*« Nom de votre entreprise »*

Rapport d’accident et d’enquête

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numéro de l’accident :** | | |
| **1. Accidenté :** | | |
| Nom : | | |
| Poste occupé : | | |
| Années d’expérience : | | |
| Supérieur immédiat : | | |
| Tâche effectuée au moment de l’accident : | | |
| **2. Accident :** | | |
| Date : | Heure : | |
| Lieu : | | |
| Date d’arrêt de travail : | Date de retour prévu : | |
| Premiers secours administrés : 🞎 Oui 🞎 Non | Date : | Heure : |
| Description des secours donnés : | | |
| Nom du secouriste : | | |
| Nom des témoins : | | |
|  | | |
| Matériel ou équipement utilisé lors de l’accident : | | |
|  | | |
| Description de l’accident (déroulement, lieu, contexte, etc.) : | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| (annexer autre feuille au besoin) | | |
| Le travailleur a été transporté à un établissement de santé : 🞎 Oui 🞎 Non | | |
| Moyen de transport : | Établissement : | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Lésion** | | | | | | | | | |
| Type de lésion : | | | | | | | | | |
| 🞎 Brûlure | | 🞎 Contusion | | | 🞎 Coupure | | 🞎 Déchirure | | |
| 🞎 Douleur | | 🞎 Écrasement | | | 🞎 Égratignure | | 🞎 Entorse | | |
| 🞎 Foulure | | 🞎 Fracture | | | 🞎 Irritation | | 🞎 Luxation | | |
| 🞎 Sectionnement | | 🞎 Tendinite | | | 🞎 Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Partie(s) du corps atteinte(s) (spécifier gauche « g » ou droit « d ») : | | | | | | | | | |
| 🞎 Tête | g🞎 d🞎 Oeil | | g🞎 d🞎 Hanche | | | Doigt : | | Orteil : | |
| 🞎 Cou | g🞎 d🞎 Oreille | | g🞎 d🞎 Cuisse | | | g🞎 d🞎 Pouce | | g🞎 d🞎 Gros orteil | |
| 🞎 Gorge | g🞎 d🞎 Épaule | | g🞎 d🞎 Genou | | | g🞎 d🞎 Index | | g🞎 d🞎 2e | |
| 🞎 Poitrine | g🞎 d🞎 Bras | | g🞎 d🞎 Jambe | | | g🞎 d🞎 Majeur | | g🞎 d🞎 3e | |
| 🞎 Dos | g🞎 d🞎 Coude | | g🞎 d🞎 Cheville | | | g🞎 d🞎 Annulaire | | g🞎 d🞎 4e | |
| 🞎 Abdomen | g🞎 d🞎 Avant-bras | | g🞎 d🞎 Pied | | | g🞎 d🞎 Auriculaire | | g🞎 d🞎 Petit orteil | |
| 🞎 Bassin | g🞎 d🞎 Poignet | | 🞎 Autres : | | | | | | |
| 🞎 Appareil génital | g🞎 d🞎 Main | |  | | | | | | |
| **4. Mesures temporaires prises au moment de l’accident** | | | | | | | | | |
| Description des mesures : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Nom du responsable des mesures : | | | | | | | | | |
| **5. Mesures permanentes afin de corriger la situation** | | | | | | | | | |
| Description des mesures : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Nom du responsable des mesures : | | | | | | | | | |
| Échéancier de réalisation : | | | | | | | | | |
| **6. Signatures** | | | | | | | | | |
| Responsable de l’enquête | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Signature : | | | | | Date : |
| Secouriste | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Signature : | | | | | Date : |
| Employé | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | Signature : | | | | | Date : |
| \* La signature de l’employé n’est pas requise s’il s’est absenté au-delà de la journée de travail. | | | | | | | | | |

Source : Exemple rendu disponible lors des formations du CPSST.

*Rapporter les accidents du travail*, article accessible sur le site de la CPSST : <https://www.centrepatronalsst.qc.ca/publications/infos-sst-bonjour/reclamations-et-suivi-d-accidents/rapporter-les-accidents-du-travail/>