

RAPPORT D'ENQUÊTE D'ACCIDENT

ANNÉE

MOIS

JOUR

EMPLOYEUR

NOM		TÉLÉPHONE	POSTE
ADRESSE		CODE POSTAL	
			-

CHANTIER

NOM		TÉLÉPHONE	POSTE

EMPLOYÉ

NOM		PRÉNOM		SEXE			
				H	F		
MÉTIER / OCCUPATION				DATE DE NAISSANCE			
				ANNÉE	MOIS	JOUR	
ANCIENNETÉ <small>(chez l'entrepreneur)</small>	NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE <small>(dans le métier)</small>						
ADRESSE				CODE POSTAL			
						-	
VILLE				TÉLÉPHONE		RÉS.	<input type="checkbox"/>
						CELL.	<input type="checkbox"/>
*ACCIDENT *INCIDENT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ					

BLESSURE

PREMIERS SOINS	<input type="checkbox"/>	TRAITEMENT :	
SOINS MÉDICAUX	<input type="checkbox"/>	TRAITEMENT :	
RÉFÉRÉ	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	CLINIQUE <input type="checkbox"/> HÔPITAL <input type="checkbox"/>	

ACCIDENT

NATURE DU TRAVAIL		ÉTAIT-CE UNE OCCUPATION: HABITUELLE <input type="checkbox"/> OCCASIONNELLE <input type="checkbox"/>			
		DATE DE L'ACCIDENT			
ENDROIT		ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE
TÉMOINS (NOM)		TÉMOINS (NOM)			

BRÈVE DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (ÉVÈNEMENT)	

DOMMAGES MATÉRIELS

NATURE DU DOMMAGE / COÛT

*Accident = blessure/ dommage matériel

*Incident = passe proche/ouf...!

OUTILS D'ANALYSE

TYPE D'ÉVÉNEMENT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contact piquant / tranchant
<input type="checkbox"/> Contact avec courant électrique
<input type="checkbox"/> Contact avec produit chimique
<input type="checkbox"/> Manutention de charge
<input type="checkbox"/> Chute / glissade
<input type="checkbox"/> Feu / explosion | <input type="checkbox"/> Frappé par / frappé contre
<input type="checkbox"/> Coincé / écrasé
<input type="checkbox"/> Éclaboussure
<input type="checkbox"/> Agents infectieux / bactérie
<input type="checkbox"/> Distrait
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |
|---|---|

Préciser au besoin : _____

TYPE DE BLESSURE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brûlure
<input type="checkbox"/> Contusion / ecchymose
<input type="checkbox"/> Corps étranger
<input type="checkbox"/> Entorse / foulure
<input type="checkbox"/> Éraflure / coupure
<input type="checkbox"/> Inflammation / infection | <input type="checkbox"/> Intoxication
<input type="checkbox"/> Irritation de la peau
<input type="checkbox"/> Étirement musculaire (tendinite, bursite)
<input type="checkbox"/> Fracture / dislocation
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ |
|---|---|

Préciser au besoin : _____

AGENTS CAUSALS

Tâche	Équipement / matériel
<input type="checkbox"/> Tâche inhabituelle <input type="checkbox"/> Pousser / tirer / pivoter <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Manutention manuelle inadéquate <input type="checkbox"/> Chargement mal exécuté <input type="checkbox"/> Autres(s) : _____	<input type="checkbox"/> Équipement défectueux <input type="checkbox"/> Équipement absent <input type="checkbox"/> Équipement mal utilisé <input type="checkbox"/> ÉPI défectueux / indéquat / non utilisé <input type="checkbox"/> Matière dangereuse <input type="checkbox"/> Objet lourd <input type="checkbox"/> Entretien d'un équipement en marche <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Préciser au besoin : _____	Préciser au besoin : _____
Environnement	Organisation
<input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Entreposage inadéquat <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Sol inégal <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Bruits excessifs <input type="checkbox"/> Température très basse, très élevée <input type="checkbox"/> Désordre / entretien inadéquat des lieux <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Communication déficiente <input type="checkbox"/> Entretien préventif inadéquat <input type="checkbox"/> Formation / entraînement absent ou à revoir <input type="checkbox"/> Procédure de travail inadéquate <input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail <input type="checkbox"/> Achat d'équipement non approprié <input type="checkbox"/> Mauvaise conception d'équipement / poste de travail <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Préciser au besoin : _____	Préciser au besoin : _____

MESURES DE PRÉVENTION

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

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											