



REGISTRE DES TRAITEMENTS DE PREMIERS SOINS

L'information figurant sur le présent formulaire peut être utilisée par les représentantes des Guides du Canada ou le personnel médical afin de fournir ou d'autoriser que soient fournis à la participante l'attention ou les soins médicaux appropriés, au besoin.

Nom de la participante _____

Date/Heure	Nature de la plainte	Traitement fourni	Suivi	Initiales de la participante	Initiales de la personne ayant fourni les soins

Suivi :

1. Si un traitement de premiers soins a été fourni, est-ce que le(s) parent(s)/tuteur(s) a (ont) été avisé(s)? Non Oui. Indiquez quand et comment : _____

2. Es-ce qu'un Rapport d'incident (INS.01) a été rempli? Non Oui Si oui, le rapport INS.01 a été rempli le _____ et soumis à _____

Nom de la personne ayant fourni les soins : _____ Signature : _____ Nom de la participante _____

Nous protégeons la confidentialité de vos renseignements personnels. Ces renseignements ne sont utilisés qu'aux fins énoncées sur le formulaire ou visées par celui-ci. Pour plus d'information, consultez notre énoncé sur la confidentialité à www.girlguides.ca ou communiquez avec votre bureau provincial ou le Bureau national pour obtenir un exemplaire de l'énoncé.