

# 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 oculaires ?  Oui     Non

Nommez : \_\_\_\_\_

Nommez le(s) superviseur(s) en place au moment de l'accident :

## Décrivez l'évènement dans les mots du travailleur

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, précisez : \_\_\_\_\_

Lieu précis de l'accident:

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable

\_\_\_\_\_  
Signature du travailleur

\_\_\_\_\_  
Date



## Section analyse d'accident

### Causes de l'événement

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

### Correctifs immédiats / temporaires

Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____	Responsable : _____  Échéance : _____ / _____ / _____ AA      MM      JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____	Responsable : _____  Échéance : _____ / _____ / _____ AA      MM      JJ

### Correctifs permanents

Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____	Responsable : _____  Échéance : _____ / _____ / _____ AA      MM      JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____	Responsable : _____  Échéance : _____ / _____ / _____ AA      MM      JJ
Cause n° : _____	Mesure corrective : _____ _____ _____	Responsable : _____  Échéance : _____ / _____ / _____ AA      MM      JJ

## Section administrative

### Renseignements sur les conséquences

L'accidenté a-t-il arrêté le travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	de ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ AA MM JJ AA MM JJ
L'accidenté est-il revenu au travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quelle est la date de retour : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
La blessure est-elle consolidée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nous faire parvenir une copie du rapport médical
L'accidenté et/ou les témoins ont-ils été exposés à : de la violence, une menace de mort, une blessure grave, un décès ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, restez à l'affût des symptômes de stress aigu (TSA) et offrir le soutien psychologique approprié

### Renseignements sur le suivi de l'événement

L'accidenté a-t-il consulté un médecin ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, faire parvenir une copie de l'attestation médicale
L'employeur a-t-il présenté à la CNESST un avis et une demande de remboursement (ADR) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nous faire parvenir une copie
L'employeur a-t-il reçu la copie de la réclamation du travailleur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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