

PROTOCOLE

D'URGENCE

**SUR LE SENTIER
INTERNATIONAL DES APPALACHES**

2021

Liste d'actions à suivre SUR LE TERRAIN:

1 - RCR et premier soins au besoin. Remplir les formulaires SOAP inclus dans le rapport d'incident durant traitement de premiers soins (p. 7 & 8). Si évacuation urgente est nécessaire consulter les cartes pour décider sur le type d'évacuation nécessaire & appeler à 911 (p. 3). Leur donner les coordonnées du producteur pour des ressources humaines pour l'évacuation. Après avoir appelé 911, appeler le producteur pour lui mettre au courant de la situation.

2 - Remplir questionnaire sur la situation (p. 4). Décider si évacuation non-urgente est nécessaire et consulter les cartes pour décider sur le type d'évacuation nécessaire.

3 - Si évacuation non-urgente est nécessaire, appeler le producteur.

4 – Remplir le rapport d'incident (p. 7-10) aussitôt que possible.

Liste d'actions à suivre PAR LE PRODUCTEUR:

1 - Prendre les informations sur la situation et la localisation du guide.

2 - Appeler l'autorité appropriée pour mettre en branle l'évacuation non-urgente. Proposer des personnes qui connaissent bien le sentier pour aider avec l'évacuation (numéros de téléphone à la page 6).

APPEL À L'AMBULANCE

Avant : *Noter votre localisation (carte et balise GPS) et décider du moyen d'évacuation d'urgence le plus approprié. Préparer les directions à donner aux ambulanciers.*

Numéro de téléphone : 911

1. Bonjour, je m'appelle_____ je suis guide pour le SIA-QC. Nous sommes en randonnée sur le Sentier International des Appalaches (secteur, montagne). J'ai un blessé qui a...(Préciser l'état de la victime).

2. On a fait ...(expliquer le traitement)

3. On a besoin d'une évacuation (précisez par route ou par hélicoptère).

ROUTE : Venez me chercher à :

AIR : Donnez les coordonnées du groupe sur le terrain.

4. Vous pouvez rejoindre le bureau du SIA-QC au 418-562-7885, ou son directeur, Eric Chouinard 418-566-5774, pour connaître les # de téléphone de diverses personnes qui connaissent bien ce secteur du sentier pour aider avec l'évacuation.

5. Quand serez-vous là ? Avez-vous besoin d'autres informations?

Victime #2 : **VOIR FICHE MÉDICALE**

Nom de la victime : _____

Sexe : femme homme

Âge : _____

La cause de l'accident ? _____

La blessure de la victime ? _____

Quelle est la gravité de la victime 1 : sévère grâve moyen superficiel

Quel traitement à été effectué ?

La victime peut-elle se déplacer ? oui non

La victime doit-elle être évacuée? oui non

Victime #3 : **VOIR FICHE MÉDICALE**

Nom de la victime : _____

Sexe : femme homme

Âge : _____

La cause de l'accident ? _____

La blessure de la victime ? _____

Quelle est la gravité de la victime 1 : sévère grâve moyen superficiel

Quel traitement à été effectué ?

La victime peut-elle se déplacer ? oui non

La victime doit-elle être évacuée? oui non

Combien de victimes à évacuer? _____

Plan d'évacuation (regarder points d'accès, distance, nombre de personnes à évacuer, ressources humaines disponibles pour participer, modes d'évacuation possibles:

Rapport d'incident

Coordonnées et conditions :

Date de l'accident : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Coordonnées géographiques : _____ # carte topographique : _____

Température : _____ Nébulosité : _____

Précipitation : _____ Vents : _____ Visibilité : _____

Nom du patient :

Prénom : _____ Nom : _____

Se référer à la fiche client pour les autres coordonnées âge : _____ sexe : _____

Diagnostic de base :

Niveau de conscience : 1) Alerté et orienté 2) Verbal 3) Douleurs 4) Sans réponse

Voies respiratoires : _____ Respiration : _____

Circulation : _____ Position initiale : _____

Cause de la blessure : _____

Plainte / douleur principale (mots du patient) :

Histoire médicale (**se référer à la fiche client le cas échéant**) :

Allergies : _____

Médication utilisée par le patient : _____

Histoire de la blessure ou de la maladie : _____

Dernier repas : _____

Lentilles de contact : non oui

Signes vitaux :

<i>Heure / signe vitaux</i>								
Pouls								
Respiration								
Pupilles								
Peau couleur, température, moiteur								
Niveau de conscience								
Tension artérielle								
Température corporelle								

Commentaires (soins à long terme) :

Heure : _____ 1 _____

Heure : _____ 2 _____

Heure : _____ 3 _____

Heure : _____ 4 _____

Heure : _____ 5 _____

Heure : _____ 6 _____

Heure : _____ 7 _____

Heure : _____ 8 _____

Heure : _____ 9 _____

Heure : _____ 10 _____

<p>Description et localisation de la douleur et des blessures</p> <p>Observations : _____ _____ _____</p> <p>État général : _____</p> <p>Traitement/plan d'action : _____</p> <p>Refus de traitement : _____</p> <p>Assistance requise :</p> <p>Transport (ambulance, hélicoptère, etc.) : _____ Nom de la Cie : _____</p> <p>Heure d'arrivée du transport: _____ Heure d'arrivée à l'hôpital ou clinique : _____</p> <p>Lieu où la victime est embarquée : _____</p> <p>Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____</p> <p>Nom et adresse complète des témoins :</p> <p>_____ _____ _____ _____</p>
--

ANALYSE POST-ACCIDENT

<p>1-DESCRIPTION DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÉNEMENT : <i>(Préciser / compléter les données du rapport d'accident.)</i></p> <p>Genre d'accident : _____</p> <p>Nature de la blessure : _____</p> <p>Partie(s) du corps touchée (es) : _____</p> <p>Soins reçus : _____</p> <p>Dommages matériels et coûts prévus : _____</p> <p>Autres conséquences : _____</p> <p>Renseignements complémentaires : _____ _____ _____</p>
--

2- ANALYSE DE L'ACCIDENT :

L'activité au moment de l'accident était-elle liée au produit ou autorisée ? _____
Le déroulement de l'activité était-il sécuritaire ? _____
L'information sur les risques inhérents était-elle fournie ? _____
Est-ce qu'il y avait modification des aptitudes physiques ou mentales ? _____
L'équipement relié à l'activité était-il sécuritaire ? _____
Le matériel de sécurité a-t-il été utilisé ? _____
La surveillance et l'encadrement étaient-ils normaux ? _____
Les mesures prises à l'égard de la personne accidentée étaient-elles appropriées ? _____
Autres éléments : _____

4- CAUSES DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÉNEMENT :

(Préciser les causes déterminantes et/ou indirectes)
1- _____
2- _____
3- _____

5- MESURES DE PRÉVENTIONS RECOMMANDÉES :

(Indiquer la ou les mesures correctives provisoires ou permanentes recommandées, la personne responsable et la date limite de la mise en application.)

Personne ayant complété le présent formulaire, le rapport post-accident et ayant dispensé les premiers soins :

Prénom : _____
Nom : _____
Adresse : _____
de téléphone : _____ Fonction : _____