

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? _____																																																																
<i>Région du corps atteinte (cochez les éléments qui s'appliquent)</i>																																																																	
<i>Type d'événement (cochez tous les éléments qui s'appliquent)</i>																																																																	
<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 : _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">Gauche</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Droit</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Gauche</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Droit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Épaule</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hanche</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cuisse</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Avant-bras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bas de la jambe</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Coude</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Genou</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Poignet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cheville</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Main</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pied</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Doigt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Orteil</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Gauche		Droit		Gauche		Droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bas de la jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orteil	<input type="checkbox"/>
	Gauche		Droit		Gauche		Droit																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hanche	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuisse	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bas de la jambe	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheville	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pied	<input type="checkbox"/>																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orteil	<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.