



Santé et sécurité

Formulaire de rapport d'incident

Les membres du personnel qui ont été victimes d'incidents, ce qui inclut l'exposition aux risques psychosociaux, ou qui en ont été témoins doivent remplir ce rapport dès que possible. Une fois rempli, faire 3 copies du formulaire : 1 exemplaire ira à votre superviseur, 1 exemplaire ira au comité mixte de santé et sécurité de votre lieu de travail, 1 exemplaire ira à votre syndicat, et vous conserverez l'original. Ce formulaire peut être rempli par voie électronique et sauvegardé. Toutefois, s'il s'agit d'une version papier, VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES.

Renseignements d'identification

Nom :	Section locale :	Date (j/m/a) ____ / ____ / ____
Titre du poste :		<input type="checkbox"/> impliqué dans l'incident ou <input type="checkbox"/> témoin
Lieu :		Aide médicale/professionnelle ou premiers soins reçus? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Représentant SST avisé? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Formulaire d'indemnisation rempli? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le superviseur a-t-il été avisé?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom du superviseur avisé :

Détails de l'incident / risque physique / risque psychosocial

Description de l'incident (inclure tous les détails pertinents tels que l'emplacement, ce que vous avez entendu ou senti, le déroulement et le suivi effectué immédiatement après, etc.) :

Décrivez les résultats : souffrance/effets sur la santé/dommage :

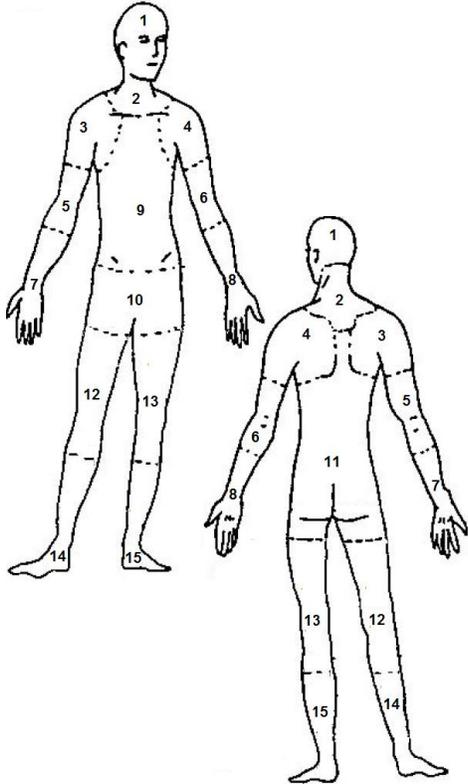
Détails du témoin

Nom(s) et coordonnées :	Nom(s) et coordonnées :
Nom(s) et coordonnées :	Nom(s) et coordonnées :

Premiers soins

Premiers soins administrés : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/>	Temps de présence :
Par qui :	Coordonnées :
Détails de la disposition :	

Renseignements sur l'incident

À l'aide de la carte du corps, décrivez vos blessures :	Partie du corps	Description de la blessure
	1. Tête ou visage	
	2. Cou	
	3. Épaule droite	
	4. Épaule gauche	
	5. Coude droit	
	6. Coude gauche	
	7. Poignet et main dr.	
	8. Poignet et main g.	
	9. Abdomen	
	10. Région pelvienne	
	11. Dos	
	12. Genou et cuisse dr.	
	13. Genou et cuisse g.	
	14. Pied et cheville dr.	
	15. Pied et cheville g.	
	16. Autre / santé mentale	

Autres renseignements

Veillez fournir toute autre information que vous jugez pertinente :

À l'usage du comité interne de santé et sécurité

À la lumière de cet incident, quelle a été la recommandation de suivi afin d'assurer le contrôle de la violence en milieu de travail? Les politiques de prévention existantes ont-elles été examinées et mises à jour?

:jj/sepb 491