



# FORMULAIRE DE RAPPORT D'ACCIDENT

Nom de l'activité: \_\_\_\_\_  
Base: \_\_\_\_\_  
Installation: \_\_\_\_\_  
Lieu d'affectation: \_\_\_\_\_  
Date: (JJ/MM/AA) \_\_\_\_\_ Heure de la blessure \_\_\_\_\_

Nom de la personne blessée: \_\_\_\_\_  
NM: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Unité: \_\_\_\_\_  
Âge: \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AA): \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Nom de l'accompagnateur: \_\_\_\_\_  
NM: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Unité: \_\_\_\_\_  
Relation avec la personne blessée: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

## Première évaluation

### Principale plainte/nature de la blessure:

### Antécédents et description de la blessure/maladie (soyez précis)

Blank space for describing the injury and medical history.

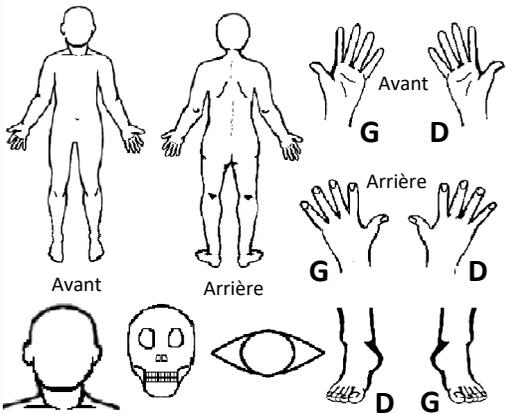
Allergies : \_\_\_\_\_  
Médicaments: \_\_\_\_\_  
Antécédents médicaux: \_\_\_\_\_

## Signes vitaux

Heure (locale)	Tension artérielle	Pouls	Respiration	Temp	Pupilles utilisez une jauge	Niveau de conscience
h	/ mmHg	/min	/min	°C	G: D:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U
h	/ mmHg	/min	/min	°C	G: D:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U
h	/ mmHg	/min	/min	°C	G: D:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U
h	/ mmHg	/min	/min	°C	G: D:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U

## Évaluation secondaire et traitement

Marquer la zone de blessure d'un X



Décrire le traitement fourni, les recommandations formulées et toute autre information pertinente. Ne pas oublier d'indiquer l'emplacement de la blessure sur le diagramme adjacent.

Blank space for describing the treatment and other relevant information.

### Arrêt cardiaque/traitement par défibrillateur externe automatisé (DEA)

Arrêt:  Avec témoin  Sans témoin Heure: \_\_\_\_\_h  
Réanimation cardio-respiratoire (RCR) initiée par: \_\_\_\_\_  
Heure du début de la RCR: \_\_\_\_\_ Heure de connexion du DEA: \_\_\_\_\_  
Heure du premier choc: \_\_\_\_\_ Nombre total de chocs donnés: \_\_\_\_\_

### Administration d'oxygène

Début O2 (heure): \_\_\_\_\_ L/min: \_\_\_\_\_  
Type de masque: \_\_\_\_\_ Retrait (heure): \_\_\_\_\_  
Raison: \_\_\_\_\_

### Refus de traitement

Par la présente, je refuse le traitement et je reconnais que ce traitement et d'autres soins médicaux étaient conseillés. Je dégage donc le professionnel de la santé actuel et ses collègues de toute responsabilité pour avoir respecté ma demande explicite. Date (JJ/MM/AA): \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_  
**Patient** (nom en lettres moulées et signature): \_\_\_\_\_  
**Accompagnateur** (nom en lettres moulées et signature): \_\_\_\_\_

### Congé

Heure du congé: \_\_\_\_\_  
Le patient était-il accompagné au moment de son congé?  Non  Oui  
Dans l'affirmative, par qui? (nom en lettres moulées et signature) \_\_\_\_\_  
État du patient: \_\_\_\_\_

## Services médicaux d'urgence (SMU)

Heure d'appel des SMU: \_\_\_\_\_ Personne-ressource des SMU: \_\_\_\_\_ Heure d'arrivée des SMU: \_\_\_\_\_ Heure de départ des SMU: \_\_\_\_\_  
Numéro du véhicule ambulancier: \_\_\_\_\_ Numéro de rapport des SMU: \_\_\_\_\_

Examen de la tête aux pieds	A— B— C
<p>* Contusion : toute forme d'ecchymose ou de décoloration de la peau</p> <p>* Lacération : toute forme de coupure ou de blessure cutanée</p> <p>* Abrasion : toute forme d'éraflure ou multiples blessures cutanées ouvertes et superficielles</p> <p>* Perforation : toute forme de trou ou petites blessures cutanées profondes</p> <p>* Symétrie : la structure et la forme corporelles ne semblent pas être les mêmes de gauche à droite</p> <p>* Sensibilité : toute forme de point ou inconfort général au toucher ou autrement</p> <p>* Instabilité : manque d'amplitude des mouvements ou de capacité à supporter une charge</p> <p>* Crépitation : grincement provoqué par une amplitude normale des mouvements</p> <p>* Pression sous-cutanée : bulles d'air ou autres difformités présentes sous la peau</p>	<p><b>Voies respiratoires (A)</b></p> <p>* Dégagées : aucun objet n'obstrue les voies respiratoires et l'air circule facilement de la bouche aux poumons</p> <p>* Partiellement obstruées : un objet limite le passage de l'air de la bouche aux poumons</p> <p>* Complètement obstruées : un objet bloque complètement le passage de l'air de la bouche aux poumons</p> <p>* Restreintes : aucun objet n'obstrue les voies respiratoires, mais le passage de l'air de la bouche aux poumons semble difficile</p> <p>* Maintenu mécaniquement : introduction d'une canule oropharyngée</p> <p><b>Respiration (B)</b></p> <p>* Présente : d'après les observations (regarder, écouter et sentir si l'air passe), une certaine respiration est apparente (fréquence, rythme et profondeur)</p> <p>* Absente : d'après les observations (regarder, écouter et sentir si l'air passe), aucune respiration n'est apparente</p> <p><b>Circulation (C)</b></p> <p>* Peau : couleur, température et texture</p> <p>* Présente : la peau est chaude et d'une couleur normale, et un test de remplissage capillaire indique la présence de circulation sanguine</p> <p>* Absente : la peau est froide ou d'une couleur inhabituelle, et un test de remplissage capillaire révèle une circulation sanguine très limitée ou absente</p> <p>* Saignement grave : la personne blessée perd beaucoup de sang</p>

S A M P L E	Signes vitaux
<p>Symptômes : la personne blessée éprouve-t-elle des douleurs, de l'inconfort ou d'autres sensations associées à la blessure?</p> <p>Allergies : noix, animaux, etc.</p> <p>Médicaments : la personne blessée prend-elle actuellement des médicaments, tels que des médicaments prescrits, de l'aspirine ou des contraceptifs, entre autres?</p> <p>Passé médical : la personne blessée souffre-t-elle de troubles médicaux comme le diabète, l'épilepsie ou des blessures liées à un sport, entre autres?</p> <p>Lunch : qu'est-ce que la personne blessée a récemment mangé, bu ou consommé? La personne blessée est-elle récemment allée à la toilette?</p> <p>Événements antérieurs : la personne blessée a-t-elle décrit des épisodes survenus récemment en rapport avec la blessure?</p>	<p><b>État de conscience</b> : évaluer l'état de conscience mentale de la personne blessée en choisissant l'une des options suivantes : Alerte (répond à toutes les questions et est consciente de son environnement); Réaction aux stimuli verbaux (réagit au bruit, mais la fonction mentale semble altérée); Réaction aux stimuli douloureux (réagit à un stimulus douloureux comme un pincement, mais pas au bruit).</p> <p><b>Pouls</b> : dans la mesure du possible, évaluer le pouls de la personne blessée au niveau du cou ou du poignet. Inscrire le nombre de battements cardiaques à la minute, si le rythme des battements est régulier ou irrégulier et si les battements sont forts et profonds, ou faibles et superficiels.</p> <p><b>Respiration</b> : évaluer la respiration de la personne blessée par l'observation (regarder, écouter et sentir si l'air passe); inscrire le nombre de respirations à la minute, si le rythme des respirations est régulier ou irrégulier, et si les respirations sont fortes et profondes, ou faibles et superficielles.</p> <p><b>Peau</b> : par l'observation, évaluer la peau de la personne blessée. Indiquez si la couleur de la peau est normale ou inhabituelle, si la peau est chaude ou froide et si la peau est souple et sèche au toucher, ou si elle est rigide et moite.</p> <p><b>Tension artérielle</b> : dans la mesure du possible et au moyen de l'équipement voulu, inscrire la tension artérielle systolique et diastolique.</p> <p><b>Pupilles</b> : par l'observation, évaluer les pupilles de la personne blessée. Noter si la forme, la taille et la couleur des pupilles sont normales ou inhabituelles. Indiquer si les deux pupilles sont de taille égale et réagissent à la lumière.</p>

### Notes de traitement et notes supplémentaires

### Notes de traitement et notes supplémentaires

Nom du personnel soignant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Nom du personnel soignant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Nom du personnel soignant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Soigneur en chef : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

### Suivi

**Mesure corrective prise:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du surveillant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Suivi téléphonique auprès de la personne blessée (notes):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du surveillant \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_