

FORMULAIRE A DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU D'UNE SITUATION À RISQUE

RÉSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Sans perte de temps Avec perte de temps P :

DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL DÉCLARATION D'UNE SITUATION À RISQUE

1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ OU DE LA PERSONNE QUI A ÉTÉ VICTIME DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION À RISQUE

► Installation :

- Hôpital Fleury CLSC d'Ahuntsic CLSC Montréal-Nord Centre d'hébergement De Louvain
 Centre d'hébergement Laurendeau Centre d'hébergement Légaré Centre d'hébergement Paul-Lizotte
 Autre installation : _____

► Service ou étage : _____

► Nom : _____

► N° d'employé : _____

► Titre d'emploi : _____

► Téléphone (dans l'établissement) : _____

(autre numéro) : _____

► Nom et titre d'emploi des témoins oculaires (s'il y a lieu) : _____

► Premiers soins reçus : Aucun Sur les lieux de l'événement

À l'urgence Autre endroit : _____

Description des premiers soins : _____

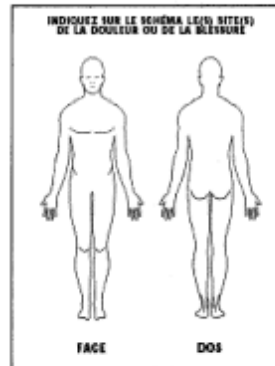
Nom et titre d'emploi de la personne qui a donné les premiers soins : _____

► Combien d'années d'expérience avez-vous cumulé : Dans l'établissement : _____

Dans ce poste de travail : _____ Dans ce titre d'emploi : _____

► Quel est votre statut d'emploi : Temps complet Temps partiel Occasionnel

► Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement ? Jour Soir Nuit Heures supplémentaire :



2 - DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION À RISQUE

► Date de l'événement : _____ (ANNÉE / MOIS / JOUR) Heure de l'événement : _____ (0 à 24 HEURES)

► Lieu exact de l'événement : _____

► Décrivez les circonstances qui ont entouré l'événement :

► Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas ?

► Autres commentaires :

3 - SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ OU DE LA PERSONNE VICTIME DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION À RISQUE

Je suis informé de la procédure de déclaration d'événement accidentel ou de situation à risque et je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit.

► Déclaration rédigée par : _____ Fonction : _____

► Date de la déclaration : _____ (ANNÉE / MOIS / JOUR) Heure : _____ (0 à 24 HEURES)

► Signature de l'employé ou de la personne qui a été victime de l'événement accidentel ou de la situation à risque : _____

► Nom et fonction du supérieur immédiat : _____

► Signature du supérieur immédiat : _____

