

RAPPORT D'ENQUÊTE ET D'ANALYSE D'UNE LÉSION PROFESSIONNELLE

Le présent formulaire est utilisé pour déclarer tout accident du travail avec ou sans perte de temps, et ce, incluant la maladie professionnelle.

Les sections 1 et 2 doivent être complétées par la personne salariée victime d'une lésion professionnelle.

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

| | | | |
|-----------------|--|------------|--|
| Nom : | | Prénom : | |
| Matricule : | | Fonction : | |
| Établissement : | | | |

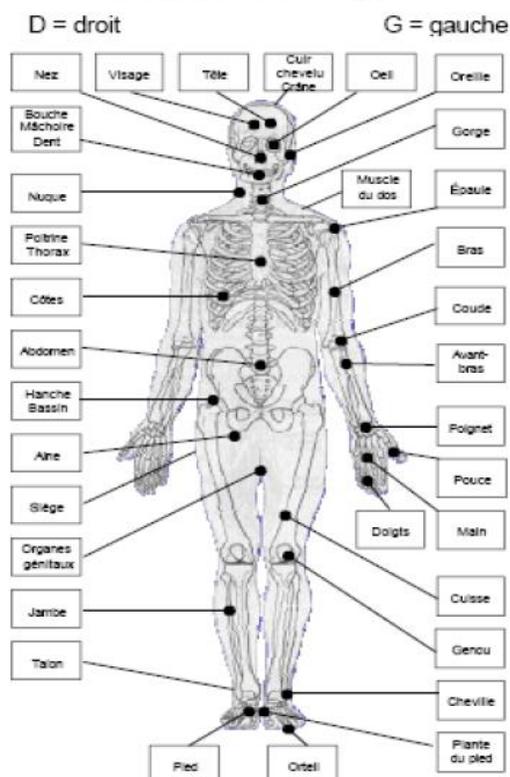
2. DÉCLARATION DE L'ÉVÉNEMENT

| | | | |
|---|--|---------|--|
| Date de l'événement : | | Heure : | |
| Lieu de l'événement : | | | |
| Date de déclaration, si différente de l'événement : | | | |
| Date d'arrêt de travail : | | Heure : | |

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ÉVÉNEMENT : (annexez au besoin une autre feuille)

LÉSION :

PARTIES DU CORPS



NATURE DES LÉSIONS

1. Brûlure
2. Ecchymose
3. Contusion
4. Écrasement
5. Plaie superficielle
6. Piqûre
7. Écharde
8. Plaie profonde
9. Fracture
10. Entorse
11. Foulure
12. Douleur
13. Éblouissement
14. Corps étrangers dans les yeux
15. Électrocution
16. Amputation / perte d'un œil
17. Intoxication
18. Réaction de la peau
19. Violence psychologique
20. Autres

**Bien vouloir encercler
la partie du corps
touchée et la nature
de la lésion**

2. DÉCLARATION DE L'ÉVÉNEMENT (SUITE)

Y a-t-il eu des témoins de l'évènement : Oui Non

Nom du ou des témoin(s) :

Premiers soins : Oui Non

Administrés par :

Transporté par : Ambulance Automobile

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas :

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

Signature de la personne :

Date :

Cette section doit être complétée par le supérieur immédiat

3. MESURES PRÉVENTIVES ET RECOMMANDATIONS

Suite à l'évènement : (cochez les situations qui s'appliquent)

Avez-vous visité le lieu de l'évènement?

Oui Non

Si oui, quand?

Avez-vous rencontré la personne qui a subi la lésion?

Oui Non

Si oui, quand?

Correctifs à apporter : Oui Non

Précisez les mesures correctives et/ou préventives déjà effectuées ou à apporter :

Commentaires :

Signature du supérieur immédiat :

Date :

FAIRE PARVENIR CE RAPPORT AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES.