

RAPPORT D'INCIDENT – SERVICES DE JOUR



Janvier 2019

*** VEUILLEZ UTILISER DE L'ENCRE NOIRE ET ÉCRIRE LISIBLEMENT. REMPLIR TOUTES LES SECTIONS.**

1. NOM DE L'ORGANISME OU DE L'ÉTABLISSEMENT :

2. ADRESSE :

3. DATE DE L'INCIDENT :

HEURE DE L'INCIDENT :

4. TYPE D'INCIDENT :

ABUS

- PRIVATION/NÉGLIGENCE
- PHYSIQUE
- ÉMOTIONNEL
- SEXUEL
- FINANCIER
- VERBAL

COMPORTEMENTAL

- RÉSIDENT ENVERS LUI-MÊME
- RÉSIDENT ENVERS RÉSIDENT
- RÉSIDENT ENVERS PERSONNEL
- RÉSIDENT ENVERS AUTRE
- PERSONNEL ENVERS RÉSIDENT
- DOMMAGES MATÉRIELS
- MOYEN DE CONTENSION UTILISÉ

JURIDIQUE

- RÉSIDENT
- PERSONNEL
- IMPLICATION DE LA POLICE

MÉDICATION

- ERREUR
- OMISSION
- AU BESOIN
- REFUS
- ABSENCE SANS AUTORISATION
- AUTRE

SANTÉ PUBLIQUE

- MALADIE TRANSMISSIBLE
- INFESTATION D'INSECTES
- AUTRE

ACCIDENT

- CHUTE
- BLESSURE
- LIMITATION DE LA MOBILITÉ
- STRUCTURE DÉFECTUEUSE
- SUIVI MÉDICAL

ABSENCE SANS AUTORISATION

FEU

AUTRE

- BLESSURE OU CONTUSION HORS SITE
- CONVULSIONS
- DIVERS (PRÉCISER)

5. NOM DU/DES PARTICIPANT(S) CONCERNÉ(S) :

- 1) _____ Date de naissance : _____
2) _____ Date de naissance : _____
3) _____ Date de naissance : _____

MEMBRES DU PERSONNEL : 1) _____ 2) _____

6. ÉNUMÉRER TOUS LES FACTEURS (SITUATIONS OU COMPORTEMENTS) QUI ONT PU INFLUENCER OU PRÉCIPITER CET INCIDENT :

Date de	1 ^{er} janvier 2019
Remplace	15 juillet

FAMILLES
MANITOBA

C	155.12A	1 de 2
Emplacement	Section	Page

**SERVICES D'INTÉGRATION
COMMUNAUTAIRE DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

Objet : **Services de jour : Signalement d'incident –
Annexe A – Rapport d'incident**

Disponible en d'autres formats, sur demande
(fswebunit@gov.mb.ca)

SERVICES AUX ADULTES HANDICAPÉS

7. DÉCRIRE L'INCIDENT (joindre des pages supplémentaires si nécessaire) :

8. MESURES PRISES (joindre des pages supplémentaires si nécessaire) :

MOYEN DE CONTENSION UTILISÉ : OUI NON Si **OUI**, veuillez expliquer : _____

a) L'utilisation de la contention est-elle approuvée dans le plan de soins? OUI NON

b) Personnel formé en **intervention non violente en situation d'urgence** : OUI NON Si **OUI**, date du certificat : _____

9. ÉTAT ACTUEL (stabilité de la situation/problèmes de sécurité) :

10. SIGNALEMENT D'INCIDENTS : Tous les incidents doivent être examinés/évalués par le superviseur ou la personne désignée afin de déterminer si l'incident doit être signalé et à qui il doit l'être. Indiquer la date de dépôt des rapports.

Nom du travailleur des services communautaires : _____

DATE DE LA NOTIFICATION : _____ **RAPPORT VERBAL :** _____ **RAPPORT ÉCRIT :** _____

- 1) Directeur/superviseur de l'organisme : _____
- 2) Organisme de supervision (travailleur des services communautaires) : _____
- 3) Service de délivrance des licences (coordonnateur des ressources) : _____
- 4) Pharmacie/médecin avisé : OUI NON Si **OUI**, date de la notification : _____

11. SUIVI : Inclure les mesures prises ou prévues pour prévenir des incidents similaires à l'avenir.

SIGNATURE DU PERSONNEL CONCERNÉ

DATE D'ACHÈVEMENT DU RAPPORT

SIGNATURE DU SUPERVISEUR

DATE

Date de	1 ^{er} janvier 2019
Remplace	15 juillet

**FAMILLES
MANITOBA**

C	155.12A	2 de 2
Emplacement	Section	Page