

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 tout 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 au CSSPO

Nom de la personne externe : _____

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

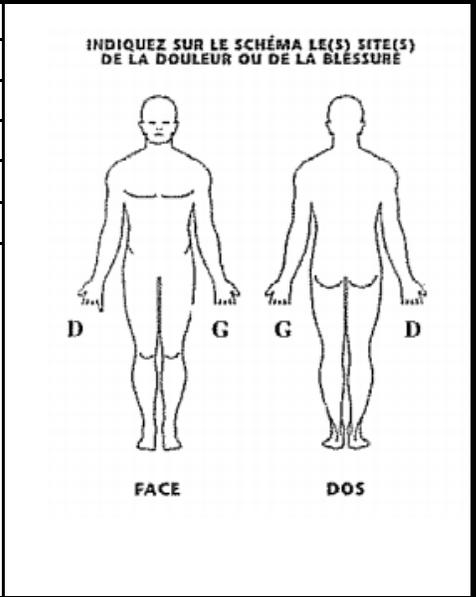
Section 2 C : ÉVÈNEMENT RELIÉ À L'ENVIRONNEMENT : matériel, équipement, bâtiment

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. :

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 DE L'EMPLOYÉ

Avez-vous avisé le représentant de l'employeur, si oui : Nom _____ date _____ heure : _____

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

Signature de l'employé _____ Date à laquelle le rapport a été complété : _____

Section 5 : ENQUÊTE ET DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

À être complétée par le représentant de l'employeur (supérieur immédiat)

(Assurez-vous de visiter le lieu de l'événement, rencontrer l'employé et les témoins le cas échéant. Inclure avec le présent formulaire des photos lorsque pertinent, 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 | Signature | Date | Téléphone | Poste |
|------------------|-----------|------|-----------|-------|