

## 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	
<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							
						<p>INDIQUEZ SUR LE SCHEMA LE(S) SITE(S) DE LA DOULEUR OU DE LA BLESSURE</p> <p>FACE                      DOS</p>	

<b>SECTION 6 : PREMIERS SOINS</b>			
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			
<b>SECTION 7 : RECONSTITUTION DE L'ÉVÉNEMENT</b> ( indiquez de façon précise les faits; qui, quoi, comment, avec qui)			
<b>SECTION 8 : MESURES PRÉVENTIVES DE L'EMPLOYÉ(E)</b> (suggestion de l'employé(e) pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas)			
<b>SECTION 9 : SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)</b>			
Je certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conforme à ce qui s'est réellement produit.			
Signature :		Date :	

<b>SECTION RÉSERVÉE AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT(E)</b>			
<b>SECTION 1 : ENQUÊTE ET DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES</b>			
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 :

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

