



MODÈLE DE RAPPORT D'ACCIDENT – PARC RÉGIONAL DU MARÉCAGE-DES-SCOTS

Coordonnées et conditions

Date de l'accident : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Coordonnées géographiques : _____ Numéro de la carte topographique : _____

Température : _____ Nébulosité : _____

Précipitations : _____ Vents : _____ Visibilité : _____

Nom du patient

Prénom : _____ Nom : _____

Consulter la fiche client pour les coordonnées. Âge : _____ Genre : _____

Diagnostic de base

Niveau de conscience : 1) Alerté et orienté 2) Verbal 3) Douleurs 4) Sans réponse

Voies respiratoires : _____ Respiration : _____

Circulation : _____ Position initiale : _____

Cause de la blessure : _____

Plainte, douleur principale (mots du patient)

Histoire médicale (se référer à la fiche client le cas échéant)

Allergies : _____

Médicament(s) pris par le patient : _____

Histoire de la blessure ou de la maladie : _____

Dernier repas : _____

Lentilles de contact : ____ non ____ oui

MODÈLE DE RAPPORT D'ACCIDENT – PARC RÉGIONAL DU MARÉCAGE-DES-SCOTS

Signes vitaux/heure									
Pouls									
Respiration									
Pupilles									
Couleur de la peau, température, moiteur									
Niveau de conscience									
Tension artérielle									
Température corporelle									

Commentaires (soins à long terme)

Heure : _____ 1. _____

Heure : _____ 2. _____

Heure : _____ 3. _____

Heure : _____ 4. _____

Heure : _____ 5. _____

Description et localisation de la douleur et des blessures

Observations : _____

État général : _____

Médicaments donnés, autres traitements, plan d'action : _____

Refus de traitement : _____

MODÈLE DE RAPPORT D'ACCIDENT – PARC RÉGIONAL DU MARÉCAGE-DES-SCOTS

Assistance requise

Transport (ambulance, hélicoptère, etc.) : _____

Nom de la compagnie : _____

Heure d'arrivée du transport : _____ Heure d'arrivée à l'hôpital ou à la clinique : _____

Numéro du dossier (donné par l'ambulancier) : _____

Lieu où la victime a été embarquée : _____

Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____

Accompagnateur du blessé : _____
(s'il y a lieu)

Les proches ont-ils été avisés? : _____ Nom de l'interlocuteur : _____

Date et heure : _____

Numéro de dossier du service de police, si présent : _____
(remis par le policier)

Numéro de dossier du service incendie, si présent : _____
(remis par le pompier responsable de l'intervention)

Nom et adresse complète des témoins :

Espace pour réaliser un croquis, au besoin (vous pouvez aussi joindre des photos au rapport)

[illegible]

MODÈLE DE RAPPORT D'ACCIDENT – PARC RÉGIONAL DU MARÉCAGE-DES-SCOTS

ANALYSE POST-ACCIDENT

1. Description de l'accident

Préciser ou compléter les données du rapport d'accident.

Genre d'accident : _____

Nature de la blessure : _____

Partie(s) du corps touchée(s) : _____

Soins reçus : _____

Dommages matériels et coûts prévus : _____

Autres conséquences : _____

Renseignements complémentaires : _____

2. Analyse de l'accident

L'activité qui se déroulait au moment de l'accident était-elle liée au produit ou autorisée? _____

Le déroulement de l'activité était-il sécuritaire? _____

L'information sur les risques inhérents à l'activité a-t-elle été donnée? _____

Est-ce qu'il y avait modification des aptitudes physiques ou mentales? _____

L'équipement lié à l'activité était-il sécuritaire? _____

Le matériel de sécurité a-t-il été utilisé? _____

La surveillance et l'encadrement étaient-ils normaux? _____

Les mesures prises à l'égard de la personne accidentée étaient-elles appropriées? _____

Autres éléments : _____

MODÈLE DE RAPPORT D'ACCIDENT – PARC RÉGIONAL DU MARÉCAGE-DES-SCOTS

3. Causes de l'accident

Préciser les causes déterminantes ou indirectes.

1. _____
2. _____
3. _____

4. Mesures de prévention recommandées

Inscrire les mesures correctives provisoires ou permanentes recommandées, le nom de la personne responsable et la date limite d'application de ces mesures.

Personne ayant rempli ce rapport, le rapport post-accident et ayant donné les premiers soins.

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Fonction : _____

Rapport à transmettre à

Directeur : _____ Date de transmission : _____

Assureur : _____ Date de transmission : _____