

REGISTRE D'ACCIDENTS ET PREMIERS SECOURS

Ce formulaire doit être complété pour tout accident ou incident.

ACCIDENTÉ	
Nom :	Prénom :
Occupation :	Département ou service :

ACCIDENT
Date de l'accident :
Heure de l'accident :
Lieu de l'accident :

BLESSURE ET PREMIERS SECOURS	
Nature :	Siège :
Sorte de contact :	Agent causal :
Description des premiers secours _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Sur les lieux <input type="checkbox"/> Centre hospitalier ou clinique médicale	

FAITS ENQUÊTÉS	CORRECTIFS EFFECTUÉS

Accidenté

Secouriste

Enquêteur