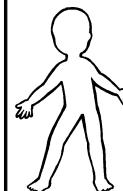


# REGISTRE DE SOINS

DSDEN 17 – service santé scolaire et service prévention / sept 2019

date heure	le blessé – le malade	localisation/ description de la blessure ou Symptômes	lieu	soins donnés + observations <input type="checkbox"/> si parents prévenus par tél.	Personne ayant effectué les soins	témoins éventuels (en précisant la classe)	Destination
...../..... .....h.....	NOM Prénom  Classe : ..... .....	  <input type="checkbox"/> choc sans plaie <input type="checkbox"/> chute + écorchure <input type="checkbox"/> autre.....	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> nettoyage eau et savon <input type="checkbox"/> pansement <input type="checkbox"/> poche gel froid <input type="checkbox"/> autre : .....   <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère : .....h.....   <input type="checkbox"/> 15 : .....h.....			<input type="checkbox"/> Reprise activité <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Hopital  <input type="checkbox"/> déclaration d'accident à faire.
...../..... .....h.....	NOM Prénom  Classe : ..... .....	  <input type="checkbox"/> choc sans plaie <input type="checkbox"/> chute + écorchure <input type="checkbox"/> autre.....	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> nettoyage eau et savon <input type="checkbox"/> pansement <input type="checkbox"/> poche gel froid <input type="checkbox"/> autre : .....   <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère : .....h.....   <input type="checkbox"/> 15 : .....h.....			<input type="checkbox"/> Reprise activité <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Hopital  <input type="checkbox"/> déclaration d'accident à faire.
...../..... .....h.....	NOM Prénom  Classe : ..... .....	  <input type="checkbox"/> choc sans plaie <input type="checkbox"/> chute + écorchure <input type="checkbox"/> autre.....	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> nettoyage eau et savon <input type="checkbox"/> pansement <input type="checkbox"/> poche gel froid <input type="checkbox"/> autre : .....   <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère : .....h.....   <input type="checkbox"/> 15 : .....h.....			<input type="checkbox"/> Reprise activité <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Hopital  <input type="checkbox"/> déclaration d'accident à faire.
...../..... .....h.....	NOM Prénom  Classe : ..... .....	  <input type="checkbox"/> choc sans plaie <input type="checkbox"/> chute + écorchure <input type="checkbox"/> autre.....	<input type="checkbox"/> cour <input type="checkbox"/> classe <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> nettoyage eau et savon <input type="checkbox"/> pansement <input type="checkbox"/> poche gel froid <input type="checkbox"/> autre : .....   <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère : .....h.....   <input type="checkbox"/> 15 : .....h.....			<input type="checkbox"/> Reprise activité <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Hopital  <input type="checkbox"/> déclaration d'accident à faire.

