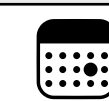




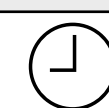
Accident

4/4

Date de l'accident



Heure de l'accident



Motif et lieu de déplacement

Siège des lésions

Main gauche



Nature des lésions

Plaie



Que faisait la victime au moment de l'accident ?

Comment est survenu l'accident ?

Remarques / Reserves ☐ oui ☐ non

Actions immédiates mise en oeuvre ☐ oui ☐ non

Valider

1^{er} Personne prévenue au siège



Nom

Date



Heure



Y a-t-il un ou des témoins de la scène ?

☐ oui

☐ non

Y a-t-il un ou des tiers en cause ?

☐ oui

☐ non

Y a-t-il d'autre victime ?

☐ oui

☐ non

Y a-t-il eu un rapport de police ?

☐ oui

☐ non

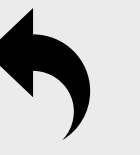
La victime a t'elle été transportée ?

☐ oui

☐ non

ANNULER

SUIVANT



Hiérarchique



Nom

Date de connaissance

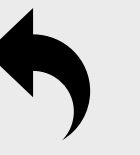


Heure de connaissance

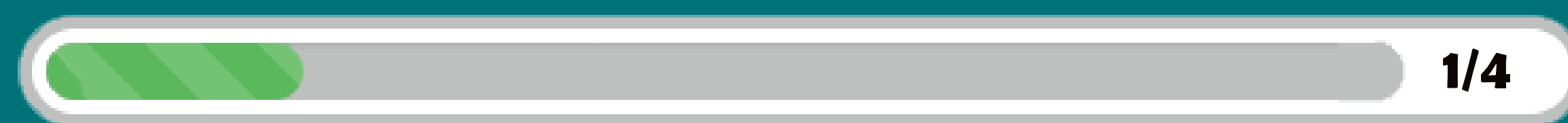


ANNULER

SUIVANT



Victime



Matricule

Nom

Prenom

telephone

ANNULER

SUIVANT