



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 ____/____/____	Ancienneté à ce poste _____	Quart de travail régulier <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit		

2. Premiers soins

Aucun soin reçu

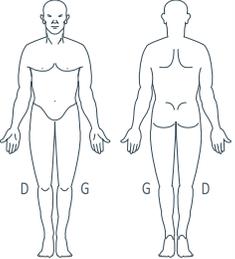
Soins reçus sur les lieux de l'accident - Personne qui a donné les premiers soins: _____

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 
Type de lésion (ex. : brûlure, coupure, fracture, etc.)	

5. Description de l'événement

Date de l'événement ____/____/____	Heure de l'accident _____ h	Date de déclaration ____/____/____	Type d'événement <input type="checkbox"/> Incident <input type="checkbox"/> Bris matériel: _____ \$	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> Sans perte de temps <input type="checkbox"/> Avec perte de temps
Lieu de l'événement		Tâches au moment de l'événement		Quart de travail <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

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

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

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
_____	_____	_____