

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 ☐ Non ☐ 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)
☐ Tête ☐ Dents	<u>Gauche</u>		<u>Droit</u>	<u>Gauche</u>		<u>Droit</u>	☐ Heurté ou coincé
☐ Visage ☐ Cou	☐	Épaule	☐	☐	Hanche	☐	☐ Effort excessif
☐ Yeux ☐ Poitrine	☐	Bras	☐	☐	Cuisse	☐	☐ Mouvement répétitif
☐ Oreille ☐ Abdomen	☐	Avant-bras	☐	☐	Bas de la jambe	☐	☐ Incendie ou explosion
☐ Haut du dos	☐	Coude	☐	☐	Genou	☐	☐ Chute
☐ Bas du dos	☐	Poignet	☐	☐	Cheville	☐	☐ Substance nocive ou agent environnemental
☐ Milieu du dos	☐	Main	☐	☐	Pied	☐	☐ Agression/intervention physique
☐ Autre : _____	☐	Doigt	☐	☐	Orteil	☐	☐ Glissade ou trébuchement
							☐ Accident automobile
							☐ 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 courriel au RH-Accident-SST@csslaval.gouv.qc.ca .