

Modèle de compte rendu d'incident

Division de la santé et de la sécurité au travail



Ce formulaire doit être rempli au plus tard 24 heures après que le superviseur a été informé de l'incident.

À usage interne

Blessure : Premiers soins Soins médicaux Pas de blessure Situation dangereuse

Renseignements sur l'incident

Cette section doit être remplie par l'employé.

Qui a subi une blessure? Employé Visiteur Entrepreneur Autre

Nom complet : _____ Téléphone : _____

Poste/titre : _____

Entreprise/organisme : _____ Superviseur : _____

Date et heure de l'incident : _____ Date du signalement : _____

Type d'incident : Glisser*, trébucher ou tomber Être frappé par un objet/ se cogner contre un objet Efforts excessifs
 Décharge électrique Exposition à des matières dangereuses Lésion due aux mouvements répétitifs
 Autre (veuillez décrire) : _____

Description de l'incident

*Si la personne a fait une **chute**, décrivez ce qu'elle portait aux pieds : _____

Témoins de l'incident (noms et numéros de téléphone)

Type de blessure (indiquez la partie du corps)

Avez-vous consulté un professionnel de la santé? Oui Non Si oui, donnez son nom, son adresse et son numéro de téléphone.

Traitement de la blessure : Premiers soins Médecin de famille Clinique sans rendez-vous
 Salle d'urgence Autre (décrivez) _____

Modèle de compte rendu d'incident

Division de la santé et de la sécurité au travail



Détails de l'incident Cette section doit être remplie par le superviseur.

Facteurs contributifs Quelles conditions ont contribué à l'incident?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Équipement dangereux | <input type="checkbox"/> Position/posture inadéquate | <input type="checkbox"/> Omission de bloquer l'accès |
| <input type="checkbox"/> Formation insuffisante | <input type="checkbox"/> Travail non autorisé | <input type="checkbox"/> Environnement dangereux |
| <input type="checkbox"/> EPI non utilisé | <input type="checkbox"/> Absence ou manque de protection | <input type="checkbox"/> Infraction ou pratique non sécuritaire |
| <input type="checkbox"/> Éclairage insuffisant | <input type="checkbox"/> Négligence | |
| <input type="checkbox"/> Autre (expliquez) : _____ | | |

Explication des facteurs contributifs

Dommmages à la propriété (s'il y a lieu)

À votre connaissance, est-ce que cette personne a déjà subi une blessure similaire, ou est-ce qu'une situation dangereuse similaire a déjà été signalée? Oui Non S.O.

Mesures correctives Mesures prises pour éviter que cela se produise à nouveau (cochez tout ce qui s'applique)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Demande d'analyse de la sécurité des tâches | <input type="checkbox"/> Vérification auprès du fabricant | <input type="checkbox"/> Réaffectation de la personne |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la procédure de travail | <input type="checkbox"/> Installation d'un dispositif de protection | <input type="checkbox"/> Vérification de l'EPI |
| <input type="checkbox"/> Réparation ou remplacement de l'équipement | <input type="checkbox"/> Entretien | <input type="checkbox"/> Rétroaction constructive |
| <input type="checkbox"/> Formation au travail | <input type="checkbox"/> Formation des personnes | |
| <input type="checkbox"/> Autre (expliquer) : _____ | | |

Explanation of corrective measures

Signatures Cette section doit être remplie par le superviseur et l'employé.

Date

Signature de l'employé signalant l'incident

Date

Signature du superviseur