



RAPPORT DE L'EMPLOYÉ LORS D'UN ACCIDENT OU D'UN ÉVÉNEMENT DANGEREUX

(Ce formulaire doit être complété pour tout accident/incident touchant un employé ou un visiteur)

INSTRUCTIONS: Pour tout accident/événement dangereux (touchant un employé, visiteur, etc.), les sections I et II doivent être complétées par la personne blessée à l'aide d'un administrateur ou d'un autre employé de l'établissement. L'administrateur et le témoin (s'il y a lieu) doivent compléter la section III au verso, et passer en revue le rapport afin de s'assurer qu'il a été dûment complété. Ils doivent ensuite signer le rapport et inscrire celui-ci dans le journal de bord prévu à cet effet dans les 24 heures suivant l'accident ou l'événement. À noter : le rapport (y compris les photos, s'il y a lieu) sera alors acheminé au Service des ressources humaines. Toute copie dudit rapport ou tout autre matériel connexe ne peut être obtenu sans l'autorisation du centre administratif de la CSNF.

Établissement :	Indiquer la date d'aujourd'hui :
-----------------	----------------------------------

SECTION I - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ BLESSÉ

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :	Sexe :	Date de naissance :
			<input type="checkbox"/> mâle	/ /
			<input type="checkbox"/> femelle	(An) / (Mois) / (Jour)
Adresse :	Ville :		Province :	
Code postal :	Tél. à la maison : ()	Tél. cellulaire : ()		
Statut de l'employé (veuillez cocher une seule case) :				
<input type="checkbox"/> Enseignant	<input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="checkbox"/> Personnel de soutien	<input type="checkbox"/> Administrateur	<input type="checkbox"/> Maintenance/Entretien
<input type="checkbox"/> Autre _____				

SECTION II – DESCRIPTION DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÉNEMENT

Date de l'accident/événement : / / (An) / (Mois) / (Jour)	L'heure de l'accident/événement : _____ Avant-midi _____ Après-midi	Date et l'heure que l'accident ou l'événement a été signalé (si, après le fait) : _____
--	--	---

L'emplacement spécifique où a eu lieu l'accident ou l'événement :

Décrire la nature de l'accident ou de l'événement. Précisez la(les) partie(s) du corps affectée(s) et de quelle façon. Soyez précis (inscrire non seulement *mal, douleur, malaise*, mais aussi identifier la partie droite ou gauche du corps).

Expliquez brièvement ce qui s'est passé pour causer l'accident ou l'événement. Décrivez les activités/tâches de la personne au moment de l'accident/l'événement. (Veuillez inclure les détails quant à l'équipement ou le matériel utilisé, soit le poids et la taille des objets manipulés si ceux-ci sont liés à la cause de l'accident; indiquez les objets ou les produits qui ont pu nuire à l'employé directement (Veuillez préciser : i.e. plancher en béton, trottoir glacé, produit de nettoyage, sac à déchets lourd, etc.).

Décrire les activités de la personne au moment de l'accident ou de l'événement. (Inclure les détails quant à l'équipement ou le matériel utilisé, le poids et la taille des objets manipulés si ceux-ci sont liés à la cause de l'accident).

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ : _____ **DATE :** _____

SECTION III – RAPPORT DE L'ADMINISTRATEUR LORS D'UN ACCIDENT/ÉVÉNEMENT

Est-ce que l'administrateur ou son délégué a vu l'accident/l'événement ? Oui Non

Le compte d'événements de l'administrateur sert à compléter/clarifier les renseignements fournis par la personne blessée. (Lorsqu'il s'agit d'une blessure, vous devez décrire les activités au moment de l'incident, la cause possible, et la nature de la blessure ou de la maladie tout en identifiant l'endroit exact sur le corps et comment il a été affecté.)

Quelles mesures d'urgence ont été prises? Cochez toutes les cases correspondantes. (Si plus d'une, indiquer en ordre chronologique : première, deuxième, etc.)

- Les premiers soins ont été administrés par _____.
- La personne blessée a été renvoyée à la maison.
- La personne blessée a été transportée au centre hospitalier / chez le médecin (nom du centre hospitalier / du médecin traitant) :
_____ / _____
- Mode de transport : Ambulance Membre du personnel CSNF Taxi Autre _____
- Aucune mesure prise suite à l'accident (retour au travail).

Quelles actions ont été prises pour empêcher qu'un tel accident/événement ne se reproduise? Inclure les détails spécifiques portant sur la façon dont l'accident a été traité et comment un tel événement peut être évité à l'avenir. (À noter que la prise de photos immédiatement après l'événement est fortement recommandée, dans la mesure du possible.)

Y a-t-il quelqu'un d'autre qui pourrait avoir été témoin de l'accident/l'événement? Oui Non

Indiquer le nom (et le titre dans le cas d'un employé) : _____ Adresse et numéro de téléphone des témoins oculaires : _____

Déclaration du témoin (ajouter des pages supplémentaires pour les déclarations et les signatures, le cas échéant) :

Signature du témoin : _____ Date : _____

Signature de l'administrateur : _____ Date : _____