

DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT

Déclaration d'événement accidentel Événement sans arrêt de travail
 Déclaration d'événement à caractère violent Événement avec arrêt de travail

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ(E)							
Nom/Prénom :			Matricule :				
<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="checkbox"/> Soutien				
Type d'emploi :			Établissement :				
SECTION 2 : RENSEIGNEMENT SUR L'ÉVÉNEMENT							
Date de l'événement		Heure		Lieu de l'événement			
				Classe <input type="checkbox"/>	Bureau <input type="checkbox"/> Atelier <input type="checkbox"/>		
Avez-vous quitté le travail?		Laboratoire <input type="checkbox"/>		Salle du personnel <input type="checkbox"/> Corridor <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Escalier <input type="checkbox"/>		Cafétéria <input type="checkbox"/> Salle de toilette <input type="checkbox"/>			
Par moi-même <input type="checkbox"/>		Gymnase <input type="checkbox"/>		Piscine <input type="checkbox"/> Sortie scolaire <input type="checkbox"/>			
Par taxi <input type="checkbox"/>		Cour d'école <input type="checkbox"/>		Terrain d'école <input type="checkbox"/> Stationnement <input type="checkbox"/>			
Par ambulance <input type="checkbox"/>		Autre, spécifiez <input type="checkbox"/>					
TÉMOINS			Est-ce que le mobilier, équipement ou bâtiment est défectueux?				
1 :		Non <input type="checkbox"/>					
2 :		Oui, spécifiez <input type="checkbox"/>					
SECTION 3 : NATURE DE L'ÉVÉNEMENT							
Chute/glissade <input type="checkbox"/>		Jeux de ballon <input type="checkbox"/>		Effort excessif <input type="checkbox"/> Faux mouvement <input type="checkbox"/>			
Coincé, écrasé <input type="checkbox"/>		Déplacement d'élèves handicapés					
Frappé par/contre (spécifiez) <input type="checkbox"/>		Autre <input type="checkbox"/>					
Impliquant un élève <input type="checkbox"/>		Nom/Prénom		Degré			
Avez-vous fait une intervention de maintien physique <input type="checkbox"/>				oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Impliquant tout autre personne <input type="checkbox"/>		Nom/Prénom					
<input type="checkbox"/> Supérieur		<input type="checkbox"/> Collègue		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez			
Circonstance							
SECTION 4 : ÉVÉNEMENT À CARACTÈRE VIOLENT							
Agression physique		Agression verbale		Agression sexuelle		Vandalisme	
Coup <input type="checkbox"/>		Menace <input type="checkbox"/>		Physique <input type="checkbox"/>		Cyber intimidation <input type="checkbox"/>	
Objet lancé <input type="checkbox"/>		Insulte <input type="checkbox"/>		Verbale <input type="checkbox"/>		Autre <input type="checkbox"/>	
Poussée <input type="checkbox"/>							
Morsure <input type="checkbox"/>							
Égratignure <input type="checkbox"/>							
SECTION 5 : BLESSURE							
Site de la blessure				Droit	Gauche	<p>INDIQUEZ SUR LE SCHEMA LE(S) SITE(S) DE LA DOULEUR OU DE LA BLESSURE</p> <p>FACE DOS</p>	
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> œil <input type="checkbox"/> Mâchoire				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Dos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Hanche				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<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"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Mollet <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Orteil				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nature de la blessure							
<input type="checkbox"/> Brûlure		<input type="checkbox"/> Entorse		<input type="checkbox"/> Éraflure		<input type="checkbox"/> Fracture	
<input type="checkbox"/> Inflammation		<input type="checkbox"/> Plaie		<input type="checkbox"/> Atteinte psychologie			
<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez							

SECTION 6 : PREMIERS SOINS			
Premiers soins reçus : <input type="checkbox"/> Glace <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez			
Qui a donné les premiers soins :			
Visite médicale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date			
SECTION 7 : RECONSTITUTION DE L'ÉVÉNEMENT (indiquez de façon précise les faits; qui, quoi, comment, avec qui)			
SECTION 8 : MESURES PRÉVENTIVES DE L'EMPLOYÉ(E) (suggestion de l'employé(e) pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas)			
SECTION 9 : SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)			
Je certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conforme à ce qui s'est réellement produit.			
Signature :		Date :	

SECTION RÉSERVÉE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT(E)			
SECTION 1 : ENQUÊTE ET DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES			
Description de l'événement selon votre compréhension. Inclure avec le présent formulaire des photos lorsque pertinent, le témoignage écrit des témoins et tout document pertinent à l'enquête.			
Description des mesures correctives ou préventives effectuées			
Date de la réception du formulaire de l'employé(e)			
Avez-vous rencontré l'employé(e)?	Non	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Si oui, quand?
Signature de la direction :			Date :

TRANSMISSION DU FORMULAIRE	
<p>Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli au : Service des ressources humaines à l'adresse suivante : srhsante@cssd.gouv.qc.ca</p> <p>Veillez faire parvenir une copie du formulaire dans les plus brefs délais : À votre syndicat ou votre association</p> <p>Conserver une copie dans vos dossiers</p>	

