

RAPPORT D'ACCIDENT / INCIDENT — À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ —

Accident avec perte de temps Accident sans perte de temps Situation dangereuse (Préventif)

1. IDENTIFICATION

Nom : _____ No d'employé : _____

Titre d'emploi : _____

Téléphone (au travail) : _____ (autre numéro) : _____

Installation (lieu de travail) : _____

Service : _____

Nom du chef de service : _____

2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

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

Horaire normal Temps supplémentaire

Date de l'événement : _____ Heure de l'événement : _____
JJ MM AA H M

Déclaration de l'événement à l'employeur, supérieur immédiat ou personne en autorité : _____

Date de la déclaration : _____ Heure de la déclaration : _____
JJ MM AA H M

Description de la blessure, s'il y a lieu : _____

Description de l'événement (incluant cause, lieu et activité au moment de l'accident ou de la situation dangereuse) :

Usager impliqué : Oui Non N° dossier : _____

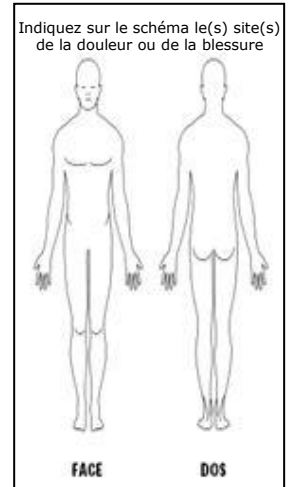
N° de chambre, s'il y a lieu : _____

Équipement, matériel ou produit impliqué : _____

Témoin(s) : _____

Premiers soins : Aucun Soins reçus Description : _____

Suggestions pour que cet événement ne se reproduise pas : _____



Signature de l'employé : _____ Date : _____

→ Faire remplir le verso par votre chef de service ou son remplaçant

RAPPORT D'ACCIDENT / INCIDENT — À REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE —

3. ENQUETE

Nom du chef de service ayant procédé à l'enquête (ou de son remplaçant) : _____

L'enquête a été effectuée immédiatement : _____

Oui Non Si non, pourquoi? _____

L'enquête a été effectuée sur les lieux de l'accident :

Oui Non Si non, pourquoi? _____

4. ANALYSE DES CAUSES

CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL RELATIVES A : (S.V.P. Cocher **toutes** les réponses applicables)

La TACHE :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cadence de travail | <input type="checkbox"/> Patient agressif | <input type="checkbox"/> Mobilisation d'un patient |
| <input type="checkbox"/> Geste dangereux / jeux | <input type="checkbox"/> Patient confus | |
| <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail | <input type="checkbox"/> Posture inadéquate | |

L'EQUIPEMENT :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiche signalétique non disponible | <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection inadéquat | <input type="checkbox"/> Indications inadéquates |
| <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente | <input type="checkbox"/> Outils / équipements défectueux / non disponible | |
| <input type="checkbox"/> Matériel présentant des risques élevés | <input type="checkbox"/> Équipement de protection individuelle inadéquat | |

LE LIEU :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat | <input type="checkbox"/> Propreté /désordre | <input type="checkbox"/> Espace restreint |
| <input type="checkbox"/> Sol inégal | <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate Surface glissante | |
| <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat | <input type="checkbox"/> Conditions ambiantes (gaz, fumée, bruit, chaleur...) | |

L'ORGANISATION :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Affectation (tâche / employé) | <input type="checkbox"/> Procédures inadéquates ou absentes | <input type="checkbox"/> Règlements inadéquats ou absents |
| <input type="checkbox"/> Communication (information / affichage) | <input type="checkbox"/> Conception (ingénierie) Planification inadéquate ou absente | |
| <input type="checkbox"/> Méthode de travail inadéquate | <input type="checkbox"/> Supervision inadéquate ou insuffisante Entretien / insuffisant ou déficient | |
| <input type="checkbox"/> Formation inadéquate ou insuffisante | <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques (intempéries) | |

L'EMPLOYE :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comportement | <input type="checkbox"/> Gestes dangereux Inadvertance |
| <input type="checkbox"/> Condition physique | <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire Inexpérience |
| <input type="checkbox"/> Connaissance | <input type="checkbox"/> Équipement de protection individuelle inutilisé |

Commentaires : _____

5. MESURES CORRECTIVES ET PREVENTIVES

Moyens de prévention et / ou mesures correctives à appliquer pour éviter qu'un tel événement se reproduise :

Signature du chef de service (ou de son remplaçant) : _____ Date : _____

→ À remettre au Service santé et sécurité du travail