

RAPPORT D'ACCIDENT

Ce formulaire doit être complété à la suite de tout accident ou blessure impliquant un enfant durant les heures de service de garde.

Nom de l'enfant : _____

Date de l'évènement : _____ Heure : _____

Lieu de l'évènement: _____

Nom de la personne majeure présente lors de l'évènement : _____

RSG Assistant(e) Remplaçante d'urgence Remplaçante occasionnelle Autre

Nature de la blessure :

Brûlure Chute Corps étranger Éraflure
Coupure Engelage Foulure/entorse Ecchymose
Morsure Saignement Perte de conscience
Fracture Empoisonnement Autres : _____

Partie du corps blessée :

Tête Visage Cou Bras Main Bouche
Thorax Abdomen Jambe Dos Pied Autre : _____

Description de l'accident : _____

La nature des premiers soins dispensés est :

La plaie a été nettoyée : oui non

Application de glace : oui non

Autres : _____

Soins donnés par : _____

Parents avisés : oui non heure : _____

Info-Santé a été contacté; si oui, nom de la répondante : _____ heure : _____

L'enfant a été référé : oui non

Si oui, nom de la clinique ou de l'hôpital et/ou du médecin : _____

La victime a été transportée par : ambulance automobile

Signature de la personne majeure au moment de l'évènement

Signature du parent ou de son substitut

Signature d'un témoin (s'il y a lieu)

Date : _____