



Seilbahnen Schweiz  
Remontées Mécaniques Suisses  
Funivia Svizzera  
Pendicularas Svizras

## ↗ Constat d'accident du service de pistes et de sauvetage

[remontees-mecaniques.ch/unfallprotokoll\\_fr](https://remontees-mecaniques.ch/unfallprotokoll_fr)

12.2019

# Constat d'accident du service de sauvetage (1/5)

N° d'entreprise \_\_\_\_\_

\* champ obligatoire

## Date et chronologie de l'accident\*

N° d'accident \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Heure \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Heure de l'alerte \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Arrivé du service de sauvetage \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Prise en charge par le service médical \_\_\_\_ h \_\_\_\_

## Lieu de l'accident

coordonnées x\* 2 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

coordonnées y\* 1 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Précision des coordonnées\*

précises  estimées

correspondent à un poste de secours

N° de la piste/tronçon du bike park \_\_\_\_\_

Désignation du lieu de l'accident \_\_\_\_\_

## Coordonnées

Sexe  homme  femme

Nom\*

Prénom\*

Nationalité\*

Date de naissance \_\_\_\_\_

Âge estimé (si date de naissance inconnue) env. \_\_\_\_ ans

Mineur-e: **représentant légal**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

## Domicile

Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA/localité \_\_\_\_\_

Pays\*

E-mail \_\_\_\_\_

Téléphone/portable \_\_\_\_\_

## Adresse de vacances

Nom du logement \_\_\_\_\_

Rue, n° \_\_\_\_\_

NPA/localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

# Constat d'accident du service de sauvetage (2/5)

\* champ obligatoire

## Degré de gravité des blessures

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> blessures légères            | <input type="checkbox"/> accident entraînant la mort | <input type="checkbox"/> pas de    |
| <input type="checkbox"/> blessures moyennement graves | <input type="checkbox"/> maladie                     | <input type="checkbox"/> blessures |
| <input type="checkbox"/> blessures graves             | <input type="checkbox"/> décès dû à une maladie      | <input type="checkbox"/> inconnu   |

## Blessures

Vous pouvez indiquer **jusqu'à quatre blessures**. Pour chaque blessure, prière de cocher dans la colonne correspondante la partie du corps touchée, le côté du corps et le type de blessure, **en commençant par la blessure la plus grave**.

### Partie du corps\*

- | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | crâne/cerveau             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | poignet                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | reste de la tête/visage   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | main/doigt                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cou                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hanche                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dos/colonne vertébrale    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cuisse                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ventre                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | genou                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bassin/partie génitales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | partie inférieure de la jambe |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | thorax                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cheville                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | organes internes          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pied/orteil                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | épaule                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tout le corps                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | partie supérieure du bras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre _____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | clavicule                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | inconnue                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | avant-bras/coude          |                          |                          |                          |                          |                               |

### Genre de blessure/maladie\*

- | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                                 | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | entorse/distorsion              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hypothermie/gelures locales    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | claquage/déchirure/rupture      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | commotion cérébrale            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | fracture                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | problèmes respiratoires/asthme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | luxation                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | maladie                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | contusion                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | autre _____                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | plaie ouverte                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | inconnu                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | problèmes cardiaques/épuisement |                          |                          |                          |                          |                                |

### Côté du corps\*

- | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Partie gauche du corps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Partie du corps inconnue |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Partie droite du corps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | inconnu                  |

# Constat d'accident du service de sauvetage (3/5)

\* champ obligatoire

## Evacuation\* (plusieurs réponses possibles)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> luge de sauvetage | <input type="checkbox"/> engin de damage            | <input type="checkbox"/> pas de transport |
| <input type="checkbox"/> motoneige         | <input type="checkbox"/> remontée mécanique         | <input type="checkbox"/> autre            |
| <input type="checkbox"/> ambulance         | <input type="checkbox"/> voiture de tourisme        | <input type="checkbox"/> inconnu          |
| <input type="checkbox"/> hélicoptère       | <input type="checkbox"/> quad/véhicule tout-terrain |   |

---

## Traitement maximum

- pas de traitement
- poste de sauvetage
- soins sur le lieu de l'accident
- prise en charge par médecin
- prise en charge par hôpital

Lieu de destination du transport

---

Nom du médecin/de l'hôpital

---

Coûts des secours en CHF

---

---

## Type du lieu de l'accident\*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> piste de ski<br><input type="checkbox"/> bleue <input type="checkbox"/> rouge <input type="checkbox"/> noire | <input type="checkbox"/> entrée/sortie de télésiège   | <input type="checkbox"/> bike park   |
| <input type="checkbox"/> snowpark/cross/halfpipe  | <input type="checkbox"/> dans un bâtiment (ex. restaurant, station de remontées mécaniques) | <input type="checkbox"/> bleue <input type="checkbox"/> rouge <input type="checkbox"/> noire |
| <input type="checkbox"/> itinéraire (balisé en jaune)   | <input type="checkbox"/> route (y.c. route non asphaltée)                                   | <input type="checkbox"/> piste VTT   |
| <input type="checkbox"/> piste de compétition et d'entraînement   | <input type="checkbox"/> parking  | <input type="checkbox"/> bleue <input type="checkbox"/> rouge <input type="checkbox"/> noire |
| <input type="checkbox"/> piste, parc de luge  | <input type="checkbox"/> chemin piéton, de randonnée  | <input type="checkbox"/> descente de karting de montagne                                     |
| <input type="checkbox"/> domain hors-piste  | <input type="checkbox"/> descente pour trottinette  | <input type="checkbox"/> infrastructure spéciale été   |
| <input type="checkbox"/> télésiège  | <input type="checkbox"/> piste de luge d'été  | <input type="checkbox"/> autre   |
|   | <input type="checkbox"/> via ferrata  | <input type="checkbox"/> inconnu   |

## Autres informations sur le lieu de l'accident\*

- ouverte  fermée

Croisement/croisée de pistes  oui  non

---

## Sport pratiqué au moment de l'accident\*

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ski                                       | <input type="checkbox"/> luge/tubing    | <input type="checkbox"/> trottinette         |
| <input type="checkbox"/> snowboard                                 | <input type="checkbox"/> ski de fond    | <input type="checkbox"/> luge d'été          |
| <input type="checkbox"/> télémark                                  | <input type="checkbox"/> randonnée      | <input type="checkbox"/> karting de montagne |
| <input type="checkbox"/> bigfoot/snowblade                         | <input type="checkbox"/> raquettes      | <input type="checkbox"/> via ferrata         |
| <input type="checkbox"/> randonnée à ski/<br>snowboard à la montée | <input type="checkbox"/> VTT            | <input type="checkbox"/> autre _____         |
|  | <input type="checkbox"/> VTT électrique | <input type="checkbox"/> inconnu             |

Matériel loué?  oui  non

---

## Activité

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> activité libre/individuelle          | <input type="checkbox"/> compétition                                   | <input type="checkbox"/> inconnue |
| <input type="checkbox"/> cours/entraînement sous surveillance | <input type="checkbox"/> activité professionnelle (p.ex. prof. de ski) |                                   |

# Constat d'accident du service de sauvetage (4/5)

\* champ obligatoire

## Articles de protection utilisés\* (plusieurs réponses possibles)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> casque                                      | <input type="checkbox"/> protège-poitrine                    | <input type="checkbox"/> genouillères   |
| <input type="checkbox"/> lunettes<br>(de sport, optiques, de soleil) | <input type="checkbox"/> protège-poignets                    | <input type="checkbox"/> protège-tibias |
| <input type="checkbox"/> protège-nuque                               | <input type="checkbox"/> gants (été)                         | <input type="checkbox"/> aucune         |
| <input type="checkbox"/> protection dorsale                          | <input type="checkbox"/> coudières                           | <input type="checkbox"/> inconnu        |
|  | <input type="checkbox"/> protection des hanches et du bassin |   |

---

## Circonstance de l'accident\*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> chute, accident individuel sans tierce pers. impliquée, <u>sans</u> saut     | <input type="checkbox"/> chute d'une certaine hauteur |
| <input type="checkbox"/> chute, accident individuel sans tierce pers. impliquée, <u>après</u> un saut | <input type="checkbox"/> autre _____                  |
| <input type="checkbox"/> collision avec une personne  | <input type="checkbox"/> inconnue                     |
| <input type="checkbox"/> collision avec un objet  |   |
- Nombre de personnes impliquées \_\_\_\_\_

---

## Collision avec un objet

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> arbre               | <input type="checkbox"/> véhicule à moteur                            | <input type="checkbox"/> installation d'enneigement              |
| <input type="checkbox"/> pierre, rocher      | <input type="checkbox"/> engin de damage                              | <input type="checkbox"/> élément d'un bike park/ d'une piste VTT |
| <input type="checkbox"/> bâtiment            | <input type="checkbox"/> téléski/installation de remontées mécaniques | <input type="checkbox"/> autre _____                             |
| <input type="checkbox"/> élément de snowpark | <input type="checkbox"/> barrage, marquage de piste                   | <input type="checkbox"/> inconnu                                 |
| <input type="checkbox"/> arbalète/siège      |   |  |

---

## Conditions sur le lieu de l'accident

### hiver

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> poudreuse                          | <input type="checkbox"/> neige artificielle | <input type="checkbox"/> endroit sans neige |
| <input type="checkbox"/> neige dure                         | <input type="checkbox"/> glace, verglas     | <input type="checkbox"/> autre              |
| <input type="checkbox"/> neige de printemps, neige mouillée | <input type="checkbox"/> neige non préparée | <input type="checkbox"/> inconnue           |

### été

- |                                |                                   |                                  |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sec   | <input type="checkbox"/> humide   | <input type="checkbox"/> mouillé |
| <input type="checkbox"/> autre | <input type="checkbox"/> inconnue |                                  |

---

## Temps

- |                                       |  |                                  |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beau         | <input type="checkbox"/> chutes de neige | <input type="checkbox"/> pluie   |
| <input type="checkbox"/> peu nuageux  | <input type="checkbox"/> brouillard      | <input type="checkbox"/> inconnu |
| <input type="checkbox"/> très nuageux |  |                                  |
- Température en °C \_\_\_\_\_

# Constat d'accident du service de sauvetage (5/5)

\* champ obligatoire

## Constat de police ainsi que photo et croquis de l'accident

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| La police a-t-elle été informée?             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La police a-t-elle procédé à un constat?     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Une photo de l'accident a-t-elle été prise?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Un croquis de l'accident a-t-il été réalisé? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## Personne impliquée dans la collision

Sexe  homme  femme

Nom

---

Prénom

---

Rue, n°

---

NPA/localité

---

Pays

---

Téléphone/portable

---

Date de naissance

---

## Témoin

Sexe  homme  femme

Nom

---

Prénom

---

Rue, n°

---

NPA/localité

---

Pays

---

Téléphone/portable

---

Date de naissance

---

## Remarques/Croquis

## Patrouilleur/patrouilleuse \*

Nom

---

Prénom

---

Lieu, date

---