

## 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.

<b>Identification de l'employé</b>	
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"/>	

<b>Déclaration de l'événement</b>							
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	<u>Gauche</u>		<u>Droit</u>	<u>Gauche</u>		<u>Droit</u>	<input type="checkbox"/> Heurté ou coincé
<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"/> Effort excessif
<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"/> Mouvement répétitif
<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"/> Incendie ou explosion
<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chute
<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Substance nocive ou agent environnemental
<input type="checkbox"/> Milieu du dos	<input type="checkbox"/>	Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Agression/intervention physique
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/>	Doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orteil	<input type="checkbox"/>	<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.