



# Santé et sécurité

## Rapport d'incident violent

Toute personne victime de violence au travail devrait compléter ce rapport dès que possible. Une fois complété, veuillez envoyer la copie **BLANCHE** à votre employeur, la copie **JAUNE** à votre Comité mixte de santé et de sécurité et la copie **ROSE** à la présidence de votre section locale du SFCP. Veuillez conserver la copie **VERTE** pour vos dossiers.

**VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES ET APPUYER FERMEMENT SUR UNE SURFACE DURE PUISQU'IL Y A QUATRE COPIES**

### Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_

Section locale du SFCP : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Département/section : \_\_\_\_\_

Soins médicaux/premiers soins obtenus?  Oui  Non

Formulaires sur accidents de travail complétés?  Oui  Non

A-t-on appelé la police?  Oui  Non

Rapport donné au superviseur?  Oui  Non

Rapport donné à l'employeur?  Oui  Non

Mesures prises : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Personne qui a agressé

Patient/e  Résident  Client  Passager  
 Patiente  Résidente  Cliente  Passagère

Étudiant  Visiteur  Superviseur  
 Étudiante  Visiteuse  Superviseure

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Nom (si connu) : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur l'incident et les lésions

Date de l'incident : \_\_\_\_\_

Heure :  AM  PM

Type d'agression:  Verbale  Menace  
 Frappé  Coup de pied  
 Morsure  Griffé  
 Poussée  Sexuelle  
 Intimidé  Racisme

Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

### Autres renseignements

La personne qui a agressé a-t-elle déjà été impliquée dans des incidents violents avec le personnel?  Oui  Non

Y a-t-il des mesures en place pour prévenir tout incident similaire?  Oui  Non

Veuillez fournir tout autre renseignement qui vous semble pertinent : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Copie blanche : Employeur

Copie jaune : Comité mixte de santé et de sécurité

Copie rose : Section locale

Copie verte : Personne employée