

Section 1 : IDENTIFICATION

NOM : _____

Matricule : _____

PRÉNOM : _____

Identité-genre (facultatif): _____

Cadre Enseignant Professionnel Soutien

Autre : _____

Titre d'emploi : _____

Établissement ou service : _____ Immeuble (s'il y a lieu) : _____

N° téléphone : _____

Section 2 A : TYPE D'ÉVÉNEMENT (COCHER)

TYPE 1 : Accident

Coincé, écrasé Effort Faux mouvement Frottement, pression, friction Chute, glissade

Frappé contre, spécifiez _____ Frappé par, spécifiez _____ Autre _____

TYPE 2 : Événement à caractère violent

Impliquant un élève

Coup Poussée Collision Morsure Égratignure Serrement

Objet lancé Autre _____

Avez-vous fait une intervention de maintien physique : oui non

Avez-vous la formation CPI? oui non

L'élève a une fiche d'escalade : oui non Je ne sais pas

L'élève a un plan d'intervention : oui non Je ne sais pas

Impliquant tout autre personne

Spécifier qui : _____

Quoi : _____

Circonstances : _____

Section 2 B : INFORMATION SUR L'ÉVÉNEMENT

Date de l'événement			Heure	Lieu		
Année	Mois	Jour	_____h_____	Intérieur		Extérieur
				<input type="checkbox"/> Atelier	<input type="checkbox"/> Laboratoire	<input type="checkbox"/> Cour de l'école
				<input type="checkbox"/> Bibliothèque	<input type="checkbox"/> Local d'apaisement	<input type="checkbox"/> Escaliers
				<input type="checkbox"/> Bureau	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Patinoire
				<input type="checkbox"/> Corridor	<input type="checkbox"/> Piscine	<input type="checkbox"/> Trottoir
				<input type="checkbox"/> Cafétéria	<input type="checkbox"/> Classe	<input type="checkbox"/> Terrain de l'école
				<input type="checkbox"/> Escaliers	<input type="checkbox"/> Vestiaires	<input type="checkbox"/> Sortie scolaire
				<input type="checkbox"/> Gymnase	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Stationnement
				Si autre, précisez : _____		
Avez-vous quitté le travail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, indiquer l'heure _____ <input type="checkbox"/> par moi-même <input type="checkbox"/> par taxi <input type="checkbox"/> par ambulance						
TÉMOINS : 1) Nom : _____ 2) Nom : _____						

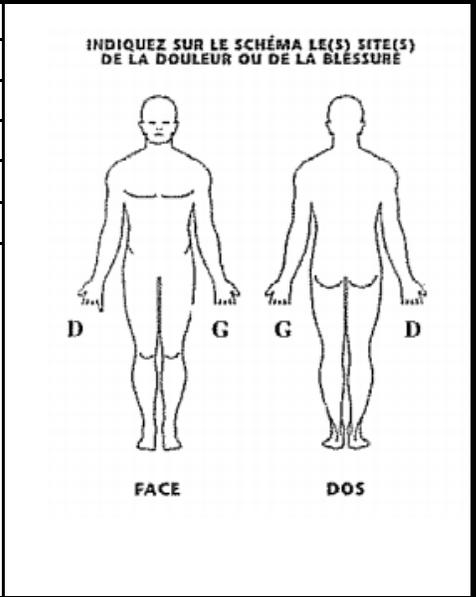
Section 2 C : ÉVÈNEMENT RELIÉ À L'ENVIRONNEMENT : matériel, équipement, bâtiment

Mobilier ou équipement défectueux, spécifiez : _____

Surface glissante Autre : _____

Section 3 A : BLESSURE

Site de la blessure	Droit	Gauche
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Mâchoire		
<input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Dos		
<input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Hanche		
<input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Doigt		
<input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Mollet <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Orteil		



Nature de la blessure

Brûlure Entorse Éraflure Fracture Inflammation Plaie

Atteinte psychologie autre _____

Spécifiez ce que vous avez constaté : douleur, chaleur, couleur, mobilité, la peau perforée, profondeur, longueur, étourdissement, céphalée, etc. :

Section 3 B : PREMIERS SOINS

Premiers soins reçus : Glace Pansement Autre _____

Qui a donné les premiers soins : _____

Carte de secouriste oui non

Section 3 C : RECONSTITUTION DE L'ÉVÉNEMENT (Inclure une note si l'espace est insuffisant)

Expliquez ce qui s'est passé sans analyse, ni jugement, ni accusation (décrivez les faits : qui, quoi, comment, avec qui) :

Comment cet événement aurait pu être évité :

Section 4 : SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Avez-vous avisé le représentant de l'employeur, si oui : Nom _____ date _____ heure : _____

Je _____ certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conforme à ce qui s'est réellement produit.

Signature de l'employé _____ Date à laquelle le rapport a été complété : _____

Section 5 : ENQUÊTE ET DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

À être complétée par le représentant de l'employeur (supérieur immédiat)

(Assurez-vous de visiter le lieu de l'événement, rencontrer l'employé et les témoins le cas échéant. Inclure avec le présent formulaire des photos lorsque pertinent, le témoignage écrit des témoins et tout document pertinent à l'enquête)

Description de l'événement selon votre compréhension :

Description des mesures correctives ou préventives effectuées :

_____ (_____) _____

Nom du supérieur Signature Date Téléphone Poste