

Rapport d'accident

Identification de l'entreprise		
Nom de l'entreprise :		
Établissement :	Département :	
Identification de l'employé(e)		
Nom :	Prénom :	N° d'assurance sociale (obligatoire) :
Nature du contrat de travail / Quart associé : ☐ À temps plein ☐ Sur appel ☐ Contrat à durée déterminée ☐ Étudiant ☐ À temps partiel ☐ Saisonnier ☐ Autre _____		Date d'embauche : ____/____/____ AA MM JJ
Mode de rémunération : ☐ À taux fixe ☐ À la pièce ☐ À la commission ☐ À forfait ☐ Autre _____		
Renseignements sur l'événement		
Date de l'événement : Heure : _____ ____/____/____ AA MM JJ	Déclaré le : ____/____/____ AA MM JJ	Y a-t-il des témoins? ☐ Oui ☐ Non Nommer : _____
Nommer le(s) superviseur(s) en place au moment de l'accident :		
Décrivez l'événement dans vos mots		
Déclaration du travailleur :		
Signature du travailleur :		
Description des premiers soins :		
Nom du secouriste :	Photographies disponibles / Croquis : ☐ Oui ☐ Non	
Poste ou occupation au moment de l'accident :	Depuis le : ____/____/____ AA MM JJ	
L'événement a-t-il été provoqué par une personne étrangère à votre entreprise ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :		
Lieu précis de l'accident:		

Évaluation du besoin d'une enquête

Étape 1 – Indiquer la conséquence actuelle	Cocher	Étape 2 – Évaluer la conséquence potentielle probable	Cocher
Passé proche seulement		Catastrophique / sérieux *	
Sans perte de temps – Sans premiers soins		Grave (fracture, arrêt de travail, etc.) *	
Sans perte de temps – Premiers soins seulement		Mineur (contusion, coupure superficielle, premiers soins, etc.)	
Sans perte de temps – Traitement médical seulement		* Si vous cochez une des cases ombragées, une enquête complète est nécessaire.	
Perte de temps – Assignment temporaire *			
Perte de temps – Arrêt de travail *			

Section enquête d'accident

Personne responsable de l'enquête : _____	Visite des lieux : ☐ Oui ☐ Non	Date : ____/____/____ AA MM JJ
Partie(s) du corps touchée(s) (ex : yeux, doigt, avant-bras, autre) :		
Nature de la lésion (ex : Brûlure, entorse, fracture, contusion, autre) :		
Genre d'accident (ex : chute, écrasé par, frappé par, autre) :		

Description des enquêteurs	
----------------------------	--

FAITS CONTRIBUTIFS À L'ÉVÈNEMENT – CHRONOLOGIE DE L'ÉVÈNEMENT– COMMENTAIRES – PHOTOS

[illegible]

Équipements en cause

Section analyse d'accident

Causes de l'événement

Causes immédiates			Causes fondamentales	
Tâches	Équipement - Matériel	Lieu - Environnement	Organisation	Individu
☐ 1 Cadence de travail ☐ 2 Geste danger de l'employé ☐ 3 Geste danger tierce personne ☐ 4 Inobservance méthodes de travail ☐ 5 Inobservance procédure de travail ☐ 6 Inobservance règlements sécurité ☐ 7 Instructions non suivies ☐ 8 ÉPI non utilisé ☐ 9 Posture inadéquate ☐ 10 Réaction du corps ☐ 11 Autre	☐ 12 ÉPI inadéquat ☐ 13 Identification absente ou inadéquate ☐ 14 Mécanisme de protection absent ou inadéquat ☐ 15 Outil/équipement défectueux ☐ 16 Outil/équipement inadéquat ☐ 17 Matériel présentant des risques élevés ☐ 18 Matières dangereuses ☐ 19 Autre	☐ 20 Aménagement inadéquat ☐ 21 Conditions ambiantes ☐ 22 Conditions atmosphériques externes ☐ 23 Éclairage inadéquat ☐ 24 Ventilation inadéquate ☐ 25 Espace restreint ☐ 26 Malpropreté – Désordre ☐ 27 Autre	☐ 28 Achat inadéquat ☐ 29 Affectation (tâche-employé) ☐ 30 Communication ☐ 31 Conception ☐ 32 Entretien inadéquat ☐ 33 Formation déficiente ☐ 34 Méthode de travail inadéquate ou absente ☐ 35 Planification ☐ 36 Procédure inadéquate ou absente ☐ 37 Règlement inadéquat ou absent ☐ 38 Supervision absente ☐ 39 Autre	☐ 40 Conditions personnelles ☐ 41 Condition physique ☐ 42 Comportement ☐ 43 Connaissances du risque ☐ 44 Autre

Correctifs immédiats / temporaires

Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ

Correctifs permanents

Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____ _____	Resp. : _____ Échéance : ____ / ____ / ____ AA MM JJ

Section administrative

Renseignements sur les conséquences		
L'accidenté a-t-il arrêté le travail ?	☐ Oui ☐ Non	de ____/____/____ à ____/____/____ AA MM JJ AA MM JJ
L'accidenté est-il en assignation temporaire ? (Nous faire parvenir le formulaire signé par le médecin)	☐ Oui ☐ Non	de ____/____/____ à ____/____/____ AA MM JJ AA MM JJ
L'accidenté est-il revenu au travail ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, quelle est la date de retour : ____/____/____ AA MM JJ
La blessure est-elle consolidée ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, nous faire parvenir une copie du rapport médical
Renseignements sur le suivi de l'événement		
L'accidenté a-t-il consulté un médecin ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, faire parvenir une copie de l'attestation médicale
L'employeur a-t-il présenté à la CSST un avis et une demande de remboursement (ADR) ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, nous faire parvenir une copie
L'employeur a-t-il reçu la copie de la réclamation du travailleur ?	☐ Oui ☐ Non	Si oui, nous faire parvenir une copie

Nom de l'enquêteur
(en lettres moulées)

Signature

Date

Nom de l'enquêteur
(en lettres moulées)

Signature

Date