# Modèle de rapport d’accident

**[Nom du Parc]**

**Une image contenant Police, symbole, logo, Graphique

Description générée automatiquement**

**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) Alerte 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 :

**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)**

**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 : \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 :