



Santé et sécurité

Rapport d'incident violent

Les membres du personnel qui ont été victimes de violence ou qui en ont été témoins doivent remplir ce rapport dès que possible. Une fois rempli, faire 3 copies du formulaire : 1 exemplaire ira à votre superviseur, 1 exemplaire ira au comité mixte de santé et sécurité de votre lieu de travail, 1 exemplaire ira à votre syndicat, et vous conserverez l'original. Ce formulaire peut être rempli par voie électronique et sauvegardé. Toutefois, s'il s'agit d'une version papier, VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.

Renseignements d'identification

Nom :	Section locale :	<input type="checkbox"/> Victime ou <input type="checkbox"/> témoin
Titre du poste :	Aide médicale ou premiers soins reçus? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Lieu :	Formulaire d'indemnisation rempli? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Le ou les agresseurs ont-ils déjà été impliqués dans un incident violent avec le personnel : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Représentant SST avisé? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	A-t-on fait appel à la police? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Le superviseur a-t-il été avisé? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom du superviseur avisé :	

Agresseur

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Résident	<input type="checkbox"/> Client
<input type="checkbox"/> Visiteur	<input checked="" type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Passager
<input type="checkbox"/> Superviseur		
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez)		
Nom (si connu)		

Renseignements sur l'incident

Date : Cliquez ici pour insérer la date
Heure : <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
Type d'incident : <input type="checkbox"/> Agression verbale <input type="checkbox"/> Menace (cochez tous les choix applicables) <input type="checkbox"/> Coup <input type="checkbox"/> Coup de pied <input type="checkbox"/> Griffure <input type="checkbox"/> Étouffement <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Crachat <input type="checkbox"/> Bousculade <input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Intimidation <input type="checkbox"/> Harcèlement <input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Objets lancés
<input type="checkbox"/> Arme? (spécifiez) :
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :
<input type="checkbox"/> Travailliez-vous seul(e)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été exposé à du sang ou à d'autres fluides corporels? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON – Si oui, consultez un médecin

Détails de l'incident

Description de l'incident (inclure tous les détails pertinents tels que l'emplacement, le déroulement et le suivi effectué immédiatement après) :

Noms de tous les témoins :

Renseignements sur l'incident

À l'aide de la carte du corps, décrivez vos blessures :	Partie du corps	Description de la blessure
	1. Tête ou visage	
	2. Cou	
	3. Épaule droite	
	4. Épaule gauche	
	5. Coude droit	
	6. Coude gauche	
	7. Poignet et main dr.	
	8. Poignet et main g.	
	9. Abdomen	
	10. Région pelvienne	
	11. Dos	
	12. Genou et cuisse dr.	
	13. Genou et cuisse g.	
	14. Pied et cheville dr.	
	15. Pied et cheville g.	
	16. Autre	

Autres renseignements

Veillez fournir toute autre information que vous jugez pertinente :

À l'usage du comité interne de santé et sécurité

À la lumière de cet incident, quelle a été la recommandation de suivi afin d'assurer le contrôle de la violence en milieu de travail? Les politiques de prévention existantes ont-elles été examinées et mises à jour?