

Nom / Prénom : .....  
 Nom sur la sonnette : ..... Etage: .....  
 Rue: ..... N° ..... N° Appt .....  
 Commune : ..... Code Postal : .....  
 N° Fax: .....

# URGENCES FAX 100

PROBLEME VOCAL \_\_\_\_\_  
 PROBLEME D'AUDITION \_\_\_\_\_

## 1. Qui pouvons-nous prévenir ?



Ambulance



Pompiers



Police

## 2. Que s'est-il passé ?



Malade/blessé



Incendie



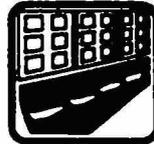
Accident

.....  
 .....  
 .....

## 3. Où cela s'est-il produit ?



A la maison



En rue

Adresse de l'évènement :

Nom sur la sonnette : ..... Etage: .....

Rue: ..... N° ..... N° Appt .....

Commune : ..... Code Postal : .....

## 4. Qui en est la victime ?



Moi



Autre Personne

.....  
 .....  
 Nombre de blessés / malades.....

## 5. Quel est l'état des victimes ?

Victime ne respire plus



Oui (Nbre .. ) / Non

Victime évanouie



Ou: (Nbre ..... ) / Non

Victime incapable de marcher



Oui (Nbre ..... ) / Non

Victime perd du sang



Oui (Nbre .. ) / Non

## Souhaitez-vous signaler autre chose ?

.....  
 .....