



# RAPPORT D'ÉVÉNEMENT

CONFIDENTIEL

Numéro de carte d'appel	Numéro d'événement principal (dossier)	Numéro d'événement (dossier)
	482403/4009	0862403/5011

**1. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT**

**A** Codes d'événement ou d'activité (s'il s'agit d'une tentative, encerclez le T après le code) **R108** **GÉOCODES** (ex. : 18° 30' 45" S)

**B** 01 Latitude (DMS) Longitude (DMS)

**C** Description de l'événement **Appel en rapport avec un animal**

**D** Survenu entre (aaaa-mm-jj, hh:mm) **2024-03-13 11h30** Et (aaaa-mm-jj, hh:mm) **2024-03-13** Code géographique **54008** Appel reçu (aaaa-mm-jj, hh:mm) **2024-03-13**

**E**  Près de **OU**  Lieu de l'événement

**F** 184 Rg **Emileville** App./bureau Direction

**F** Rue 2 (intersection) **St-Pie** Direction Ville, village ou municipalité

**F** Code postal **20H1W0** SIA **31** Code de ventilation Nombre de fraudes : véhicules : remisages :

**F** Montant : volé ou en cause \$ des dommages \$ retrouvé \$

**F**  Crime haineux  Crime organisé/Gang de rue  Cybercriminalité

Si l'espace est insuffisant, utilisez les formulaires SQ-o-400-Personnes et SQ-o-400-Véhicules.

**2. PERSONNES IMPLIQUÉES OU RAISONS SOCIALES**

STATUT	AVR	CIT	CNG	DEM	DET	DIS	DUJ	DLO	PLA	PLV	PVH	REP	REQ	RNV	SUJ	SUS	TEM	VIC
	Avertissement LSJPA	Citée	Concierge	Demandeur	Détenue	Disparue	Non judiciaire	Disparue localisée	Plaignant	Plaignant victime	Propriétaire du véhicule	Répondant	Requérant	Renvoi LSJPA	Sujet d'une plainte	Suspect	Témoign	Victime

**A** Statut **PLA** Nom, prénom ou raison sociale **MERZKANE, Mohammed** Services du CAVAC requis  Oui  Non Date de naissance (aaaa-mm-jj) **1999-08-16**

Âge approximatif Sexe  M  F  Inconnu Race  Arabe  Blanche  C Asiatique  Latino-américaine  F Autochtone  D Noire  E Orientale  A Inconnue  Z Autre Taille m Masse kg

Cheveux  BLO Blond  GRI Gris  BRN Brun  NOI Noir  CHT Châtain  ROX Roux  BRN Brun Yeux  BLU Bleu  BRN Brun  GRI Gris  MRN Marron  NOI Noir  NOS Noisette  PER Pers  VRT Vert Langue Autre  FRA Français  ANG Anglais

Même adresse que  l'infraction (I) Code géographique Adresse (numéro) Type de rue Rue **2014 rue de St-Just** App./bureau

Ville, village ou municipalité **Montreal** Prov./État **QC** Pays **CA** Code postal/Code ZIP **H1L 6B8** Téléphone (domicile/entreprise) **438-969-0038**

Téléphone (travail)  Cellulaire  Télév. Adresse courriel **514-299-9106 mohammedmerzkane 887@gmail.com**

Occupation **Livreur amazon** Date et heure de la rencontre (aaaa-mm-jj, hh:mm) SED (FPS)  Négatif Mises en garde Intervention

Alias  Caractéristiques physiques (ex. : tatouage, cicatrice, amputation, difformité)  Vêtements (disparu ou corps)  Autre (précisez)

Si victime ou plaignant victime **Infractions commises contre la victime** Relation (le suspect est...) Habitation du lieu Gravité des blessures Méthode pour blesser ou tuer Mobile apparent du crime Statut de l'agent

Si suspect **Dégüisements** **Transport du butin** **Attitudes** **Agissements** **Arme ou objet** **Vérité de l'arme** **Moyen de transport utilisé** **Consommation**

Si disparu Dernière date vue **Genre** (si disparu) **Profil** **Coiffure** **Teint** **Corpulence** **Empreinte** **Main** (si disparu) **Groupe sanguin** **ADN** **SALVAC** **Photo au dossier** **Circoncision** **Radiographies** (si disparu) **Autochtone**  Corps **Affinité biologique** **Affinité culturelle** (ex. : secta, croyance) **Autopsie** (corps)  Inscrit au CRPQ **Institution** (si en fuite)

**B** Statut **Cit** Nom, prénom ou raison sociale **Lavoie, Hélène** Services du CAVAC requis  Oui  Non Date de naissance (aaaa-mm-jj) **1964-07-29**

Âge approximatif Sexe  F  M  Inconnu Race **B** Taille Masse kg Cheveux **BRN** Yeux **VER** Langue **FRA**

Même adresse que Code géographique Adresse (numéro) Type de rue Rue **1284 Rg Emileville** App./bureau

Ville, village ou municipalité **St-Pie** Prov./État **QC** Pays **CA** Code postal/Code ZIP **20H1W0** Téléphone (domicile/entreprise)

Téléphone (travail)  Cellulaire  Télév. Adresse courriel **4502616703**

Occupation **Commis** Date et heure de la rencontre (aaaa-mm-jj, hh:mm) SED (FPS) **917925B** Mises en garde Intervention

Alias  Caractéristiques physiques (ex. : tatouage, cicatrice, amputation, difformité)  Vêtements (disparu ou corps)  Autre (précisez)

**2. PERSONNES IMPLIQUÉES OU RAISONS SOCIALES (SUITE)**

Si victime ou plaignant victime	Infractions commises contre la victime						T	T	T	T
	Relation (le suspect est...)	Habitation du lieu	Gravité des blessures	Méthode pour blesser ou tuer	Mobile apparent du crime	Statut de l'agent				
Si suspect	Dégüisements		Transport du butin	Attitudes		Agissements				
	Arme ou objet	Véracité de l'arme	Moyen de transport utilisé	Consommation						

C	Statut	Nom, prénom ou raison sociale				Services du CAVAC requis		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Âge approximatif	Sexe	Race	Taille	Masse	Cheveux	Yeux	Langue		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Inconnu		m	kg					
Même adresse que	Code géographique	Adresse (numéro)	Type de rue	Rue	App./bureau				
Ville, village ou municipalité				Prov./État	Pays	Code postal/Code ZIP	Téléphone (domicile/entreprise)		
Téléphone (travail)		<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Téléav.		Adresse courriel					
Occupation		Date et heure de la rencontre (aaaa-mm-jj, hh:mm)		SED (FPS)	<input type="checkbox"/> Négatif	Mises en garde	Intervention		
<input type="checkbox"/> Alias		<input type="checkbox"/> Caractéristiques physiques (ex. : tatouage, cicatrice, amputation, difformité)			<input type="checkbox"/> Vêtements (disparu ou corps)		<input type="checkbox"/> Autre (précisez)		

Si victime ou plaignant victime	Infractions commises contre la victime						T	T	T	T
	Relation (le suspect est...)	Habitation du lieu	Gravité des blessures	Méthode pour blesser ou tuer	Mobile apparent du crime	Statut de l'agent				
Si suspect	Dégüisements		Transport du butin	Attitudes		Agissements				
	Arme ou objet	Véracité de l'arme	Moyen de transport utilisé	Consommation						

D	Statut	Nom, prénom ou raison sociale				Services du CAVAC requis		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Âge approximatif	Sexe	Race	Taille	Masse	Cheveux	Yeux	Langue		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Inconnu		m	kg					
Même adresse que	Code géographique	Adresse (numéro)	Type de rue	Rue	App./bureau				
Ville, village ou municipalité				Prov./État	Pays	Code postal/Code ZIP	Téléphone (domicile/entreprise)		
Téléphone (travail)		<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Téléav.		Adresse courriel					
Occupation		Date et heure de la rencontre (aaaa-mm-jj, hh:mm)		SED (FPS)	<input type="checkbox"/> Négatif	Mises en garde	Intervention		
<input type="checkbox"/> Alias		<input type="checkbox"/> Caractéristiques physiques (ex. : tatouage, cicatrice, amputation, difformité)			<input type="checkbox"/> Vêtements (disparu ou corps)		<input type="checkbox"/> Autre (précisez)		

Si victime ou plaignant victime	Infractions commises contre la victime						T	T	T	T
	Relation (le suspect est...)	Habitation du lieu	Gravité des blessures	Méthode pour blesser ou tuer	Mobile apparent du crime	Statut de l'agent				
Si suspect	Dégüisements		Transport du butin	Attitudes		Agissements				
	Arme ou objet	Véracité de l'arme	Moyen de transport utilisé	Consommation						

**3. VÉHICULES OU BATEAUX IMPLIQUÉS**

A	Référence personne	Statut du véhicule ou du bateau	Genre		Taille du véhicule		
					<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Gros		
Marque		Modèle		Année	Style		
Couleur		Immatriculation	Prov./État	Numéro de série du véhicule ou du bateau	Date si retrouvé (aaaa-mm-jj)		
État du véhicule ou du bateau si retrouvé		Code géographique si retrouvé	Particularités du véhicule ou bateau		Valeur du véhicule ou bateau \$		
Remisage		Endroit de remisage		<input type="checkbox"/> Propriétaire avisé <input type="checkbox"/> Assureur avisé		CRPQ	<input type="checkbox"/> Rayé <input type="checkbox"/> Retrouvé
Bateau	Immatriculation/nom du bateau	Numéro de permis d'embarcation de plaisance	Numéro de voile	Longueur <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> m			

B	Référence personne	Statut du véhicule ou du bateau	Genre		Taille du véhicule		
					<input type="checkbox"/> Petit <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Gros		
Marque		Modèle		Année	Style		
Couleur		Immatriculation	Prov./État	Numéro de série du véhicule ou du bateau	Date si retrouvé (aaaa-mm-jj)		
État du véhicule ou du bateau si retrouvé		Code géographique si retrouvé	Particularités du véhicule ou bateau		Valeur du véhicule ou bateau \$		
Remisage		Endroit de remisage		<input type="checkbox"/> Propriétaire avisé <input type="checkbox"/> Assureur avisé		CRPQ	<input type="checkbox"/> Rayé <input type="checkbox"/> Retrouvé
Bateau	Immatriculation/nom du bateau	Numéro de permis d'embarcation de plaisance	Numéro de voile	Longueur <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> m			



6. NARRATION (SUITE)

4- Le Plaignant rapporte qu'une femme était présente qu'il avait un colis à livrer à Hélène Lavore. En recherchant les occupants des lieux, j'ai identifié Hélène Lavore et joint une photo. Elle correspond à la description que le Plaignant en a fait. L'animal serait un chien de type pitbull.

5- J'ai contacté le S.P.A.D et on m'a demandé de numériser le dossier à leur bureau pour qu'ils ouvrent une enquête.

b. Plaignant avisé de notre démarche.

Suite de la narration sur SQ-o-411

7. DÉMARCHES RÉALISÉES

Rédaction du formulaire *Autorisation à divulguer des renseignements nominatifs à un autre organisme* (SQ-o-033 ou SQ-o-033A)

Remise du dépliant *Vous venez d'être victime ou témoin d'un acte criminel?* (SQ-295-073 ou SQ-295-073A)

Remise du formulaire *Bloc-notes de suivi de dossier* (SQ-463-592)

Autres démarches auprès d'organismes (précisez) :

8. SUIVI ADMINISTRATIF

DEGRÉ DE DIFFICULTÉ DE L'ENQUÊTE																				
ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	TOTAL
COTE	10	9	4	4	3	3	3	3	9	8	3	2	8	7	7	7	7	3	7	

SUIVI DU DOSSIER AUPRÈS DU PLAIGNANT

**Dossier clos sur place (crime contre la propriété uniquement)**  
 Les policiers m'ont avisé que mon dossier fera l'objet d'une révision par le responsable des enquêtes. Toutefois, compte tenu du peu d'éléments de preuve recueillis au moment de la prise de la plainte, aucune autre démarche ne sera entreprise à moins que de nouveaux éléments en lien avec mon dossier ne soient communiqués à la Sûreté du Québec.

**Transfert du dossier à un autre service de police ou répondant**  
 Au moment de la prise de la plainte, j'ai été informé que mon dossier sera transmis pour suivi à une autre unité ou un autre service de police.

**Suivi du dossier par courriel (crime contre la propriété uniquement)**  
 Par la présente, j'autorise la Sûreté du Québec à communiquer avec moi par courriel pour m'informer de l'évolution de mon dossier. Je comprends que tout renseignement transmis par courriel ne présente aucune garantie de confidentialité ou de sécurité.

Nom, prénom du plaignant \_\_\_\_\_ Signature du plaignant \_\_\_\_\_ Date (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_

RÉDACTION ET CONTRÔLE

Rédigé par (nom, prénom en caractères d'imprimerie) **Sgt Stéphanie Bourdon Mat. 13241** Signature \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_

Accompagné de (nom, prénom en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_ Équipe/Unité \_\_\_\_\_ Date (aaaa-mm-jj) **20 MARS 2024**

Contrôle de qualité par **Sgt Stéphanie Bourdon Mat. 13241** Matricule \_\_\_\_\_ Date (aaaa-mm-jj) **20 MARS 2024**

ASSIGNATION ET VÉRIFICATION

Assigné à (nom, prénom en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_ Unité \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Unité responsable \_\_\_\_\_ Statut de l'événement (dossier)  A Non fondé  L Retrait de la plainte  Z Non-collaboration de la victime ou du plaignant

1 Étape d'enquête  C Mise en accusation  S Renvoi LSJPA

Date de statut (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_  4 Sournis pour étude  O Aucune mesure LSJPA  Y Preuve insuffisante

9 Activité complétée  P Avertissement LSJPA  Autre statut (précisez) :

Date d'agenda (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_ Destinataire \_\_\_\_\_ Date d'agenda (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_ Destinataire \_\_\_\_\_

SALVAC - Date d'agenda (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_  Événement (dossier) clos - Date (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_

Vérifié par (nom, prénom) \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_ Date (aaaa-mm-jj) \_\_\_\_\_ Saisi à l'IG-MIP par (nom, prénom) \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_



Sauvegarder

No de dossier  
L100429076401

Nom  
LAVOIE

Prénom  
HELENE

Date de naissance Sexe  
19640729 F

Date de prise de la photo  
20180727



DÉCLARATION DE TÉMOIN

NUMÉRO D'ÉVÉNEMENT (MTLEV) MTLEV2400204076

48-240314-009

RÉFÉRENCE (AUTRES NUMÉROS D'ÉVÉNEMENTS)

NOM / PRÉNOM MERZKANE, MOHAMMED SEXE  F  M

1 Q1 -> Pouvez-vous expliquer pourquoi vous vous présentez
2 au PDQ48 aujourd'hui (2024-03-14)?
3 R1 ->
4 je suis au poste aujourd'hui parce que hier dans mon
5 travail comme livreur de colis il y a un chien (Pitbul)
6 qui m'attaqué plus que deux fois sur mon bras
7 gauche tout ça devant le propriétaire de chien qui à rien
8 réagir genre moi j'ai stationné ma voiture devant
9 l'adresse 1284 rj Émerville et quand j'ai vu le chien
10 n'est pas bien attaché je voulais pas descendre mais son
11 propriétaire il m'a insisté il m'a dit mon chien il est
12 très gentille et il est bien attaché et quand moi j'ai
13 descendu le chien il'était pas attaché et il m'attaqué
14 plus d'une fois dans mon bras gauche et à cause de ce chien
15 je suis traumatisé et je dors pas la nuit et je pense pas
16 conduire à laise, le chien est un pitbul noir adulte avec
17 des taches blanches sur leur corp.

SIGNATURE DU DÉCLARANT DATE (aaaa-mm-jj) 24-03-14

Table with 4 columns: MODALITÉS DE LA DÉCLARATION, DÉBUTÉE À, ENDROIT, TERMINÉE À. Includes fields for PRISE PAR, POLICIER TÉMOIN, SIGNATURE, hh:mm, (aaaa-mm-jj), UNITÉ, and NUMÉRO DE PAGE.



DÉCLARATION DE TÉMOIN

NUMERO D'ÉVÉNEMENT (MTLEV) MTLEV 2400204076

48-240314-009

RÉFÉRENCE (AUTRES NUMÉROS D'ÉVÉNEMENTS)

NOM / PRÉNOM

MERZKAVÉ, MOHAMMED

SEXE

F  M

1 R1 (suite)

2  
3 la propriétaire de chien elle s'appelle Helene Lavoie est

4  
5 une dame québécoise elle a plus que 42 ans avec

6  
7 des cheveux blanches et des lunettes et quand j'ai

8  
9 ~~me~~ dit à elle que je vais porter plainte contre

10  
11 elle et son chien elle m'a dit va faire tout ce

12  
13 que tu veux moi je sais que j'ai rien fais

14  
15 du mal pour toi.

SIGNATURE DU DÉCLARANT

DATE (aaaa-mm-jj)

24-03-14

MODALITÉS DE LA DÉCLARATION

PRISE PAR (NOM / GRADE / UNITÉ)

Agt. MASSICOTTE 6695

SIGNATURE

DÉBUTÉE À

hh : mm (aaaa-mm-jj)

14h09 24-03-14

ENDROIT

UNITÉ

48

POLICIER TÉMOIN (NOM / GRADE / UNITÉ)

SIGNATURE

TERMINÉE À

hh : mm (aaaa-mm-jj)

14h30 24-03-14

NUMÉRO DE PAGE

2 DE 2



**ATTESTATION MÉDICALE**  
Santé et sécurité du travail  
Code RAMQ 09926

N° d'assurance maladie

Date de l'événement d'origine

2024 03 13

Date de récurrence, rechute ou aggravation

Date de la visite

2024 03 13

Nom et nom de naissance		Mohammad Merzkane			
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration
	99	08	16	M	
Init.	Nom du professionnel de la santé		N° de permis	N° de groupe	
FQ	F. Quintal		17292		

**Diagnostic(s) précis de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires**  
(nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés)

Dx Hernie discale L5/S1

CAT DZTS x1 ATB R x 2 F10 49h3 (6/03/24)  
Amit travail 14 au 22/03/2024 inclus

**SIÈGE(S) DE LA LÉSION** (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

- |   |                                   |                                  |  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Visage         | <input type="checkbox"/> Crâne    | <input type="checkbox"/> Thorax  | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) |
| <input type="checkbox"/> Yeux           | <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Bassin  |  |
| <input type="checkbox"/> Dents          | <input type="checkbox"/> Dorsal   | <input type="checkbox"/> Abdomen |  |
| <input type="checkbox"/> Oreille gauche | <input type="checkbox"/> Lombaire |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Oreille droite | <input type="checkbox"/> Sacré    |                                  |  |

**Membre supérieur**

**Membre inférieur**

- |  |                          |                                  |                          |                                 |                          |                                   |                          |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>Gauche</b>                                  | <b>Droite</b>            | <b>Gauche</b>                    | <b>Droite</b>            | <b>Gauche</b>                   | <b>Droite</b>            | <b>Gauche</b>                     | <b>Droite</b>            |
| <input type="checkbox"/> Épaule                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bras       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Main    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pied     | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coude      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Doigts  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Genou  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Orteils  | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> |                                  |                          | <input type="checkbox"/> Jambe  | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

**Période prévisible de consolidation**

A compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi.

14 jours ou moins

Date prévisible de consolidation 2024 03 22

ou

plus de 14 jours

Durée prévisible à compter de la présente visite \_\_\_\_\_ Nombre de semaines

**Reverrez-vous le travailleur ?**

Oui  Non Si oui, date prévue 2024 03 16

**Lieu de la visite**

Nom de la clinique ou de l'établissement de santé

Adresse

CSSSHY-HÔPITAL DE GRANBY

205 boul. Leclerc Ouest

Granby, Qc

J2G-1F7

Téléphone

4503758000

Télécopieur

4503758015

Dr Francois Quintal  
17292

Signature du professionnel de la santé

Date: 2024 03 16

Cochez si professionnel de la santé non participant à la RAMQ

Cochez s'il y a lieu  Victime d'un acte criminel  Sauveteur (acte de civisme)

Le sigle CNESST désigne la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

**CNESST**

**ATTESTATION MÉDICALE**  
Santé et sécurité du travail  
Code RAMQ 09926

N° d'assurance maladie

Prénom et nom à la naissance

Mohammad Merzkane

Date de l'événement d'origine

2024 03 13

Date de récurrence, rechute ou aggravation

Date de la visite

2024 03 13

Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Année	Mois
	99	08	16	M		
Init.	Nom du professionnel de la santé	N° de permis	N° de groupe			
FQ	F. Quintal	17292				

Diagnostic(s) précis de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires (nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés)

Dx Hernie discale L5/S6

CAT DZTS x1 ATB 2x⊖ F10 49h2 (6/03/2024) Arrêt travail 14 au 22/03/2024 inclus

SIÈGE(S) DE LA LÉSION (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

- |   |                                   |                                  |  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Visage         | <input type="checkbox"/> Crâne    | <input type="checkbox"/> Thorax  | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) |
| <input type="checkbox"/> Yeux           | <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Bassin  |  |
| <input type="checkbox"/> Dents          | <input type="checkbox"/> Dorsal   | <input type="checkbox"/> Abdomen |  |
| <input type="checkbox"/> Oreille gauche | <input type="checkbox"/> Lombaire |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Oreille droite | <input type="checkbox"/> Sacré    |                                  |  |

Membre supérieur

Membre inférieur

- |  |                                  |                                 |                                   |
|--|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Épaule                | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Cheville |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bras       | <input type="checkbox"/> Main    | <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> Pied     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coude      | <input type="checkbox"/> Doigts  | <input type="checkbox"/> Genou  | <input type="checkbox"/> Orteils  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avant-bras |                                  | <input type="checkbox"/> Jambe  |                                   |

Période prévisible de consolidation

À compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi.

14 jours ou moins

Date prévisible de consolidation

2024 03 22

ou

plus de 14 jours

Durée prévisible à compter de la présente visite \_\_\_\_\_ Nombre de semaines

Reverrez-vous le travailleur ?

Oui  Non Si oui, date prévue

2024 03 16

Lieu de la visite

Nom de la clinique ou de l'établissement de santé

Adresse

CSSSHY-HÔPITAL DE GRANBY

205 boul. Leclerc Ouest

Granby, Qc

J2G 1T7

Téléphone

4503758000

Télécopieur

4503758015

Signature du professionnel de la santé

Dr François Quintal  
17292

Date

2024 03 16

Cochez si professionnel de la santé non participant à la RAMQ

Cochez s'il y a lieu

Victime d'un acte criminel

Sauveteur (acte de civi...)

Le sigle CNESST désigne la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.