

## Employee Support Guide

### Employee incident / accident / occupational disease report form

Complete **PART A – EMPLOYEE REPORT** on the first page. It is important to complete every section of the form, to help the Occupational health and safety department do a complete analysis of your report.

**An incident is an unexpected event that causes no injury, but disrupts operations. On the other hand, an accident is an unexpected event that causes injuries, damage or production losses.**

We recommend completing the form on the same day, or whenever possible. If you complete the paper version, please write clearly.

#### 1. IDENTIFICATION OF THE REPORTER

This part is used to identify yourself. Please complete all items in this section.

1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT	
Nom, prénom : _____	Matricule : _____
Titre d'emploi : _____	
Employé d'agence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom de l'agence : _____

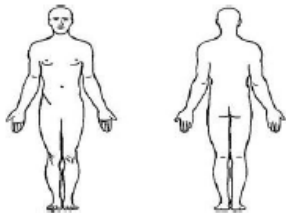
#### 2. DESCRIPTION OF THE EVENT

This section is used to identify the place and time of the event, and to specify if the event involves a user. Please complete all items in this section.

2. DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT	
Date de l'événement : _____	Heure de l'événement : _____
Nom de l'installation : _____	Ville : _____
Nom du service où a eu lieu l'événement : _____	
Est-ce qu'il y a un usager d'impliqué? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Numéro du dossier de l'usager : _____	Numéro de la chambre : _____

##### 2.1. Type of accident

Check the appropriate box(es) following the incident or accident. Then, if you were physically injured, circle the sites(s) of injury/pain on the picture.

<b>Genre d'accident (veuillez cocher la case correspondant à votre événement) :</b>		<p><i>S'il s'agit d'une blessure physique, encerclez sur le schéma l'endroit de la douleur.</i></p> 
<input type="checkbox"/> Agression physique <input type="checkbox"/> Mouvement, posture <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Chute, glissade (surface glacée) <input type="checkbox"/> Risques psychosociaux <input type="checkbox"/> Contact avec produits chimiques <input type="checkbox"/> Effort excessif et manutention de charge <input type="checkbox"/> Accident de transport <input type="checkbox"/> Morsure ou piqûre (insectes, animaux) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Mobilisation d'un client <input type="checkbox"/> Frappé par, frappé contre, coincé, écrasé <input type="checkbox"/> Éclaboussures, ingestion, sous l'effet d'une substance <input type="checkbox"/> Chute, glissade (autre qu'en raison d'une surface glacée) <input type="checkbox"/> Agression psychologique <input type="checkbox"/> Électricité, chaleur ou froid <input type="checkbox"/> Dangers environnementaux <input type="checkbox"/> Explosion, feu <input type="checkbox"/> Piqûre, coupure	

## 2.2. Description of the event

Shortly describe every relevant element that will make it easier to analyze your report.

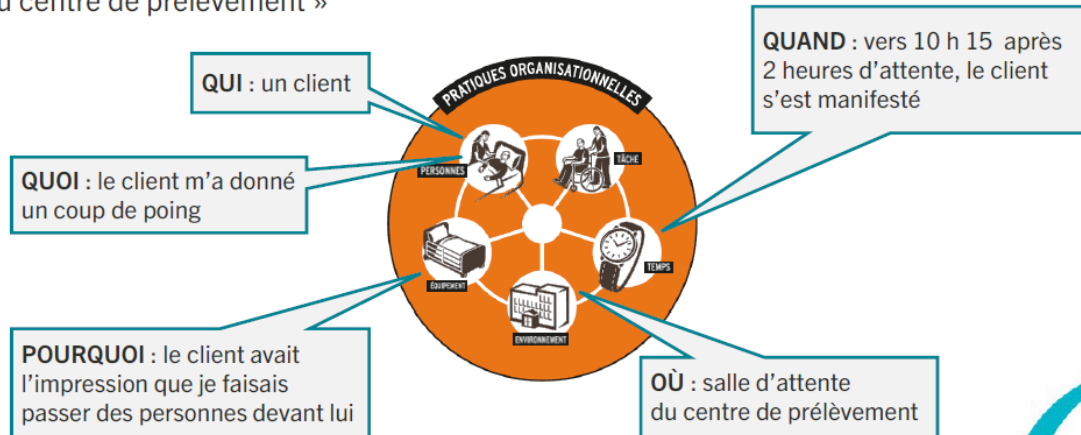
Here are five relevant questions to help you include all relevant elements, as well as an example:



### W5 : QUI, QUOI, OÙ, QUAND, POURQUOI ?

Who, what, where, when, why ?

Exemple : « un client m'a agrippé avec force par le bras dans la salle d'attente du centre de prélèvement »



**DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT (uniquement des faits, aucune interprétation)** (que s'est-il produit juste avant la survenue de l'évènement, comment l'évènement est-il survenu, quelles étaient les particularités de l'environnement de travail, etc.). *Vous pouvez utiliser une autre feuille si nécessaire.*

---

---

---

---

---

---

---

---

## 3. WITNESSES OF THE EVENT

If there are one or more witnesses, add their name and employee number in this section.

**3. TÉMOINS DE L'ÉVÈNEMENT**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_ Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

#### 4. SUGGESTIONS TO AVOID SIMILAR EVENTS FROM HAPPENING AGAIN AND FIRST AID RECEIVED

In this section, describe what could have prevented the situation in order to avoid the reoccurrence of the incident or accident. If you need more space, feel free to attach an additional sheet of paper. Please also include the first aid that you have received, if any.

<b>4. SUGGESTIONS POUR QU'UN ÉVÉNEMENT SEMBLABLE NE SE REPRODUISE PAS</b> (joindre une feuille supplémentaire au besoin).
1.
2.
3.
4.
<b>Premiers soins</b> Précisez les actions immédiates qui ont été prises : _____ _____

#### 5. SIGNATURE

Sign and enter the date once you are done filling out your report.

Signature de l'employé(e) : _____	Date de la déclaration : _____
-----------------------------------	--------------------------------

#### 6. SEND YOUR REPORT

Please send your form to your immediate supervisor for them to complete Part B.

<b>Faire parvenir le formulaire à votre gestionnaire.</b>
---