



## Gestion des risques

**Les informations suivantes devraient être validées bien avant l'évènement et parfois même, avant de choisir le parcours ou l'activité que vous effectuerez. Certaines informations peuvent influencer votre choix, il est donc important de prendre le temps d'écrire et de partager ces informations avec tous les participants.**

- Affiliation à **Eau Vive Québec** de chaque participant et bénévoles
- Inspection et entretien de l'équipement des participants, de plein air, de sécurité et premiers soins
- Conditions préalables à la pratique de l'activité, évaluation des participants (niveau d'effort physique requis, niveau de connaissances techniques, limitations des participants, etc.)
- Identifier les risques inhérents à l'activité, au milieu naturel, lieux de pratique, transport et comportement des participants
- S'assurer d'avoir une équipe de sécurité ayant des compétences, certifications et expérience dans le sauvetage (Certification de Sauvetage en eau vive niveau 2 à jour, Premiers Soins 16h à jour)
- S'assurer d'avoir tout l'équipement nécessaire (sauvetage ne eau vive, premiers soins, planche dorsale, etc.)
- Compléter, valider et remettre une copie de votre plan d'urgence au responsable de l'évènement et aux chefs d'équipes
- Compléter et communiquer votre plan de mesures d'urgence (comprenant cartes du parcours et cartes routières) avec  
les participants et bénévoles
- Communiquer votre plan de mesures d'urgence (comprenant cartes du parcours et cartes routières) avec les services de sécurité local (ambulancier, incendie, police)

--

<b>Coordonnées de secours, services médicaux, autres</b>	
<b>Sûreté du Québec, pompier, ambulance</b>	9-1-1 (De votre cellulaire : *4141)
<b>Centres hospitaliers locaux</b>	
<b>Info-Santé</b>	8-1-1
<b>Centre antipoison du Québec</b>	1-800-463-5060
<b>SOPFEU (incendie de forêt)</b>	1-800-463-3389
<b>Hydro-Québec (fils sous tension tombés)</b>	1-800-790-2424
<b>Info-Transports</b>	5-1-1
<b>Recherche et sauvetage aérien</b>	1-800-267-7270
<b>Recherche et sauvetage maritime</b>	1-800-463-4393
<b>Air Médic (ambulance aérienne)</b>	1-877-999-3322 (numéro d'urgence seulement)

Équipement de premiers soins		
<input type="checkbox"/> Gants médicaux jetables (3) <input type="checkbox"/> Masque pour respiration artificielle (1) <input type="checkbox"/> Bouchons d'oreilles (1paire) <input type="checkbox"/> Cotton-tiges (2) <input type="checkbox"/> Bandages triangulaires <input type="checkbox"/> Compresses de gaze de 4x4 (4) <input type="checkbox"/> Rouleau de gaze 3" (1) <input type="checkbox"/> Bandage de tension de 2" (1) <input type="checkbox"/> Compresses abdominales 8x10 (2) <input type="checkbox"/> Dyachilons (8) <input type="checkbox"/> Dyachilons articulaires (2)	<input type="checkbox"/> Moleskin (1 feuille) <input type="checkbox"/> Bandage de pression (1) <input type="checkbox"/> Bande stérile (1) <input type="checkbox"/> Tampons d'alcool (10) <input type="checkbox"/> Duct tape (1) <input type="checkbox"/> Bande médicale de 1" (1) <input type="checkbox"/> Couverture d'urgence (1) <input type="checkbox"/> Grand sac poubelle (1) <input type="checkbox"/> Ciseaux à bandage (1) <input type="checkbox"/> Pince à épiler (1) <input type="checkbox"/> Épingle de nourice (4)	<input type="checkbox"/> Seringue 20cc (1) <input type="checkbox"/> Rasoir jetable (1) <input type="checkbox"/> Support "Sam splint" (1) <input type="checkbox"/> Crayon (1) <input type="checkbox"/> Analgésique léger (ASA) <input type="checkbox"/> Crème topique antibiotique <input type="checkbox"/> Antihistaminique – allergies <input type="checkbox"/> Benadryl – allergies <input type="checkbox"/> Ibuprofen – anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> Capsule de dextrose – Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Capsule d'électrolyte – Déshydratation
Emplacement de(s) trousse(s) de premiers soins :		
Planche dorsale		
Emplacement de planche dorsale :		

Équipement de communication		
Téléphone / #	Emplacement	Personne en charge

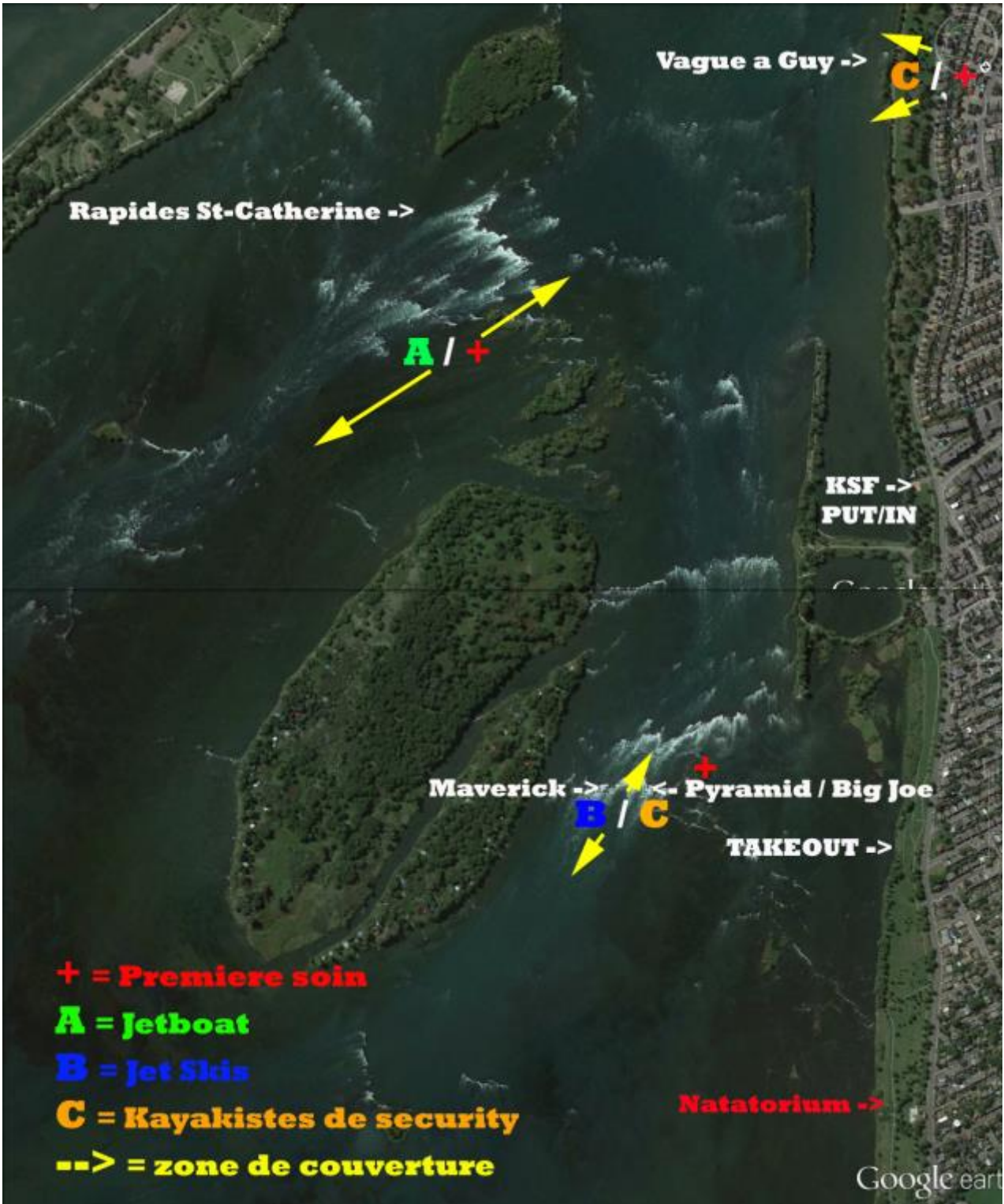
Procédures d'évacuation spécifiques aux sites de l'évènement
<p><b>Recherche et sauvetage :</b></p> <p><b>Protocole des premiers soins :</b></p> <p><b>Blessures légères :</b></p> <p><b>Situation grave :</b></p> <p><b>Protocole d'évacuation d'un blessé :</b></p> <p><b>Autres explications :</b></p>

## Mesures d'urgences (générales)

(Avant d'appeler le 9-1-1 établissez votre position, le nombre de victimes, l'accessibilité des lieux et les mécanismes de blessure)

Situations d'urgence	Plan d'action (interventions à faire)	Directives pour chacun des participants
<b>Accident de la route</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Appeler le 9-1-1 ou pour un cellulaire : *4141</li> <li>Mettre la signalisation en place</li> <li>Sécuriser les blessés</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rester calme / Se mettre en sécurité</li> <li>Établir le nombre de victimes/témoins</li> <li>Informers les responsables de l'évènement</li> </ul>
<b>Malaise cardiaque, problème respiratoire, noyade et quasi-noyade</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mettre le blessé en sécurité sur une surface ferme</li> <li>Vérifier l'état de conscience et de la respiration</li> <li>Appeler le 9-1-1 ou pour un cellulaire : *4141</li> <li>Administration rapide de la RCR</li> <li>Administration des compressions thoraciques</li> <li>Dégagement des voies respiratoires</li> <li>Administration de la respiration artificielle</li> <li>Application de la défibrillation dès que possible</li> <li>Vérifier les saignements et la circulation sanguine</li> <li>Traitez l'état de choc</li> <li>Évacuer la victime et l'apporter dans un centre hospitalier</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rester calme</li> <li>Se mettre en sécurité</li> <li>Établir le nombre de victimes/témoins</li> <li>Identifier le mécanisme de blessure</li> <li>Remplir la note SOAP</li> <li>Informers les responsables de l'évènement</li> <li>Remplir un rapport d'accident et le transmettre à la direction du FQCKEV</li> </ul>
<b>Incendie de forêt</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Communiquer avec la SOPFEU 1-800-463-3389</li> <li>Donner la localisation de l'incendie et celle du groupe, la direction du vent</li> <li>Suivre les directives de la SOPFEU</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rester calme</li> <li>Se mettre en sécurité</li> <li>Informers les responsables du l'évènement</li> </ul>
<b>Disparition d'une personne</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Appeler le 9-1-1 ou pour un cellulaire : *4141</li> <li>Informers les responsables du l'évènement</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rester calme</li> <li>Informers les responsables de l'évènement</li> </ul>
<b>Maladie ou blessures majeures (nécessitant la mobilisation de la personne ou nécessitant des soins d'urgence)</b>  <b>Si vous soupçonnez une blessure à la colonne vertébrale ne pas déplacer la victime.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mettre le blessé en sécurité sur une surface ferme</li> <li>Vérifier l'état de conscience et de la respiration</li> <li>Appeler le 9-1-1 ou pour un cellulaire : *4141</li> <li>Vérifier les saignements et la circulation sanguine</li> <li>Traitez l'état de choc</li> <li>Évacuer la victime et l'apporter dans un centre hospitalier</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rester calme</li> <li>Se mettre en sécurité</li> <li>Établir le nombre de victimes/témoins</li> <li>Identifier le mécanisme de blessure</li> <li>Remplir la note SOAP</li> <li>Informers les responsables du l'évènement</li> <li>Remplir un rapport d'accident et le transmettre à la FQCKEV</li> </ul>
<b>Autres situation (selon l'état de santé de vos participants)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mettre le blessé en sécurité sur une surface ferme</li> <li>Vérifier l'état de conscience et de la respiration</li> <li>Appeler le 9-1-1 ou pour un cellulaire : *4141</li> <li>Traitez l'état de choc</li> <li>Évacuer la victime et l'apporter dans un centre hospitalier</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rester calme</li> <li>Se mettre en sécurité</li> <li>Établir le nombre de victimes/témoins</li> <li>Identifier le mécanisme de blessure</li> <li>Remplir la note SOAP</li> <li>Informers les responsables du l'évènement</li> <li>Remplir un rapport d'accident et le transmettre à la FQCKEV</li> </ul>

Carte(s) du/des site(s) de l'évènement









## Rapport d'incident

Responsabilité civile générale (blessures corporelles ou dommages matériels à des tiers)

**Rapportez chaque incident au bureau mentionné ci-bas dans les plus brefs délais**

Détenteur de police			
Votre nom :	Tél. le jour : ( )	poste	Télécopieur : ( )
Nom de votre fédération :	Courriel :		
Nom de votre instance locale :			
Adresse complète :			
Lieu de l'incident :			
Quel contrôle exercez-vous sur les lieux où l'incident a eu lieu? <b>Cliquez ici</b>			

Blessures corporelles	
Nom de la personne blessée :	Adresse :
Est-elle membre de votre association?	
Nature et étendue des blessures :	
Nom du médecin ou de l'hôpital où la personne blessée a été transportée :	
Pourquoi la personne blessée se trouvait-elle sur les lieux?	

Dommages aux biens	
Nom du propriétaire :	Tél. : ( ) poste
Adresse complète :	
Nature du bien et étendue des dommages :	

Description de l'incident		
Date de l'incident :	Heure :	<b>Cliquez ici</b>
Endroit (rue, ville) :		
Description complète et cause de l'incident :		

Témoins	
Noms et adresses complets des témoins (incluant ceux qui ont inspecté l'emplacement immédiatement avant ou après l'incident ainsi que ceux des témoins de l'incident : )	

Enquête de l'incident par l'assuré	
Déclaration par un tiers sur les causes de l'incident :	
Attitude du réclamant :	Croyez-vous qu'il y aura une réclamation? <b>Cliquez ici</b>
Une tierce partie (i.e. locataire, propriétaire, entretien, entrepreneur en déneigement, etc.) est-elle tenue d'avoir une assurance couvrant ce type d'incident? <b>Cliquez ici</b>	
Cet incident a-t-il été rapporté à un tiers? <b>Cliquez ici</b>	
Si oui, lequel? <b>Cliquez ici</b>	Veillez joindre une copie du certificat d'assurance.

Autres renseignements ou commentaires	

Date du rapport : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_  
*Nom de la personne qui a rempli ce rapport*

## Demande de réclamation



Fédération Québécoise  
de Canoë-Kayak d'eau vive

**Retourner à :**

Fédération Québécoise de Canoë-Kayak d'eau vive  
4545, avenue Pierre-De-Coubertin  
Montréal (Québec) H1V 0B2



BFL  
CANADA



Compagnie d'Assurance AIG du Canada  
145, rue Wellington Ouest  
Toronto (Ontario) M5J 1H8  
ahclaims@aig.com

### Formulaire de demande de règlement en cas d'accident

**IMPORTANT :** La présente demande de règlement doit être validée par votre association (section au verso). Une fois que le formulaire est dûment rempli, il faut y joindre les factures originales détaillées et poster le tout à la Fédération Québécoise de Canoë-Kayak d'eau vive dans les 30 jours suivant l'accident.

**Nom du titulaire de la police :** BFL CANADA INC. (PROGRAMME DU REGROUPEMENT LOISIR ET SPORT DU QUÉBEC)

**Numéro de police :** SRG 9139257-00511

Nom de famille de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_ Prénom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (de jour) : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance (J/M/A) : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme

1. Date de l'accident (J/M/A) : \_\_\_\_\_ Date des premiers soins médicaux (J/M/A) : \_\_\_\_\_

2. Lieu et détails complets de l'accident et nature de la blessure subie : \_\_\_\_\_

3. Nom de la compagnie qui souscrit votre assurance collective en cas d'hospitalisation ou de maladie : \_\_\_\_\_

4. Nom et adresse du médecin de famille : \_\_\_\_\_

5. Nom et coordonnées des témoins de l'accident : \_\_\_\_\_

6. Nom et adresse des chirurgiens ou des spécialistes qui ont prodigué des soins à la suite de cet accident : \_\_\_\_\_

**AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** Je comprends que les renseignements que je fournis dans le présent formulaire et autrement dans le cadre de ma demande de règlement sont requis par Compagnie d'Assurance AIG du Canada, ses réassureurs et administrateurs autorisés (« l'Assureur ») afin d'évaluer mon admissibilité aux prestations, y compris mais non de façon limitative, afin de déterminer si la couverture est en vigueur, d'étudier si des exclusions s'appliquent et de coordonner la couverture avec celle tout autre assureur. À ces fins, l'Assureur consultera également ses dossiers d'assurance actuels à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et de ma part et, au besoin, obtiendra des renseignements d'autres parties et en échangera avec d'autres parties.

**ATTESTATION :** Les renseignements que je fournis dans le présent formulaire et autrement relativement à ma demande de règlement sont, à ma connaissance, exacts et complets. En cas d'une déclaration fautive ou susceptible d'induire en erreur faite en rapport avec cette demande de règlement, la couverture peut être résiliée, le versement des prestations peut être refusé et les prestations versées précédemment peuvent être recouvrées. Je conviens de rembourser à l'Assureur le montant de tout versement qui n'aurait pas dû avoir été effectué relativement à ma demande.

**AUTORISATION :** J'autorise, pour une période d'au moins douze mois et d'au plus vingt-quatre mois à partir de la date de la signature du présent formulaire, tout médecin, praticien, fournisseur de soins de santé, hôpital, établissement de santé, organisme médical, toute clinique et tout autre établissement médical paramédical, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, toute commission des accidents du travail ou tout régime ou organisme semblable, l'administrateur de tout régime de prestations, tout service du gouvernement fédéral, territorial ou provincial ou toute autre corporation, organisation, institution ou association (y compris l'obtention de renseignements de la part du titulaire de la police collective ou de mon employeur) à divulguer à la Compagnie d'Assurance AIG du Canada ou à ses représentants et à échanger avec ces parties, tous les renseignements personnels sur la santé, le versement de prestations ou des renseignements financiers ou liés à l'emploi à mon sujet ou autres renseignements ou dossiers à mon sujet en leur possession qui pourraient être demandés en rapport avec l'administration de la présente demande de règlement. Je conviens qu'une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Nom du parent/tuteur de l'assuré(e) [si l'assuré(e) a moins de 18 ans – en lettres moulées] : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e) ou de son parent/tuteur [si l'assuré(e) a moins de 18 ans] : \_\_\_\_\_

Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DU MÉDECIN

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Description complète de la blessure subie : \_\_\_\_\_

Date des premiers soins (J/M/A) : \_\_\_\_\_ Date du sinistre effectif (J/M/A) : \_\_\_\_\_

Est-ce que la perte est permanente et irréversible ? Veuillez en indiquer le degré. \_\_\_\_\_

L'état du patient résulte-t-il directement d'un accident ?  Oui  Non

Est-ce qu'une maladie ou une blessure antérieure a contribué à la perte ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il été hospitalisé ?  Oui  Non Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Noms et adresses de tous autres médecins ou chirurgiens qui ont traité le patient, le cas échéant : \_\_\_\_\_

Existe-t-il des liens de parenté ou d'affaires entre vous et le patient ?  Oui  Non

**Ces déclarations sont, à ma connaissance, véridiques et complètes.**

Nom du médecin traitant (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION DE L'ASSOCIATION

Nom de la personne : \_\_\_\_\_ Nom du Club : \_\_\_\_\_

La personne est un :  Membre  Bénévole

La personne était-elle membre ou bénévole à la date de l'accident ?  Oui  Non

La blessure s'est-elle produite durant la participation à une activité reconnue par l'association ?  Oui  Non

Veuillez joindre une copie de votre rapport d'incident lié à cet événement (s'il est disponible).

Signature : \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

**Le fait de fournir ces formulaires ne constitue pas une admission de responsabilité de la part de la Compagnie.**

Notes

SVP retournez ce formulaire minimum 2 semaines avant l'évènement.  
Envoyez à : [directeur@euvivequebec.ca](mailto:directeur@euvivequebec.ca)