

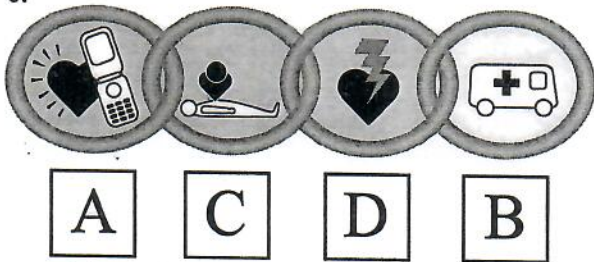


Emergency First Response® Primary Care (CPR) Corrigé de l'examen final destiné au participant

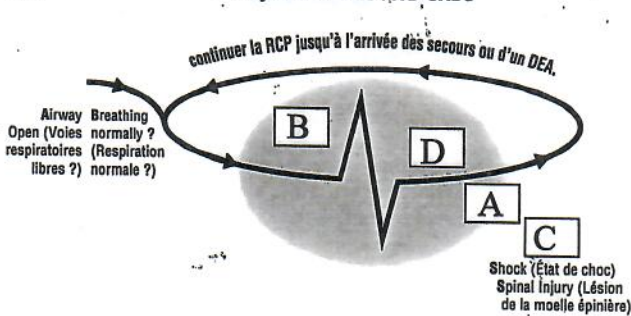
Nom _____
 N° du cours. _____ (en capitales) Date _____

Instructions : Choisissez votre réponse, puis remplissez COMPLÈTEMENT la case située sous la lettre correspondante. En cas d'erreur, effacez la case ou placez un **X** 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"/> |
| 6. | | | | |



- | | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|--|--------------------------|
| 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. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Cycle de soins : A B-CABS™ | | | |



- | | | | | |
|-----|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 13. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. | Numéro de téléphone : _____
(Réponses variées) | | | |
| 15. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input checked="" type="checkbox"/> Faux | |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26. | <input checked="" type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |
| 27. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input checked="" type="checkbox"/> Faux | |
| 34. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 35. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DÉCLARATION DU PARTICIPANT : Après en avoir reçu l'explication, je comprends les erreurs que j'ai commises et j'ai assimilé les bonnes réponses.

Signature du participant _____

Date _____

Product No. 71827F (Rev. 01/12) Version 1.01
 © indicates a trademark is registered in the U.S. and certain other countries.
 © indique une marque commerciale déposée aux États-Unis et dans d'autres pays.



**Emergency First Response®
Secondary Care (First Aid)**

Corrigé de l'examen final destiné au participant

Nom _____
 N° du cours. _____ (en capitales) Date _____

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

- | | A | B | C | D |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. S = Signes et symptômes

A = Allergies

M = Médicaments

A = Antécédents médicaux

D = Dernier repas

E = Événements

9. Vrai Faux
10.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT : Après en avoir reçu l'explication, je comprends les erreurs que j'ai commises et j'ai assimilé les bonnes réponses.

Signature du participant _____

Date _____