

RAPPORT D'INCIDENT/ACCIDENT DU TRAVAIL

COORDONNÉES DE L'EMPLOYÉ

NOM	ID DE L'EMPLOYÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE
INTITULÉ DU POSTE	SERVICE	
ADRESSE DU DOMICILE	TÉLÉPHONE FIXE	
ADRESSE E-MAIL	HOMME OU FEMME	DATE DE NAISSANCE

DESCRIPTION DE L'INCIDENT

EMPLACEMENT	DATE DE L'INCIDENT	HEURE DE L'INCIDENT

DESCRIPTION DE L'INCIDENT

Décrivez avec autant de détail que possible ce qui a causé l'incident/accident/blessure, ce que vous faisiez juste avant l'incident, et ce que vous avez fait après l'incident. Nommez les objets ou substances impliqués.

Avez-vous effectué des tâches habituelles au moment de l'incident ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Quelqu'un vous a-t-il vu vous blesser ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Si oui, indiquez tous les témoins :

Avez-vous signalé cet incident à quelqu'un ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Si OUI :

SIGNALÉ À NOM	FONCTION	DATE DE SIGNALEMENT

Si NON, expliquez pourquoi vous avez choisi de ne pas signaler :

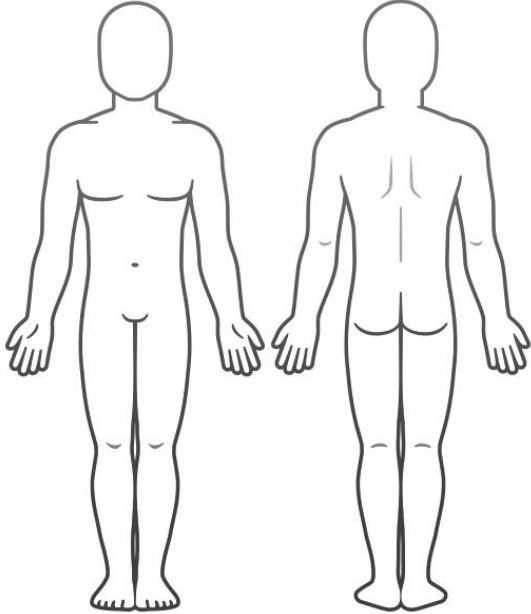
DESCRIPTION DE LA BLESSURE

NATURE DE LA BLESSURE *Sélectionnez tout ce qui s'applique*

<input type="checkbox"/>	Abrasion, éraflures	<input type="checkbox"/>	Amputation	<input type="checkbox"/>	Fracture	<input type="checkbox"/>	Hématome	<input type="checkbox"/>	Brûlure (chaleur)
<input type="checkbox"/>	Brûlure (chimique)	<input type="checkbox"/>	Commotion	<input type="checkbox"/>	Blessures par écrasement	<input type="checkbox"/>	Coupe, lacération, ponction		
<input type="checkbox"/>	Hernie	<input type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Entorse, élongation	<input type="checkbox"/>	Dommages au système corporel		
<input type="checkbox"/>	Autres, décrivez :								

DESCRIPTION DE LA BLESSURE

PARTIE DU CORPS AFFECTÉE *coloriez tout ce qui s'applique*

	
--	---

Les premiers soins ont-ils été prodigués sur les lieux ?		Si oui, qui a administré les premiers soins ?	
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Veuillez décrire les premiers soins administrés.			

Un traitement médical était-il nécessaire ?		SI OUI, NOM DE L'HÔPITAL/DU MÉDECIN :	
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
DATE DE VISITE	HEURE DE VISITE	TÉLÉPHONE DE L'HÔPITAL/DU MÉDECIN	

Avez-vous déjà eu une blessure similaire ?		<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Une blessure similaire a-t-elle été traitée ?		<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Si oui, décrivez la blessure antérieure						Si OUI, où, quand et par qui avez-vous été traité ?					

RAPPORT DE BLESSURE AU DOS

À remplir lorsqu'une blessure au dos est signalée par l'employé blessé. Si ce n'est pas le cas, passez à la page suivante.

Quelle partie de votre dos vous fait mal à présent ?

Quand avez-vous remarqué pour la première fois ce mal de dos ?		DATE :		HEURE :	
Qu'était-ce que vous faisiez à ce moment-là ? Expliquez en détail.					
Si vous souleviez un objet, quel était-il et à quel point était-il lourd ?					
Qu'avez-vous ressenti ?					
Quelle était la durée entre la blessure et votre incapacité, le cas échéant ?					

Quelqu'un vous a-t-il vu vous blesser ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Si oui, indiquez tous les témoins :

--

Avez-vous signalé cet incident à quelqu'un ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Si OUI :

SIGNALÉ À NOM	FONCTION	DATE DE SIGNALEMENT

Avez-vous déjà eu une blessure au dos auparavant ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	Avez-vous déjà été traité par un médecin ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
Si OUI, quand ? Et quelle partie de votre dos ?					Si OUI, où, quand et par qui avez-vous été traité ?				

Si vous avez déjà été blessé, cela vous a-t-il donné des problèmes depuis ? Expliquez.

--

DEMANDES D'INDEMNISATION ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà reçu ou déposé une demande d'indemnisation en raison d'une blessure au dos ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
---	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Avez-vous déjà reçu ou déposé une demande d'indemnisation en raison d'une autre blessure ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Si oui, indiquez les numéros des réclamations du Bureau des accidents du travail :

--

LIBÉRATION MÉDICALE

En vertu de la loi actuelle sur les accidents du travail, l'employeur a droit à une libération médicale signée. Par la présente, j'autorise toute personne qui, dans le passé, m'a soigné, traité ou examiné médicalement à divulguer ces informations à mon employeur, à l'organisation de soins gérés par mon employeur, ou au représentant désigné de mon employeur. Par la présente, j'autorise également toute personne qui, dans le futur, peut être amenée à me soigner, me traiter ou m'examiner médicalement à divulguer ces informations à mon employeur, à l'organisation de soins gérés par mon employeur, ou au représentant désigné de mon employeur. De plus, j'autorise par la présente toute personne qui pourrait disposer d'informations de quelque nature que ce soit qui pourraient être utilisées pour prendre une décision dans le cadre d'une demande d'indemnisation pour blessure ou maladie découlant de la lésion ou de la maladie décrite ci-dessus à divulguer ces informations à mon employeur, à l'organisation de soins gérés par mon employeur, ou au représentant désigné de mon employeur. Une copie de ce formulaire servira d'original.

NOM DE L'EMPLOYÉ manuscrit	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ	DATE

RAPPORT SOUMIS PAR

NOM	SIGNATURE	DATE

RAPPORT REÇU PAR

NOM	SIGNATURE	DATE

EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ

Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n'offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques.