

Rapport d'accident de travail

Info sur l'employé	Nom _____		Téléphone (résidence) _____ - _____ - _____ (_____)			
	Prénom _____	Date de naissance (JJ/MM/AA) _____ / _____ / _____	Téléphone (travail) _____ - _____ - _____ (_____)			
	Adresse _____		N° d'employé _____ / NAS _____ - _____ - _____			
	Ville _____		Province _____	Code postal _____ - _____		
	Division/Dépt./Unité _____		<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Étudiant _____ Années d'expérience	Est-ce que l'employé(e) travaillait quand l'accident est survenu? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
	Date de l'accident (JJ/MM/AA) _____ / _____ / _____	Date de déclaration JJ/MM/AA) _____ / _____ / _____	À qui l'accident a-t-il été déclaré? Si l'accident n'a pas été déclaré tout de suite, pourquoi? _____			
	Heure _____ AM/PM	Heure de déclaration _____ AM/PM				
	Relatez exactement la séquence d'événements qui a mené à l'accident. Expliquez ce que faisait l'employé(e) _____ _____ _____ _____ _____ _____		L'accident est-il survenu chez l'employeur? _____	Indiquez la grosseur, le poids et le type de l'équipement impliqué. _____		
			Qu'est-ce qui a causé la blessure/maladie? _____	Type d'accident (cochez un—définitions au verso): 1 <input type="checkbox"/> Impact/prise 2 <input type="checkbox"/> Surmenage 3 <input type="checkbox"/> Action répétitive 4 <input type="checkbox"/> Incendie/explosion 5 <input type="checkbox"/> Chute 6 <input type="checkbox"/> Substances nocives/environnement 7 <input type="checkbox"/> Agression 8 <input type="checkbox"/> Autre 9 <input type="checkbox"/> Glissade/trébuchement 10 <input type="checkbox"/> Accident de la route		
	Témoin	Nom, poste et numéros de téléphone des témoins ou personnes qui ont des informations sur l'accident. _____ _____				
Cause	L'accident/la maladie est: 1 <input type="checkbox"/> un événement soudain bien précis 2 <input type="checkbox"/> un phénomène graduel 3 <input type="checkbox"/> une maladie professionnelle 4 <input type="checkbox"/> une fatalité Causes directes (cochez une –voir verso): 1 <input type="checkbox"/> Physique/environnementale 2 <input type="checkbox"/> Personnelle Causes fondamentales (cochez une): 1 <input type="checkbox"/> Facteurs d'emploi 2 <input type="checkbox"/> Facteurs personnels Exemples d'actions: 1. Reformation de l'employé(e) 2. Réassignton de l'employé(e) 3. Analyse de sécurité/déroulement des tâches 4. Meilleur équipement de protection 5. Action pour améliorer l'inspection 6. Réparation/replacement de l'équipement 7. Correction de la zone congestionnée 8. Installation de dispositifs de sûreté 9. Amélioration de la conception /procédure 10. Vérification auprès du fabricant 11. Information de tous les services 12. Discipline des personnes impliquées 13. Autre: _____					
Mesure correctrice	Action(s) prise(s) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____	CORRIGÉ (cochez) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PLANIFIÉ (cochez) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date (jj/mm/aa) _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____		
Blessure	Décrivez la maladie ou blessure et précisez la partie du corps touchée et s'il s'agit du côté gauche ou droit. _____					
	Savez-vous s'il est déjà survenu un accident ou une blessure semblable? Dans l'affirmative, expliquez: _____					
	Aucune blessure (cochez) 1 <input type="checkbox"/> Situation dangereuse	Blessure –Pas de demande CSPAAT (cochez) 1 <input type="checkbox"/> Premiers soins 2 <input type="checkbox"/> Aucun soin	Indemnisation de la CSPAAT (cochez) 1 <input type="checkbox"/> Soins de santé (soins médicaux) 2 <input type="checkbox"/> Congé de maladie			
Travail et santé	L'employé(e) a obtenu des soins médicaux? L'employé(e) s'est rendu(e) dans un centre de santé? L'employé(e) s'est rendu(e) à l'urgence? Dans ce cas, nom du médecin de l'urgence TÉL. (_____) _____ - _____	1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui Dans ce cas, nom du médecin de l'urgence TÉL. (_____) _____ - _____	L'employé(e) a consulté un médecin de famille? 1 <input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui Dans ce cas, nom du médecin _____ Tél. (_____) _____ - _____ Adresse du médecin: _____			
Rev.	L'employé(e): 1 <input type="checkbox"/> assume ses tâches habituelles 2 <input type="checkbox"/> assume des tâches modifiées 3 <input type="checkbox"/> demeure en congé de maladie	Est-ce que l'employé(e) a déjà eu une invalidité semblable? 1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 3 <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Cochez les pièces jointes au présent rapport. 1 <input type="checkbox"/> Déclarations 2 <input type="checkbox"/> Photographies 3 <input type="checkbox"/> Note de traitement 4 <input type="checkbox"/> Autre -précisez: _____			
	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)	Date	SIGNATURE DU SUPERVISEUR	Date	SIGNATURE DU SRV SANTÉ TRAVAIL	Date

Ces renseignements seront utilisés pour remplir le formulaire de demande d'indemnisation de la CSPAAT

Directives pour remplir le présent formulaire

Rapport d'accident de travail

Le présent rapport a pour but :

- de collecter des données factuelles sur les accidents de travail;
- de collecter des données pour le rapport de la CSPAAT;
- de fournir une façon systématique de déclarer les accidents de travail, de documenter les résultats des enquêtes, de consigner les mesures correctrices et de spécifier comment et quand elles seront prises;
- d'assurer une assistance médicale rapide;
- d'aider à déterminer les facteurs de causalité des accidents;
- de collecter systématiquement des données factuelles pour des documents statistiques; et
- de guider l'enquêteur pour qu'il mène une enquête efficace.

REMARQUE : Les données en gris sont confidentielles et ne doivent pas être transmises au comité sur la santé et la sécurité.

Types d'accidents – Définitions

Impact/prise

- Un accident lors duquel une personne a été heurtée brusquement ou violemment par un objet en mouvement (p. ex. une boîte qui tombe d'une tablette, un employé qui s'enfonce une aiguille dans le doigt, quelqu'un qui pousse un chariot et frappe une autre personne) ou atteinte non violemment par une substance ou un agent en mouvement qui blesse au contact (comme se faire éclabousser par une solution chaude ou corrosive).
- Un accident lors duquel une personne se heurte abruptement ou violemment contre un objet stationnaire (p. ex. une infirmière se heurte la jambe contre la manivelle d'un lit) ou entre en contact non violemment avec une substance ou un agent stationnaire qui blesse au contact (comme un choc électrique).
- Un accident lors duquel une personne est :
 - a. coincée dans une cavité ou a un membre coincé dans une ouverture (p. ex. une personne prise dans un ascenseur ou enfermée dans une salle réfrigérée);
 - b. accrochée par un objet saillant (p. ex. un vêtement s'accroche à une poignée ou une personne se blesse la main sur un bord tranchant);
 - c. compressée, écrasée ou autrement coincée entre un objet en mouvement et un objet stationnaire ou entre deux objets ou plusieurs objets en mouvement (p. ex. une personne se coince les doigts entre un chariot à roulettes et une porte).

Chute

Une chute du même niveau où se tenait ou marchait la personne ou une chute à un niveau inférieur.

Causes directes - Définitions

Physiques/environnementales

Les **conditions** concourantes comme la machinerie ou l'équipement, l'entretien des locaux, les agents physiques, les agents chimiques, l'équipement de protection individuelle, la température (chaleur/froid), etc.

Personnelles

Les **conditions** concourantes comme l'utilisation non autorisée d'un équipement, des mouvements inappropriés, une vitesse dangereuse.

ORIGINAL verser au dossier des Rapports d'accident de travail de la division santé-sécurité

2^e exemplaire remettre au superviseur de l'employé(e) blessé(e)

3^e exemplaire verser au dossier d'employé ou de santé professionnelle de l'employé(e)

Glissade/trébuchement

La personne glisse ou trébuche mais ne tombe pas.

Surmenage

Un accident lors duquel une personne exerce une trop grande pression sur une partie de son corps (p. ex. un employé se blesse le dos ou une autre partie du corps).

Substances nocives/environnement

Un accident lors duquel l'employé est exposé à des conditions nocives (p. ex. des gaz, émanations ou vapeurs toxiques, des particules aérogènes; un froid ou une chaleur extrême; des atmosphères déficientes en oxygène; des radiations radioactives, une lumière intense, des maladies infectieuses, du sang ou des fluides corporels tachés de sang, de la moisissure ou des spores.

Agression

Un accident lors duquel un employé est soumis à un acte fâcheux par un patient ou un membre du public (p. ex. un patient mord ou frappe un employé).

Action répétitive

Une condition qui se développe graduellement en raison de la nature répétitive de la tâche à accomplir (p. ex. pipetage, entrée au clavier).

Incendie/explosion

Un accident lors duquel un employé est exposé à un incendie ou une explosion sur les lieux de travail.

Accident de la route

Un accident au cours duquel un employé est impliqué dans un accident de la route dans le cours de ses activités professionnelles.

Causes fondamentales - Définitions

Facteurs d'emploi

Procédures de travail, approvisionnement, conception, formation, mesures d'ingénierie, etc.

Facteurs personnels

Restrictions physiques, manque de formation ou de motivation, capacités inadéquates, etc.