

# Déclaration d'un événement accidentel ou d'une situation dangereuse

Événement accidentel

Situation dangereuse (aucun événement accidentel n'est survenu)

Maladie professionnelle

## I-Identification de l'employé(e) déclarant l'événement accidentel ou la situation dangereuse

Nom et prénom : ..... N° d'employé(e) : .....  
 Titre d'emploi : ..... Service : .....  
 Installation :  Sainte-Justine  CRME  École  
 Nombre d'années d'expérience : ..... dans l'établissement : ..... dans ce titre d'emploi : .....  
 Statut d'emploi :  temps complet  temps partiel  occasionnel

## II-Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse (à remplir par l'employé(e))

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel?  Jour  Soir  Nuit  TS

Date de l'événement : ...../...../..... Heure (0-24h) : .....  
AAAA MM JJ

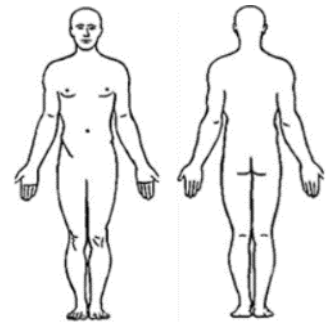
Lieu exact : ..... (veuillez préciser le # du local) Unité/Service : .....  
(Ex : salle de bain, # chambre, stationnement, etc.)

**Indiquer sur le schéma le(s) siège(s) des lésions**

Siège(s) des lésions : .....

Genre de blessure :

douleur  contusion  irritation  éclaboussure  égratignure  psychologique  
 brûlure  coupure  inhalation  virus/infection  piqûre  autres : .....



Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : .....

Avez-vous reçu des premiers soins:  Non  Oui Lesquels : .....

Nom de la personne qui a donné les premiers soins : .....

Nom du supérieur avisé (en lettres moulées) : .....

Date : ...../...../..... Heure (0-24h) : .....  
AAAA MM JJ

Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse :

.....

.....

.....

.....

.....

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas? .....

.....

**Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit.**

Signature de l'employé(e) : ..... Date : ...../...../.....  
AAAA MM JJ

## III-Enquête et analyse (à remplir par le ou la gestionnaire) en cas d'événement accidentel

À quelle activité était affecté l'employé(e) au moment de l'événement accidentel :

quart de travail complété  a quitté pour consultation médicale

Causes et facteurs ayant contribué à l'événement	Mesures préventives ou correctives	Responsable(s)	Échéancier (AAAA/MM/JJ)
Équipements :			
Tâches :			
Personnes :			
Environnement :			
Organisation du travail :			

Commentaires : .....

.....

Nom du gestionnaire (en lettres moulées) : ..... Signature : .....

copie employé(e)  copie service SST  copie syndicat  copie conseiller en prévention

**N.B. Veuillez, svp, envoyer le formulaire à [service.sante.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:service.sante.hsj@ssss.gouv.qc.ca) ou le déposer au local B.914 (service SST)**