

**Section 1 : IDENTIFICATION**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Cadre  Enseignant  Professionnel  Soutien

Matricule : \_\_\_\_\_

Identité-genre (facultatif) : \_\_\_\_\_

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

Nom de l'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 toute autre personne

Spécifier qui : \_\_\_\_\_

Quoi : \_\_\_\_\_

Circonstances : \_\_\_\_\_

**TYPE 3 :**  Événement à caractère psychologique

Impliquant un élève

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Impliquant un membre du personnel

Nom de la personne : \_\_\_\_\_

Impliquant une personne externe du CSSPO

Nom de la personne externe : \_\_\_\_\_

Impliquant toute 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<br><input type="checkbox"/> Bibliothèque<br><input type="checkbox"/> Bureau<br><input type="checkbox"/> Corridor<br><input type="checkbox"/> Cafétéria<br><input type="checkbox"/> Escaliers<br><input type="checkbox"/> Gymnase<br>Si autre, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> Laboratoire<br><input type="checkbox"/> Local d'apaisement<br><input type="checkbox"/> Toilette<br><input type="checkbox"/> Piscine<br><input type="checkbox"/> Classe<br><input type="checkbox"/> Vestiaires<br><input type="checkbox"/> Autre _____ | <input type="checkbox"/> Cour de l'école<br><input type="checkbox"/> Escaliers<br><input type="checkbox"/> Patinoire<br><input type="checkbox"/> Trottoir<br><input type="checkbox"/> Terrain de l'école<br><input type="checkbox"/> Sortie scolaire<br><input type="checkbox"/> Stationnement<br><input type="checkbox"/> Autre _____ |
| Avez-vous quitté le travail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Si oui, indiquer l'heure _____<br><input type="checkbox"/> par moi-même <input type="checkbox"/> par taxi <input type="checkbox"/> par ambulance |       |       | <b>TÉMOINS :</b><br>1) Nom : _____<br>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   |       |        |

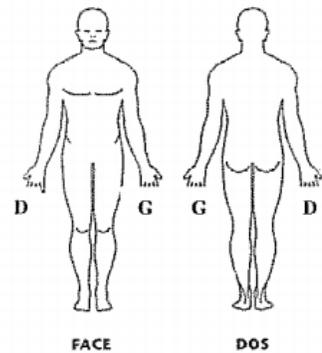
**Nature de la blessure :**  Brûlure  Entorse  Éraflure  Fracture  
 Inflammation  Plaie  Atteinte psychologie  autre \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INDIQUEZ SUR LE SCHÉMA LE(S) SITE(S)  
DE LA DOULEUR OU DE LA BLESSURE



**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 DU MEMBRE DU PERSONNEL**

Avez-vous avisé votre supérieur immédiat, si oui : Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

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

Signature du membre du personnel : \_\_\_\_\_ Date à laquelle le rapport a été complété : \_\_\_\_\_

**Section 5 : ENQUÊTE ET DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES**

À être complétée par un.e gestionnaire de l'école, centre ou service (supérieur immédiat)

(Assurez-vous de visiter le lieu de l'événement, rencontrer le membre du personnel et les témoins le cas échéant. Inclure avec le présent formulaire des photos, lorsque pertinentes, 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 immédiat \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Signature du membre du personnel \_\_\_\_\_ Date à laquelle le membre du personnel a pris connaissance des mesures effectuées \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE REMPLI À L'ADRESSE SUIVANTE : [AGBU.SANTE.SRH@CSSPO.GOUV.QC.CA](mailto:AGBU.SANTE.SRH@CSSPO.GOUV.QC.CA)**