

Annexe 8 - RAPPORT D'ACCIDENT

Personne blessée

Prénom : _____

Nom : _____

Activité :

Type : _____

Lieu : _____

Date : _____

Consignes de rédaction du rapport

- Écrire en caractères d'imprimerie et utiliser un stylo bille.
- Lorsque le nom et les coordonnées d'une personne se répètent, veuillez utiliser la formule « *idem que # 00* » en donnant en référence le numéro de section approprié.
- Dans la mesure du possible, essayez de recueillir toutes les informations pertinentes. Dans le cas où une information est non disponible, indiquez-le en utilisant un point d'interrogation (?).
- Si disponible, joindre une copie du formulaire de reconnaissance et acceptation des risques.

Section # 1 : Le blessé

Nom : _____ **Prénom :** _____

Âge : _____ Date de naissance : (AAAA-MM-JJ) _____

Sexe : Femme Homme

Adresse : _____

Téléphones : 📞 Domicile : _____ Travail : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Alerte médicale : NON OUI - **Spécifiez :** _____

Section # 2 : L'activité

Description de l'activité : _____

Type de pratique : Récréation Formation Autre, spécifiez : _____

Responsable de l'activité :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : (AAAA-MM-JJ) _____

Adresse : _____

Téléphones : 📞 Domicile : _____ Travail : _____

Activité organisée par : _____

Section # 3 : L'environnement**Conditions de pratique au moment de l'accident :**

Dangereuses Mauvaises Bonnes Excellentes

Détails : _____

Température : °Celcius

Ensoleillement : _____ Humidité : _____

Précipitations : _____ Vents : _____ km/h Direction : _____

Section # 4 : L'accident

Date: _____ **Heure :** _____

Lieu précis : _____ Coordonnées : _____

Description de l'accident :

Section # 5 : L'intervention

Première personne sur les lieux : _____

Premiers soins donnés par : _____

Au moment de l'accident :

Niveau de conscience :

Alerte et orienté _____ Verbal _____ Douleur _____ Inconscient _____

Voies respiratoires : _____ Respiration : _____

Circulation : _____ Temp. Corporelle : _____ °Celcius

Position initiale : _____

Blessures immédiates : _____

Plainte principale (mots du patient) :

Événement menant à l'accident :

Description et localisation de la douleur et des blessures (physique et psychologique):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Signes vitaux : Incrire des chiffres ou description le plus précisément possible.

Heure							
Niveau de conscience Alerte/verbal/douleur/ inconscient.							
Pouls / minute							
Respiration / minute							
Pupilles (dilatation)							
Peau couleur, température Moiteur							
Température corporelle							
Réponse neurologique Circulation / sensibilité /mobilité							

Traitement / Actions :

Commentaires (soins à long terme) :

Heure : _____ 1 _____

Heure : _____ 2 _____

Heure : _____ 3 _____

Heure : _____ 4 _____

Heure : _____ 5 _____

Histoire médicale :

Allergies : _____

Médicaments utilisés : _____

Antécédents : _____

Dernier repas : _____ Dernières selles : _____

Lentilles de contact : NON OUI

Lunettes : NON OUI

Dentiers : NON OUI

Bijoux / montre, etc. : _____

Section # 6 : L'assistance**Assistance requise :**

Transport : (ambulance, hélicoptère, etc.) _____

Nom de la Cie : _____

Heure d'arrivée : _____ Lieu de l'embarquement : _____

Nom de l'hôpital / clinique : _____

Heure d'arrivée hôpital / clinique _____

Nom du répondant / transport : _____

Témoins :

Noms et adresses des témoins :

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Complété par : (*nom complet*) _____ Date : _____
(AAAA-MM-JJ)

Adresse : _____

Téléphone : ☎ _____ Poste _____ Fonction : _____

Remarques et commentaires :

Signature : _____**Plan de la scène** (*dessin*) :