*« 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/>