

Déclaration de l'événement accidentel

Nom et coordonnées	
Entreprise	Chantier

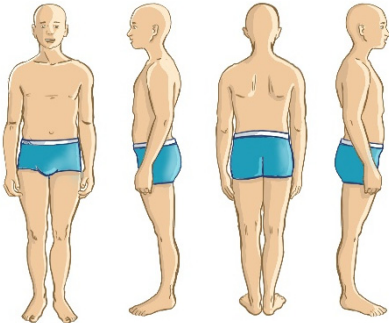
N° de formulaire : _____

N° référence registre : _____

Identification

Nom	LETTRES MOULÉES	Date de l'événement
Prénom		Heure de l'événement
Poste, fonction		Horaire de travail
		Heure supplémentaire ☐ Oui ☐ Non
Types d'événements : ☐ Bris matériel ☐ Incident sans blessure ☐ Accident avec blessures ☐ Accident mortel ☐ Plusieurs travailleurs ☐ Autres : _____		

Premiers secours (Rempli par le secouriste)

Premiers secours dispensés ☐ Oui ☐ Non	Encercler la ou les parties du corps touchées 
Nature de la lésion	
Partie du corps affectée	
Nature des premiers secours dispensés	
Consultation médicale suggérée ☐ Oui ☐ Non	
Nom du secouriste LETTRES MOULÉES	
Signature du secouriste	
Date et heure	

Intervention secouriste, précisez l'intervention

Le travailleur (Rempli par le travailleur)

Lieu précis de l'événement

Activité ou tâche exercée

Description de l'événement ou de la situation à risque – Tâche, geste, équipements, matériels (poids et dimension) lieux, etc.

Avez-vous des recommandations pour éviter qu'un autre événement du genre ne se reproduise ? Expliquez

Signature du
travailleur

Date et heure

Nom des témoins
visuels
(s'il y a lieu)

L'employeur (Rempli par l'employeur)

Formulaire d'assignation
temporaire remis au travailleur ☐ Oui ☐ Non

Abandon du travail
le jour de l'événement ☐ Oui ☐ Non

Premiers répondants ou consultation
médicale, à préciser.

Date

Déclaration reçue par

Date

Poste ou fonction

Mesure(s) corrective(s) immédiate(s)

Est-ce que cet événement accidentel nécessite
un rapport d'**enquête et analyse d'événement
accidentel** ?

Si vous répondez oui à une des questions suivantes,
vous devez remplir un rapport.

Visite des lieux ☐ Oui ☐ Non

A causé des blessures ou des
dommages ?

Oui Non

☐

☐

Date et heure

Aurait pu causer des blessures ou des
dommages importants ?

☐

☐

Signature de
l'employeur

Pourrait se reproduire ?

☐

☐

Remettre une copie à : ☐ la direction ☐ le travailleur ☐ le comité de santé et de sécurité
☐ autre personne : _____

Ce formulaire a été adapté du *Registre de premiers secours et d'enquête d'accident* avec l'autorisation d'Auto Prévention.