

## DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

### À COMPLÉTER PAR LE DÉCLARANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
TITRE D'EMPLOI : \_\_\_\_\_ NO D'EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_ SYNDICAT : \_\_\_\_\_

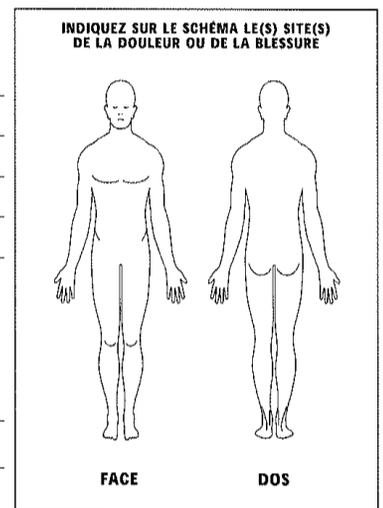
#### DESCRIPTION D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL, D'UN INCIDENT OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Il est important que tous les champs soient complétés. SVP, écrire lisiblement.

Date de l'événement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Année Mois Jour  
Installation du CIUSSS. Spécifier laquelle : \_\_\_\_\_  
Service/Programme/Unité : \_\_\_\_\_  
AM PM Quart de travail Précisez le lieu exact (ex : # chambre, toilette, escalier, stationnement, etc.) : \_\_\_\_\_  
Heure : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Jour  Soir  Nuit  
Statut : TC  TCT  TPR  TPO

Décrivez les circonstances au moment de l'événement (personnes, tâche, équipement, environnement, temps, etc.) :

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



Avez-vous été exposé à du sang ou d'autres liquides biologiques ?  oui  non

Si oui, se référer au protocole post-exposition (sang/liquides biologiques)

Précisez la ou les parties du corps touchées : \_\_\_\_\_

Mesures correctives à suggérer : \_\_\_\_\_

Noms des témoins lors de l'événement (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Personne en autorité avisée : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Date de la déclaration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
Année Mois Jour *Signature de l'employé(e)*

### À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT (dès la connaissance d'un accident, d'une maladie ou d'un incident attribuable au travail)

# dossier de l'usager si celui-ci est impliqué :  
Avez-vous rencontré l'employé(e) ?  Oui  Non  
Avez-vous visité le lieu de l'événement ?  Oui  Non  
Événement :  Avec perte de temps (au-delà du jour de l'événement)  
 Sans perte de temps

L'enquête a permis d'identifier :

Cause(s) immédiate(s)	Mesure(s) corrective(s)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

L'analyse a permis d'identifier :

Cause(s) fondamentale(s)	Mesure(s) préventive(s)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Désirez-vous un suivi par le service de la prévention et la gestion des risques ?  Oui  Non

Nom du gestionnaire ou son représentant (lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Date  
Signature du gestionnaire ou son représentant : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Direction : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_ Année Mois Jour

*S'assurer que le formulaire est bien rempli. Remettre une copie au déclarant.*

**Acheminer une copie numérisée (une seule copie à la fois) au Service de la gestion de la présence au travail à :**  
**deamp.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca**