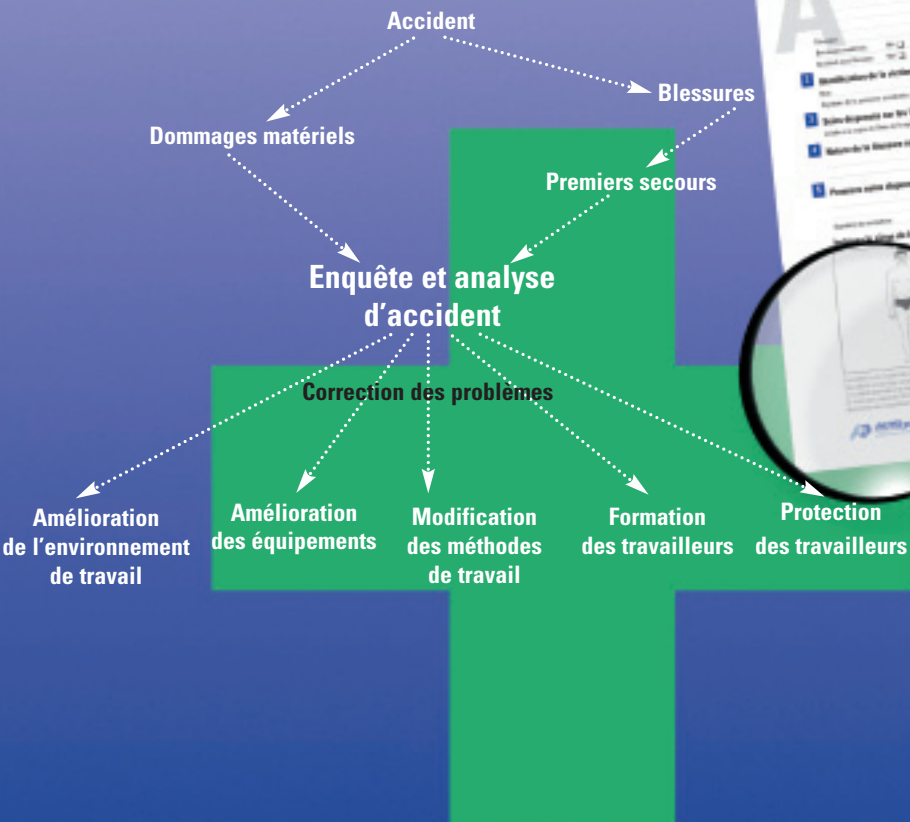



Registre de premiers secours et d'enquête d'accident



Secouristes désignés

Nom	Département	Quart de travail	Attestation émise le

Numéros de téléphone en cas d'urgence

	Téléphone	Télécopieur
Urgence (police, pompiers, ambulance) Police (situations non urgentes) Pompiers (situations non urgentes)	911	
 conseiller:	450 672-9330 800 363-2344	450 672-4835 800 910-0122
CSST: Prévention – inspection		
Mutuelle de prévention		
Urgences chimiques <ul style="list-style-type: none"> • Canutec: urgences • Canutec: informations • CSST: répertoire toxicologique • Entreprise de récupération • Urgence – Environnement (Québec) 	613 996-6666 cellulaire: * 666 613 992-4624 888 330-6374 866 694-5454	 613 954-5101 514 906-3081
Centre anti-poison du Québec	800 463-5060	
Hydro-Québec	800 790-2424	

Ce document permet de rencontrer les obligations légales relatives aux premiers secours ainsi qu'à l'enquête d'accident. En combinant ces deux registres, on facilite le suivi des accidents de travail et des incidents, et on évite la duplication des données.

Les obligations

Ces obligations découlent de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (art. 62), de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (art. 280) et du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins :

- **Avoir un nombre suffisant de secouristes présents à chaque quart de travail :**
 - Un secouriste pour les 50 premiers travailleurs, et un secouriste supplémentaire par tranche de 100 travailleurs supplémentaires.
 - S'assurer d'avoir un nombre suffisant de secouristes pour tenir compte des vacances, des maladies, des lieux de travail séparés ou isolés, etc.
 - Renouveler leur formation à tous les trois ans. Cette formation doit être dispensée par un organisme reconnu par la CSST.
- **Avoir des trousse de premiers secours :**
 - en nombre suffisant pour être rapidement accessibles ;
 - remplies avec le contenu minimum requis (voir la page 40 de ce registre).
- **Un établissement qui emploie plus de 100 personnes doit avoir un local à l'usage du secouriste. Ce local doit être chauffé, ventilé, éclairé et équipé :**
 - d'une civière, d'une table et de 2 chaises,
 - d'eau courante, de savon, d'une brosse à ongles et d'essuie-mains en papier,
 - d'une trousse de premiers secours complète.
- **Lors d'un accident :**
 - Le travailleur doit aviser son supérieur immédiat le plus rapidement possible.
 - L'employeur tient un registre des accidents ; celui-ci contient au moins le nom du travailleur, l'endroit et les circonstances de la lésion.
- **Lors d'un accident important :**
 - L'employeur doit aviser la CSST par le moyen de communication le plus rapide et, dans les 24 heures, lui faire un rapport écrit selon la forme et avec les renseignements exigés par règlement, de tout événement entraînant :
 - le décès d'un travailleur ;
 - des blessures telles à un travailleur qu'il ne pourra probablement pas accomplir ses fonctions pendant dix jours ouvrables ;
 - des blessures telles à plusieurs travailleurs qu'ils ne pourront pas accomplir leurs fonctions pendant un jour ouvrable ; ou
 - des dommages matériels de 50 000 \$ et plus.
- **Tenir un ou des registres :**
 - Un registre des premiers secours où sont notées toutes les interventions des secouristes.
 - Un registre des accidents du travail qui comprend également les accidents où le travailleur s'absente de son travail moins d'une journée.
 - Ces deux registres peuvent être combinés en un seul document.
- **Afficher :**
 - Afficher à un endroit facilement visible aux travailleurs les noms des secouristes, ainsi que leur fonction et lieu de travail.
 - Indiquer l'endroit où sont les trousse pour qu'elles soient facilement localisables.

Marche à suivre en cas d'accident

Lorsque survient un accident avec blessure

1. Le secouriste offre rapidement les premiers secours.
 - Seuls les secouristes doivent utiliser la trousse de premiers secours.
 - Diriger le blessé en consultation médicale ou appeler l'ambulance (911), selon son état.
2. Le travailleur avertit son supérieur.
3. Le secouriste remplit immédiatement la section A (points 2 à 5) du formulaire.
4. L'employeur avertit la CSST si c'est un accident important (voir la définition en page 1).
5. L'employeur s'assure que le point 1 de la section A soit rempli. Il informe les responsables des enquêtes d'accident (en général les membres du comité de santé et de sécurité) pour qu'ils remplissent le plus rapidement possible les sections B et C du formulaire.

Lorsque survient un accident sans blessure ou un incident

(c'est-à-dire un accident sans conséquence, mais qui aurait pu être beaucoup plus sérieux)

1. Le travailleur avertit son supérieur.
2. L'employeur s'assure que le point 1 de la section A soit rempli. Il informe les responsables des enquêtes d'accident (en général les membres du comité de santé et de sécurité) pour qu'ils remplissent le plus rapidement possible les sections B et C du formulaire.

Section **A** Remplir immédiatement après l'événement

Lors d'un accident avec blessure, cette section est remplie par le secouriste ; sinon c'est le supérieur immédiat qui doit la remplir.

- **Lieu :** Être suffisamment précis pour localiser l'événement :
Exemple : baie numéro 18 : établi de la salle des machines.
- **Description de l'accident :** lors d'un accident ou d'un incident sans blessure, cette description est celle du travailleur directement impliqué dans l'événement ou des plus proches témoins.
S'il est possible de le faire sans retarder le traitement de la blessure, on peut tracer immédiatement le croquis descriptif au bas de la page.
 - Décrire l'accident en utilisant des termes comme ceux-ci :
 - A glissé sur une flaque d'eau, d'huile...
 - A trébuché sur un câble, un fil...
 - Poussait une voiture, transportait une roue...
 - Ne pas modifier l'état des lieux tant que l'enquête d'accident n'est pas terminée, à moins que la situation ne mette des personnes en danger. Isoler les lieux au besoin.
- **Identification de la victime :** S'il y a plusieurs victimes, remplir un formulaire pour chacune des victimes. Pour éviter de répéter tous les renseignements décrivant l'accident, on peut numéroter les formulaires « formulaire 1 de 3 », « 2 de 3 »...
- **Soins dispensés sur les lieux de travail :** remplir les points 3, 4 et 5 de la section A uniquement s'il y a des blessures (premiers soins dispensés sur les lieux ou appel immédiat de l'ambulance).
- **Nature de la blessure ou du malaise :** localiser aussi la blessure sur le croquis.
- **Croquis des lieux :** faire un croquis des lieux de l'accident.

Exemple de formulaire de premiers secours et d'enquête d'accident

Date de l'accident: _____
Heure: _____
Lieu: _____

A Description de l'accident et des premiers secours

1 Description de l'accident

Témoïn(s): _____

Domages matériels: Oui Non

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

2 Identification de la victime

Nom: _____ Fonction: _____
Date: _____

Signature de la personne accidentée: _____

3 Soins dispensés sur les lieux de travail **Consultation médicale**

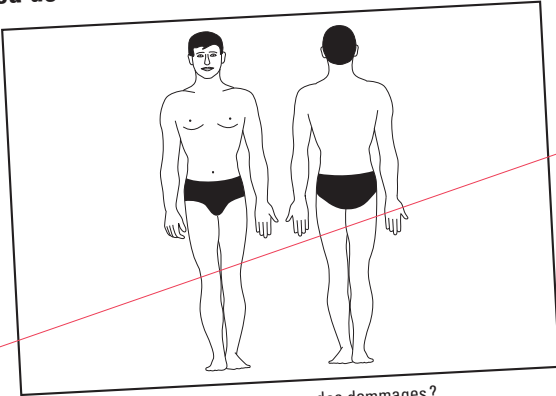
Joindre une copie de l'Avis de l'employeur et demande de remboursement (formulaire de la CSST) lorsqu'il sera complété.

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

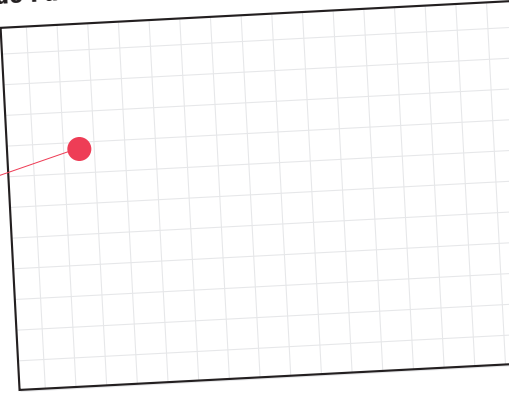
5 Premiers soins dispensés (s'il y a lieu)

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.

AUTOPrévention
ASSOCIATION SECTORIELLE SERVICES AUTOMOBILES

Section **B** Remplir pour identifier les causes de l'accident

Cette section est remplie par les personnes responsables des enquêtes d'accident.
Ces personnes devraient avoir reçu la formation *L'enquête d'accident* offerte par Auto Prévention.

Les enquêteurs doivent inspecter les lieux et interroger les témoins et les victimes rapidement, pour qu'ils puissent relater les événements qui sont encore frais en mémoire. Ceux-ci doivent poser des questions objectives et ouvertes (c'est-à-dire de ne pas suggérer de réponse) afin de servir à recueillir des faits, et non des opinions.

Noter les témoignages sur des feuilles séparées puis inscrire les facteurs ayant pu causer l'accident en considérant chacune de ces composantes du travail. C'est l'analyse de l'enquêteur.

• **L'individu:**

- Inscrire les facteurs relatifs aux connaissances, aux efforts requis, à la protection personnelle ainsi qu'à la formation de l'individu.

• **L'équipement:**

- Inscrire les facteurs relatifs aux équipements et aux outils utilisés (type, état...), ainsi qu'au poste de travail.

• **La tâche:**

- Inscrire les facteurs relatifs à la tâche proprement dite (connaissance de la tâche, etc.).

• **Le moment:**

- Inscrire les facteurs relatifs au moment de la journée où est survenu l'accident (horaire de travail...), ainsi qu'au temps disponible pour la tâche.

• **L'environnement de travail:**

- Inscrire les facteurs relatifs à l'environnement de travail (le sol, les postes avoisinants...).

• **L'organisation:**

- Inscrire les facteurs relatifs aux politiques et aux normes de l'entreprise.

Section **C** Formuler des recommandations réalistes et pratiques

Cette section est remplie par les personnes responsables des enquêtes d'accident.
Ces personnes devraient avoir reçu la formation *L'enquête d'accident* offerte par Auto Prévention.

Les enquêteurs analysent ensuite ces facteurs pour identifier ceux qui ont véritablement contribué à l'accident afin d'en dégager des correctifs et des recommandations.

• **Correctifs et recommandations:**

Prévoir des corrections immédiates et, s'il y a lieu, des corrections à long terme.

- Indiquer les mesures correctives qui doivent être implantées. Par exemple:
 - amélioration de l'équipement;
 - formation des travailleurs.

- Les enquêteurs signent ici et remettent une copie de ce formulaire au comité de santé et de sécurité.

Exemple de formulaire de premiers secours et d'enquête d'accident

B 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.)

C Correctifs et recommandations

Formuler des recommandations réalistes et pratiques

Identification du ou des enquêteur(s)

Nom: _____

Nom: _____

Date: _____

Date: _____

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

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.

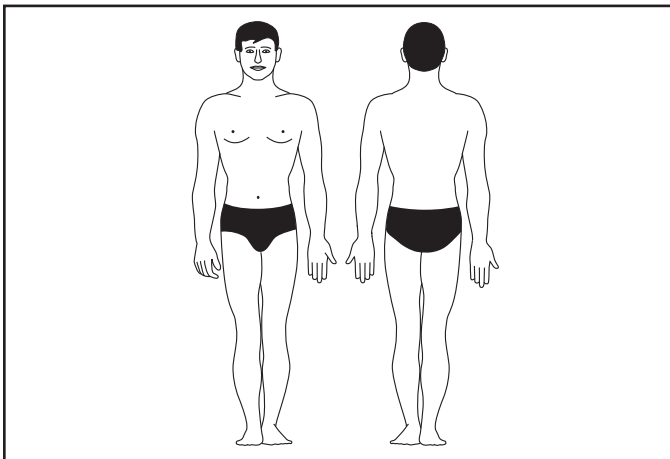
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

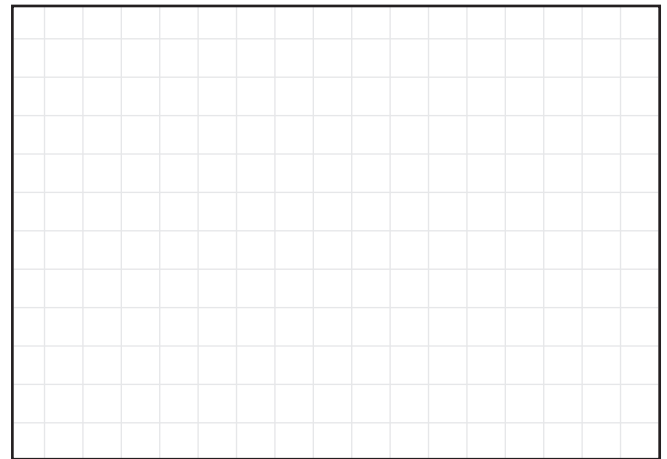
Signature du secouriste: _____

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

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.

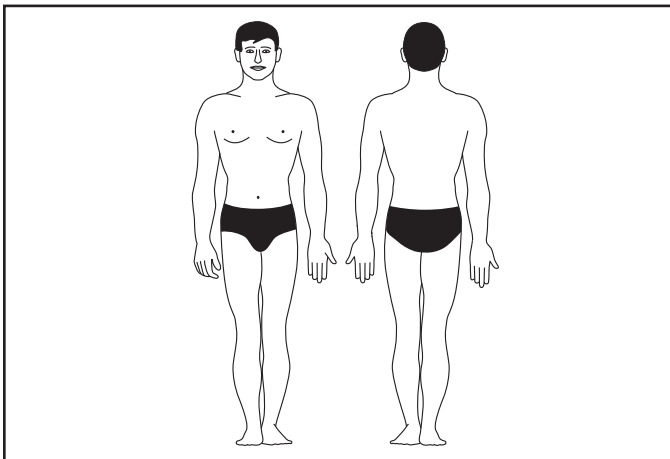
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

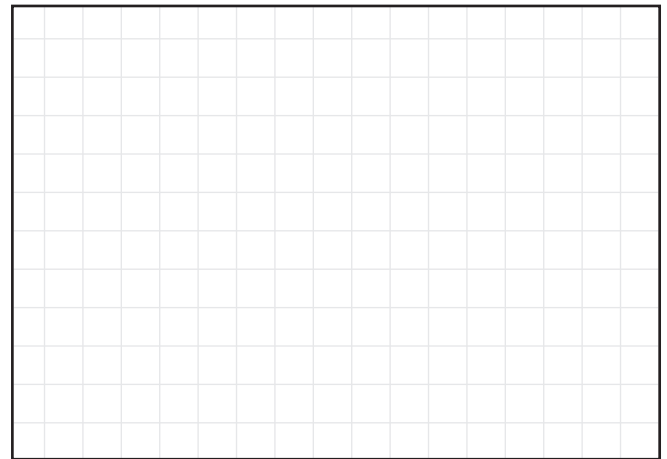
Signature du secouriste: _____

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

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.

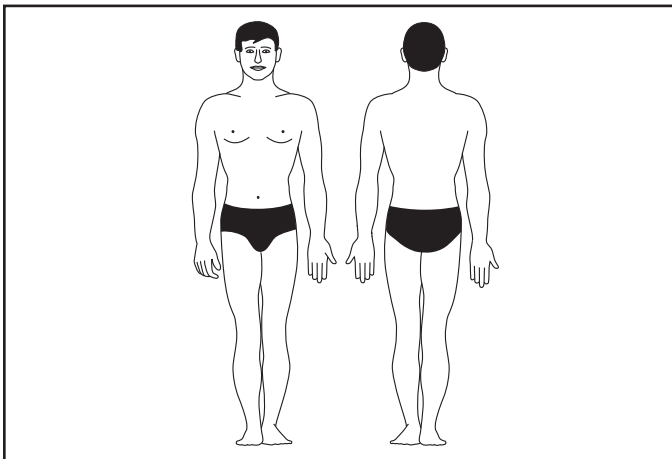
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

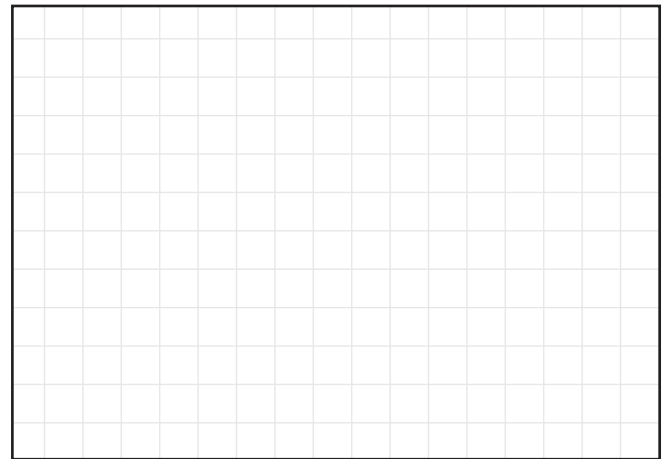
Signature du secouriste: _____

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

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.

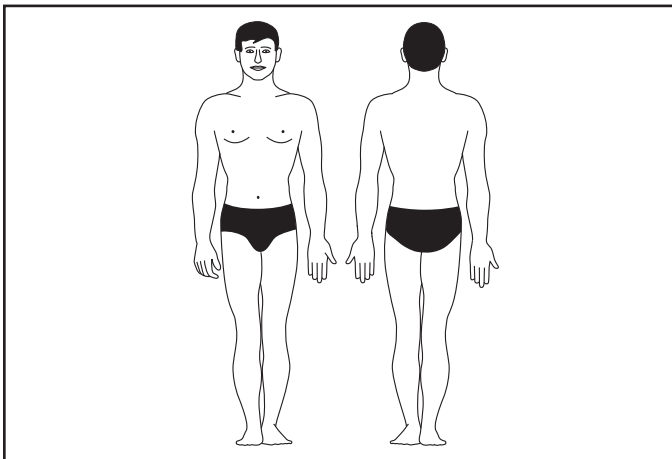
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

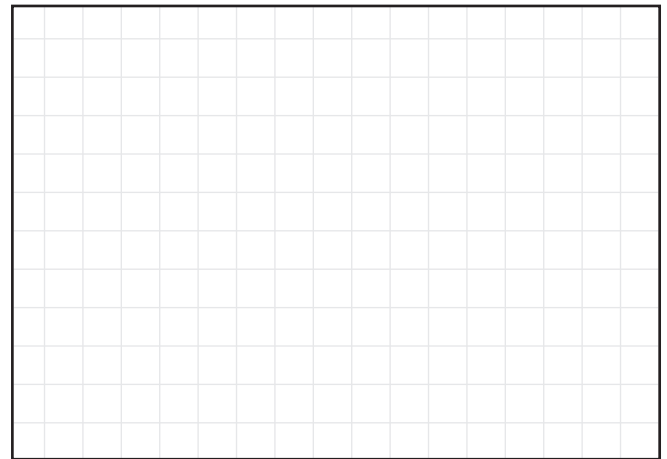
Signature du secouriste: _____

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

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.

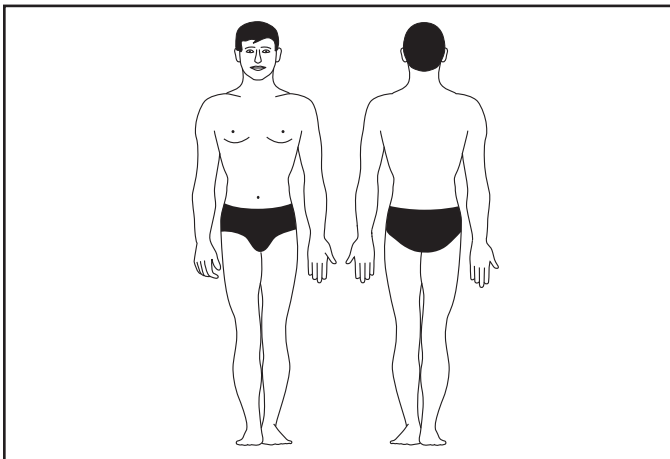
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

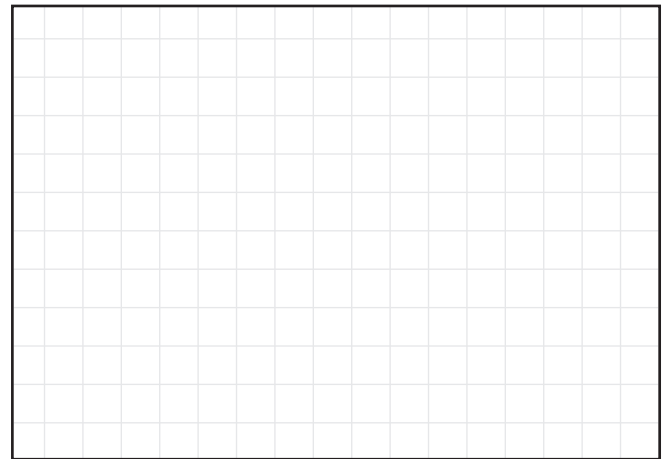
Signature du secouriste: _____

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

Description de l'accident et des premiers secours

Date de l'accident: _____

Heure: _____

Lieu: _____

1 Description de l'accident

Témoign(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.

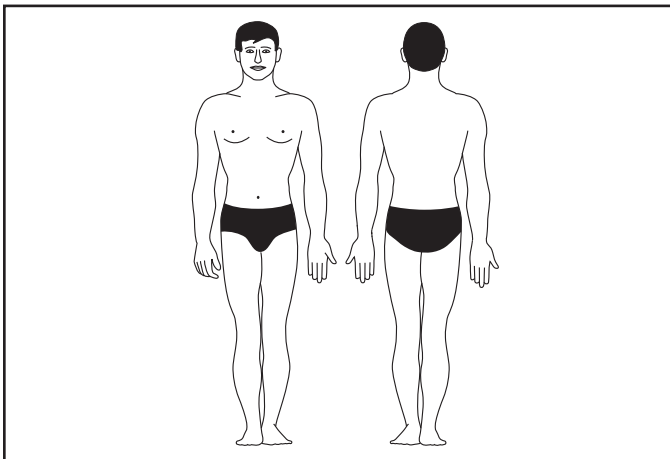
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

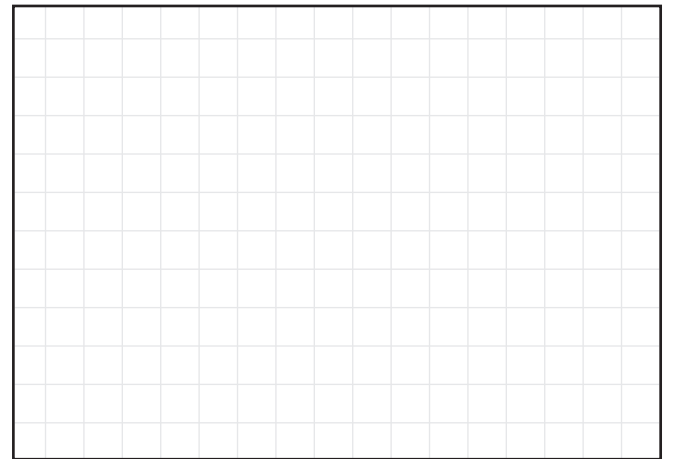
Signature du secouriste: _____

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

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.

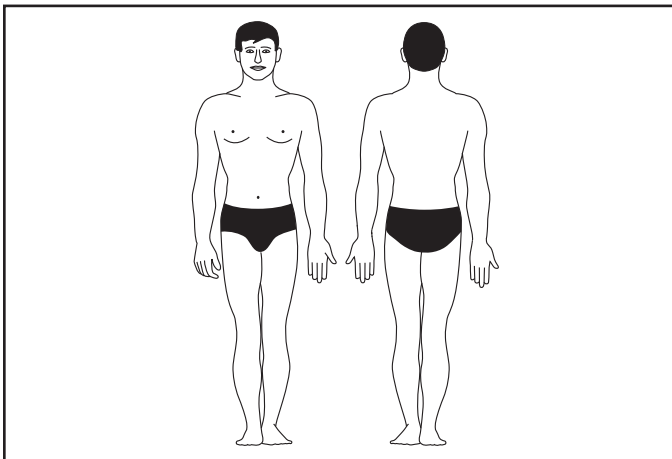
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

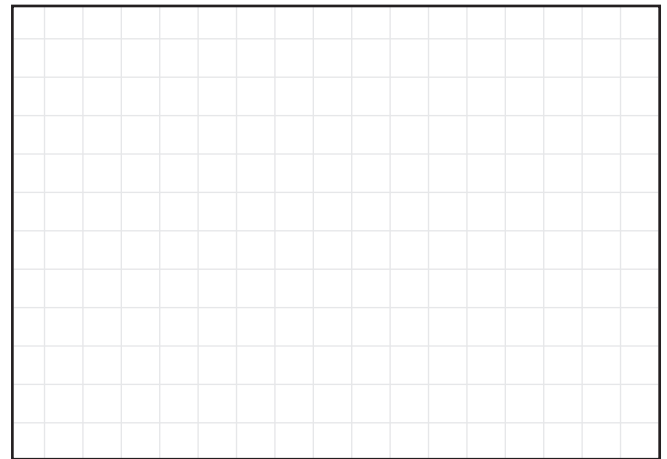
Signature du secouriste: _____

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

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.

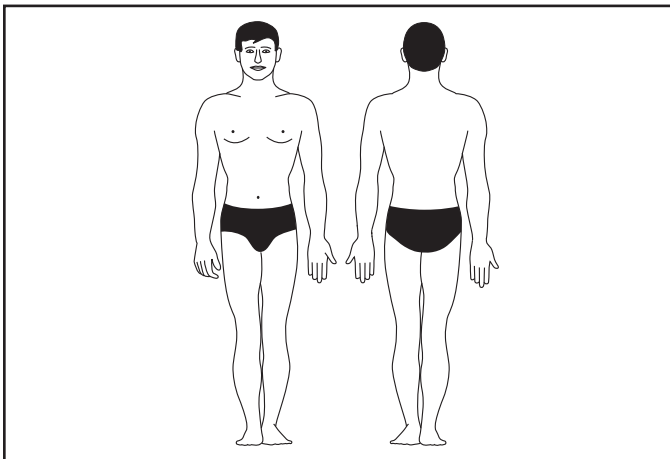
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

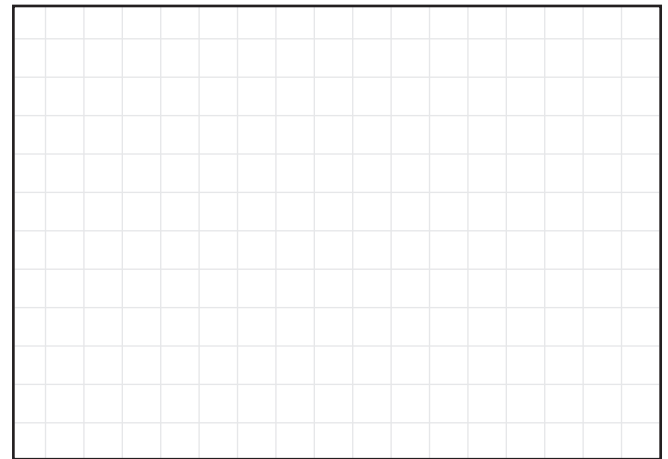
Signature du secouriste: _____

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

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.

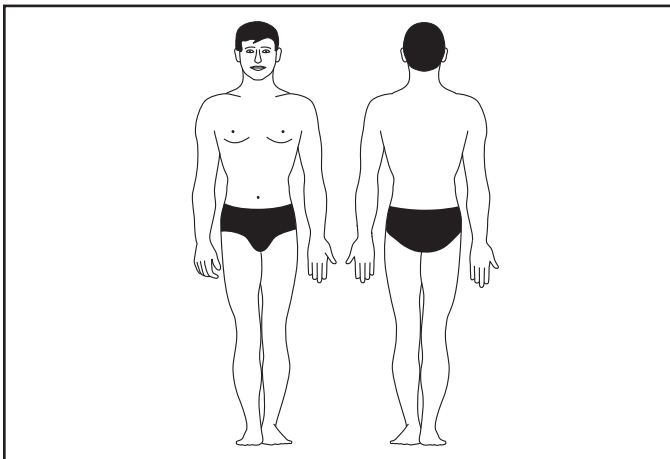
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

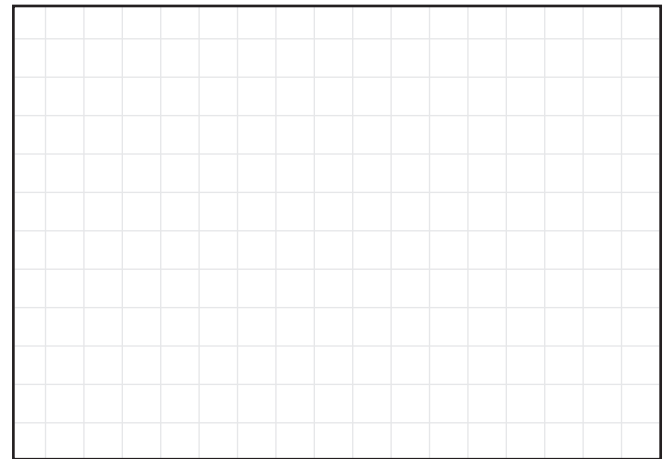
Signature du secouriste: _____

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

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.

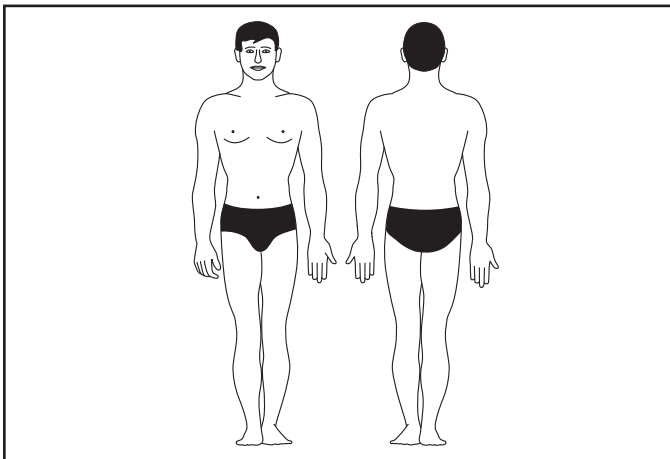
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

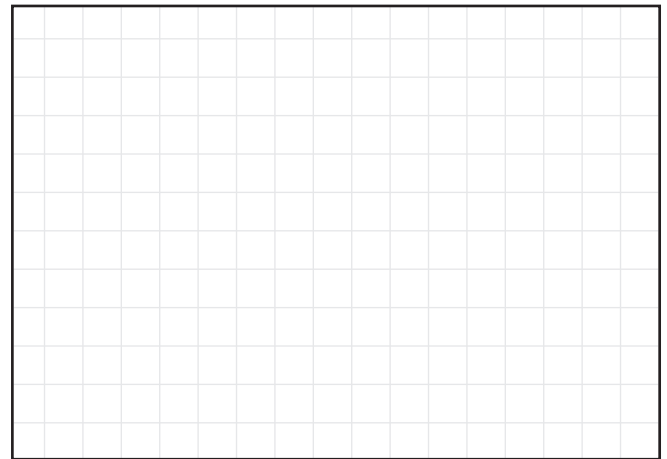
Signature du secouriste: _____

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

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.

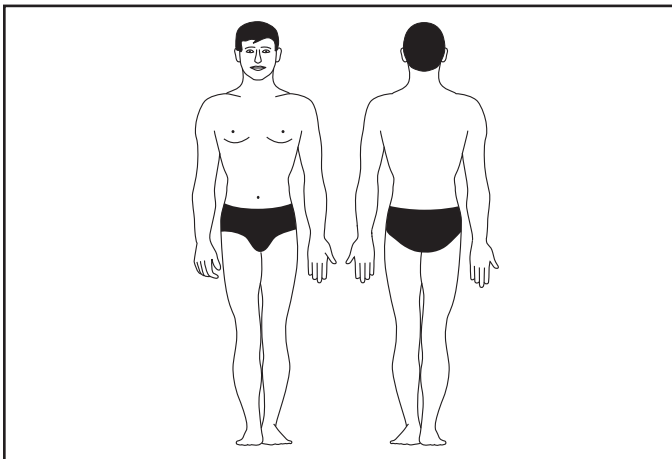
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

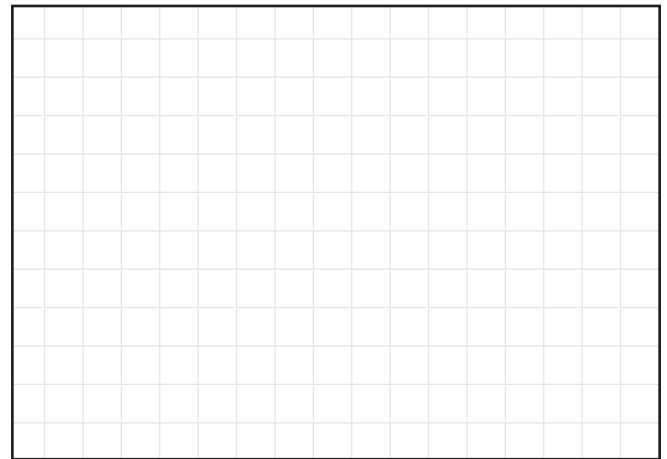
Signature du secouriste: _____

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

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.

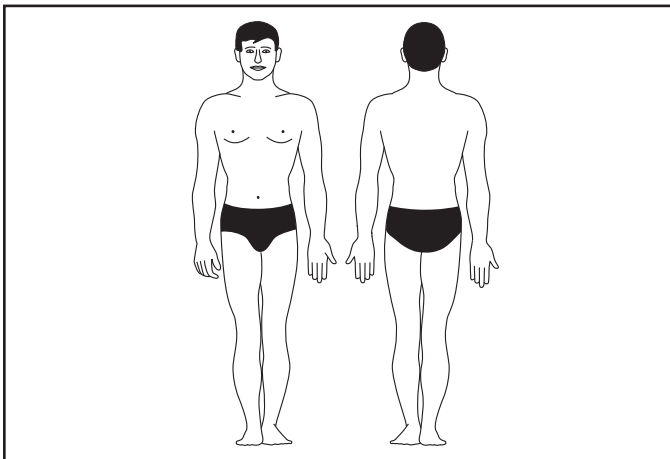
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

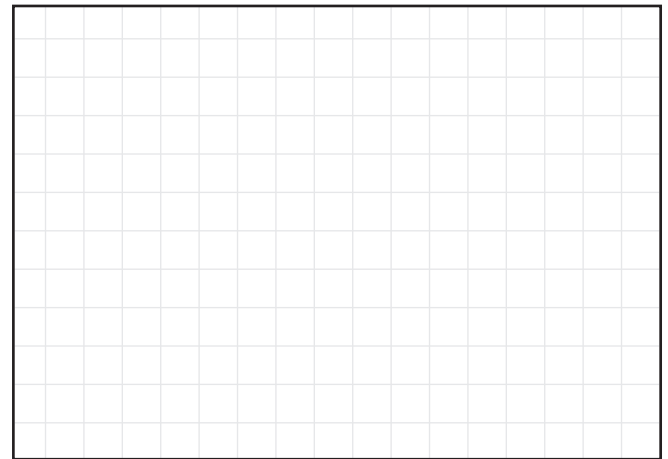
Signature du secouriste: _____

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

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.

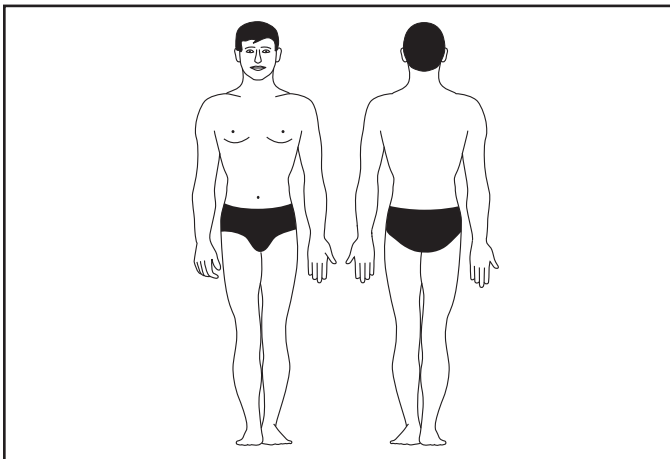
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

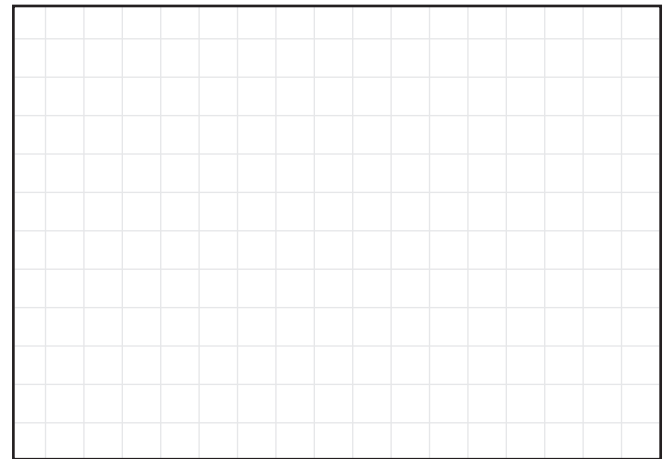
Signature du secouriste: _____

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

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.

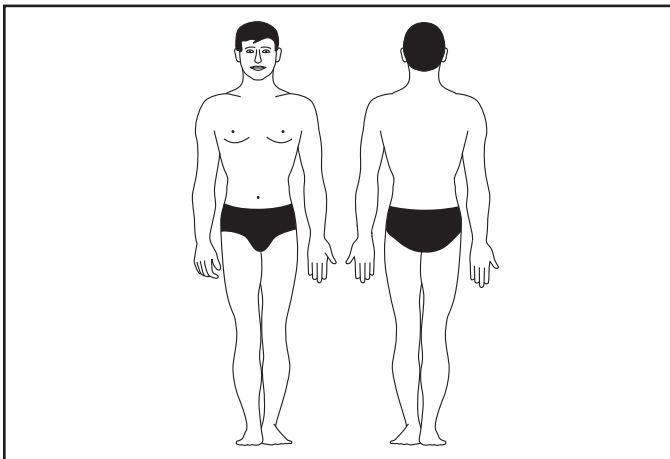
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

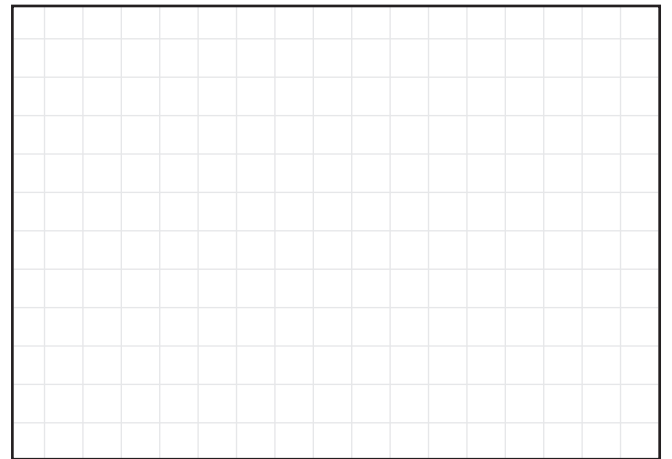
Signature du secouriste: _____

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

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.

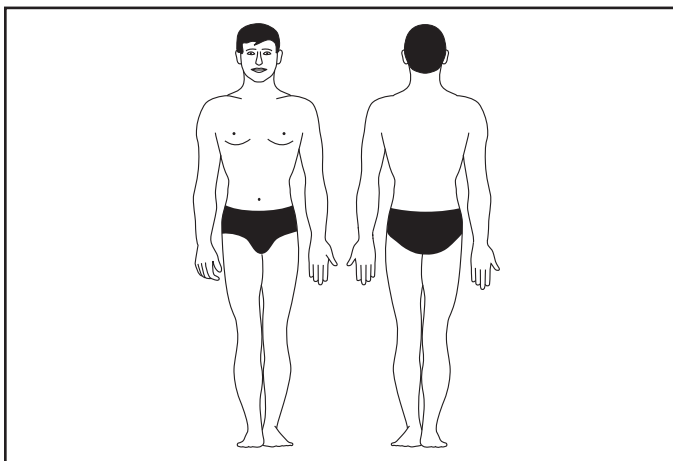
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

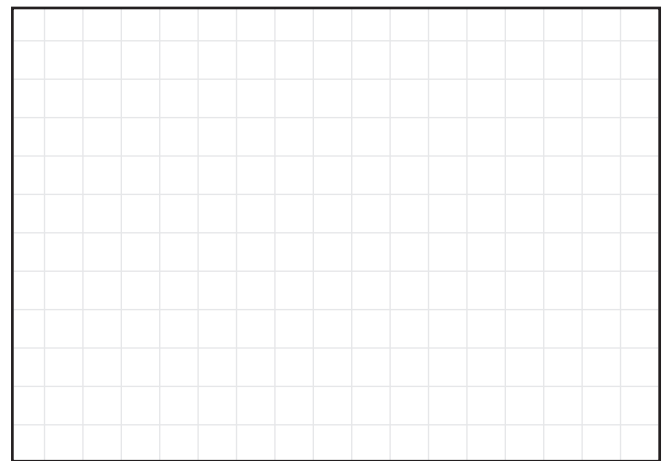
Signature du secouriste: _____

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

Description de l'accident et des premiers secours

Date de l'accident: _____

Heure: _____

Lieu: _____

1 Description de l'accident

Témoign(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.

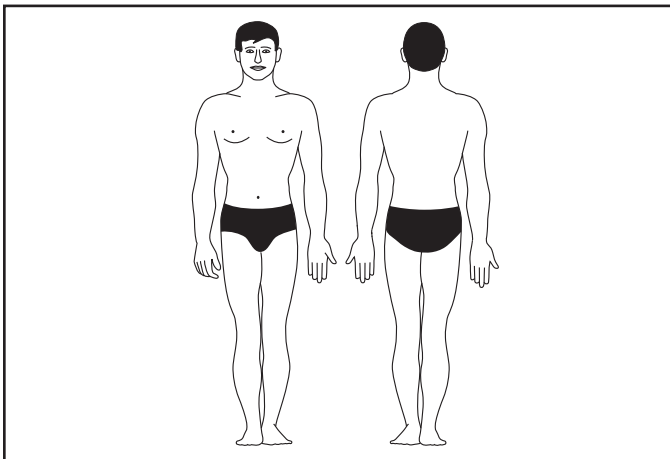
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

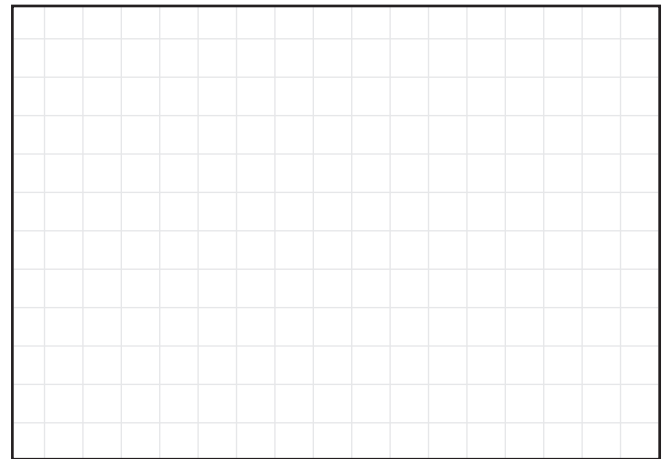
Signature du secouriste: _____

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

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.

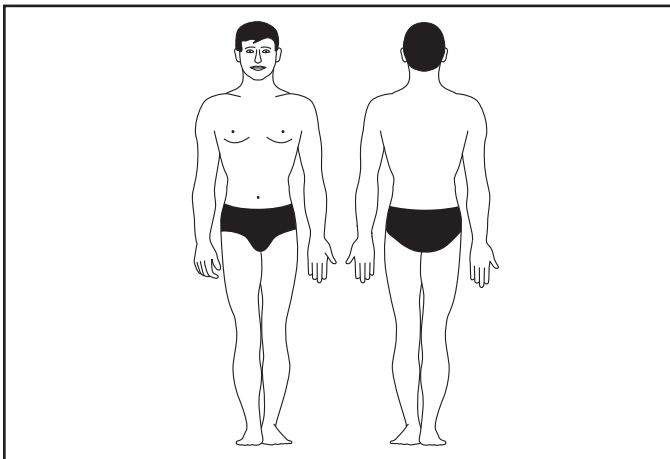
4 Nature de la blessure ou du malaise (veuillez indiquer le siège de la lésion sur le croquis)

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

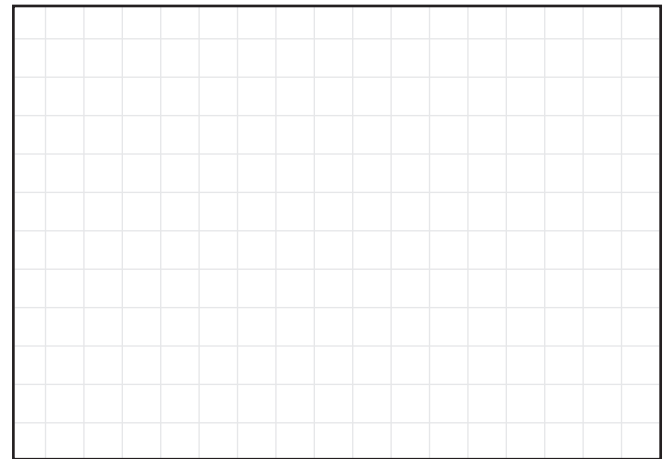
Signature du secouriste: _____

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

La trousse de premiers secours

La trousse doit être dans un endroit facile d'accès en tout temps. Elle doit contenir au moins le matériel minimum décrit ci-dessous. On doit la vérifier régulièrement et, au besoin, la remplir et remplacer le matériel périmé. **De plus, elle ne doit pas contenir de médicaments.**

Nous recommandons donc :

- que la trousse de premiers soins soit facilement transportable ;
- qu'il y ait une trousse par département dans les grands établissements ;
- qu'il y ait une trousse dans chaque véhicule de service (ex.: dépanneuse) ;
- que le contenu de la trousse soit vérifié à tous les mois (en même temps que les extincteurs), ainsi qu'après un accident important où beaucoup de matériel a été utilisé.

cf. Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins, art. 4	Quantité	Date										
Manuel de secourisme approuvé par la CSST	1											
Instruments												
Ciseaux à bandage	1											
Pince à écharde	1											
Épingles de sûreté (grandeurs assorties)	12											
Pansements												
Pansements adhésifs stériles (25 mm x 75 mm, enveloppés séparément)	25											
Compresse de gaze stériles (101,6 mm x 101,6 mm, enveloppées séparément)	25											
Bandage de gaze stérile (rouleaux de 50 mm x 9 m, enveloppés séparément)	4											
Bandage de gaze stérile (rouleaux de 101,6 mm x 9 m, enveloppés séparément)	4											
Bandages triangulaires	6											
Pansements compressifs stériles (101,6 mm x 101,6 mm, enveloppés séparément)	4											
Diachylon (rouleau de 25 mm x 9 m)	1											
Tampons antiseptiques (enveloppés séparément)	25											
Gants jetables (nitrile ou latex)	4											
Masque de poche avec soupape unidirectionnelle pour réanimation cardio-respiratoire	1											
Vérifié par (initiales):												

Notre mission

Promouvoir la santé et la sécurité du travail et aider, dans un cadre paritaire, les employeurs et les travailleurs du secteur des services automobiles à réduire les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans leur milieu de travail en leur offrant des services :

- de formation et d'information ;
- de conseils et d'assistance technique ;
- de recherche et de développement.

Ces services sont offerts gratuitement aux employeurs et aux travailleurs des services automobiles, dont notamment :

- les concessionnaires d'automobiles ;
- les ateliers de mécanique ;
- les ateliers de carrosserie ;
- les entrepôts et les entreprises spécialisées dans la vente de pièces et d'accessoires pour automobiles ;
- les entreprises spécialisées :
 - vente et service de pneus,
 - freins et suspension,
 - esthétique automobile, etc.

Notre équipe

Des spécialistes en recherche et développement capables d'évaluer la qualité de votre environnement de travail et d'apporter des solutions à vos problèmes particuliers en sécurité, en hygiène industrielle ou en ergonomie.

Martine Charette

Tél. : 450 672-9330 poste 226
800 363-2344 poste 226

charette@autoprevention.qc.ca

Michel Gagnon

Tél. : 450 672-9330 poste 222
800 363-2344 poste 222

gagnon@autoprevention.qc.ca

Jocelyn Jargot

Tél. : 450 672-9330 poste 229
800 363-2344 poste 229

jargot@autoprevention.qc.ca

Des spécialistes en prévention qui connaissent bien les entreprises comme la vôtre.

Présents partout au Québec, ils travaillent quotidiennement avec des gens qui ont les mêmes préoccupations ils travaillent quotidiennement avec des gens qui ont les mêmes préoccupations que vous.

François Bilodeau

Tél. : 418 667-8812
800 363-2344 poste 251

bilodeau@autoprevention.qc.ca

Territoire couvert :

Québec, Beauce, Charlevoix,
Bas-Saint-Laurent

Henri Paul Fillion

Tél. : 450 672-9330 poste 253
800 363-2344 poste 253

fillion@autoprevention.qc.ca

Territoire couvert :

Lanaudière, Laval, Laurentides

Jacques Lambert

Tél. : 450 672-9330 poste 255
800 363-2344 poste 255

lambert@autoprevention.qc.ca

Territoire couvert :

Montréal (ouest),
Montréal (ouest), Outaouais

Martin Bonneau

Tél. : 418 693-9071
800 363-2344 poste 252

bonneau@autoprevention.qc.ca

Territoire couvert :

Saguenay – Lac-Saint-Jean,
Abitibi, Côte-Nord,
Gaspésie

Gérald Gauthier

Tél. : 450 672-9330 poste 254
800 363-2344 poste 254

gauthier@autoprevention.qc.ca

Territoire couvert :

Montréal (est), Montérégie (est),
Mauricie, Centre-du-Québec, Estrie



Vous avez presque rempli tout ce registre ?

Pour en obtenir un nouvel exemplaire
gratuit, contactez le conseiller
de votre région ou téléphonez-nous.

Cette offre s'adresse uniquement aux entreprises
du secteur des services automobiles.

ISBN 978-2-9-2114809-2

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2007

© 2007 – Association sectorielle services automobiles

Toute reproduction totale ou partielle est interdite, à moins d'en obtenir
l'autorisation écrite de l'Association sectorielle services automobiles

