



DT9034

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :

 Aucune (si oui, passez à la section 2) UsagerTous les agents
d'intervention en
centre jeunesse, milieu
psychiatrique et
médico-légal du Québec

Nom de l'établissement

 CH CHSLD CJ CLSC CRD CRDI CRDP

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	

Lieu où s'est produit l'événement

(précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :

Information sur l'usager

Curatelle : Non Oui Type de déficience : Aucune Auditive Cognitive Intellectuelle Langage
Si oui : Privée Publique Motrice Multidéficiences Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne : Normal Agité Somnolent Inconnu Désorienté/confus Agressif/violent Comateux

Capacité de déplacement :

Autonomie : Totale Partielle Dépendance totale Inconnue Surveillance requise : Usuelle Étroite Continue Inconnue

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

Abandon gouvernemental de la reconnaissance
des métiers d'intervention et d'assistance du R.S.S.S.

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

 Autre (précisez) : _____

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

 Aucune Psychologiques Physiques Autre (précisez) : _____

Décrivez les conséquences physiques (parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

Démotivation extrême, pénurie de collègues de travail
et appauvrissement annuel constant.

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Décrivez les mesures prises :

Le premier ministre Legault et les ministres Dube et Lebel
ont été avisés de l'URGENCE D'AGIR dans le secteur
pour convenir d'une bonne convention pour l'ensemble
des agents d'intervention.

Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)

Nom du déclarant (en lettres moulées)	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

 A l'endroit de l'usager A l'endroit du personnel A l'endroit d'un intervenant contractuel Autre (précisez) : _____

Autre mesure de prévention : _____