



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

RCR pour fournisseur de soins de santé

Défibrillation externe automatisée (DEA)
(Révisée en 2014)

Recto : Veuillez inscrire en lettres moulées lisibles, le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance

RCR pour fournisseur de soins de santé

DEA

RCR à un secouriste avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	RCR à deux secouristes avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	Obstruction des voies respiratoires : adulte et enfant conscients	Obstruction des voies respiratoires : bébé conscient	Obstruction des voies respiratoires : adulte, enfant et bébé inconscients	Respiration artificielle	Utilisation du ballon-masque	Test écrit	Connaissances sur le DEA : utilisation et fonctionnement	La DEA à un et à deux secouristes	
1	2	3	4	5	6	7		1	2	Résultat

<p>1</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>2</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>3</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>4</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>5</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										

Cochez la case s'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille.
Cette feuille d'évaluation est la page ____ de ____ pages.

- Performance satisfaisante

- Échec

Total des réussites

Total des échecs

Renseignements de paiement Frais d'examen inclus Frais d'examen non inclus

Envoyer la facture ou le reçu à : ()

Membre affilié Téléphone

Adresse

Ville Province Code postal

Renseignements sur le moniteur

Nom du moniteur N° d'identification

Courriel ()

Téléphone Signature requise

Pour RCR-FSS, cette section doit être remplie par l'évaluateur de RCR-FSS. Pour DEA, cette section doit être remplie par le moniteur de Secourisme d'urgence ou de Secourisme général qui a évalué les candidats de DEA.

Renseignements sur l'examen

Ceci est un examen : Original **OU** Renouvellement

Date de l'évaluation : _____ année _____ mois _____ jour

Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) Téléphone

Nom N° d'identification (facultatif)

Courriel ()

Téléphone Signature requise



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

RCR pour fournisseur de soins de santé

Défibrillation externe automatisée (DEA)

(Révisée en 2014)

Verso : Veuillez inscrire en lettres moulées lisibles, le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance

RCR pour fournisseur de soins de santé

DEA

RCR à un secouriste avec habilités de DEA : adulte, enfant et bébé

RCR à deux secouristes avec habilités de DEA : adulte, enfant et bébé

Obstruction des voies respiratoires : adulte et enfant conscients

Obstruction des voies respiratoires : bébé conscient

Obstruction des voies respiratoires : adulte, enfant et bébé inconscients

Respiration artificielle

Utilisation du ballon-masque

Test écrit

Connaissances sur le DEA : utilisation et fonctionnement

La DEA à un et à deux secouristes

1

2

3

4

5

6

7

1

2

Résultat

6
Nom année
Adresse App. n°
Ville Code postal mois
Courriel jour
Téléphone

7
Nom année
Adresse App. n°
Ville Code postal mois
Courriel jour
Téléphone

8
Nom année
Adresse App. n°
Ville Code postal mois
Courriel jour
Téléphone

9
Nom année
Adresse App. n°
Ville Code postal mois
Courriel jour
Téléphone

10
Nom année
Adresse App. n°
Ville Code postal mois
Courriel jour
Téléphone

Cochez la case s'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille. Cette feuille d'évaluation est la page _____ de _____ pages.



- Performance satisfaisante



- Échec

Total des réussites

Total des échecs

Membre affilié

()

Téléphone

Veuillez remplir les sections de renseignements sur le moniteur et le paiement au recto de la feuille. Les sections concernant le membre affilié, l'examen et l'évaluateur doivent être remplies sur les deux côtés de la feuille d'évaluation.

Renseignements sur l'examen

Date de l'évaluation : _____ Ceci est un examen :
année mois jour Original **OU** Renouvellement

Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) _____ Téléphone _____

Pour RCR-FSS, cette section doit être remplie par l'évaluateur de RCR-FSS. Pour DEA, cette section doit être remplie par le moniteur de Secourisme d'urgence ou de Secourisme général qui a évalué les candidats de DEA.

Nom _____ N° d'identification (facultatif) _____

Courriel _____
()

Téléphone _____

Signature requise