

Déclaration d'incident et d'accident de travail ou incident violent ou à caractère sexuel

Renseignements relatifs à la personne qui a subi l'événement

Matricule

Type d'emploi

Statut

Prénom

Nom

Lieu de travail

Renseignements relatifs à l'événement

Date de l'événement

Heure de l'événement

Lieu de l'événement

Nature de l'événement

- Accident
 - Incident
 - Violence / Caractère sexuel
 - Autre
-

Guide des incidents violents

Est-ce qu'il y a eu un arrêt de travail à la suite de l'événement? (avec perte de temps)

- Oui
- Non

Transport en ambulance

- Oui
- Non

Si la personne blessée est conduite à une clinique médicale ou à un centre hospitalier; indiquer le nom de l'endroit et l'accompagnateur

Témoin de l'événement



Fréquence de l'acte

Fréquence

- Acte isolé Acte récurrent

Contexte

- Acte posé en groupe Acte posé seul

Nature des blessures

- Coupure Ecchymose Éraflure Lacération Perte de mobilité

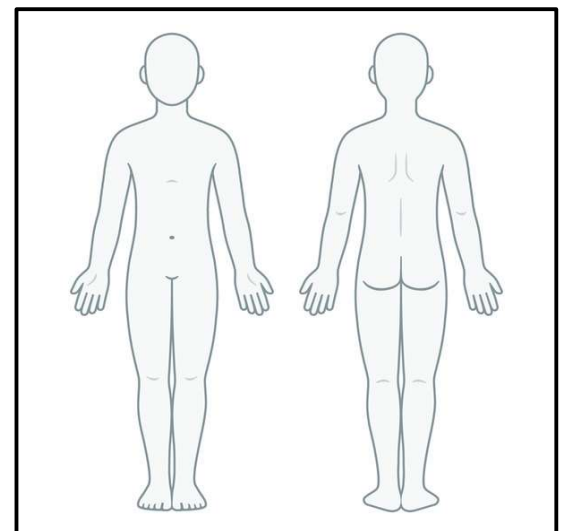
Autre

Région(s) du corps touché(s)

- Blessure Côté droit Côté gauche
-

Région du corps

Indiquer région(s) sur le dessin



Intervention effectuée

Par qui

- Hôpital Membre du personnel
 Infirmier(ère) Moi-même

Premiers soins

- Analgésique
 Désinfection
 Glace

Autre

Signature

Signature

Nom en lettre moulée

Date de la signature

Numéro de téléphone

Signature de direction

Date de la signature

Téléphone

Signature responsable stagiaire (au besoin)

Date de la signature

Téléphone

Section réservée à l'administration

Envoyer une copie aux

Ressources humaines

Ressources matérielles

Secrétariat général

Guide des incidents violents

Gravité : 1. Mineure

2. Moyenne

3. Grave

4. Majeure

Type d'intervention

Corrigée

Planifiée

Date

Intervention immédiate (0h - à 4h)

Protection de la violence

Présence et communication

Intervention court terme (4h - à 72h)

Support et intervention psychologique

Gestion de l'information

Mesure complémentaire

Intervention à moyen ou long terme (72h +)

Correction(s) apportée(s)
