

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	<input type="checkbox"/>	Femme	<input type="checkbox"/>	
		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			