



RAPPORT MÉDICAL APRÈS SAUVETAGE (Employé(e))

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

CLASSER AU DOSSIER MÉDICAL

► Original = Les dossiers sur les premiers soins

N° 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 (Directeur de l'établissement ou responsable de l'unité pour un membre du personnel)

Nom	Courriel	Téléphone ()
-----	----------	------------------

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME

Âge approximatif	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> 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)