

CONDITION DANGEREUSE

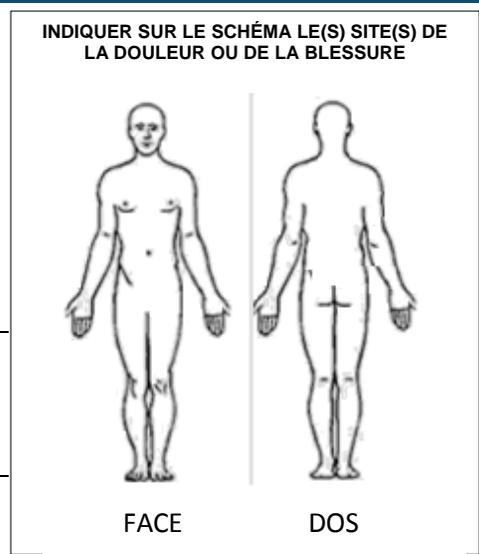
INCIDENT/ACCIDENT DE TRAVAIL

MALADIE PROFESSIONNELLE

I- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ OU DE LA PERSONNE VICTIME DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL (à compléter par l'employé)

Nom _____ Prénom _____
 No d'employé _____ Titre d'emploi _____
 Service : _____ Installation _____
 Année(s) d'expérience dans
 l'établissement : ce titre d'emploi :

 Statut d'emploi
 Temps complet Temps partiel Occasionnel
 Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : _____
 Horaire de travail au moment de l'événement accidentel :
 Jour Soir Nuit Temps supplémentaire



II- DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL (à compléter par l'employé)

Date et heure de l'événement : _____ Lieu de l'événement (Ex. salle de bain, chambre, stationnement, etc.)
 AA MM JJ H M _____

Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse :

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas?

III- ENQUÊTE ET ANALYSE (section gestionnaire à compléter avec l'employé, après la visite des lieux)

FACTEUR	FAIT IDENTIFIÉ	MESURES CORRECTIVES
Équipement		
Tâches		
Clients		
Environnement		
Organisation du travail		
Commentaires		

SIGNATURES

Employé _____ Date : _____ / _____ / _____
 AA MM JJ
 Témoin _____ Date : _____ / _____ / _____
 AA MM JJ
 Supérieur immédiat ou son représentant _____ Date : _____ / _____ / _____
 AA MM JJ

Copie employé Copie gestionnaire Faire suivre au Service Santé et Mieux Être (SSME)