

## Rapport incident

Dosimètre

AES

AT

Autres (préciser)

Nom :

Prénom :

Promotion :

Date :

Stage n°

Structure d'accueil :

Rapport circonstancié :

Nom du cadre ou du maître de stage :

Nom du PCR :

Nom du médecin (en cas de prise en charge initiale AES /AT) :

Date :

Signature de l'étudiant :