Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Déclaration, enquête et analyse d'un événement accidentel ou d'une situation dangereuse

☐ **Événement accidentel** ☐ **Situation dangereuse** (aucun événement accidentel n'est survenu)

I-Identification de l'employé(e) déclarant l'événement accidentel ou la situation dangereuse

Nom et prénom : ..... N^{O} d'employé(e) : .....

Titre d'emploi : ..... Service : .....

Installation: ☐ HMR ☐ HSCO ☐ IUSMM ☐ LTEAS ☐ PDI ☐ SLSM ☐ PMCS

Année d'expérience : Dans l'établissement : ..... Dans ce titre d'emploi : .....

Statut d'emploi : ☐Temps complet ☐Temps partiel ☐Occasionnel

II- Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse (à remplir par l'employé)

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel? ☐Jour ☐Soir ☐Nuit ☐ TS

Date de l'événement : ..... / ..... / ..... (AAAA / MM / JJ) Heure (0-24h) : .....

Lieu exact : ..... (Ex. : salle de bain, # chambre, stationnement, etc.) Unité/Service : ..... Site : .....

Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : .....

Avez-vous reçu des premiers soins : ☐Non ☐Oui Lesquels : .....

Nom de la personne qui a donné les premiers soins : .....

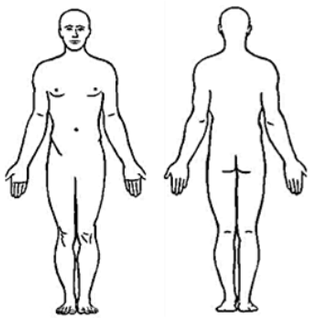
.....

Site(s) de la lésion: .....

Nom du supérieur avisé : .....

Date : ..... / ..... / ..... (AAAA / MM / JJ) Heure (0-24h) : .....

Indiquer le(s) site(s) de la douleur ou de la blessure



Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas? : .....

.....

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit

Signature de l'employé(e): ..... Date : ..... / ..... / ..... (AAAA / MM / JJ)

III-Enquête et analyse (à remplir par le gestionnaire)

À quelle activité était affecté l'employé(e) au moment de l'événement accidentel **:**

.....

☐ Quart de travail complété ☐ A quitté pour consultation médicale

Causes et facteurs ayant contribué à l'événement	**Mesures préventives ou correctives**	**Responsable (s)**	**Échéancier** AAAA/MM/JJ
Équipements :			
Tâches :			
Personnes :			
Environnement :			
Organisation du travail :			

Commentaires : .....

.....

Nom du gestionnaire : ..... Signature : .....

Date : ..... / ..... / ..... (AAAA / MM / JJ)