

# Rapport d'incident violent

Division de la santé et de la sécurité au travail



Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

**Type d'incident** (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comportement agressif                             | <input type="checkbox"/> Bagarre          | <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool/de drogue |
| <input type="checkbox"/> Comportement menaçant                             | <input type="checkbox"/> Vol              | <input type="checkbox"/> Violence verbale                |
| <input type="checkbox"/> Comportement d'une personne mentalement perturbée | <input type="checkbox"/> Intimidation     | <input type="checkbox"/> Harcèlement                     |
| <input type="checkbox"/> Dérangement général                               | <input type="checkbox"/> Usage d'une arme | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez.) _____         |

Assistance médicale ou premiers soins?  Oui  Non A-t-on mené une enquête?  Oui  Non

L'incident a-t-il été signalé au superviseur?  Oui  Non A-t-on appelé la police?  Oui  Non

Noms et numéros de téléphone des personnes impliquées, y compris les témoins

Description de l'incident

# Rapport d'incident violent

Division de la santé et de la sécurité au travail



Agresseur :  Client  Employé  Gestionnaire  Livreur

Autre (Précisez.) \_\_\_\_\_

Nom de l'agresseur, si vous le connaissez : \_\_\_\_\_

## Description des personnes :

homme  femme Âge : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Teint : \_\_\_\_\_

## Mesures prises