|  |
| --- |
| Identification de l’employé |
| Nom : |  | Prénom : |  | Sexe : | [ ]  H | [ ]  F |
| No d’employé : |  | Titre d’emploi : |  |
| Service : |  |
| Quart de travail : | [ ]  J | [ ]  S | [ ]  N | Statut : | [ ]  TC | [ ]  TP | [ ]  TPO |
| Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? (année/mois) |  |
| Information de l’événement accidentel |
| Date de l’événement : |  | Heure de l’événement : |  |
| Installation : |  |
| Lieu précis de l’événement : |  |
| Date de la déclaration : |  | Heure de la déclaration : |  |
| Personne avisée : |  | Titre de la personne : |  |
| Nom et prénom du ou des témoin(s) : |  |
| Description de l’événement accidentel par l’employé |
| Veuillez décrire comment s’est produit l’événement accidentel : |
|  |
| 🞎 Dommage(s) matériel(s) (précisez) : |  |
| Site de lésions |
| *Membres supérieurs* | *Main* | *Membres inférieurs* | *Tête* | *Colonne/tronc* |
| [ ]  Épaule | [ ]  G | [ ]  Pouce | [ ]  G | [ ]  Cuisse | [ ]  G | [ ]  Tête | [ ]  Cervicale |
| [ ]  Bras | [ ]  D | [ ]  Index | [ ]  D | [ ]  Jambe | [ ]  D | [ ]  Visage | [ ]  Dorsale |
| [ ]  Avant-bras | [ ]  Majeur | [ ]  Hanche | [ ]  Bouche | [ ]  Lombaire |
| [ ]  Coude | [ ]  Annulaire | [ ]  Genou/cheville | [ ]  Dents | [ ]  Bassin/coccyx |
| [ ]  Poignet | [ ]  Auriculaire | [ ]  Mollet/pied | [ ]  Nez | [ ]  Thorax/côtes |
| [ ]  Autre :  |  | [ ]  Orteil | [ ]  Œil | [ ]  G | [ ]  Système pulmonaire |
|  |  | [ ]  D |
| Mesures correctives |
| Suggestions de mesures correctives : |
|  |
| Signatures |
|  |  |  |  |  |  |
| Travailleur | Date |
|  |  |  |  |  |  |
| Représentant de l’employeur | Date |

|  |
| --- |
| Identification de l’employé |
| Nom : |  | Prénom : |  | Sexe : | [ ]  H | [ ]  F |
| No d’employé : |  | Titre d’emploi : |  |
| Séquence des faits |
| Veuillez décrire la séquence des faits : |
|  |
| Analyse |
| *Quels sont les éléments de la situation de travail qui ont contribué à l’événement accidentel ?* |
|  Personne (âge de l’enfant, comportement de l’enfant, expérience de l’éducatrice, etc.) :  |
|  |
|  Organisation (communication, rotation, climat de travail) : |
|  |
|  Équipement (marchepied, chaise, table à langer, banc à roulettes, etc.) : |
|  |
|  Tâche (posture, méthodes de travail) : |
|  |
|  Environnement (tablette haute, encombrement, jouet sur le sol, eau sur le plancher) : |
|  |
|  Temps (moment de la journée, saison, etc.) : |
|  |
| Causes de l’événement accidentel |
| *Causes immédiates* | *Causes fondamentales* |
|  |  |
| Mesures correctives ou préventives |
|  | *Échéancier* | *Responsable* |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Signature du représentant de l’employeur | Date |