

DÉCLARATION D'UN ÉVÈNEMENT dans un milieu de stage

Le stagiaire doit aviser son coordonnateur de stage dans les meilleurs délais.
Suivre les procédures administratives du milieu de stage le cas échéant.

1. Identification du type d'évènement et du lieu de stage

Accident AVEC blessure		Institution / entreprise	
Incident (qui aurait pu causer une blessure)		Adresse	
Maladie professionnelle		Responsable de stage	
Maux divers		Courriel	
Autre, spécifiez :		Numéro de téléphone	

2. Détails sur la personne atteinte par l'évènement

Nom de famille		Numéro d'étudiant	
Prénom		Sexe M/F/autre	
Adresse		Date de naissance	
Courriel		Numéro de téléphone	
Coordonnateur de stage au Collège		Discipline	

3. Déclaration de la personne atteinte par l'évènement ou qui déclare un évènement

Date de l'évènement (JJ-MM-AAAA)		Heure AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>	
Date de la déclaration de l'évènement		Heure AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>	
Lieu de l'évènement (préciser local, adresse, endroit, etc.)			

Les faits : (Décrire minutieusement comment est survenu l'évènement. Au besoin, mettre en annexe croquis, photos, documents, etc.)

Ce qui semble avoir causé l'évènement :

État des lieux (sol, éclairage, température, bruit, etc.) ☐ Spécifiez : _____

Équipement (outil, matériel, machine, mobilier, etc.) ☐ Spécifiez : _____

Autre ☐ Spécifiez : _____

Y a-t-il eu dommage matériel ? : NON ☐ OUI ☐ si oui, spécifiez : _____

4. Mesure(s) corrective(s) réalisée(s) afin d'assurer la sécurité des personnes et des lieux

Date (JJ-MM-AAAA)	Mesure(s) corrective(s)	Responsable

5. Identification du ou des témoin(s)

Y avait-il un/des témoin(s) de l'évènement ? Non ☐ Oui ☐, spécifiez :

Témoins	Nom et prénom	Fonction (étudiant, employé, personne externe, etc.)
1		
2		

6. Lésion(s) ou maux divers

Cochez :

1) Nature de la lésion

Description des blessures
Cochez les cases appropriées.

- ☐ Endroit douloureux
- ☐ Entorse, foulure, luxation
- ☐ Fracture
- ☐ Plaie superficielle, égratignure, éraflure, piqure, echarde, pénétration de corps étranger
- ☐ Plaie profonde, coupure, laceration, déchirure, plaie ouverte, abcès, furoncle
- ☐ Meurtrissure, contusions, écrasement des tissus mous, mais peau intacte
- ☐ Déchirure musculaire, elongation tendineuse
- ☐ Amputation, perte d'un oeil, d'ongles ou de dents
- ☐ Électrocution
- ☐ Brûlure, gelure, radiation (flash)
- ☐ Arthrite, bursite, tendinite
- ☐ Évanouissement spontané sans choc physique
- ☐ Évanouissement après choc physique, commotion cérébrale
- ☐ Intoxication, empoisonnement ou infection générale
- ☐ Asphyxie, noyade, strangulation
- ☐ Maladie de la peau, allergies
- ☐ Bris de prothèse
- ☐ Lésion interne
- ☐ Autres blessures (hernie, maladie contagieuse, surdité, etc.) précisez

2) Parties du corps touchées

G= Gauche
D= Droite

Tête

Cuir chevelu
Crâne

Nuque

Nez

Bouche
Machoirs
Dents

Gorge

Poitrine
Thorax

Muscle
Dos

Côte

Hanches
Bassin

Siège

Aîne

Abdomen

Organes
généraux

Jambe

Cheville

Pied

Visage

Oeil

Oreille

Épaule

Bras

Coude

Avant-bras

Poignet

Main

Pouce

Doigts

Cuisse

Genou

Plante
du pied

Orteils

Colonne vertébrale
(Indiquez l'endroit
de la lésion par un x)

Précisions :

7. Premiers soins/secours

Décrire les premiers soins ou les premiers secours donnés :

Retour à son stage	NON <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> , si oui indiquez l'heure AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/> :
Sinon, la personne a été transportée	À l'hôpital <input type="radio"/> À la maison <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Spécifiez :
Indiquez le moyen de transport utilisé	Ambulance, no _____ <input type="radio"/> Taxi <input type="radio"/> Voiture <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Spécifiez :
La personne a refusé d'aller à l'hôpital malgré les recommandations OUI <input type="radio"/> S/O <input type="radio"/>	
Signature de la personne blessée :	
Nom de la personne contactée en cas d'urgence :	
Lien avec la personne blessée	Numéro de téléphone

7.1. Identification du secouriste qui a rempli le rapport

Nom et prénom : _____ Numéro de téléphone : _____

Signature : _____ Date du rapport : _____

8. Signature de la personne qui déclare un événement

Signature : _____ Date de la déclaration : _____