

DIRECTION DES LOISIRS, DES ARTS,
DE LA CULTURE
ET DE LA VIE COMMUNAUTAIRE
566, boul. Marie-Victorin
Boucherville QC J4B 1X1
☎ 449-8100 poste 8992



RAPPORT D'INCIDENT / D'ACCIDENT

Date de l'événement	Heure de l'événement
---------------------	----------------------

RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME

Nom		Prénom	
Adresse (no et rue)		Ville	Code postal
Téléphone	Résidence :	Travail :	Date de naissance
Si mineur : nom du père, de la mère ou du tuteur			

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Cause / Circonstances

Cause / Circonstances				
A-t-on appelé l'ambulance ? ☐ Oui ☐ Non	Si non, quelles dispositions ont été prises?			
Lieu exact (faire un schéma)	Description de la blessure (indiquer sur le schéma et décrire).			
	<table border="0"><tr><td>Vue de dos</td><td>Vue de face</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Vue de dos	Vue de face	
Vue de dos	Vue de face			
				
Description du traitement				

EXAMEN PRIMAIRE

État de conscience (la victime est :))

☐ Consciente☐ Inconsciente☐ Semi-consciente

État respiratoire (la respiration de la victime est :))

☐ Présente☐ Lente☐ Absente☐ Profonde☐ Rapide☐ Bruyante

État circulatoire (le pouls de la victime est :))

☐ Présent☐ Lent☐ Absent☐ Saccadé☐ Rapide

Coloration particulière de la peau :

☐ Hémorragie

Nombre de pulsations/minute :

[]

EXAMEN SECONDAIRE

Avez-vous remarqué une anomalie particulière lors de l'examen secondaire?

Si oui, précisez :

Remarque :

TÉMOINS

Nom

Prénom

Adresse (no et rue)

Ville

Code postal

Téléphone

Résidence :

Travail :

Date de naissance

Commentaires

Nom

Prénom

Adresse (no et rue)

Ville

Code postal

Téléphone

Résidence :

Travail :

Date de naissance

Commentaires

**IDENTIFICATION DU OU DES SIGNATAIRES
DE CE DOCUMENT**

Nom

Prénom

Adresse (no et rue)

Ville

Code postal

Téléphone

Résidence :

Travail :

Fonction :

Signature :

Nom

Prénom

Adresse (no et rue)

Ville

Code postal

Téléphone

Résidence :

Travail :

Fonction :

Signature :