme : _____

Noms et postes des intervenants sur la scène :

1) _____

2) _____

3) _____

Type d'événement (cocher ce qui s'applique):

- Blessure
- Crise cardiaque / ACV
- Urgence respiratoire
- Blessure à la tête / cou / dos
- Asthme
- Saignement du nez
- Hypoglycémique / Diabétique
- Réaction allergique
- Autre: _____

Description détaillée de l'accident:

Information sur la personne accidentée:

Nom _____
Âge _____
Téléphone Maison (____) _____
Travail (____) _____ ext. _____
Adresse _____
Code postal _____
Transporté à l'hôpital: _____

Contact en cas d'urgence:

Nom _____
Relation _____
Téléphone (____) _____

Information de la police:

Nom _____
Numéro d'identité _____

Information du témoin:

Nom _____
Téléphone _____
Adresse _____
Code postale _____

Personne qui complète le rapport:

Nom _____
Signature _____
Poste _____

Signatures:

Superviseur de l'activité _____
Directeur Général (Région) _____
Directeur Général (Fédération) _____

SECTION RESEVÉE À L'ADMINISTRATION

Notes: _____

SUIVI TÉLÉPHONIQUE

Date: _____
Commentaires: _____

Nom de la personne qui appelle: _____

Évaluation:

Signes et Symptômes : _____

Allergies : _____

Médicaments : _____

Problèmes médicaux : _____

Le dernier repas : Quoi : _____ Quand : _____

Événements avant l'accident : _____

Signes vitaux (à encercler):

SIGNE VITAL	DESCRIPTION (encercler ceux qui appliquent)	DÉTAILS	
Niveau de conscience	Conscient(e) ♦ Inconscient ♦ Semi-Conscient ♦ Conscient à Inconscient		
Respiration	Calme ♦ Peu-profonde ♦ Rapide ♦ Difficulté ♦ Bruits	Rythme: _____/60 sec	
Pouls	Rapide ♦ Lent ♦ Fort ♦ Faible ♦ Régulier ♦ Irrégulier	Rythme: _____/60 sec	
Yeux (pupilles)	Normaux ♦ Dilatés ♦ Inégaux ♦ Réactifs ♦ Non-réactifs		
Peau – couleur	Pâle ♦ Ecchymoses ♦ Rouge ♦ Grisâtre ♦ Bleue		
Peau – condition	Normale ♦ Sèche ♦ Moite ♦ Irritation ♦ Enflure		
Peau - température	Normale ♦ Chaude ♦ Fraîche		

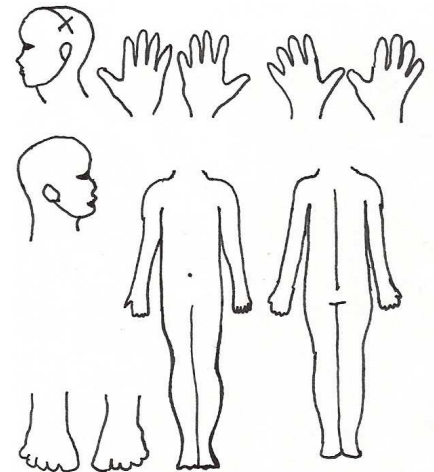
Traitement Donné (cocher ceux qui appliquent):

- Services d'urgence (911) appelés
- Traitement pour état de choc

(Couverture – Surveiller la respiration et circulation – Repos et réconfort – Position Semi-Prône)

- RCR – Réanimation cardio-respiratoire
- Oxygène
- Glace
- Immobilisation
- Bandages
- Sucre / Jus
- Pression directe
- Pris ses propres médicaments
- Autre _____

Indiquer la partie du corps atteint:



Description détaillée du traitement:

Initiales: _____