

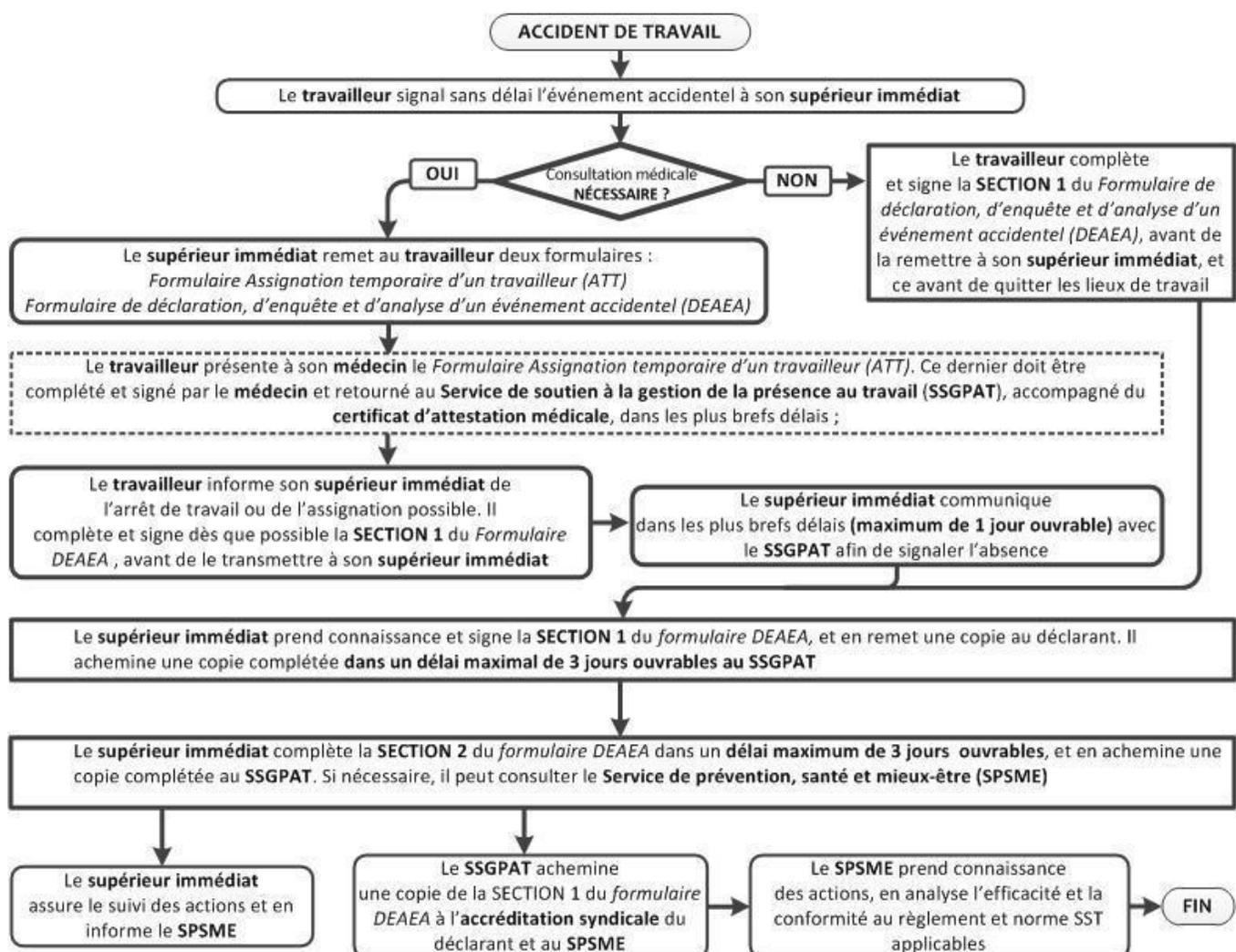
DÉCLARATION, ENQUÊTE ET ANALYSE D'UN ACCIDENT

LE TRAVAILLEUR DOIT UTILISER CE FORMULAIRE POUR DÉCLARER SANS DÉLAI:

- Tout accident du travail, c'est-à-dire tout événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, lui arrivant par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour lui une lésion professionnelle avec ou sans perte de temps.
- Toute maladie professionnelle, c'est-à-dire toute maladie contractée par le fait ou à l'occasion de son travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

Article 2 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

PROCESSUS DE DÉCLARATION (Utilisation du formulaire):



Section 1 - TRAVAILLEUR : Déclaration d'accident

1.1 - Identification de l'employé

Prénom et nom : Matricule : Direction :
Service : Titre d'emploi : Syndicat :
Statut : Temps complet Temps partiel Temps complet temporaire Temps partiel temporaire Sous-traitant
Quart de travail : Jour Soir Nuit

1.2 - Description de l'évènement

Date de l'évènement (AA-MM-JJ) : Heure de l'évènement (approximatif) : Étiez-vous en temps supplémentaire? Oui Non

Installation : Lieu précis de l'évènement :

Qu'est-il arrivé? (Soyez précis; Tâche réalisée, environnement de travail, équipement utilisé lors de l'accident, etc.)

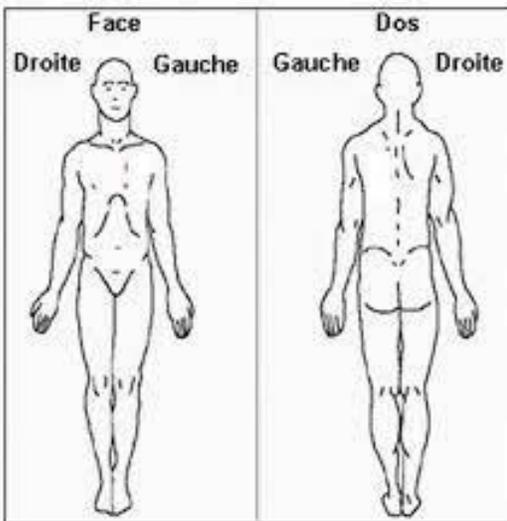
Pourquoi est-ce arrivé? (ex : Équipement défectueux, espace restreint, procédure de travail inadéquate, etc.)

Nom et fonction de la personne avisée : Témoin :

Auriez-vous ou avez-vous besoin de consulter un médecin? Oui Non

1.3 - Information sur la lésion : Veuillez encercler le(s) région(s) du corps blessée(s) lors de l'évènement accidentel.

Nature de la lésion (ex. coupure, brûlure, ecchymose) :



Autres atteintes

- Psychologique
- Respiratoire
- Cutanée
- Neurologique
- Digestif

1.4 - Mesures correctives : Que suggérez-vous pour qu'un évènement semblable ne se reproduise plus?

1.5 - Signatures

Je, (travailleur), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit. De plus, j'autorise l'employeur à fournir à mon syndicat une copie de cette déclaration relativement aux renseignements me concernant.

Signature du travailleur : Date (JJ-MM-AA) : Heure :

Nom du supérieur : Signature du supérieur :