

# Formulaire de «**DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL**»

À être complété dans le quart de travail et  
acheminé immédiatement à la direction

ÉTABLISSEMENT: \_\_\_\_\_

## TYPE D'ÉVÉNEMENT

Accident/Lésion     Accident/Dommage (préciser...)     Incident (sans conséquence)     Autre: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION

Nom : \_\_\_\_\_  
( en lettres moulées )

Prénom : \_\_\_\_\_  
( en lettres moulées )

Numéro d'employé : \_\_\_\_\_

Poste ou fonction : \_\_\_\_\_

Secteur / Département : \_\_\_\_\_

### PREMIERS SECOURS

Partie du corps affectée : \_\_\_\_\_

Genre de lésion : \_\_\_\_\_

Premiers secours:  Oui  Non

Nature des premiers secours dispensés  
(à compléter par le secouriste qui dispense les premiers secours)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du préposé aux premiers secours    Date/Heure

Indiquez la partie affectée:



Nature et description  
du dommage :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Partie A : EMPLOYÉE/EMPLOYÉ

### ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu précis de l'événement : \_\_\_\_\_ Activité ou tâche exercée : \_\_\_\_\_

Description précise de l'événement : (Précisez, s'il y a lieu, l'étape dans la tâche, les gestes posés, les équipements (poids, conditions, etc) en cause, l'état des lieux, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Noms des témoins : (témoins directs, s'il y a lieu)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SUGGESTIONS DE L'EMPLOYÉE/EMPLOYÉ (Suggestions pour éviter qu'un autre événement du genre ne se reproduise)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SIGNATURE DE L'EMPLOYÉE/EMPLOYÉ

Je suis informé(e) de la procédure de déclaration d'événement et je confirme que les renseignements fournis sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit.

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Partie B : EMPLOYEUR

### REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

Déclaration reçue par : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_  
( en lettres moulées )

Date de réception de la déclaration : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Mesure(s) immédiate(s) apportée(s) :  Aucune    Ci-après : \_\_\_\_\_

**Potentiel de répétition**  
de l'événement :  Mineur     Moyen     Élevé

**Potentiel de gravité**  
de l'événement :

Information transmise à l'employé(e) : Rappel de la procédure de déclaration :    Oui  Non

Formulaire assignation temporaire remis :    Oui  Non

Ce formulaire a été complété selon les politiques et procédures de prévention en vigueur dans l'établissement et ne constitue, en aucun cas, une reconnaissance implicite de l'événement accidentel ou d'un accident du travail au sens de la LATMP :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Commentaires au verso :  
 Oui     Non