

Accident

Situation Dangereuse (aucun accident n'est survenu) **Dangerous Situation** (no accident occurred)

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

Nom et prénom : _____ N° d'employé(e) : _____
 Full name : _____ Employee ID : _____

Titre d'emploi : _____ Service : _____
 Job title : _____

Installation : _____ Téléphone de contact : _____
 Contact phone : _____

Année d'expérience au poste : _____ Syndicat: SCFP SQEES RSFQ
 Years of experience in current position: _____ SCFP Prévost APTS FIQ APES

Statut d'emploi / Employment Status : Temps complet / Full time Temps partiel / Part-time Occasionnel / Occasional

II- Description de l'événement (à remplir par l'employé) / Description of the event (to be completed by the employee)

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel?
 What was your work schedule at the time of the incident? Jour / Day Soir / Evening Nuit / Night TS / Overtime

Date de l'événement (AAAA/MM/JJ) : ____ / ____ / ____ Heure (0-24h) /Time: _____
 Incident date (YYYY/MM/DD): _____

Lieu exact (Ex.: salle de bain, # chambre, stationnement, etc.): _____ Unité / Service: _____
 Exact Location (Ex.: bathroom, room number, parking lot, etc.): _____

Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : _____
 Eyewitness names (if applicable): _____

Avez-vous reçu des premiers soins? Si oui, précisez: Non / No Oui / Yes _____
 Did you receive first aid? If yes, specify: _____

Nom de la personne qui a donné les premiers soins : _____
 Name of the person who gave first aid: _____

Site(s) de la lésion / Site of injury: _____

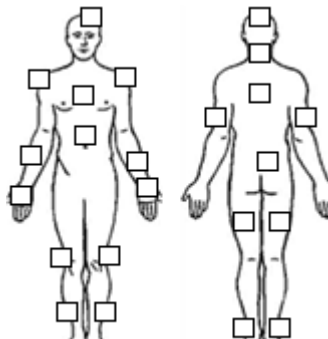
Nom du supérieur avisé / Name of notified superior : _____
 Nom du gestionnaire / Name of manager : _____

Téléphone du gestionnaire / Manager phone number : _____

Date et heure que le superviseur a été avisé (AAAA/MM/JJ) : ____ / ____ / ____ _____
 Date and time that the superior was notified (YYYY/MM/DD): _____

Dommages matériels:
 Property damages: _____

Indiquer le(s) site(s) de la douleur ou de la blessure
 Indicate pain or injury location



Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse :
 Description of the accident:

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas?
 What are your suggestions to prevent a similar situation?

**Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit
 I confirm that the information provided is correct and consistent with what happened**

Signature de l'employé(e): _____
 Employee signature :

Date (AAAA/MM/JJ) : ____ / ____ / ____
 Date (YYYY/MM/DD) : _____

**Envoyez le formulaire avec les parties I et II remplies à votre gestionnaire afin de compléter la section III
 Send the form with the sections I and II filled to your manager to complete the section III**

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

Nom et prénom : _____
 Full name : _____

N° d'employé(e) : _____
 Employee ID : _____

III- Enquête et analyse (à remplir par le gestionnaire) / Investigation and analysis (to be completed by the manager)

À quelle activité était affecté l'employé(e) au moment de l'événement accidentel ?
 What activity was the employee assigned to at the time of the accident?

Quart de travail complété / Shift completed A quitté pour consultation médicale / Left for medical consultation

Causes et facteurs ayant contribué à l'événement / Causes and factors contributing to the event	Comment ce facteur contribue à l'événement? / How does the factor contribute to the incident?
---	---

<input type="checkbox"/> Équipements (Lit, civière, chariot, outils, lève-personne, etc.) Equipments (Bed, stretcher, cart, patient lift, etc.)	
<input type="checkbox"/> Tâches (Inobservance des règles de sécurité, cadence de travail, posture de travail, etc.) Tasks (Non-respect of safety guidelines, work pace, posture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Personnes/Travailleur (Formation, méthode de travail, expérience, etc.) People/Worker (Training, work method, experience, etc.)	
<input type="checkbox"/> Environnement (Bruit, espace encombré, éclairage, etc.) Environment (Noise, crowded space, lighting, etc.)	
<input type="checkbox"/> Organisation du travail (Communication, procédure absente, ambiance de travail, etc.) Work organisation (Communication, lack of procedure, work climate, etc.)	
<input type="checkbox"/> Personnes/Usagers/Tiers (Client, famille, etc.) People/Users/Third party (Client, family, etc.)	

Mesures préventives ou correctives / Corrective or preventive measures	Responsable (nom) / Responsible (name)	Échéancier (AAAA/MM/JJ) Timeline (YYYY/MM/DD)

Commentaires :
 Comments :

Nom du gestionnaire : _____ Signature : _____
 Name of manager : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : ____ / ____ / ____
 Date (YYYY/MM/DD) : ____ / ____ / ____

Envoyez les sections I à III du formulaire complétées au / Send the sections I to III of the form completed to: Courriel / E-mail : preventionssmet.comtl@ssss.gouv.qc.ca
Télécopieur / Fax : 514-457-8423

IV- Service de prévention et de promotion de la santé / Prevention and health promotion dept.

Nom de l'agent de gestion en prévention responsable: _____ Date (AAAA/MM/JJ): ____ / ____ / ____
 Name of the assigned prevention agent: _____ Date (YYYY/MM/DD): ____ / ____ / ____