



NOTE : Document de référence = [Lignes directrices 254-1 - Programme de santé et de sécurité au travail, annexe I](#)

RAPPORT MÉDICAL APRÈS SAUVETAGE (détenu ou délinquant)

À remplir à la suite de l'utilisation d'un
défibrillateur externe automatisé (DEA)

CLASSER AU DOSSIER ► Original = Dossier SS délinquant

Numéro SED ►

Nom de famille ►

Prénom(s) ►

Date de naissance ►

Établissement

Région

Unité opérationnelle ayant rédigé le rapport

N^o DE SÉRIE DU DEA

Nota : Le directeur médical retournera le Rapport médical après sauvetage à la **personne-ressource** avec les données téléchargées.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'endroit où l'opération de sauvetage a eu lieu ►

Adresse

Province

Code postal

Personne-ressource (*Chef des Services de santé pour un détenu; responsable de l'unité pour un délinquant*)

Nom

Courriel

Téléphone

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME

Âge approximatif

Sexe

Homme

Femme

La victime s'est-elle plainte de douleur ou d'un malaise (p. ex., difficulté à respirer, vomissement) avant de s'effondrer? ►

Oui

Non

Ne sait pas

Si oui, veuillez fournir des détails

La victime a-t-elle des antécédents connus de problèmes cardiaques? ►

Oui

Non

Ne sait pas

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'INCIDENT (veuillez remplir cette section au meilleur de votre connaissance)

Lieu de l'incident

Date de l'incident (AAAA-MM-JJ)

Heure de l'incident (HH : MM)

La victime était-elle inconsciente avant qu'on lui installe le DEA? ►

Oui

Non

Ne sait pas

La victime était-elle cyanosée (bleue) avant qu'on lui installe le DEA? ►

Oui

Non

Ne sait pas

La victime respirait-elle avant qu'on lui installe le DEA? ►

Oui

Non

Ne sait pas

La **respiration artificielle** a-t-elle été administrée AVANT l'utilisation du DEA? ►

Oui

Non

Ne sait pas

Le **massage cardiaque** a-t-il été administré AVANT l'utilisation du DEA? ►

Oui

Non

Ne sait pas

Estimez combien de temps (en minutes) s'est écoulé avant que le sauveteur arrive avec le DEA ►

Est-ce que l'évènement a eu lieu

En présence de témoin(s)

Non en présence de témoin(s)

Incertain ou ne sait pas

Combien de **sauveteurs** étaient présents sur les lieux de l'incident? ►

Est-ce que des signes de respiration ou de circulation sont réapparus pendant le sauvetage? ►

Oui

Non

Ne sait pas

Combien de minutes se sont écoulées entre le moment où vous êtes arrivé et celui du retour du pouls de la victime (le cas échéant)? ►

Estimez combien de temps vous avez dû attendre l'arrivée des services médicaux d'urgence ►

Après l'arrivée des services médicaux d'urgence, la victime a-t-elle recommencé à avoir un pouls ou repris conscience? ►

Oui

Non

Ne sait pas

Les ambulanciers ont-ils **continué** les manœuvres de réanimation sur les lieux de l'incident? ►

Oui

Non

Ne sait pas

Veuillez fournir tout autre renseignement utile concernant le sauvetage

Nom (en lettres moulées)

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)