



## CENTRE POUR L'ENFANT ET LA FAMILLE ON Y VA RAPPORT D'INCIDENT GRAVE

NOMBRE D'INCIDENTS GRAVES DEPUIS LE DÉBUT DE L'ANNÉE \_\_\_\_\_

### PARTIE 1 : À SOUMETTRE DANS LES 24 HEURES SUIVANT UN INCIDENT GRAVE

Nom de l'agence	Nom de la direction générale
Emplacement	Courriel
Adresse complète de l'emplacement	Numéro de téléphone
	Nom de la présidence du conseil d'administration

Date de l'incident (MM/JJ/AA)	Heure h
Si plus de 24 heures se sont écoulées depuis l'incident, veuillez expliquer pourquoi ce rapport n'a pas été soumis dans les 24 heures :	
Nom de la personne rédigeant le rapport d'incident grave	Titre du poste
Courriel	Numéro de téléphone

### SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LA CLIENTÈLE

Initiales des clients ou clientes impliqués 1) 2) 3)	Date de naissance
Y a-t-il eu un autre incident grave impliquant le(s) client(s) concerné(s) au cours des 12 derniers mois? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, indiquer la date ou les dates	
Type(s) d'incident(s) grave(s) :	

### SECTION B : CATÉGORIE D'INCIDENT

**Catégorie d'incident grave (veuillez cocher ✓)**

- Le **décès d'un enfant ou d'un adulte** alors qu'il participe à un programme pour l'enfant et la famille ON y va.
- Un cas de **mauvais traitements ou de négligence, avéré ou allégué**, à l'endroit d'un enfant alors qu'il participe à un programme pour l'enfant et la famille ON y va.
- Une **blessure ou une maladie qui met la vie d'un enfant ou d'un adulte en danger** alors qu'il participe à un programme pour l'enfant et la famille ON y va.
- Blessure                       Maladie
- Un incident au cours duquel un enfant qui participe à un programme pour l'enfant et la famille ON y va **est porté disparu ou est laissé temporairement sans surveillance**.
- Enfant retrouvé     Enfant encore porté disparu
- Une **interruption imprévue des activités normales** d'un programme pour l'enfant et la famille ON y va qui présente un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être des enfants qui y participent.
- Incendie     Inondation                       Fuite de gaz
- Détection de monoxyde de carbone     Épidémie
- Confinement                       Autre relocalisation d'urgence ou fermeture temporaire

**SECTION C : DÉTAILS CONCERNANT L'INCIDENT GRAVE**

**Sommaire de l'incident grave : Que s'est-il passé? À quel endroit et à quel moment? Quelles mesures ont été prises par le fournisseur de services?**

**Signalements de l'incident**

- Parents/tuteurs/personne à contacter en cas d'urgence
- Société d'aide à l'enfance – précisez :
- Police
- Autre – précisez :
- Autre – précisez :
- Autre – précisez :

**Mesures additionnelles proposées par le fournisseur de services**

**S'agira-t-il du seul rapport ou du dernier rapport concernant cet incident grave?**

Oui                       Non

**Instructions ou consignes fournies par le CASSDN en réponse à l'incident (le cas échéant)**

**PARTIE 2 : À SOUMETTRE DANS LES 7 JOURS SUIVANT LE RAPPORT INITIAL SI D'AUTRES MESURES SONT PRISES OU SONT DEMANDÉES**

**Situation actuelle**

**Allégation ou point de vue du client ou des clients (le cas échéant)**

**Mesures additionnelles proposées par le fournisseur de services**

**SECTION D : SIGNATURES**

<b>Rapport soumis par :</b>	<b>Titre du poste</b>	<b>Date du rapport (MM/JJ/AA)</b>
		<b>Heure :            h</b>

---

**RÉSERVÉ À L'USAGE DU CASSDN**

<b>Rapport reçu par :</b>		<b>Date (MM/JJ/AA)</b>	
		<b>Heure :        h</b>	
<b>Suivi nécessaire</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		<b>Suivi effectué par :</b>	
		<b>Date et heure du suivi</b> <b>Date (MM/JJ/AA)</b>	
		<b>Heure :        h</b>	
<b>Rapport téléversé dans le dossier SharePoint</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		<b>Détails au sujet du suivi ajoutés à la feuille d'information dans le dossier</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Veillez soumettre ce rapport et la documentation à l'appui  
par courriel à l'adresse [report@dnssab.ca](mailto:report@dnssab.ca).