**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 | | | | | | |