

DT9034

Nom de l'établissement
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CPEJ <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP

Section 2 : Coordonnées de l'accident					
Date			Heure		Service
Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Installation					

Nature de l'accident

Section 3 : Coordonnées de la divulgation					
Date			Heure		Lieu
Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Mode de divulgation					
<input type="checkbox"/> En personne <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					

Section 4 : Nom des personnes à qui la divulgation a été faite	
Personne touchée elle-même :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, motif pour lequel la divulgation n'a pas été faite à la personne touchée elle-même :	

Section 5 : Renseignements factuels communiqués relatifs à l'accident et au contexte	
Nom de la (des) personne(s) à qui la divulgation a été faite et des autres personnes présentes	
Nom	Prénom
Fonction ou type de lien avec la personne touchée	

Section 6 : Renseignements factuels et connus communiqués relatifs aux conséquences présentes ou appréhendées sur la santé ou le bien-être de la personne touchée	

Section 7 : Soins ou mesures de soutien proposés à l'usager pour contrer ou atténuer les conséquences subies			
Soin ou mesure de soutien	Retenu	Soin ou mesure de soutien	Retenu
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 8 : Mesures de soutien proposées aux proches de l'usager qui sont affectés par les conséquences de l'accident			
Mesure de soutien	Retenue	Mesure de soutien	Retenue
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

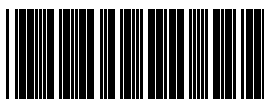
Section 9 : Renseignements communiqués sur les mesures proposées pour prévenir la récurrence d'un accident semblable			

Section 10 : Renseignements complémentaires et/ou réactions de la personne touchée et des autres personnes à la suite de la divulgation			

Section 11 : Nom et signature des personnes ayant procédé à la divulgation			
Responsable (nom, prénom)	Fonction	Numéro de permis	Signature
Autres (nom, prénom)	Fonction	Numéro de permis	Signature

Section 1 : Identification de la personne touchée			
Type de personne touchée :			
<input type="checkbox"/> Aucune (si oui, passez à la section 2)			<input type="checkbox"/> Usager
Date de naissance		N° de chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour	
Nom et prénom de naissance			
Nom usuel (si différent)			
Adresse			
Code postal	Ind. nat.	Téléphone	Sexe
			M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie		Nom du médecin traitant	

Voir les renseignements complémentaires au verso



DT9034

Nom de l'établissement
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CPEJ <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP

Section 2 : Coordonnées de l'accident					
Date			Heure		Service
Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Installation					

Nature de l'accident

Section 3 : Coordonnées de la divulgation					
Date			Heure		Lieu
Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Mode de divulgation					
<input type="checkbox"/> En personne <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					

Section 4 : Nom des personnes à qui la divulgation a été faite	
Personne touchée elle-même :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, motif pour lequel la divulgation n'a pas été faite à la personne touchée elle-même :	

Section 5 : Renseignements factuels communiqués relatifs à l'accident et au contexte	
Nom de la (des) personne(s) à qui la divulgation a été faite et des autres personnes présentes Nom : Prénom : Fonction ou type de lien avec la personne touchée :	

Section 6 : Renseignements factuels et connus communiqués relatifs aux conséquences présentes ou appréhendées sur la santé ou le bien-être de la personne touchée	
Section 7 : Soins ou mesures de soutien proposés à l'utilisateur pour contrer ou atténuer les conséquences subies	

Section 7 : Soins ou mesures de soutien proposés à l'utilisateur pour contrer ou atténuer les conséquences subies			
Soin ou mesure de soutien	Retenu	Soin ou mesure de soutien	Retenu
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 8 : Mesures de soutien proposées aux proches de l'utilisateur qui sont affectés par les conséquences de l'accident			
Mesure de soutien	Retenue	Mesure de soutien	Retenue
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 9 : Renseignements communiqués sur les mesures proposées pour prévenir la récurrence d'un accident semblable	
Section 10 : Renseignements complémentaires et/ou réactions de la personne touchée et des autres personnes à la suite de la divulgation	

Section 11 : Nom et signature des personnes ayant procédé à la divulgation			
Responsable (nom, prénom)	Fonction	Numéro de permis	Signature
Autres (nom, prénom)	Fonction	Numéro de permis	Signature

Section 11 : Nom et signature des personnes ayant procédé à la divulgation			
Responsable (nom, prénom)	Fonction	Numéro de permis	Signature
Autres (nom, prénom)	Fonction	Numéro de permis	Signature

Section 1 : Identification de la personne touchée			
Type de personne touchée :			
<input type="checkbox"/> Aucune (si oui, passez à la section 2)			<input type="checkbox"/> Usager
Date de naissance		N° de chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour	
Nom et prénom de naissance			
Nom usuel (si différent)			
Adresse			
Code postal	Ind. nat.	Téléphone	Sexe
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° d'assurance maladie		Nom du médecin traitant	

Voir les renseignements complémentaires au verso

Renseignements pour remplir le rapport

Type de lien avec la personne touchée			
Conjoint (conjointe)	Mandataire	Curateur	Autre personne portant un intérêt particulier à la personne touchée
Proche parent, précisez	Tuteur	Titulaire de l'autorité parentale	

Soins ou mesures de soutien proposés à l'usager pour contrer ou atténuer les conséquences subies			
Non applicable	Services d'ergothérapie (ou frais)	Soins infirmiers (ou frais)	
Changement de milieu d'act. ou de soins	Services d'hébergement (ou frais)	Soins médicaux (ou frais)	
Changement de milieu de vie	Services psychologiques (ou frais)	Soins psychiatriques (ou frais)	
Changement d'intervenant	Services psychosociaux (ou frais)	Autres soins ou mesures de soutien précisez	
Médicaments (ou frais)	Soins chiropractique (ou frais)		
Réparation ou remplacement d'une aide technique	Soins de physiothérapie (ou frais)		
Services de transport (ou frais)	Soins dentaires (ou frais)		

Mesures de soutien proposées aux proches de l'usager qui sont touchés par les conséquences de l'accident		
Non applicable	Services d'hébergement (ou frais)	Services psychosociaux (ou frais)
Services de transport (ou frais)	Services psychologiques (ou frais)	Autres mesures, précisez

Renseignements communiqués sur les mesures proposées pour prévenir la récurrence d'un accident semblable		
À l'endroit de l'intervenant	À l'endroit d'un intervenant contractuel	Liés à l'organisation du travail
À l'endroit de l'usager	Environnementaux	

Ce formulaire doit être commandé auprès de l'imprimeur