

# Fiche victime d'accident de la circulation routière dans le Rhône.

B

124300

Service dans lequel la fiche est remplie : .....

Personne ayant rempli la fiche : .....

Date et heure d'arrivée dans ce service : JJ MM AA HH MN

Si le blessé venait d'un autre service ou structure, précisez : .....

## La victime

NOM (maj.) : .....

PRÉNOM (maj.) : .....

Date de naissance JJ MM AAAA

Adresse .....

Sexe : Masculin  Féminin   
 Poids  kg  
 Taille  cm

Grossesse en cours oui

Accident du travail Non   
 Trajet domicile  travail   
 Dans le cadre du travail

Type d'usager Voiture  Piéton   
 Camionnette  Rollers, Patins   
 Camion  Trotinette   
 Car/Bus  **Autres, précisez :** .....

Motorisation électrique oui

La victime était-elle ? Conducteur   
 Passager avant   
 Passager arrière   
 Passager sans précision

La victime a-t-elle "bénéficié" de l'effet d'un(e) :

Ceinture de sécurité	Dispositif enfant	Sac gonflable (airbag)	Casque attaché
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
nsp <input type="checkbox"/>	nsp <input type="checkbox"/>	nsp <input type="checkbox"/>	nsp <input type="checkbox"/>

## L'accident

Date et heure de l'accident JJ MM AA HH MN

Lieu de l'accident (précisez le plus possible) :

Nom de la ville, village ou commune : .....

Nom de la voie (rue, route, etc.) ou de l'endroit : .....

Circonstances : .....

Antagoniste (directement en contact avec la victime et/ou son véhicule)

Aucun   
 Obstacle fixe  Précisez → .....

Piéton   
 Rollers, patins   
 Trotinette   
 Véhicule en circulation  Précisez → .....

Véhicule en stationnement   
 Autre véhicule  Précisez → .....

Voiture   
 Camionnette   
 Camion   
 Car/Bus   
 Tramway   
 Deux-roues motorisé   
 Vélo

Motorisation électrique oui

Autres blessés ou tués Oui  Combien ? : .....

Bilan précis des lésions initiales et/ou des séquelles consolidées (sans oublier la latéralisation) :

Prise en charge dans le service Bilan sans soins   
 Soins sans hospitalisation   
 Hospitalisation

Date et heure de sortie du service JJ MM AA HH MN

Devenir après sortie du service Retour au domicile

Précisez : Sans suite de soins  Ré-hospitalisation prévue   
 Avec suite de soins prévue  Hôpital de jour

Transféré  Précisez le nom de l'établissement et du service de destination : .....

Décédé  Date et heure du décès JJ MM AA HH MN

Autre  Précisez : .....