

Guide soutien aux employés

Formulaire *Déclaration d'incident/accident/Maladie professionnelle touchant l'employé*

Vous devez compléter la **PARTIE A – DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ** qui se situe à la première page. Il est bien important de compléter toutes les parties afin que le Service de la gestion de la santé et de la sécurité au travail (SGSST) puisse faire une analyse complète de votre déclaration.

Un incident est un évènement imprévu qui ne cause pas de blessure mais qui perturbe la tâche. Tandis qu'un accident est un évènement imprévu qui entraîne une blessure, cause des pertes matérielles ou occasionne des pertes de production.

Il est conseillé de compléter le formulaire la journée même ou sinon, le plus tôt possible. Si vous complétez le formulaire en version papier, nous vous demandons d'écrire de façon lisible.

1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Cette partie sert à bien vous identifier. Veuillez compléter chaque élément de cette 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 DE L'ÉVÈNEMENT

Cette section sert à bien identifier le lieu et le moment de l'évènement ainsi qu'à spécifier si l'évènement implique un usager. Veuillez compléter chaque élément de cette section.

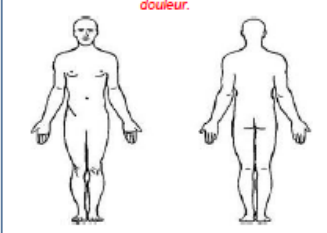
2. DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT	
Date de l'évènement : _____	Heure de l'évènement : _____
Nom de l'installation : _____	Ville : _____
Nom du service où a eu lieu l'évènement : _____	
Est-ce qu'il y a un usager d'impliqué? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Numéro du dossier de l'usager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

2.1. Genre d'accident

Cochez-le(s) élément(s) qui vous concerne(nt) suite à l'incident ou à l'accident. Par la suite, si vous avez été blessé physiquement, encerclez sur le schéma le ou les endroits de votre corps blessés/douloureux.

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

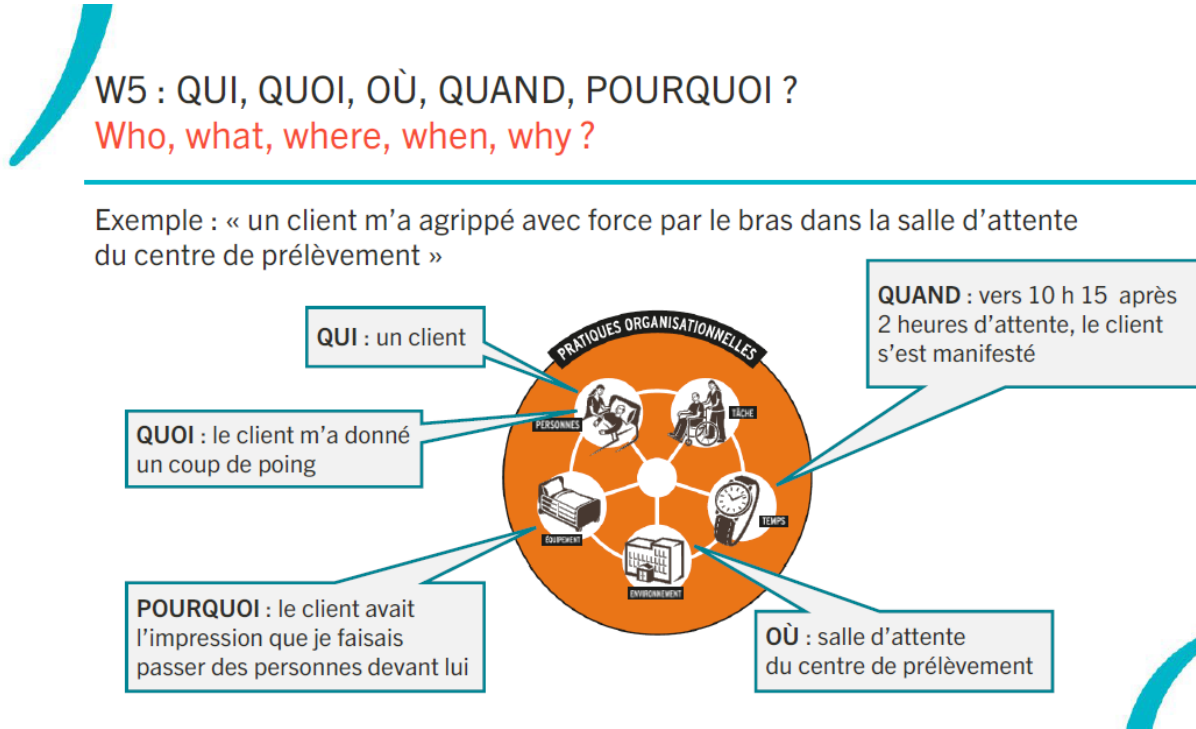
S'il s'agit d'une blessure physique, encerclez sur le schéma l'endroit de la douleur.



2.2. Description de l'évènement

Décrivez brièvement tous les éléments pertinents qui faciliteront l'analyse de votre déclaration.

Voici cinq questions pertinentes pour vous aider à inscrire tous les éléments pertinents ainsi qu'un exemple :



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. TÉMOINS DE L'ÉVÈNEMENT

S'il y a présence d'un ou plusieurs témoins, ajoutez-le(s) dans cette partie avec leur matricule.

3. TÉMOINS DE L'ÉVÈNEMENT

Nom, prénom : _____ Matricule : _____ Nom, prénom : _____ Matricule : _____

4. SUGGESTIONS POUR QU'UN ÉVÈNEMENT SEMBLABLE NE SE REPRODUISE PAS ET PREMIERS SOINS REÇUS

Dans cette section, mentionnez ce qui aurait pu prévenir la situation afin que l'incident ou l'accident ne se reproduise pas. Si vous manquez d'espace, veuillez ajouter une feuille supplémentaire. Veuillez également indiquer les premiers soins que vous avez reçus, le cas échéant.

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

5. SIGNATURE

Signez et inscrivez la date lorsque vous avez terminé de compléter votre déclaration.

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

6. ENVOYER VOTRE DÉCLARATION

Veuillez remettre votre formulaire à votre supérieur immédiat afin que ce dernier complète la partie B.

Faire parvenir le formulaire à votre gestionnaire.