



SERVICE DE LA SÉCURITÉ INCENDIE
RÉGIONAL DE L'ÉRABLE
1783, avenue Saint-Édouard, bur. 300
Plessisville, Québec G6L 3S7
Tél: 819-362-2333
Télécopieur : 819-362-9150



NOTE : DANS CE DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ SANS AUCUNE DISCRIMINATION ET UNIQUEMENT POUR ALLÉGER LE TEXTE

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

SECTION 1 : À REMPLIR ET SIGNER PAR LE CANDIDAT

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

M. <input type="checkbox"/>	NOM	PRÉNOM(S) (SOULIGNEZ LE PRÉNOM USUEL)
MME <input type="checkbox"/>		
ADRESSE (N° CIVIQUE / RUE / APPARTEMENT)		VILLE OU MUNICIPALITÉ
PROVINCE	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	CODE POSTAL
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	MOIS D'EXPIRATION	ANNÉE D'EXPIRATION
SIGNATURE:		DATE (AAAA-MM-JJ)

SECTION 2 ET 3 : À REMPLIR ET SIGNER PAR LE MÉDECIN

2. EXAMEN MÉDICAL

NOTE : SE RÉFÉRER AU DOCUMENT : MEDICAL EVALUATIONS OF CANDIDATES, DU NFPA 1582.
LIEN : <http://www.cortland-co.org/ccfire/NFPA%201582.pdf>

VEUILLEZ ÉVALUER TOUS LES POINTS SUIVANTS SUR LE PATIENT :

<input type="checkbox"/>	Tête et cou (6.3)	<input type="checkbox"/>	Extrémités (6.14.1), luxation, amputation, etc.
<input type="checkbox"/>	Oreilles et audition (6.5)	<input type="checkbox"/>	Troubles neurologiques (6.15)
<input type="checkbox"/>	Nez, oropharynx, trachée, œsophage et larynx (6.7)	<input type="checkbox"/>	Peau (6.16)
<input type="checkbox"/>	Poumons et paroi thoracique (6.8)	<input type="checkbox"/>	Sang et organes hématopoïétiques (6.17)
<input type="checkbox"/>	Cœur et système vasculaire (6.9)	<input type="checkbox"/>	Endocrinien et troubles métaboliques (6.18)
<input type="checkbox"/>	Organes abdominaux et système gastro-intestinal (6.10)	<input type="checkbox"/>	Maladies systémiques et conditions diverses (6.19)
<input type="checkbox"/>	Système reproductif (6.11)	<input type="checkbox"/>	Tumeurs malignes (6.20)
<input type="checkbox"/>	Système urinaire (6.12)	<input type="checkbox"/>	Conditions psychiatrique (6.21)
<input type="checkbox"/>	Colonne vertébrale et squelette axial (6.13)	<input type="checkbox"/>	Produits chimiques, drogues ou médicaments (6.22)

SUITE À L'EXAMEN, LE PATIENT RÉPOND AUX NORMES PRESCRITES PAR LA NFPA 1582 POUR EXERCER LE MÉTIER DE POMPIER : OUI NON

RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN TRAITANT

APRÈS AVOIR PROCÉDÉ À L'EXAMEN, VOICI MES RECOMMANDATIONS :

JE NE VOIS AUCUN INCÉVÉNIENT MÉDICAL À CE QUE LE PATIENT EXERCE LE MÉTIER DE POMPIER.

APRÈS AVOIR PROCÉDÉ À L'EXAMEN, VOICI MES RECOMMANDATIONS :

JE NE PEUX PAS RECOMMANDER AU PATIENT SUSMENTIONNÉ D'EXERCER LE MÉTIER DE POMPIER POUR LES RAISONS SUIVANTES :

COMMENTAIRES

DIAGNOSTIC ET DÉTAILS :

3. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM, PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE
ADRESSE (NUMÉRO, RUE, BUREAU, VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL, PAYS)	
SPÉCIALITÉ	DATE DE L'EXAMEN (AAAA-MM-JJ)
SIGNATURE	DATE (AAAA-MM-JJ)