

Veillez fournir les renseignements suivants SANS DÉLAI en composant le 1 800 999-9775.

SECTION A : Renseignements sur l'employeur				
Nom de l'entreprise :		Nom de la personne qui signale l'incident :		
Adresse :		N° de téléphone :		
Personne-ressource :		Nom et adresse du lieu de travail :		
N° de téléphone :				
SECTION B : Incident signalé				
<input type="checkbox"/> Perte de connaissance	Exposition		Détails	
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Biologique			
<input type="checkbox"/> Fracture (autre qu'aux doigts ou aux orteils)	<input type="checkbox"/> Chimique			
<input type="checkbox"/> Brûlure nécessitant des soins médicaux	<input type="checkbox"/> Physique			
<input type="checkbox"/> Perte de vision d'un œil ou des deux yeux	<input type="checkbox"/> Explosion			
<input type="checkbox"/> Lacération profonde nécessitant des soins médicaux	<input type="checkbox"/> Catastrophe			
<input type="checkbox"/> Hospitalisation par un médecin	<input type="checkbox"/> Défaillance d'équipement catastrophique			
<input type="checkbox"/> Décès				
SECTION C : Description de l'incident				
Date / Heure de l'incident :		Activité / Lieu :		
Endroit (ville / village le plus près) :				
Détails préliminaires de l'incident :				
SECTION D : Incident entraînant des blessures				
Travailleur blessé :		Transporté à l'hôpital? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Profession :		Nom de l'hôpital :		
Âge approximatif :	N° de téléphone :			
Nature des blessures :				
SECTION E : Exposition – Échantillonnage				
Effectué par :				
Agent	Endroit	Heure	Résultats	Commentaires