

RAPPORT D'ACCIDENT -ÉLÈVE

École : Héritage Nouvelle Frontière Quatre-Vents

Date de l'incident : _____ Nom de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____ Lieu de l'incident : _____

Année scolaire : _____ Heure de l'incident : _____

Communiquer avec les parents /tuteurs : Oui - Non -

Date : _____

Heure : _____

- Accepte de venir chercher l'enfant

- Refuse de venir le chercher

- Accepte que l'enfant soit dirigé vers un centre hospitalier en ambulance

- Autre _____

Transport vers l'hôpital requis : Non - Oui -

Si non, ou est allée la victime?

Médecin famille

Domicile

Rester sur les lieux

Dentiste

Autre : _____

Si oui, quel moyen de transport? : Ambulance

Véhicule privé

Nom du propriétaire du véhicule : _____

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.