



### 1. Identification du travailleur et de l'entreprise

|                                   |                                |  |  |              |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|--------------|
| Nom de l'entreprise               |                                | Nom et prénom du travailleur   |  | N° d'employé |
| Titre d'emploi                    |                                | Fonctions / tâches   |  |              |
| Date d'embauche<br>____/____/____ | Ancienneté à ce poste<br>_____ | Quart de travail régulier<br><input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit |  |              |

### 2. Premiers soins

Aucun soin reçu

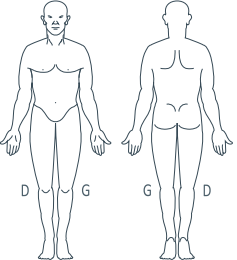
Soins reçus sur les lieux de l'accident - Personne qui a donné les premiers soins: \_\_\_\_\_

Soins reçus à l'hôpital  Autre endroit - préciser: \_\_\_\_\_

### 3. Identification des personnes impliquées

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Superviseur lors de l'événement | Tiers impliqué(s) |
| Nom du ou des témoins           |                   |

### 4. Description de la lésion

|  |   |
|--|---|
| Identification du siège de la lésion (ex. : épaule gauche, bas du dos, etc.) | Indiquer (es) site(s) de la douleur/blessure<br> |
| Type de lésion (ex. : brûlure, coupure, fracture, etc.)                      |   |

### 5. Description de l'événement

|   |                                |                                       |   |   |  |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|
| Date de l'événement<br>____/____/____         | Heure de l'accident<br>_____ h | Date de déclaration<br>____/____/____ | Type d'événement<br><input type="checkbox"/> Incident<br><input type="checkbox"/> Bris matériel: _____ \$ | <input type="checkbox"/> Accident<br><input type="checkbox"/> Maladie professionnelle   | <input type="checkbox"/> Sans perte de temps<br><input type="checkbox"/> Avec perte de temps |
| Lieu de l'événement                           |                                | Tâches au moment de l'événement       |   | Quart de travail<br><input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Surtemps |  |
| Description de l'événement par le travailleur |                                |                                       |   |   |  |
| Nom (Lettres moulées)                         |                                | Signature                             |   | Date  |  |

#### Envoi par courrier

Le Groupe ACCISST inc.  
5232, boulevard Wilfrid-Hamel  
Québec (Québec) G2E 2G9

#### Envoi par télécopieur

Région de Québec: 418 864-7954  
Région de Montréal: 514 223-2323  
Siège social: 1 877 864-7954

#### Envoi par courriel

[gestiondeslesions@accisst.com](mailto:gestiondeslesions@accisst.com)

## 6. Identification des causes de l'accident (MÉLITO)

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>Moment</b><br>Ex. : journée, quart de travail, temps supplémentaire, durée du quart de travail...                         | _____<br>_____<br>_____ |
| <b>Équipement de travail/matériel</b><br>Ex. : produits, outils, machines, véhicules, mobilier, équipements de protection... | _____<br>_____<br>_____ |
| <b>Lieu/environnement</b><br>Ex. : température ambiante, qualité de l'air, bruit, vibrations, éclairage...                   | _____<br>_____<br>_____ |
| <b>Individu</b><br>Ex. : expérience, habileté, âge, formation, capacité physique, comportement...                            | _____<br>_____<br>_____ |
| <b>Tâches</b><br>Ex. : travail à effectuer, procédures et méthodes utilisées, mouvements...                                  | _____<br>_____<br>_____ |
| <b>Organisation</b><br>Ex. : nombre de travailleurs requis, procédure sécuritaire, information/formation...                  | _____<br>_____<br>_____ |

## 7. Analyse des faits de l'événement

| Quelle est la situation anormale ou non souhaitée? | Quelle est la situation normale ou souhaitée? | Pourquoi cette situation anormale ou non souhaitée est-elle présente? | Recommandations |
|--|---|---|-----------------|
| _____  | _____   | _____   | _____           |
| _____  | _____   | _____   | _____           |
| _____  | _____   | _____   | _____           |
| _____  | _____   | _____   | _____           |

## 8. Mesures correctives immédiates à apporter

1. \_\_\_\_\_  
 Date de réalisation: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_     Permanente     Temporaire    Responsable des correctifs : \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
 Date de réalisation: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_     Permanente     Temporaire    Responsable des correctifs : \_\_\_\_\_

## 9. Autres mesures correctives permanentes à apporter

1. \_\_\_\_\_ Date de réalisation: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Date de réalisation: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Date de réalisation: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

## Signatures des parties

|  |           |       |
|--|-----------|-------|
| Nom du représentant de la direction (Lettres moulées)  | Signature | Date  |
| _____  | _____     | _____ |
| Nom du représentant des travailleurs (Lettres moulées) | Signature | Date  |
| _____  | _____     | _____ |