

Description de l'accident et des premiers secours

Date de l'accident: _____

Heure: _____

Lieu: _____

1 Description de l'accident

Témoïn(s): _____

Dommages matériels: Oui Non

Accident avec blessure: Oui Non Si non, remplir immédiatement la **section B**.

2 Identification de la victime

Nom: _____

Fonction: _____

Signature de la personne accidentée: _____

Date: _____

3 Soins dispensés sur les lieux de travail Consultation médicale

Joindre une copie de l'Avis de l'employeur et demande de remboursement (formulaire de la CSST) lorsqu'il sera complété.

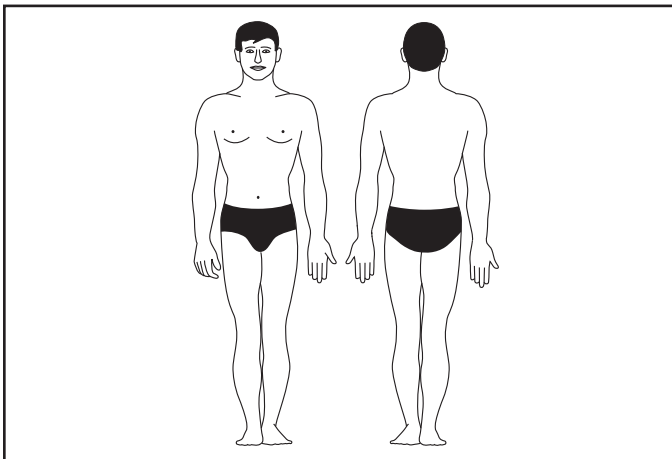
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

5 Premiers soins dispensés (s'il y a lieu)

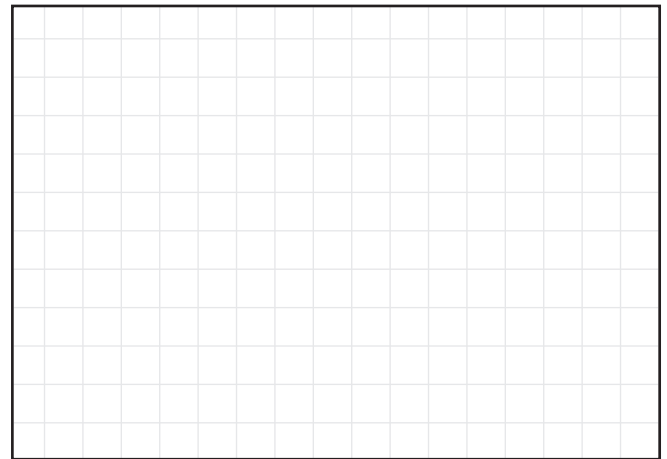
Signature du secouriste: _____

Date: _____

**Indiquez le siège de la blessure
ou de la lésion**



**Tracer le croquis du site
de l'accident (au besoin)**



L'accident a-t-il causé des blessures ou des dommages?
L'accident aurait-il pu causer des blessures ou des dommages importants?
L'accident pourrait-il se reproduire?
Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions,
demandez aux enquêteurs de remplir la page de droite.

Cueillette des faits et identification des causes

À partir de l'enquête sur le terrain et pour chacune des six composantes du travail ci-bas :

1. Recueillir les faits et les témoignages.
2. Parmi ces faits, retenir ceux qui ont contribué à l'accident.
3. Formuler des recommandations pour chacune des causes retenues et passer à la **section C**.

Individu (équipement de protection personnelle, expérience, habillement, grandeur, etc.)

Équipement (outils, matériel, machine, mobilier, etc.)

Tâche (procédures, méthodes, gestes, mouvements, etc.)

Moment (journée, quart de travail, temps supplémentaire, etc.)

Environnement de travail (état des lieux, sol, éclairage, température, bruit, etc.)

Organisation (directives, normes, formation, procédures sécuritaires, etc.)

Correctifs et recommandations

Formuler des recommandations réalistes et pratiques

Identification du ou des enquêteur(s)

Nom :

Date :

Nom :

Date :

Remettre une copie de ce formulaire complété au comité de santé et de sécurité pour le suivi. OK