

Rapport d'intervention - ENAP

Date : _____

Heure : ____h____

INFORMATIONS SUR LA VICTIME

Nom, prénom : _____

Téléphone : _____

Âge : _____

EXAMEN PRIMAIRE

Lieux (sécurité, trousse de 1^{ers} soins, nombre de victimes)

État de conscience réaction Ø réaction (appeler le 911)

Voies respiratoires ouvertes obstruées (compressions 30/2)

Pression Compressions 30/2

NATURE DE L'ÉVÉNEMENT

arrêt cardio-respiratoire

blessures aux tissus mous

blessure à la tête

blessure tête-colonne

brûlure

convulsion

douleurs abdominales

douleurs thoraciques

empoisonnement

engelure

état de choc

glycémie

hémorragie

hypothermie

maux de dos

nausées/vomissement

inconscience

maux de tête

obstruction des voies
respiratoires

réaction allergique

problème musculo-
squelettique

saignement

problèmes respiratoires

troubles dus à la chaleur

LOCALISATION DE LA BLESSURE

CIRCONSTANCE DE L'ÉVÉNEMENT

AUTRES INFORMATIONS (allergies, médicaments, maladies, nom des témoins, description des lieux, etc)

ACCEPTATION ET REFUS D'INTERVENTION

à titre de secouriste, j'ai reçu l'autorisation de la personne avant de lui prodiguer les premiers soins requis par son état

je refuse les soins requis par ma blessure ou mon état

je refuse que l'ENAP fasse appel aux services préhospitaliers d'urgence pour me transporter vers un centre hospitalier

Signature _____ | Date : _____

PERSONNE À CONTACTER

Nom, prénom : _____

No de téléphone : _____

Lien avec la victime : _____

INTERVENANT

Secouriste principal

Nom : _____

Signature : _____

Secouriste assistant

Nom : _____

Signature : _____

Rapport vérifié par

Nom : _____

Signature : _____

ESPACE RÉSERVÉ AU COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

No de dossier : _____

Analyse de l'incident

Mesures correctrices à apporter

Responsable du suivi : _____

N'oubliez pas de nettoyer la trousse de premiers soins et de remplacer le matériel utilisé

Envoyer ce rapport au Comité santé et sécurité au travail