

# FORMULAIRE D'ENQUÊTE D'ACCIDENT

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

**ENTREPRENEUR**

NOM

TÉLÉPHONE

POSTE

**CHANTIER**

NOM

TÉLÉPHONE

POSTE

ADRESSE

CODE POSTAL

**BLESSÉ**

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

VILLE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

SEXE

M  F

MÉTIER / OCCUPATION

ANCIENNETÉ  
(chez l'entrepreneur)

NOMBRE D'ANNÉES  
D'EXPÉRIENCE  
(dans le métier)

**BLESSURE**

AUCUN SOIN

INIT.

SIGNATURE DU BLESSÉ

PREMIERS SOINS

TRAITEMENT :

SOINS MÉDICAUX

TRAITEMENT :

RÉFÉRÉ

OUI   
NON

CLINIQUE   
HÔPITAL

DÉCÈS

**A. ÉNERGIE →**

**B. SORTE DE CONTACT →**

**C. AGENT CAUSAL DE LA BLESSURE →**

**D. NATURE DE LA BLESSURE →**

**E. PARTIE DU CORPS AFFECTÉE →**

**ACCIDENT**

NATURE DU TRAVAIL :

ÉTAIT-CE UNE OCCUPATION :  
HABITUELLE  OCCASIONNELLE

ENDROIT →

DATE DE L'ACCIDENT

TÉMOINS (NOMS) →

ANNÉE MOIS JOUR HEURE

TÉMOINS (NOMS) →

BRÈVE DESCRIPTION DE L'ACCIDENT  
(ÉVÈNEMENT) →

**DOMMAGES MATÉRIELS**

LOCALISATION (LIEU) :

NATURE DU DOMMAGE

PARTIE DE LA STRUCTURE ENDOMMAGÉE

COÛT DE REMPLACEMENT OU RÉPARATION

COÛT TOTAL (DIRECT ET INDIRECT)

**DÉFICIENCES NOTÉES**

ORGANISATION

INDIVIDU

TÂCHE

MOMENT

LIEU (ENVIRONNEMENT)

ÉQUIPEMENT

MATÉRIEL

PRODUIT

# FACTEURS D'ACCIDENTS ET DE BLESSURES

Il est important de classer les facteurs d'accidents en ordre logique et chronologique en identifiant d'abord le fait, la blessure, et l'accident.

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

# MESURES DE PRÉVENTION

<b>ORGANISATION (O)</b>	<b>TÂCHE (T)</b>	<b>MATÉRIEL (MTL)</b>	<b>MOMENT (M)</b>
<b>INDIVIDU (I)</b>	<b>ÉQUIPEMENT (E)</b>	<b>PRODUIT (P)</b>	<b>LIEU (L)</b>

## MESURE 1

AUTORISÉE PAR :

RESPONSABLE :

DATE PRÉVUE D'EXÉCUTION

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE RÉALISATION

ANNÉE MOIS JOUR

## MESURE 2

AUTORISÉE PAR :

RESPONSABLE :

DATE PRÉVUE D'EXÉCUTION

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE RÉALISATION

ANNÉE MOIS JOUR

## MESURE 3

AUTORISÉE PAR :

RESPONSABLE :

DATE PRÉVUE D'EXÉCUTION

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE RÉALISATION

ANNÉE MOIS JOUR

## MESURE 4

AUTORISÉE PAR :

RESPONSABLE :

DATE PRÉVUE D'EXÉCUTION

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE RÉALISATION

ANNÉE MOIS JOUR

## MESURE 5

AUTORISÉE PAR :

RESPONSABLE :

DATE PRÉVUE D'EXÉCUTION

ANNÉE MOIS JOUR

DATE DE RÉALISATION

ANNÉE MOIS JOUR

NOM DE L'ENQUÊTEUR

DATE

ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE