

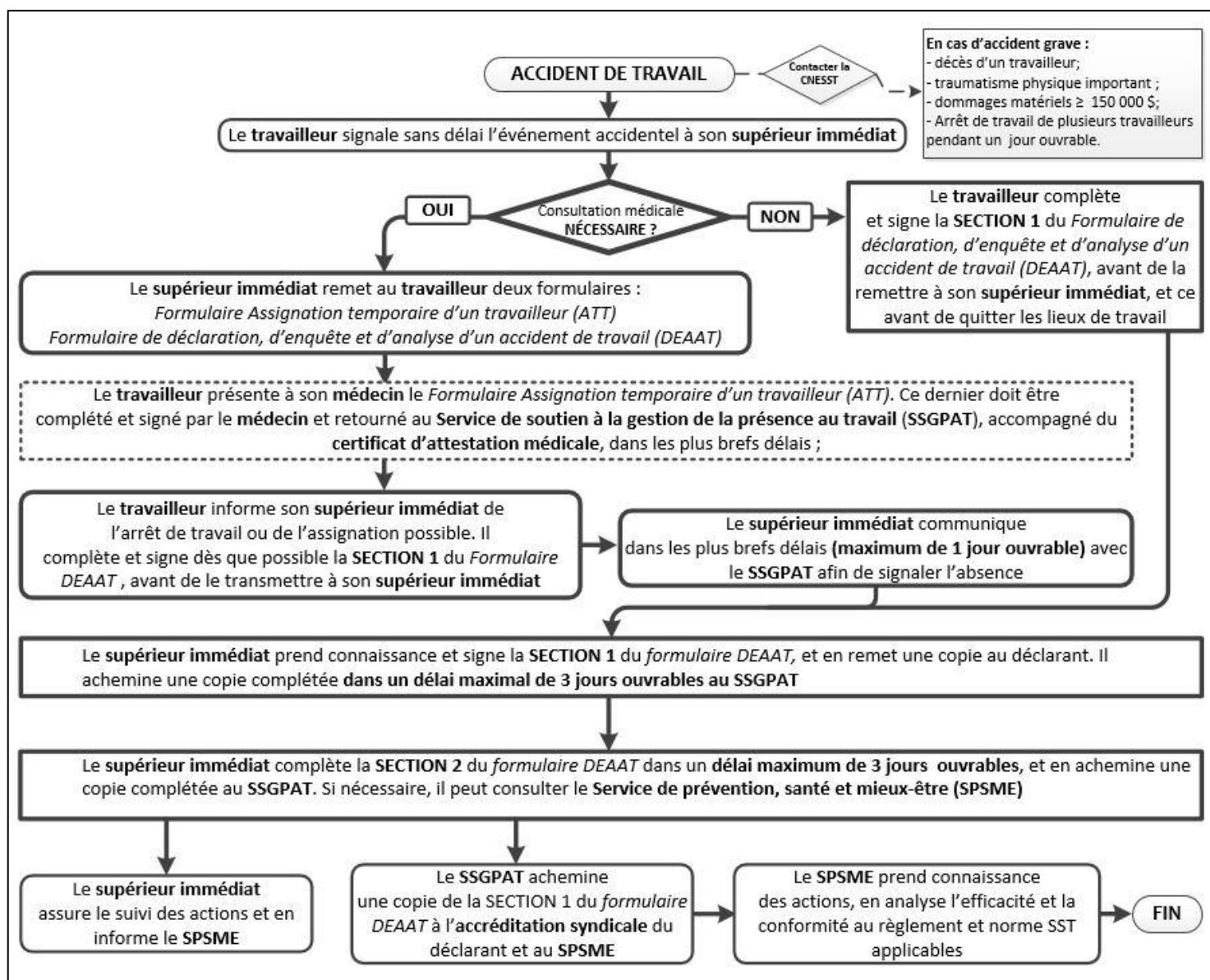
DÉCLARATION, ENQUÊTE ET ANALYSE D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL

LE TRAVAILLEUR DOIT UTILISER CE FORMULAIRE POUR DÉCLARER SANS DÉLAI:

- Tout accident du travail, c'est-à-dire tout événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, lui arrivant par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour lui une lésion professionnelle avec ou sans perte de temps.
- Toute maladie professionnelle, c'est-à-dire toute maladie contractée par le fait ou à l'occasion de son travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

Article 2 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

PROCESSUS DE DÉCLARATION (Utilisation du formulaire):



Section 1 : Déclaration d'accident TRAVAILLEUR

1.1 Identification de l'employé et information sur l'événement accidentel

Nom et prénom : _____ Date de l'événement (AA-MM-JJ) : _____ Heure de l'événement : _____
 Matricule : _____ Titre : _____ Installation : _____ Téléphone : _____
 Nom du service : _____ Lieu précis de l'événement : _____
 Quart de travail : J S N Statut : TC TP TCT TPT Sous-traitant Supérieur avisé : O N
 Nom et fonction de la personne avisée : _____ Témoin : _____

1.2 Description de l'événement accidentel par l'employé

Qu'est-il arrivé? (Soyez précis ; Tâche réalisée, environnement de travail, équipement utilisé lors de l'accident, etc.)

Pourquoi est-ce arrivé? (ex : Équipement défectueux, état des lieux, état du bénéficiaire, espace restreint, procédure de travail inadéquate, etc.)

1.3 Information sur la lésion

Nature de la lésion (ex : Coupure, piqûre, fracture, ecchymose, etc.) : _____

Indiquer la ou les parties du corps blessée(s) lors de l'événement accidentel.

Membres supérieurs	Mains	Membres inférieurs et bassin	Tête et cervical	Pieds	Thorax, abdomen et dos	Visage	Autres atteintes
Épaulle <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Pouce <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Hanche <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Crâne <input type="checkbox"/>	Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Dos <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Oeil <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Psychologique <input type="checkbox"/>
Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Index <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Cuisse <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Oreille <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Orteil <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Thorax / côtes <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Nez <input type="checkbox"/>	Respiratoire <input type="checkbox"/>
Av.-bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Majeur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Cervical <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Talon <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Coccyx <input type="checkbox"/>	Joue <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Cutanée <input type="checkbox"/>
Bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Annulaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Front <input type="checkbox"/>	Dessus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Abdomen <input type="checkbox"/>	Menton <input type="checkbox"/>	Digestive <input type="checkbox"/>
Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Auriculaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Dessous <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Sein <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Dents <input type="checkbox"/>	Neurologique <input type="checkbox"/>
	Paume de la main <input type="checkbox"/>	Bassin <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D				Mâchoire <input type="checkbox"/>	
	Face dorsale <input type="checkbox"/>	Organes génitaux <input type="checkbox"/>				Bouche <input type="checkbox"/>	

1.4 Mesures correctives : Que suggérez-vous pour qu'un événement accidentel semblable ne se reproduise plus?

1.5 Signatures

Je, (travailleur), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit. De plus, j'autorise l'employeur à fournir à mon syndicat une copie de cette déclaration relativement aux renseignements me concernant.

Signature du travailleur : _____ Date : _____ Heure : _____

Nom du supérieur : _____ Signature du supérieur : _____

Formulaire d'assignation temporaire remis au travailleur : Oui Non

Acheminer une copie par fax ou par @ au SSGPAT : 450-978-8627 ou sslaval.csssl@ssss.gouv.qc.ca

IMPORTANT

3 différents formulaires d'enquête et d'analyse d'accident sont à votre disposition. **Choisissez le bon** en lien avec l'accident de votre employé afin de faciliter l'exercice d'enquête et d'analyse.

- **GÉNÉRAL** : accident autre que relié à la mobilisation d'un patient et à un événement d'agression physique ou psychologique
- **MOBILISATION DE PATIENT** : accident relié à la mobilisation d'un patient
- **VIOLENCE** : accident relié à un événement d'agression physique ou psychologique

N.B.

Pour faire suite à la déclaration d'accident du travailleur (section 1), vous devez planifier et mener l'enquête et l'analyse de l'accident dans un **délaï de 3 jours ouvrables** en remplissant un des trois formulaires (section 2).

Vous devez acheminer une copie par fax (450-978-8627) ou par courriel (sslaval.csssl@ss.gouv.qc.ca) au Service de soutien à la gestion de la présence au travail

(SSGPAT). En cas de besoin, n'hésitez pas à solliciter le support du Service de prévention, santé et mieux-être.