

RAPPORT D'ÉVÉNEMENT

SECTIONS 1 À 6 : RÉSERVÉES À L'EMPLOYÉ/ÉE

IMPORTANT : Les sections 1 à 6 doivent **obligatoirement** être remplies par l'employé/ée

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'établissement ou du service : _____ Nom de la direction : _____

SECTION 2 : IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ/ÉE

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Fonction : _____ Matricule : _____ Sexe : M F

SECTION 3 : NATURE DES BLESSURES

PHYSIQUES (remplir toutes les sections ci-dessous) PSYCHOLOGIQUES (remplir uniquement les sections 5, 6 et 7)

- | | | | | |
|------------------------------------|--|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Contusion | <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Morsure | <input type="checkbox"/> Irritation |
| <input type="checkbox"/> Plaie | <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Corps étranger | <input type="checkbox"/> Coupure | <input type="checkbox"/> Fracture |
| <input type="checkbox"/> Ecchymose | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | | | |

SECTION 4 : PARTIE DU CORPS AFFECTÉE (Site de lésion)

PRÉCISEZ LE CÔTÉ AFFECTÉ : Gauche Droit

- | | | | | |
|---|---|---------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Bouche | <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> Cou |
| <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Dents | <input type="checkbox"/> Doigt | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Épaule |
| <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> Nez |
| <input type="checkbox"/> Œil | <input type="checkbox"/> Oreille | <input type="checkbox"/> Orteil | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> Poignet |
| <input type="checkbox"/> Poitrine | <input type="checkbox"/> Pouce | <input type="checkbox"/> Tête | <input type="checkbox"/> Visage | |
| <input type="checkbox"/> Système digestif | <input type="checkbox"/> Système respiratoire | | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Domages : nature et gravité des dommages matériels (biens meubles ou immeubles et effets personnels de l'employé/ée accidenté/ée) : _____

Commentaires : _____

SECTION 5 : MESURES IMMÉDIATES

Premiers soins ou assistance reçus : _____ Une personne a-t-elle accompagné la personne accidentée ? Oui Non

Qui a administré les premiers soins ou vous a assisté ? _____

SECTION 6 : RENSEIGNEMENTS ET DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date de l'événement : _____ Heure : _____

Lieu de l'événement (préciser l'étage, l'aile, le numéro du local, etc.) : _____

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Auditorium | <input type="checkbox"/> Escalier | <input type="checkbox"/> Gymnase | <input type="checkbox"/> Cour d'école | <input type="checkbox"/> Cafétéria/cuisine | <input type="checkbox"/> Corridor | <input type="checkbox"/> Salle du personnel |
| <input type="checkbox"/> Stationnement | <input type="checkbox"/> Piscine | <input type="checkbox"/> Bureau | <input type="checkbox"/> Classe | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____ | | |

Descrivez clairement l'événement ou la série d'événements qui a entraîné l'accident (préciser sur les facteurs qui ont contribué à l'accident : moment, équipement, lieu, tâche, organisation, personnes impliquées, etc.) : _____

J'atteste avoir rempli moi-même cette section (initiales de l'employé/ée accidenté/ée) _____

Témoin(s) oculaire(s) : _____

SECTION 7 : SIGNATURES (EMPLOYÉ/ÉE ET SUPÉRIEUR/E IMMÉDIAT/E)

Je, soussigné/ée, confirme avoir été victime de l'événement décrit ci-haut.

J'atteste avoir pris connaissance du présent rapport.

Employé/ée accidenté/ée

Date

Supérieur/e immédiat/e

Date

SECTION 8 : RÉSERVÉE À LA DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT

IMPORTANT : La section 8 doit **obligatoirement** être remplie par la direction et le supérieur immédiat

- Cocher la case appropriée :**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incident | (aucune visite médicale et aucun arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement) |
| <input type="checkbox"/> Sans perte de temps | (avec visite médicale, sans arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement) |
| <input type="checkbox"/> Avec perte de temps | (avec visite médicale entraînant un arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement) |

Date de déclaration à l'employeur : (date à laquelle le travailleur a informé son supérieur d'une blessure survenue en milieu de travail) : _____

Détaillez la/les cause/s contributive/s de cet événement sur la base des faits recueillis (p. ex. tâche, moment, environnement, matériel/équipement, individu, organisation)

Descrivez les mesures correctives immédiates qui ont été mises en place suite à l'événement.

Descrivez les mesures correctives qui seront mises en place ultérieurement.

Nature : _____

Responsable : _____ Échéancier : _____

Supérieur/e immédiat/e

Date

Direction d'établissement

Date