

RAPPORT D'ACCIDENT



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DE HOCKEY SUR GLACE

PRÉNOM	NOM (à la naissance)	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ADRESSE		
VILLE	CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

LIEU	DATE		
NOM DE L'ÉVÉNEMENT		Division	Classe
IDENTIFICATION : <input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Entraîneur <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Spectateur			
DESCRIPTION DE L'ACCIDENT :			

Siège de la blessure			Types de blessures	Observations et malaises	
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Oreilles <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Poignet /main doigt <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Pied / orteil	D	G	C	Fracture <input type="checkbox"/> Contusion <input type="checkbox"/> Élongation <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Lacération <input type="checkbox"/> Commotion <input type="checkbox"/>	Signes neurologiques : 1. État de conscience : normal <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> confus <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> inconscient <input type="checkbox"/> 2. Perte de mouvement : 3. Perte de sensation : Mouvements : normaux <input type="checkbox"/> modérés <input type="checkbox"/> faibles <input type="checkbox"/> absents <input type="checkbox"/> Sensibilité : douleur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> intense <input type="checkbox"/>
				Coup testicules <input type="checkbox"/> Saignement nez <input type="checkbox"/> Dent brisée <input type="checkbox"/> Souffle coupé <input type="checkbox"/>	Peau : 1. Enflure : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> important <input type="checkbox"/> 2. Couleur : normale <input type="checkbox"/> rougeur <input type="checkbox"/> cyanose (bleu) <input type="checkbox"/> 3. Éraflures : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 4. Lacération : petite <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> importante <input type="checkbox"/> 5. Saignement : faible <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> important <input type="checkbox"/>
États divers : Asthme <input type="checkbox"/> Maux de ventre <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/>			Convulsion <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/>	Voies respiratoires : Libres <input type="checkbox"/> partiellement obstruées <input type="checkbox"/> obstruées <input type="checkbox"/> Respiration : normale <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> rapide <input type="checkbox"/> Circulation (pouls): régulier <input type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/> absent <input type="checkbox"/>	
Autres observations :					

RAPPORT D'ACCIDENT



Interventions :

Refus de traitements

Aucune intervention

Actions :

Administration de glace

Immobilisation

Bandage compressif

Pansement

Nettoyer / Désinfecter

Précisions, s'il y a lieu :

Suivi :

Référence : oui non

Si oui, à qui : _____

Retour au jeu : oui non

Recommandation, s'il y a lieu :

Signature : _____
(Préposé en santé et sécurité)

