**[](https://fr.smartsheet.com/try-it?trp=17810&utm_language=FR&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Work-Related+Accident/Injury+Report+Form-word-17810-fr&lpa=ic+Work-Related+Accident/Injury+Report+Form+word+17810+fr)ACCIDENT/BLESSURE LIÉ AU TRAVAIL**

**FORMULAIRE DE RAPPORT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INSTRUCTIONS |  | RÉCLAMATION N° |
| Ce formulaire doit être rempli dès que possible à la suite d’un accident ou d’une blessure liée à un employé. Si l’employé n’est pas en mesure de le faire, le responsable doit remplir ce formulaire, puis le soumettre au bureau des ressources humaines. |  |  |

INFORMATIONS PERSONNELLES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM DE L’EMPLOYÉ | | | | NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE | | ID DE L’EMPLOYÉ | | DATE DU JOUR |
|  | | | |  | |  | |  |
| INTITULÉ DU POSTE | | | | | | DATE D’EMBAUCHE | | TAUX DE RÉMUNÉRATION |
|  | | | | | |  | |  |
| ADRESSE DU DOMICILE | | | | | | TÉLÉPHONE FIXE | | TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL |
|  | | | | | |  | |  |
| NOM DU RESPONSABLE | | | | | E-MAIL DU RESPONSABLE | | | TÉLÉPHONE |
|  | | | | |  | | |  |
| STATUT DE L’EMPLOYÉ | | | | | HEURES PAR JOUR | | JOURS PAR SEMAINE | |
|  | À TEMPS PLEIN |  | TEMPS PARTIEL | |  | |  | |

INFORMATIONS SUR LES BLESSURES ET LES ACCIDENTS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ENDROIT DE LA BLESSURE | DATE DU PRÉJUDICE | MOMENT DE LA BLESSURE |
|  |  |  |
| LA BLESSURE A-T-ELLE CAUSÉ UNE PERTE DE TEMPS DE TRAVAIL ? Indiquez les dates, la durée | L’EMPLOYÉ EST-IL RETOURNÉ AU TRAVAIL ? | |
|  |  | |
| TÉMOINS Indiquez les noms des témoins de l’accident ou de la blessure | | |
|  | | |
| DESCRIPTION DES BLESSURES Quelles parties du corps ont été affectées ? Quel type de blessure ? | | |
|  | | |
| DESCRIPTION DE L’INCIDENT Que faisait l’employé au moment de l’incident ? Comment la blessure s’est-elle produite ? | | |
|  | | |

TRAITEMENT DES BLESSURES/ACCIDENTS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PREMIERS SECOURS Décrivez les premiers soins donnés sur les lieux de la blessure ou de l’accident. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| LE BLESSÉ A-T-il ÉTÉ TRAITÉE AUX URGENCES ? | | | | LE BLESSÉ A-T-IL ÉTÉ PRIS EN AMBULANCE ? | | | | |
|  | OUI |  | NON |  | OUI |  | | NON |
| NOM DU MÉDECIN TRAITANT | | | | NOMMEZ LE(S) FOURNISSEUR(S) MÉDICAL(S) | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| ADRESSE | | | | | | | TÉLÉPHONE | |
|  | | | | | | |  | |
| TRAITEMENT REÇU | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

SIGNATURE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOM | SIGNATURE | DATE |
| EMPLOYÉ |  |  |  |
| — OU — RESPONSABLE |  |  |  |

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