

DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT

Section 1 : IDENTIFICATION

NOM :
PRÉNOM :
☐ Cadre ☐ Enseignant ☐ Professionnel ☐ Soutien

Matricule :
Identité-genre (facultatif):
☐ Autre :

Titre d'emploi :
Établissement ou service :
N° téléphone :

Immeuble (s'il y a lieu) :

Section 2 A : TYPE D'ÉVÉNEMENT (COCHER)

TYPE1 : ☐ 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		Intérieur		Extérieur
			h	<input type="checkbox"/> Atelier <input type="checkbox"/> Bibliothèque <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Corridor <input type="checkbox"/> Cafétéria <input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Gymnase Si autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Local d'apaisement <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Piscine <input type="checkbox"/> Classe <input type="checkbox"/> Vestiaires <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Cour de l'école <input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Patinoire <input type="checkbox"/> Trottoir <input type="checkbox"/> Terrain de l'école <input type="checkbox"/> Sortie scolaire <input type="checkbox"/> Stationnement <input type="checkbox"/> Autre
<div>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</div>						
<div>TÉMOINS : 1) Nom : 2) Nom :</div>						

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

☐ Mobilier ou équipement défectueux, spécifiez :
☐ Surface glissante ☐ Autre :

Centre de services scolaire des Portages-de-l'Outaouais

Service des ressources humaines

90-50-31-40-01 – 10 mai 2023 – Page 1 de 2

DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT

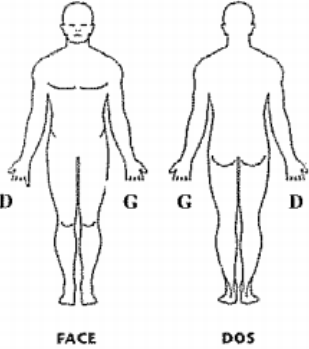
Section 3 A : BLESSURE

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



FACE DOS

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
_____	_____