

DIRECTIVES ET RAPPORT D'INCIDENT / ACCIDENT

Le but de ce rapport est de constituer une base de données utile pour les membres de la Fédération Motocycliste du Québec.

Définitions

- **Incident** : Événement sans blessure, mais qui aurait pu causer un dommage.
- **Accident** : Événement ayant causé une blessure, une atteinte à la santé ou des dommages matériels.

Directives en cas d'incident / accident

- Remplir le formulaire de rapport d'incident dans les plus brefs délais.
- Rapporter tous les incidents / accidents à : securite@fmq.ca et president@fmq.ca peu importe leur gravité.

Intervention immédiate

- Administrer les premiers soins selon vos compétences et dans la mesure du possible.
- En cas d'incident grave, ne pas déplacer la personne blessée, sauf en présence d'un danger immédiat, et attendre l'arrivée des secours.

Services d'urgence

- Si la personne blessée est inconsciente, appeler immédiatement le **911**.
- Si la personne blessée est consciente et nécessite des soins médicaux :
 - Lui permettre de choisir le mode de transport (par elle-même, avec un accompagnateur ou en ambulance).
 - Informer que des frais d'ambulance ne s'appliquent que si elle est transportée.

Collecte d'informations

- Si l'incident est jugé grave :
 - Documenter les faits avec précision.
 - Recueillir les noms et coordonnées des témoins, lorsque possible.

Refus de traitement

- Si la personne blessée refuse de recevoir des soins malgré la gravité apparente de la situation, ce refus doit être consigné dans le rapport d'incident / accident.



FÉDÉRATION MOTOCYCLISTE DU QUÉBEC
7665 boulevard Lacordaire
St-Léonard (Québec) H1S 2A7
Téléphone : 514 252-8121
Courriel : info@fmq.ca

RAPPORT DÉTAILLÉ D'INCIDENT / ACCIDENT

(À compléter pour chaque événement et faire parvenir à securite@fmq.ca et president@fmq.ca)

Date : _____ Heure : _____ Nom de l'association : _____

Lieu : _____

Nom du/des blessé(s) : _____

Description détaillée de l'événement :

Causes immédiates :

Premiers soins administrés :

Transport médical :

Aucun Par lui-même Accompagné Ambulance

Refus de traitement :

Oui Non

Détails : _____

Dommmages matériels :

Témoins (noms et coordonnées) :

Nom du rédacteur du rapport : _____

Signature : _____ Date de rédaction : _____