

Intervention des premiers répondants à une installation d'un établissement de santé et de services sociaux du territoire desservi par la Corporation d'urgences-santé

| | |
|------------------------------|--|
| Nom de l'installation | |
| Adresse | |
| Nom de la personne-ressource | |

| Équipement de réanimation sur les lieux (indiquer oui ou non) | |
|---|--|
| Défibrillateur (DEA) | |
| Oxygène | |
| Ballon masque | |
| Épinéphrine | |
| Autre (spécifier) | |

| Information supplémentaire | |
|--|--|
| Présence d'un médecin ou d'une infirmière certifiée en réanimation (indiquer oui ou non) | |
| Si oui, confirmez les heures de disponibilité | |

Nom

Titre

Signature

Date

| Section réservée à la Corporation d'urgences-santé | |
|--|--|
| Date de réception | |
| Demande acceptée ou refusée | |
| Traitée par (nom et titre) | |
| Date de traitement | |