**FORMULAIRE DE RAPPORT D’ACCIDENT ET D’INCIDENT (formulaire SF-6)**

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE RAPPORT D’ACCIDENT** |
| **Renseignements sur le patient** | Date : |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : |
| Ville : | Code postal : |
| Tél. cell. :  | Tél. (domicile) : |
| Sexe Homme Femme | Âge | Taille | Poids |
| Troubles médicaux connus |
| **RAPPORT D’INCIDENT** |
| Date et heure de l’incident : |  |
| Heure de la première intervention : |  |
| Heure de l’arrivée du soutien médical : |  |
| Décrivez l’incident (version du responsable) |
| Événement et conditions : (nom de l’événement où l’incident a eu lieu, endroit, qualité de la surface, éclairage, conditions météorologiques) : |
| Mesures prises : |
| Après le traitement, le patient : | a) a été envoyé à la maison |
|  | b) a été envoyé à l’hôpital |
|  | c) est retourné sur la glace |
| Formulaire rempli par [en lettres moulées] |  |
| Date | Signature |