

Info sur l'employé	Nom _____		Téléphone (résidence) _____ - _____ (_____)		
	Prénom _____		Téléphone (travail) _____ - _____ (_____)		
	Date de naissance (JJ/MM/AA) _____		N° d'employé _____ / NAS _____ - _____ - _____		
Adresse _____					
Ville _____ Province _____ Code postal _____ _____					
Division/Dépt./Unité _____		<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Étudiant		Est-ce que l'employé(e) travaillait quand l'accident est survenu? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Activité au moment de l'accident _____		_____ Années d'expérience			
Date de l'accident (JJ/MM/AA) _____ / _____ / _____		Date de déclaration JJ/MM/AA _____ / _____ / _____		À qui l'accident a-t-il été déclaré? _____ Si l'accident n'a pas été déclaré tout de suite, pourquoi? _____	
Heure _____ AM/PM		Heure de déclaration _____ AM/PM			
Description de l'accident	Relatez exactement la séquence d'événements qui a mené à l'accident. Expliquez ce que faisait l'employé(e) _____ _____ _____ _____ _____		L'accident est-il survenu chez l'employeur? _____		
			Qu'est-ce qui a causé la blessure/maladie? _____		
			Indiquez la grosseur, le poids et le type de l'équipement impliqué. _____ _____ Type d'accident (cochez un—définitions au verso): 1 <input type="checkbox"/> Impact/prise 2 <input type="checkbox"/> Surmenage 3 <input type="checkbox"/> Action répétitive 4 Incendie/explosion 5 <input type="checkbox"/> Chute 6 <input type="checkbox"/> Substances nocives/environnement 7 <input type="checkbox"/> Agression 8 <input type="checkbox"/> Autre 9 <input type="checkbox"/> Glissade/trébuchement 10 <input type="checkbox"/> Accident de la route		
Nom, poste et numéros de téléphone des témoins ou personnes qui ont des informations sur l'accident. _____					
Cause	L'accident/la maladie est:				
	1 <input type="checkbox"/> un événement soudain bien précis	2 <input type="checkbox"/> un phénomène graduel	3 <input type="checkbox"/> une maladie professionnelle	4 <input type="checkbox"/> une fatalité	
Causes directes (cochez une –voir verso):		1 <input type="checkbox"/> Physique/environnementale	2 <input type="checkbox"/> Personnelle	Exemples d'actions: 1. Reformation de l'employé(e) 2. Réassignation de l'employé(e) 3. Analyse de sécurité/déroulement des tâches 4. Meilleur équipement de protection 5. Action pour améliorer l'inspection 6. Réparation/remplacement de l'équipement 7. Correction de la zone congestionnée 8. Installation de dispositifs de sûreté 9. Amélioration de la conception /procédure 10. Vérification auprès du fabricant 11. Information de tous les services 12. Discipline des personnes impliquées 13. Autre:	
Causes fondamentales (cochez une):		1 <input type="checkbox"/> Facteurs d'emploi	2 <input type="checkbox"/> Facteurs personnels		
Mesure correctrice	Action(s) prise(s)		CORRIGÉ (cochez)	PLANIFIÉ (cochez)	Date (jj/mm/aa)
	1 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____
	2 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____
	3 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____
	4 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____
	5 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____
	6 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____
	7 _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____
Blessure	Décrivez la maladie ou blessure et précisez la partie du corps touchée et s'il s'agit du côté gauche ou droit. _____				
	Savez-vous s'il est déjà survenu un accident ou une blessure semblable? Dans l'affirmative, expliquez: _____				
	Aucune blessure (cochez) 1 <input type="checkbox"/> Situation dangereuse		Blessure –Pas de demande CSPAA (cochez) 1 <input type="checkbox"/> Premiers soins 2 <input type="checkbox"/> Aucun soin		Indemnisation de la CSPAA (cochez) 1 <input type="checkbox"/> Soins de santé (soins médicaux) 2 <input type="checkbox"/> Congé de maladie
Travail et santé	L'employé(e) a obtenu des soins médicaux?		1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui		L'employé(e) a consulté un médecin de famille? 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui
	L'employé(e) s'est rendu(e) dans un centre de santé?		1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui		Dans ce cas, nom du médecin _____
	L'employé(e) s'est rendu(e) à l'urgence?		1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui		Tél. (_____) _____ - _____
Dans ce cas, nom du médecin de l'urgence _____		TÉL. (_____) _____ - _____		Adresse du médecin: _____	
L'employé(e) :		Est-ce que l'employé(e) a déjà eu une invalidité semblable?		Cochez les pièces jointes au présent rapport.	
1 <input type="checkbox"/> assume ses tâches habituelles		1 <input type="checkbox"/> Oui		1 <input type="checkbox"/> Déclarations	
2 <input type="checkbox"/> assume des tâches modifiées		2 <input type="checkbox"/> Non		2 <input type="checkbox"/> Photographies	
3 <input type="checkbox"/> demeure en congé de maladie		3 <input type="checkbox"/> Ne sais pas		3 <input type="checkbox"/> Note de traitement	
				4 <input type="checkbox"/> Autre -précisez: _____	
Rev.	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) _____		SIGNATURE DU SUPERVISEUR _____		SIGNATURE DU SRV SANTÉ TRAVAIL _____
	Date _____		Date _____		Date _____

Directives pour remplir le présent formulaire

Rapport d'accident de travail

Le présent rapport a pour but :

- de collecter des données factuelles sur les accidents de travail;
- de collecter des données pour le rapport de la CSPAAAT;
- de fournir une façon systématique de déclarer les accidents de travail, de documenter les résultats des enquêtes, de consigner les mesures correctrices et de spécifier comment et quand elles seront prises;
- d'assurer une assistance médicale rapide;
- d'aider à déterminer les facteurs de causalité des accidents;
- de collecter systématiquement des données factuelles pour des documents statistiques; et
- de guider l'enquêteur pour qu'il mène une enquête efficace.

ORIGINAL verser au dossier des Rapports d'accident de travail de la division santé-sécurité

2^e exemplaire remettre au superviseur de l'employé(e) blessé(e)

3^e exemplaire verser au dossier d'employé ou de santé professionnelle de l'employé(e)

REMARQUE : Les données en gris sont confidentielles et ne doivent pas être transmises au comité sur la santé et la sécurité.

Types d'accidents – Définitions

Impact/prise

- Un accident lors duquel une personne a été heurtée brusquement ou violemment par un objet en mouvement (p. ex. une boîte qui tombe d'une tablette, un employé qui s'enfonce une aiguille dans le doigt, quelqu'un qui pousse un chariot et frappe une autre personne) ou atteinte non violemment par une substance ou un agent en mouvement qui blesse au contact (comme se faire éclabousser par une solution chaude ou corrosive).
- Un accident lors duquel une personne se heurte abruptement ou violemment contre un objet stationnaire (p. ex. une infirmière se heurte la jambe contre la manivelle d'un lit) ou entre en contact non violemment avec une substance ou un agent stationnaire qui blesse au contact (comme un choc électrique).
- Un accident lors duquel une personne est :
 - a. coincée dans une cavité ou a un membre coincé dans une ouverture (p. ex. une personne prise dans un ascenseur ou enfermée dans une salle réfrigérée);
 - b. accrochée par un objet saillant (p. ex. un vêtement s'accroche à une poignée ou une personne se blesse la main sur un bord tranchant);
 - c. compressée, écrasée ou autrement coincée entre un objet en mouvement et un objet stationnaire ou entre deux objets ou plusieurs objets en mouvement (p. ex. une personne se coince les doigts entre un chariot à roulettes et une porte).

Chute

Une chute du même niveau où se tenait ou marchait la personne ou une chute à un niveau inférieur.

Causes directes - Définitions

Physiques/environnementales

Les **conditions** concourantes comme la machinerie ou l'équipement, l'entretien des locaux, les agents physiques, les agents chimiques, l'équipement de protection individuelle, la température (chaleur/froid), etc.

Personnelles

Les **conditions** concourantes comme l'utilisation non autorisée d'un équipement, des mouvements inappropriés, une vitesse dangereuse.

Glissade/trébuchement

La personne glisse ou trébuche mais ne tombe pas.

Surmenage

Un accident lors duquel une personne exerce une trop grande pression sur une partie de son corps (p. ex. un employé se blesse le dos ou une autre partie du corps).

Substances nocives/environnement

Un accident lors duquel l'employé est exposé à des conditions nocives (p. ex. des gaz, émanations ou vapeurs toxiques, des particules aérogènes; un froid ou une chaleur extrême; des atmosphères déficientes en oxygène; des radiations radioactives, une lumière intense, des maladies infectieuses, du sang ou des fluides corporels tachés de sang, de la moisissure ou des spores).

Agression

Un accident lors duquel un employé est soumis à un acte fâcheux par un patient ou un membre du public (p. ex. un patient mord ou frappe un employé).

Action répétitive

Une condition qui se développe graduellement en raison de la nature répétitive de la tâche à accomplir (p. ex. pipetage, entrée au clavier).

Incendie/explosion

Un accident lors duquel un employé est exposé à un incendie ou une explosion sur les lieux de travail.

Accident de la route

Un accident au cours duquel un employé est impliqué dans un accident de la route dans le cours de ses activités professionnelles.

Causes fondamentales - Définitions

Facteurs d'emploi

Procédures de travail, approvisionnement, conception, formation, mesures d'ingénierie, etc.

Facteurs personnels

Restrictions physiques, manque de formation ou de motivation, capacités inadéquates, etc.