



DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'INCIDENT

À REMPLIR ET SIGNER PAR LA PERSONNE BLESSÉE

Ceci est un document important qui doit être complété de façon détaillée.

Identification de l'employé

Nom et prénom :

Date de naissance :

Emploi occupé :

Poste téléphonique :

Nom de l'établissement de travail :

Affiliation : SCFP SERL SLESS SPPLRN ADEIJ AQCS

Déclaration de l'événement

Date de l'événement :	Heure de l'événement :
Lieu de l'événement :	Nom des témoins :
À qui l'événement a-t-il été déclaré? _____	Avez-vous quitté votre lieu de travail plus tôt que prévu le jour de l'événement?
À quelle heure? _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, à quelle heure? _____

Région du corps atteinte (cochez les éléments qui s'appliquent)							Type d'événement (cochez tous les éléments qui s'appliquent)
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Dents	<u>Gauche</u>		<u>Droit</u>	<u>Gauche</u>		<u>Droit</u>	<input type="checkbox"/> Heurté ou coincé <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Incendie ou explosion <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Substance nocive ou agent environnemental <input type="checkbox"/> Agression/intervention physique <input type="checkbox"/> Glissade ou trébuchement <input type="checkbox"/> Accident automobile <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/>	Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hanche	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/>	Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuisse	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bas de la jambe	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheville	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Milieu du dos	<input type="checkbox"/>	Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pied	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	Doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orteil	<input type="checkbox"/>	

Description de l'événement et de la blessure (expliquez en détail comment est survenu l'événement et ce qui l'a causé; la tâche exécutée au moment de l'événement; la nature de la blessure; partie du corps touchée)

*Au besoin, utilisez le verso afin de compléter votre description.

(J'ai utilisé le verso Oui Non)

Nature des premiers secours reçus :

Le nom de la personne secouriste :

Vos suggestions de tâches possibles en assignation temporaire :

Je certifie que les informations données ci-dessus sont exactes et complètes (Cochez) :

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire (en caractère d'imprimerie) :

Signature de la personne blessée :

Date :

IMPORTANT

1. L'employé doit remettre ce formulaire rempli et signé à son supérieur immédiat le jour de l'accident.
2. La direction doit transmettre le formulaire dans les plus brefs délais au Service des ressources humaines par télécopieur au (450) 662-5880.
3. Le formulaire original doit être transmis au Service des ressources humaines par courrier interne - Secteur SST.