



Emergency First Response® CPR & AED

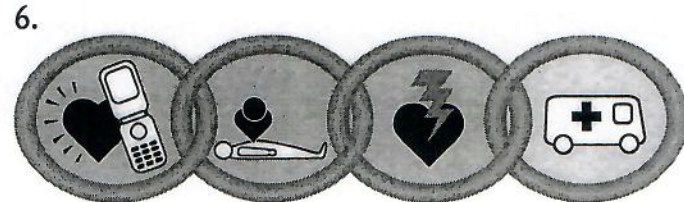
Corrigé de l'examen final du participant

Nom _____
(en lettres d'imprimerie)

N° du cours _____ Date _____

Instructions : Choisissez votre réponse, puis noircissez COMPLÈTEMENT la case située sous la lettre correspondante. En cas d'erreur, effacez votre sélection ou placez un X noir sur votre première réponse.

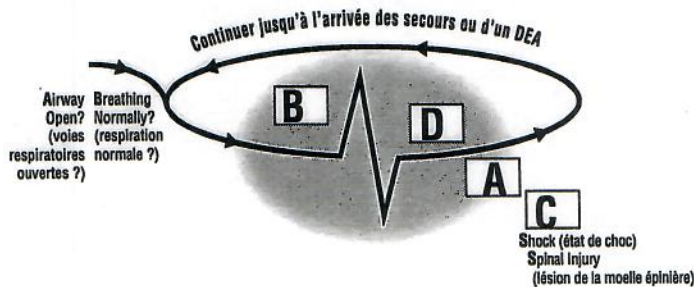
- | | A | B | C | D |
|----|---|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



A **C** **D** **B**

- | | | | | |
|-----|---|-------------------------------------|---|--------------------------|
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input checked="" type="checkbox"/> Faux | |
| 9. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input checked="" type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |

11. Cycle de soins : AB-CABS™



12.

13. Numéro de téléphone :
plusieurs réponses possibles

14.

15.

16. **Vrai** **Faux**

17.

18. **Vrai** **Faux**

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27. **Vrai** **Faux**

28.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT : J'ai revu les questions et mes réponses et je me suis fait expliquer toutes celles auxquelles j'avais donné une réponse incorrecte ou incomplète et/ou j'ai repris le manuel de telle sorte que je comprends les erreurs que j'ai commises et j'ai assimilé les bonnes réponses.

Signature _____

Date _____