

Identifiant (réservé au ministère) :

Sexe : Masculin Féminin

Année de naissance |__|__|__|__| ou âge |__|__|__| ans

Nationalité

Bilan immédiat de l'accident

Traumatisme Perte de connaissance Décès Noyade

Malaise Inconnu Autre Si autre précisez.....

Secours à la victime

Premiers secours donnés sur place Oui Non Inconnu

Usage d'un défibrillateur semi-automatique : Oui Non Inconnu

Secours alertés Oui Non Inconnu Heure (HH :MM) |__|__| : |__|__|

Heure d'arrivée des secours (HH :MM) : |__|__| : |__|__|

Etat de la victime au moment de l'arrivée des secours : Consciente Inconsciente Décédée

Éléments de gravité constatés :

.....

.....

.....

.....

Prise en charge de l'évacuation (Pompiers, SAMU, etc) :

Orientation (hôpital, clinique, poste de secours, morgue, etc.) :

Observations complémentaires / autres éléments

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

³ Remplir autant de verso que de victimes concernées par l'accident