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

1. **Coordonnées de la (des) victime(s)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Entreprise |  |

1. **Situation**

🞎 ACCIDENT 🞎 INCIDENT 🞎 SITUATIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date : ….…/...…/………... | Jour: 🞎 Lu 🞎 Ma 🞎 Me 🞎 Je 🞎 Vej 🞎 Sa 🞎 Di | Heure : ..…………. |
| Service : |

1. **Description détaillée des circonstances de l'incident (objet concerné, événement, traitement)**

|  |
| --- |
| Événement :  |
| Objet concerné : |
| Traitement (matériel premiers secours) : |
| Témoins éventuels: |

1. **Symptôme ou blessure**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de la blessure** | **Endroit de la blessure** |
|  | Ecorchure, éraflure  |  | Œil |
|  | Piqûre, coupure, blessure au tendon |  | Tête (crâne), nez, oreilles, cou |
|  | Contusion, pinçure, fracture |  | Bras, coude, poignet |
|  | Brûlure, brûlure chimique |  | Main, doigts |
|  | Entorse, foulure |  | Jambe, cuisse, genou |
|  | Echarde |  | Cheville, pied, orteils |
|  | Coup d'arc, commotion cérébrale, |  | Dos |
|  | Autres blessures ……………………………. |  | Tronc |

|  |  |
| --- | --- |
| **Symptôme** | **Endroit du symptôme** |
|  | Mal de tête  |  | Œil  |
|  | Douleur musculaire |  | Tête (crâne), nez, oreilles, cou |
|  | Douleurs à l'estomac |  | Bras, coude, poignet |
|  | Mal aux dents |  | Main, doigts |
|  | Fièvre  |  | Jambe, cuisse, genou |
|  | Mal au dos |  | Cheville, pied, orteils |
|  | Mal de gorge |  | Dos |
|  | Autres blessures……………………………………… |  | Tronc |

Le rapport a été rédigé par :