

Constat d'accident du service de sauvetage 1/4

N° d'acc. de l'entr.

Date et heure de l'accident

Date: .

Heure: :

Lieu de l'accident

Lieu (x/y): / Croisement

- Piste
- Itinéraire de descente
- Hors piste/domaine non contrôlé
- Funpark, boardercross, halfpipe
- Télési/remonte-pente
- Sentier pédestre, chemin de randonnée
- Entrée/sortie de télési, télésiège
- Route
- Dans un bâtiment (ex. restaurant, bâtiment de téléphérique)
- Piste de luge
- Autre
- Piste de compétition

Difficulté de la piste: bleue rouge noire ouverte fermée

Désignation du lieu de l'accident

Nom:

Heures de l'alerte et du sauvetage

Alerte: :

Arrivée du service de sauvetage: :

Prise en charge par le service médical: :

Qualité de la neige sur le lieu de l'accident

Conditions météorologiques

- Poudreuse
- Glace
- Neige dure
- Neige fraîche, non préparée
- Neige de printemps
- Endroit sans neige
- Neige mouillée
- Autre
- Neige artificielle

- Beau temps
- Peu nuageux
- Très nuageux
- Chutes de neige
- Brouillard
- Pluie

Température: °C

Circonstances de l'accident

Objet impliqué dans la collision

- Accident n'impliquant pas de tiers
 - .. après un saut
 - .. sans saut
- Collision avec une personne
- Collision avec un objet
- Nombre de personnes impliquées

- Arbre
- Engin de damage
- Pierre, rocher
- Télési, infrastructure de télécabine, téléphérique
- Bâtiment
- Barrage/marquage de piste
- Élément de funpark
- Infrastructure de canon à neige
- Arbalète, siège
- Autre

Constat d'accident du service de sauvetage 2/4

N° d'acc. de l'entr.

Degré de gravité des blessures

- Pas de blessures
- Blessures légères
- Blessures moyennement graves
- Blessures graves
- Blessures mortelles

Nom, sexe et nationalité

Prénom: _____ Nom: _____

Sexe: Homme Femme Nationalité: _____

Date de naissance: . Age estimé (si date/année de naissance inconnue): Env. ans

Domicile

Rue, n°: _____

NPA: _____ Localité: _____

Pays: _____

E-mail: _____ Tél.: _____

Assurance

- Assurance responsabilité civile, nom de l'assureur: _____
- Assurance LAA

Adresse de vacances

Nom du logement (chalet, appartement, hôtel): _____

Rue, n°: _____

NPA: _____ Localité: _____

Tél.: _____

Sport pratiqué au moment de l'accident

Activité

- Ski/carving
- Matériel loué
- Snowboard
- Activité libre/individuelle
- Télémak
- Bigfoot/snowblade
- Cours, entraînement surveillé
- Ski de randonnée à la montée
- Luge/tubing
- Compétition
- Ski de fond
- Randonnée
- Activité professionnelle (p. ex. moniteur de ski)
- Raquette
- Autre/pas de sport

Constat d'accident du service de sauvetage 3/4

N° d'acc. de l'entr.

Equipement de protection utilisé

- Casque Protège-poignets Coudières
 Genouillères Protection dorsale Protection des hanches et du coccyx
 Lunettes (de sports de neige, optiques, de soleil)

Blessures

Vous pouvez indiquer jusqu'à quatre blessures. Pour chaque blessure, prière de cocher la partie du corps touchée, le côté du corps et le type de blessure dans la colonne correspondante, en commençant par la blessure la plus grave.

Partie du corps Type de blessure

Blessure					Blessure				
1	2	3	4		1	2	3	4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crâne/cerveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distorsion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reste de la tête, visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Claquage, déchirure, rupture
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracture
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dos/colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luxation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contusion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bassin/parties génitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaie ouverte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques/circulatoires, épuisement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organes internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypothermie, gelure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épaule/ceinture scapulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commotion cérébrale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partie sup. bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes respiratoires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Clavicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant-bras/coude					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poignet					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Main/doigt					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hanche					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuisse					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genou					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partie inf. jambe					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheville					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pied/orteil					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tout le corps					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre: _____					

Côté du corps

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gauche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indéterminé

Evacuation

Plusieurs réponses possibles

- Luge de sauvetage Engin de damage
 Motoneige Hélicoptère
 Téléphérique Ambulance
 Pas de transport Autre

Traitement max.

- Pas de traitement Traitement sur place
 Prise en charge par cabinet médical Prise en charge par hôpital

Nom du médecin/de l'hôpital _____

Lieu de destination du transport _____

Constat d'accident du service de sauvetage 4/4

N° d'acc. de l'entr.

Constat de police, photo et croquis de l'accident

- La police a-t-elle procédé à un constat? Oui Non
 Une photo de l'accident a-t-elle été prise? Oui Non
 Un croquis de l'accident a-t-il été réalisé? Oui Non

Adresse témoin 1 Adresse témoin 2

Nom: _____

Rue, N°: _____

Pays, NPA, localité: _____

Tél: _____

Remarques/croquis

Patrouilleur/-se

Nom: _____

Lieu, date Signature du patrouilleur/de la patrouilleuse