



FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL
(IMPORTANT : à remplir avec le travailleur immédiatement après l'accident)

Identification

Nom : _____	Titre d'emploi : _____
Établissement ou services : _____	

Description de l'évènement

Date de l'évènement : _____	Heure de l'évènement : _____
Déclaration verbale faite le : _____	À qui : _____

Récit de l'évènement (lieu, moment de la journée, activités exercées, circonstances, postures et douleur ressentie). Décrivez svp.

Premiers soins (ont-ils été dispensés?) oui Secouriste _____ non

Témoins oculaires de l'évènement

Nom : _____ **Nom :** _____

Mesure(s) prise(s) dans l'immédiat pour éviter la répétition de l'évènement

Je, soussigné, certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont véridiques et que le récit de l'évènement correspond à ce qui s'est réellement produit.

Signature du travailleur : _____ **Date :** _____ **Heure :** _____

Section réservée pour la direction²

Abandon du travail le jour de l'accident : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Formulaire d'assignation temporaire remis au travailleur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Signature du supérieur : _____ Date : _____ Heure : _____ (JJ/MM/AA)

Nature des lésions

- | | |
|---|--|
| 1- Brûlure – chaleur – radiation | 8- Douleur |
| 2- Engelure | 9- Eblouissement – corps étranger – (yeux) |
| 3- Contusion – écrasement | 10- Electrocutation |
| 4- Plaie superficielle – piqûre – écharde | 11- Amputation – perte d'un œil |
| 5- Plaie profonde | 12- Intoxication |
| 6- Fracture | 13- Réaction de la peau |
| 7- Entorse – foulure | 14- Autres |

