



Plan médical (SCI 206)

1. NOM DE L'INCIDENT		2. DATE/ HEURE PRÉPARÉ		Date _____ Heure _____	3. PHASE OPÉRATIONNELLE		De:Date _____ Heure _____	À:Date _____ Heure _____			
4. POSTE DE SOINS MÉDICAUX SUR LE LIEU DE L'INCIDENT											
Postes de soins médicaux			Emplacement			N° de téléphone ou fréquence radio		Ambulanciers paramédicaux			
								Oui	Non		
4. TRANSPORT (indiquer s'il est aérien ou terrestre)											
Service d'ambulance			Emplacement			N° de téléphone ou fréquence radio		Niveau de service			
								SPA	SPB		
7. HÔPITAUX											
Nom de l'hôpital		Adresse (avec latitude et longitude s'il ya a un hélicoptère)		Temps de transport		N° de téléphone ou fréquence radio		Hélicoptère		Centre de brûlés	
				Aérien Terr.				Oui Non		Oui Non	
8. PROCÉDURES D'URGENCE MÉDICALE SPÉCIALES											
9. PRÉPARÉ PAR <small>(responsable de l'unité médicale)</small>					10. APPROUVÉ PAR <small>(officier à la sécurité)</small>						
SIGNATURE					SIGNATURE						