

Accident

Situation Dangereuse (aucun accident n'est survenu) Dangerous Situation (no accident occurred)

I- Identification de l'employé(e) déclarant l'événement accidentel ou la situation dangereuse / General Information

Nom et prénom : _____ N° d'employé(e) : _____
 Full name : _____ Employee ID : _____
 Titre d'emploi : _____ Service : _____
 Job title : _____
 Installation : _____ Téléphone de contact : _____
 Contact phone : _____
 Année d'expérience au poste : _____ Syndicat: SCFP SQEES RSFQ
 Years of experience in current position: _____ SCFP Prévost APTS FIQ APES
 Statut d'emploi / Employment Status : Temps complet / Full time Temps partiel / Part-time Occasionnel / Occasional

II- Description de l'événement (à remplir par l'employé) / Description of the event (to be completed by the employee)

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel?
 What was your work schedule at the time of the incident? Jour / Day Soir / Evening Nuit / Night TS / Overtime

Date de l'événement (AAAA/MM/JJ) : _____ / _____ / _____
 Incident date (YYYY/MM/DD): _____ Heure (0-24h) /Time: _____

Lieu exact (Ex.: salle de bain, # chambre, stationnement, etc.): _____
 Exact Location (Ex.: bathroom, room number, parking lot, etc.): _____ Unité / Service: _____

Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : _____
 Eyewitness names (if applicable) : _____

Avez-vous reçu des premiers soins? Si oui, précisez: Non / No Oui / Yes _____
 Did you receive first aid? If yes, specify: _____

Nom de la personne qui a donné les premiers soins : _____
 Name of the person who gave first aid: _____

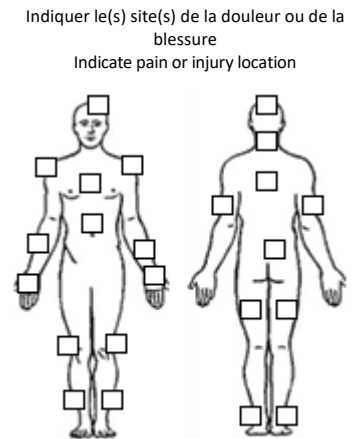
Site(s) de la lésion / Site of injury: _____

Nom du supérieur avisé / Name of notified superior : _____
 Nom du gestionnaire / Name of manager : _____

Téléphone du gestionnaire / Manager phone number : _____

Date et heure que le superviseur a été avisé (AAAA/MM/JJ): _____ / _____
 Date and time that the superior was notified (YYYY/MM/DD): _____

Dommages matériels:
 Property damages: _____



Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse :
 Description of the accident:

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas?
 What are your suggestions to prevent a similar situation?

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit
 I confirm that the information provided is correct and consistent with what happened

Signature de l'employé(e): _____
 Employee signature :

Date (AAAA/MM/JJ) : _____ / _____ / _____
 Date (YYYY/MM/DD) : _____

Envoyez le formulaire avec les parties I et II remplies à votre gestionnaire afin de compléter la section III
 Send the form with the sections I and II filled to your manager to complete the section III

III- Enquête et analyse (à remplir par le gestionnaire) / Investigation and analysis (to be completed by the manager)

À quelle activité était affecté l'employé(e) au moment de l'événement accidentel ?
 What activity was the employee assigned to at the time of the accident?

 Quart de travail complété / Shift completed

 A quitté pour consultation médicale / Left for medical consultation

Causes et facteurs ayant contribué à l'événement / Causes and factors contributing to the event
Comment ce facteur contribue à l'événement? / How does the factor contribute to the incident?

- Équipements (Bruit, espace encombré, éclairage, etc.)
Equipments (Noise, crowded space, lighting, etc.)
- Tâches (Inobservance des règles de sécurité, cadence de travail, posture de travail, etc.)
Tasks (Non-respect of safety guidelines, work pace, posture, etc.)
- Personnes/Travailleur (Formation, méthode de travail, expérience, etc.)
People/Worker (Training, work method, experience, etc.)
- Environnement (Lit, civière, chariot, outils, lève-personne, etc.)
Environment (Bed, stretcher, cart, patient lift, etc.)
- Organisation du travail (Communication, procédure absente, ambiance de travail, etc.)
Work organisation (Communication, lack of procedure, work climate, etc.)
- Personnes/Usagers/Tiers (Client, famille, etc.)
People/Users/Third party (Client, family, etc.)

Mesures préventives ou correctives / Corrective or preventive measures
Responsable (nom) / Responsible (name)
**Échéancier (AAAA/MM/JJ)
Timeline (YYYY/MM/DD)**

Mesures préventives ou correctives / Corrective or preventive measures	Responsable (nom) / Responsible (name)	Échéancier (AAAA/MM/JJ) Timeline (YYYY/MM/DD)

Commentaires :

Comments :

Nom du gestionnaire : _____

Name of manager : _____

Signature : _____

Date (AAAA/MM/JJ) : _____ / _____ / _____

Date (YYYY/MM/DD) : _____ / _____ / _____

Envoyez les sections I à III du formulaire complétées au / Send the sections I to III of the form

 completed to: Courriel / E-mail : preventionssmet.comtl@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur / Fax : 514-457-8423

IV- Service de prévention et de promotion de la santé / Prevention and health promotion dept.

 Nom de l'agent de gestion en prévention responsable: _____
 Name of the assigned prevention agent: _____

 Date (AAAA/MM/JJ): _____ / _____ / _____
 Date (YYYY/MM/DD): _____ / _____ / _____