

Formulaire de déclaration d'un événement accidentel

1 Identification de l'employé(e) qui a été victime de l'événement accidentel

Prière d'écrire lisiblement (lettres moulées) et de répondre à toutes les questions

N'hésitez pas à vous faire aider par votre responsable ou par votre représentant syndical

Nom : _____ Prénom : _____
No. d'employé(e) : _____ Titre d'emploi : _____
No. téléphone : _____ Service : _____
Établissement : _____ Site : _____

2 Description de l'événement accidentel par l'employé(e)

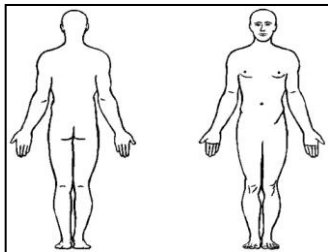
Date de l'événement : _____ (aaaa - mm - jj) Heure de l'événement : _____ (00:00 am/pm)

Premiers soins reçus? Oui ☐ Non ☐ Quart de travail terminé? Oui ☐ Non ☐

Lieu exact de l'événement (Ex. : local, chambre, étage) : _____

Noms des personnes présentes lors de l'événement : _____

Indiquez le site de la blessure ou de la douleur sur le schéma et cochez les détails de l'évènement ci-dessous :



Agression : physique ☐ verbale ☐
Éclaboussure : biologique ☐ chimique ☐
Effort excessif : auprès d'un usager ☐ auprès d'un objet ☐
Chute/Glissade ☐ Équipements défectueux ☐ Coupure ☐
Piqûre d'aiguille/morsure ☐ Autre: _____

Décrivez les circonstances entourant l'événement :

Mesure(s) corrective(s) à apporter: _____

Signature de l'employé(e): _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

3 Section réservée pour le supérieur(e) immédiat(e)

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement (aaaa-mm-jj) : _____

Anomalies dans la situation de travail dans les composantes suivantes:

Individu (travailleur) : _____ Individu (usager) : _____

Équipement - matériel - produit: _____ Tâche: _____

Temps : _____ Environnement: _____

Organisation du travail : _____

Autre(s) commentaire(s) : _____

Êtes-vous en accord avec la description de l'événement ? Oui ☐ Non ☐

Demande de mesure(s) corrective(s) : Oui ☐ Mesure proposée : _____ Non ☐

Responsable des mesure(s) corrective(s) (Date d'échéance (aaaa-mm-jj)) : _____

(Nom, Prénom du supérieur immédiat)

Signature du supérieur immédiat

Date (aaaa-mm-jj)

SVP expédiez ce formulaire au service de santé, sécurité et mieux-être au travail dans les plus brefs délais

CLSC de Côte-des-Neiges, 5700 ch. de la Côte-des-Neiges (5ème étage), Montréal (QC), H3T 2A8.

Télécopieur : 514-731-4290