

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 <input type="checkbox"/> SERL <input type="checkbox"/> SLESS <input type="checkbox"/> SPPLRN <input type="checkbox"/> ADEIJ <input type="checkbox"/> AQCS <input type="checkbox"/>					

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 <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Haut du dos <input type="checkbox"/> Bas du dos <input type="checkbox"/> Milieu du dos <input type="checkbox"/> Autre : _____	Gauche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Épaule Bras Avant-bras Coude Poignet Main Doigt	Droit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gauche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hanche Cuisse Bas de la jambe Genou Cheville Pied Orteil	Droit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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 : _____

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.