



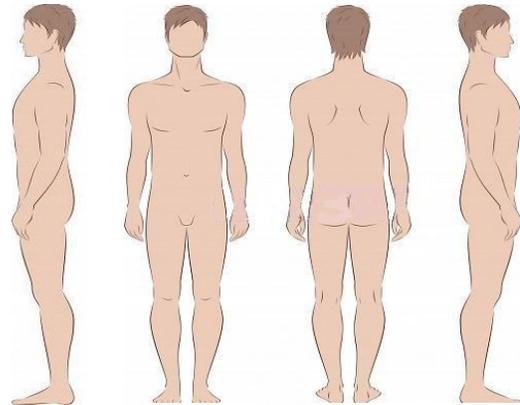
DÉCLARATION D'INCIDENT/ACCIDENT DU TRAVAIL/MALADIE PROFESSIONNELLE

1. DECLARATION DU TRAVAILLEUR

Nom et prénom : _____ No employé : _____
Tél. au domicile : _____ Tel. au travail : _____
Nom de l'installation : _____ Secteur d'activité : _____
Titre d'emploi : _____ Quart : **J S N** Statut d'emploi : **TC TPO TPR OCC**
Temps régulier Supplémentaire Lieu exacte de l'événement : _____
Date de l'événement : _____ Heure : _____ Dossier usager : # _____
Description de l'événement : _____

Partie du corps blessée/touchée : _____

Indiquer la ou les parties du corps touchée(s) lors de l'événement →



Côté gauche Face Dos Côté droit

Nom du/des témoin/s oculaire : _____

Je suis informé(e) de la procédure de déclaration
et je confirme que les renseignements fournis
sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement
produit.

Que suggérez-vous comme mesure pour éviter qu'un événement semblable ne se reproduise : _____

Signature du travailleur : _____

Date : _____

Signature du supérieur : _____

Date : _____

2. RÉSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ

Description des blessures et autres informations importantes : _____

Assignation temporaire : _____

Sans perte : _____

Avec perte : _____

Signature : _____

Date : _____

3. ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT**À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT**

Agents causals : identifiez, selon vous, le ou les éléments qui expliquent la survenance de l'événement

Tâche	Équipement / matériel	Environnement (lieu)
<input type="checkbox"/> Cadence de travail <input type="checkbox"/> Geste dangereux / jeux <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail <input type="checkbox"/> Inobservance des règles de travail <input type="checkbox"/> Mobilisation de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Usager agressif <input type="checkbox"/> Usager confus <input type="checkbox"/> Posture inadéquate <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Équipement protection individuelle (inadéquat / défectueux) <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente <input type="checkbox"/> Fiche signalétique non disponible <input type="checkbox"/> Identification inadéquate / défectueuse <input type="checkbox"/> Matériel présentant un risque élevé <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection inadéquat <input type="checkbox"/> Outil / équipement défectueux <input type="checkbox"/> Outils / équipement inadéquat <input type="checkbox"/> Produit toxique <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat <input type="checkbox"/> Conditions ambiantes (gaz, fumée, bruits, chaleur) <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques (intempéries) <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Propreté / désordre <input type="checkbox"/> Sol inégal <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate <input type="checkbox"/> Autre :

Organisation	Individu
<input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Affectation (tâche et employé) <input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâche (inadéquate / absente) <input type="checkbox"/> Communication (info / affichage) <input type="checkbox"/> Conception (ingénierie) <input type="checkbox"/> Description de tâche <input type="checkbox"/> Entretien <input type="checkbox"/> Entretien préventif <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT	<input type="checkbox"/> Formation (entraînement) <input type="checkbox"/> Inspection <input type="checkbox"/> Méthode de travail (inadéquate) <input type="checkbox"/> Planification <input type="checkbox"/> Procédure (inadéquate / absente) <input type="checkbox"/> Règlement (inadéquat / absent) <input type="checkbox"/> Supervision (surveillance / contrôle) <input type="checkbox"/> Autre :

4. MESURES CORRECTIVES**À REMPLIR PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT**

Mesures	Échéance	Responsable

PERSONNE AYANT EFFECTUÉ L'ENQUÊTE ET ANALYSENom : _____
(Écrire en lettres moulées)

Titre : _____

Signature : _____

Date : _____

Service SST	SUIVI DES MESURES	DATE