



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