

CONDITION DANGEREUSE

INCIDENT/ACCIDENT DE TRAVAIL

MALADIE PROFESSIONNELLE

I- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ OU DE LA PERSONNE VICTIME DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL (à compléter par l'employé)

Nom _____ Prénom _____

No d'employé _____ Titre d'emploi _____

Service : _____ Installation _____

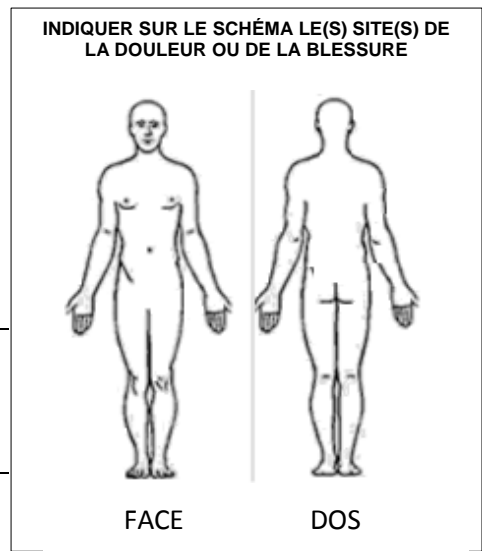
Année(s) d'expérience dans
l'établissement : ce titre d'emploi :

Nom du gestionnaire _____

Statut d'emploi
 Temps complet Temps partiel Occasionnel

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

Horaire de travail au moment de l'événement accidentel :
 Jour Soir Nuit Temps supplémentaire



II- DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL (à compléter par l'employé)

Date et heure de l'événement : _____ Lieu de l'événement (Ex. salle de bain, chambre, stationnement, etc.) _____

AA MM JJ H M

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

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

III- ENQUÊTE ET ANALYSE (section gestionnaire à compléter avec l'employé, après la visite des lieux)

FACTEUR	FAIT IDENTIFIÉ	MESURES CORRECTIVES
Équipement		
Tâches		
Clients		
Environnement		
Organisation du travail		
Commentaires		

SIGNATURES

Employé _____ Date : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

Témoin _____ Date : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

Supérieur immédiat ou son représentant _____ Date : _____ / _____ / _____
AA MM JJ

Copie employé Copie gestionnaire Faire suivre au Service Santé et Mieux Être (SSME)