



RAPPORT DES PREMIERS SOINS ET PREMIERS SECOURS

Nom: _____ Prénom: _____

Employé(e) Étudiant(e) premier cycle Étudiant(e) cycles supérieurs

Matricule: _____ Téléphone: _____

Fonctions: _____

Département ou service: _____

Date: _____ Heure: _____ Local d'urgence: _____

Activité au moment de l'accident: _____

Description de l'accident: _____

Description de la ou des blessures (s) ou du malaise: _____

Situation grave : NON : OUI :

Nature des soins prodigués: _____

Transport/centre hospitalier ou autre : NON: OUI: Si oui, heure de départ: _____

Moyen de transport: _____

Nom du centre hospitalier ou autre: _____

Signature du blessé (si possible): _____

Nom du secouriste: _____ Signature du secouriste: _____

(lettres moulées)

**S'IL-VOUS-PLAIT TRANSFÉRER CE DOCUMENT AUX CONSEILLERS EN SANTÉ ET SÉCURITÉ
DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS (A-429.19 OU sst@polymtl.ca).**

Signature du conseiller santé et sécurité: _____ Date : _____