

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 Decelles
 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) :

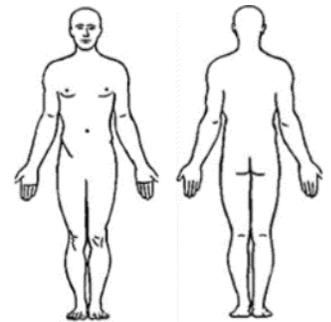
Lieu exact : (veuillez préciser le # du local) Unité/Service :
 (Ex : salle de bain, # chambre, stationnement, etc.)

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) :

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 :

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 : Date :

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 ou le déposer à l'accueil de la DRH à Decelles (3^e étage)