**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://fr.smartsheet.com/try-it?trp=17810&utm_language=FR&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Health+and+Safety+Incident+Report+Form-word-17810-fr&lpa=ic+Health+and+Safety+Incident+Report+Form+word+17810+fr)INCIDENT DE SANTÉ ET SÉCURITÉ**

**FORMULAIRE DE RAPPORT**

INSTRUCTIONS Remplissez ce formulaire immédiatement après un incident lié au travail et envoyez-le à :

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| SIGNALÉ PAR | SERVICE |
|  |  |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | ADRESSE E-MAIL |
|  |  |

DÉTAILS DE L’INCIDENT

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EMPLACEMENT | | | | DATE DE L’INCIDENT | | | HEURE |
|  | | | |  | | |  |
| TYPE D’INCIDENT *sélectionnez-en un* | | | | | | | |
|  | ACCIDENT |  | INCIDENT | |  | PRESQUE ACCIDENT | |
|  | VIOLENCE |  | MALADIE | |  | SÉCURITÉ | |
| DESCRIPTION DE L’INCIDENT  Signalez tous les détails qui ont pu contribuer à l’incident. Joindre des informations supplémentaires le cas échéant. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| DESCRIPTION DES RÉSULTATS  Détaillez tous les dommages/effets sur la santé. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| MESURES CORRECTIVES  Décrivez les mesures correctives prises pour faire face aux risques immédiats liés à l’incident. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

INDIVIDU TOUCHÉ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM | ID DE L’EMPLOYÉ | DATE DE NAISSANCE | |
|  |  |  | |
| FONCTION titre ou désignation du poste, c’est-à-dire visiteur, entrepreneur, etc. | | | |
|  | | | |
| TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL | E-MAIL PROFESSIONNEL | | |
|  |  | | |
| TÉLÉPHONE PERSONNEL | E-MAIL PERSONNEL | | |
|  |  | | |
| ADRESSE DU DOMICILE | | | |
|  | | | |
| NOM DE L’EMPLOYEUR si la personne concernée n’est pas un employé | | | TÉLÉPHONE DE L’EMPLOYEUR |
|  | | |  |
| ADRESSE DE L’EMPLOYEUR | | | |
|  | | | |

RENSEIGNEMENTS SUR LES TÉMOINS

|  |  |
| --- | --- |
| NOM | COORDONNÉES |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

PREMIERS SOINS

PREMIERS SOINS ADMINISTRÉS ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | OUI |  | ADMINISTRÉS PAR |  |
|  | NON |  | COORDONNÉES |  |
|  | N/A |  | HEURE DE L’ADMINISTRATION |  |
| DÉTAILS DES PREMIERS SOINS ADMINISTRÉS | | | | |
|  | | | | |

APRÈS L’INCIDENT

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OÙ LA PERSONNE AFFECTÉE EST-ELLE ENSUITE ALLÉE ? *sélectionnez-en un* | | | | | | | |
|  | À L’HÔPITAL |  | À LA MAISON |  | RETOUR AU TRAVAIL |  | AUTRE |
| EXPLICATION/PLUS DE DÉTAILS SI D’AUTRES | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Un membre du comité mixte de santé et de sécurité a-t-il été avisé de l’incident ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | OUI |  | PERSONNE CONTACTÉE |  |
|  | NON |  | COORDONNÉES |  |

NOTES SUPPLÉMENTAIRES

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **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. |