IAEMD
International Academy of Emergency Medical Dispatch

Rapport de rétroaction de terrain

Rapporté par : _____ Agence/Compagnie : _____

Date : _____ Heure : _____ R.I.P. # : _____ Véhicule(s) : _____

Répartiteurs : _____ et _____

Équipe d'intervention : _____ et _____

Problème rencontré : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

En référence au Protocole : _____ # : _____

En référence à la procédure opérationnelle : _____ # : _____

Pour l'UAQ seulement

Reçu à l'Unité d'Assurance de la Qualité (date) : _____ Par : _____

Résultat de l'investigation : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Révision de cas complétée (date) : _____ Conformité (%) : _____ Code d'intervention adéquat : _____

Rapporté à : _____ à : _____

Signature du RU-Q : _____ Date : _____

© 2018 IAEMD
Ce formulaire peut être copié avec la permission de l'IAEMD