

## RAPPORT D'ACCIDENT -ÉLÈVE

<b>École :</b>	<input type="checkbox"/> Héritage	<input type="checkbox"/> Nouvelle Frontière	<input type="checkbox"/> Quatre-Vents
<b>Date de l'incident :</b>	_____		<b>Nom de l'élève :</b>
<b>Prénom de l'élève :</b>	_____		<b>Lieu de l'incident :</b>
<b>Année scolaire :</b>	_____		<b>Heure de l'incident :</b>
<b>Communiquer avec les parents /tuteurs :</b>	Oui - <input type="checkbox"/> Non - <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/> Accepte de venir chercher l'enfant	
	Date : _____	- <input type="checkbox"/> Refuse de venir le chercher	
	Heure : _____	- <input type="checkbox"/> Accepte que l'enfant soit dirigé vers un centre hospitalier en ambulance	
		- <input type="checkbox"/> Autre _____	
<b>Transport vers l'hôpital requis :</b>	Non - <input type="checkbox"/>	Oui - <input type="checkbox"/>	
	Si non, ou est allée la victime?	Si oui, quel moyen de transport? :	- <input type="checkbox"/> Ambulance
	Médecin famille <input type="checkbox"/>		- <input type="checkbox"/> Véhicule privé
	Domicile <input type="checkbox"/>		
	Rester sur les lieux <input type="checkbox"/>		
	Dentiste <input type="checkbox"/>		
	Autre : _____		
		<i>Nom du propriétaire du véhicule :</i> _____	

**Malaise :**  
 Cardiaque     Digestif     Respiratoire     Saignement inexpliqué     Autre \_\_\_\_\_

**Cause possible :**  
 Allergie     Maladie     inconnu     Autre

**Accident :**  
**Type d'accident :**  
 Brûlure -  Coup  
 Choc électrique -  Chute  
 Collision -  Autre \_\_\_\_\_

**Cause probable de l'accident :**  
 Aucune cause apparente  
 Bris de matériel  
 Contact physique (cours normal de l'activité)  
 Inattention de la part de l'élève  
 Mauvais usage du matériel  
 Surmenage, surcharge  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Genre de blessure :**  
 Brûlure  
 Convulsion  
 Contusion /ecchymose (choc+enflure sans plait)  
 Commotion cérébrale  
 Coupure (- éraflure -égratignure)  
 Écrasement  
 Élongation musculaire (étirement)  
 Fracture  
 Lacération (plaie ouverte besoin point de suture)  
 Torsion  
 Saignement sans plaie (nez, oreille etc.)  
 Autre \_\_\_\_\_

## Accident suite

### Région touchée :

#### (partie supérieure)

- Bouche
- Cervical (cou)
- Cuir chevelu
- Dent
- Gorge
- Mâchoire
- Nez
- Oeil
  - Droit  gauche
- Oreille
  - Droite  gauche
- Visage

#### (corps)

- Abdomen
- Avant-bras
  - Droit  Gauche
- Bras
  - Droit  Gauche
- Coude
  - Droit  Gauche
- Doigt de la main
  - Droite  Gauche
- Dos
- Dorsal  -Lombaire
- Épaule
  - Droite  Gauche
- Poignet
  - Droit  Gauche
- Thorax

#### (Partie inférieure)

- Cheville **Droite**  Gauche
- Cuisse **Droite**  Gauche
- Fessier **Droite**  Gauche
- Genou **Droit**  Gauche
- Jambe **Droite**  Gauche
- Pied **Droit**  Gauche
- Talon **Droit**  Gauche
- Orteil du pied
  - Droit**  Gauche

### Brève description de l'incident :

---

---

---

---

---

---

### Premiers soins administrés : oui non

Nom de la personne ayant administré les premiers soins : \_\_\_\_\_

### Soins immédiats apportés à la victime :

- Réanimation cardio-respiratoire
- Administration de médication appartenant à la victime
  - Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Dosage, si connu : \_\_\_\_\_
- Traitement des saignements /hémorragie
- Application de glace  Immobilisation  Autre \_\_\_\_\_

Nom de la personne responsable lors de l'activité? \_\_\_\_\_

- Enseignant  Détenteur d'un certificat de premiers soins valide
- Entraîneur
- Membre du personnel de soutien
- Autre : \_\_\_\_\_

Signature de la personne remplissant le formulaire et responsable de faire parvenir une copie au conseil scolaire immédiatement au 780 624-8554 : \_\_\_\_\_ **En lettre moulée :** \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
jj/mm/aa

***Le personnel ne doit jamais donner de consentement aux médecins pour les traitements d'un élève.***