Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre
Québec

DÉCLARATION D'ACCIDENT / INCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE / REGISTRE D'ACCIDENTS

1. IDENTIFICATION

Nom: _____ No. : _____

Titre d'emploi : _____

Statut : ☐TC ☐TPR ☐TPO Quart de travail : ☐J ☐S ☐N

Expérience dans : 1) le titre d'emploi : _____ an(s)

2) le poste de travail : _____an(s)

2. MOMENT ET LIEU

Date de l'événement : _____Heure : ____h___

Déclaré le : _____

Abandon du travail : ☐Non ☐ Oui le : _____

Établissement : _____ ou ☐ Domicile

Service : _____

Lieu exact de l'événement : _____

3. TACHE OU ACTIVITÉ EN COURS

Tâche exécutée lors de l'événement : _____

_____

Temps supplémentaire : ☐ Oui ☐ Non

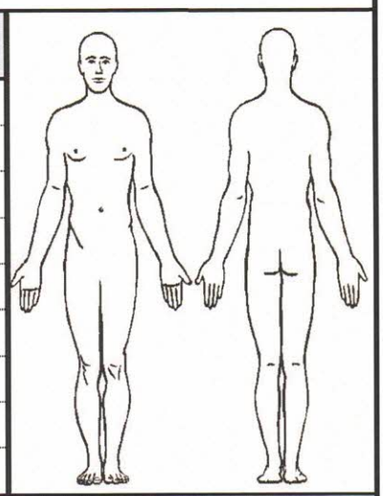
Fréquence d'exécution de la tâche : ☐ Fréquent ☐ Quotidien ☐ Rare

Témoins : _____

Si usager impliqué / Nom: _____

4. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

(Indiquez sur le schéma à droite le(s) site(s) de la lésion)



5. ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS

Type de blessure	Site lésionnel	Type de contact / Genre	Agent causal
☐ Brûlure de la peau	☐ **Côté Gauche** ☐ **Côté Droit**	☐ Agression (incluant pincé)	☐ Aiguille, instruments, outil
☐ Contusion, ecchymose, pincé	☐ Coude	☐ Chute, glissade	☐ Aménagement, espace restreint
☐ Coupure, morsure	☐ Épaule	☐ Coincé, écrasé	☐ Animal : _____
☐ Éraflure, graffignure	☐ Autre membre supérieur	☐ Éclaboussure	☐ Équipements
☐ Entorse, foulure	☐ Dos – Colonne cervicale	☐ Effort excessif avec objet	☐ Liquide, produit
☐ Douleur légère	☐ Dos – Colonne dorsale	☐ Frappé par ou contre objet	☐ Surface, escalier. Préciser :
☐ Douleur vive	☐ Dos – Colonne lombaire	☐ Mobilisation, transfert, marche	☐ Intérieur ☐ Extérieur
☐ Irritation, rougeur	☐ Genou	☐ Éviter chute, retenir. Préciser :	Sol :☐ Glacé ☐ Enneigé
☐ Pincement, sensation de brûlure	☐ Autre membre inférieur	☐ Lit à fauteuil ou vice versa	☐ Inégal (trou) ☐ Mouillé
☐ Point, spasme, raideur	☐ Oeil	☐ Lors du bain ou de la douche	☐ Usager/ Mouvement volontaire
☐ Lacération majeure	☐ Tête, visage	☐ Manœuvre au lit	☐ Usager/ Mouvement involontaire
☐ Piqûre, corps étranger	☐ Tronc, côtes, thorax, abdomen	☐ Manœuvre avec civière	☐ Travailleur: _____
☐ Autre :	☐ Autre :	☐ Autre :	☐ Autre :

6. PREMIERS SECOURS

☐ Aucun ☐ Premiers secours (soins)/lieu : _____ ☐ Référé à l'urgence, départ à _____h_____

Précisez premiers soins: _____ Nom du secouriste ou professionnel en lettres moulées : _____

7. QUE SUGGÉREZ-VOUS POUR QU'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL SEMBLABLE NE SE REPRODUISE PAS?

A) Par l'employé	B) Par le chef de service

Signature employé : _____ Date : _____ Signature supérieur immédiat: _____ Date : _____

1ère copie 2e copie 3e copie : Décl