

Événement accidentel

Situation dangereuse (aucun événement accidentel n'est survenu)

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

Nom et prénom : _____ N° d'employé(e) : _____
Titre d'emploi : _____ Unité/Service : _____
Site : _____
Années d'expérience dans le titre d'emploi actuel : _____ Statut d'emploi : _____

II - Description de l'événement accidentel

Avec perte de temps

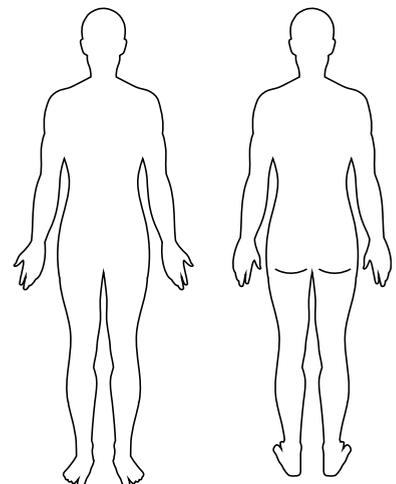
Sans perte de temps

Incluant un contact avec des liquides biologiques ou exposition à un agent pathogène humain ou à une toxine

Déclaration d'une situation dangereuse

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

Indiquer le(s) site(s) de la douleur/
de la blessure ou du contact



Site(s) de la lésion/site du contact/site de la blessure :

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

CONTACT AVEC DES LIQUIDES BIOLOGIQUES OU AVEC UN AGENT PATHOGÈNE

Exposition aux liquides biologiques :

Lesquels : _____

Identification de la source : OUI : numéro de dossier : _____ Source inconnue

Exposition à un agent pathogène ou à une toxine :

Identifier l'agent pathogène : _____

Rappel : communiquer avec
l'agent de la sécurité biologique

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

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

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

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

Date de l'événement: jj / mm / aaaa Heure (0-24 h): _____ Lieu exact: _____

Nom du supérieur avisé: _____ Date: jj / mm / aaaa

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

Signature de l'employé(e): _____ Date: jj / mm / aaaa

Bien vouloir remettre l'original à votre supérieur immédiat. Nous vous recommandons de conserver une copie et d'en remettre une copie à votre syndicat.

III - Analyse de l'évènement ou de la situation (espace réservé au gestionnaire)

À quelle activité était affectée l'employé(e) au moment de l'évènement accidentel ou de la situation dangereuse :

Quart de travail complété

A quitté pour consultation médicale

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

Commentaires :

Nom du Gestionnaire : _____ Signature : _____

Date : *jj / mm / aaaa*

Conserver une copie pour vos dossiers. Acheminer l'original au service de la gestion de la présence intégrée au travail.