



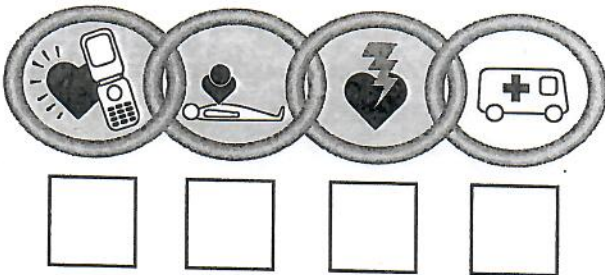
Emergency First Response® Primary Care (CPR) Feuille de réponse à l'examen final

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.

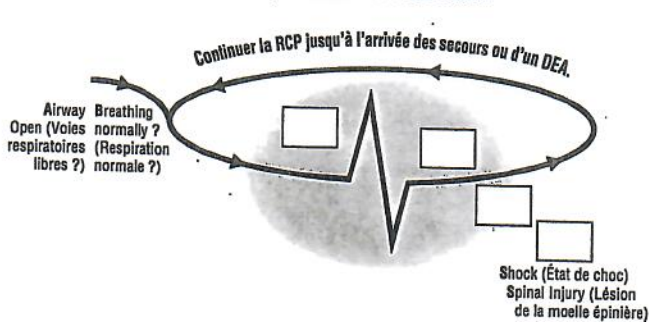
- | | A | B | C | D |
|----|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>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



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | | | | |

Cycle de soins : A-B-CABSM



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

DECLARATION 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. 71826F (Rev. 01/12) Version 1.0
 © 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 type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. S = _____

A = _____

M = _____

A = _____

D = _____

E = _____

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 _____