



FORMULAIRE DE RAPPORT D'INCIDENT DE COMMOTION CÉRÉBRALE

FORMULAIRE DE RAPPORT D'INCIDENT			
Renseignements sur le participant		Date :	
Nom :		Prénom :	
Téléphone :		Province :	
Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>		Âge :	
Club / Ligue :			
Autres conditions médicales pertinentes			
RAPPORT D'INFORMATION SUR L'INCIDENT			
Date de l'incident :			
Heure de la première intervention :			
Heure d'arrivée du soutien médical :			
Décrivez l'incident			
Conditions : (donnez toutes les informations pertinentes, par exemple la qualité de la surface de la glace) :			
Mesures prises :			
Après l'intervention, le blessé :		<input type="checkbox"/> a été renvoyé chez lui	<input type="checkbox"/> a été envoyé à l'hôpital
		<input type="checkbox"/> est revenu au jeu	
Formulaire rempli par :			
En caractères d'imprimerie			
Date		Signature	

Les informations données dans ce formulaire vont demeurer confidentielles

LES FORMULAIRES DÛMENT REMPLIS DOIVENT ÊTRE SOUMIS À RINGUETTE CANADA

ringuette@ringuette.ca

«Il vaut mieux manquer une partie que toute la saison»

- U.S. Department of Health and Human Services Centres for Disease Control and Prevention. Version 1 - Automne 2016