Centre de services scolaire des Affluents Québec

Pour joindre le Programme d'aide aux employés, confidentiel et disponible en tout temps: 1-833-711-2327

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
Utiliser une feuille word-pdf si plus d'espace est nécessaire pour compléter la **section 6**

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Établissement ou 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)

☐ Entorse	☐ Contusion	☐ Brûlure	☐ Morsure	☐ Irritation
☐ Plaie	☐ Douleur	☐ Corps étranger	☐ Coupure	☐ Fracture
☐ Ecchymose	☐ Autre, préciser :			

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

PRÉCISEZ LE CÔTÉ AFFECTÉ : ☐ Gauche ☐ Droit

☐ Abdomen	☐ Bouche	☐ Bras	☐ Cheville	☐ Cou
☐ Coude	☐ Dents	☐ Doigt	☐ Dos	☐ Épaule
☐ Genou	☐ Hanche	☐ Jambe	☐ Main	☐ Nez
☐ Œil	☐ Oreille	☐ Orteil	☐ Pied	☐ Poignet
☐ Poitrine	☐ Pouce	☐ Tête	☐ Visage	
☐ Système digestif		☐ Système respiratoire	☐ Autre : _____	

Dommages : 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.) :

☐ Auditorium	☐ Escalier	☐ Gymnase	☐ Cour d'école	☐ Cafétéria/cuisine	☐ Corridor	☐ Salle du personnel
☐ Stationnement	☐ Piscine	☐ Bureau	☐ Classe	☐ Autres (préciser) :		

Décrire clairement l'événement ou la série d'événements qui a entrainé l'accident (préciser 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 : (cocher une seule case)
- ☐ **Incident** (aucune visite médicale et aucun arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement)
- ☐ **Sans perte de temps** (avec visite médicale, sans arrêt de travail au-delà de la journée de l'événement)
- ☐ **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)

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

Décrivez les mesures correctives qui seront mises en place ultérieurement.
Nature :

Responsable : Échéancier :

_____	_____	_____	_____
Supérieur/e immédiat/e	Date	Direction d'établissement	Date

Dès que rempli, conservez une copie de ce formulaire et remettez une copie à votre supérieur immédiat dans les plus brefs délais. La direction d'établissement dispose de 5 jours pour remplir à son tour ses sections et transmettre le formulaire dûment rempli à sst.mieuxetre@csda.ca. Le secteur SST se charge de transmettre au syndicat concerné.