|  |
| --- |
| **Registre de premiers secours** |

***Obligation de le compléter pour chaque intervention de premiers secours***

1. **Données de la/des victime(s) :**

Collaborateur interne  Intérimaire  Tiers

Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Entreprise : Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **Informations relatives à l’accident**

Jour : Cliquez ici pour entrer du texte. Date : Cliquez ici pour entrer du texte. Heure : Cliquez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Siège de la lésion** | | | | | | | |
|  | Tête |  | Cou |  | Main G – D |  | Poumons |
|  | Visage |  | Dos |  | Poignet G – D |  | Organes |
|  | Œil G – D |  | Torse |  | Jambe G – D |  | Doigt G – D  Le(s)quel(s) ? |
|  | Oreille G – D |  | Epaule G – D |  | Cheville G – D |
|  | Dentition |  | Bras G – D |  | Pied G – D |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nature de la lésion** | | | | | | | |
|  | Fracture |  | Coupure |  | Electrocution |  |  |
|  | Asphyxie |  | Brûlure |  | Effet lié au froid / à la chaleur |  |  |
|  | Luxation |  | Engelure |  | Piqûres d'insectes |  |  |
|  | Infection |  | Empoisonnement |  | Autre :… |  |

1. **Description détaillée des circonstances de l’incident (agents matériels, faits, manipulation)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Description de l'accident**  *(comment est-ce arrivé ?, causes, circonstances, etc.)* |  |
| **Agents matériels :** |  |
| **Description de l’intervention**  *(traitement, matériel de premiers soins, etc.)* |  |
| **Témoins :** |  |

Le rapport a été rédigé par : Cliquez ici pour entrer du texte.