Activité #3 **RAPPORT SUR L’ACCIDENT OU L’INCIDENT**

Le superviseur du département et l’employé en cause doivent remplir ce formulaire dès que possible. Le superviseur doit remplir le *Rapport de l’employeur sur la blessure ou la maladie*, et l’employé peut présenter une demande de prestations s’il s’absente du travail ou doit obtenir des soins médicaux d’un fournisseur de soins de santé.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements sur l’employé** | | | | |
| Nom du travailleur : Elizabeth Murray Date de l’accident / incident (mm/jj/aa) : 20xx-07-19\_\_\_  Heure de l’accident / incident : \_\_10 :30 A.M. Travailleur à temps plein / à temps partiel : Temps plein  Poste occupé au moment de l’accident / incident :  Conseillère en vente Accident / Incident signalé à : Caroline Jones Date que l’accident / incident a été signalé : 20xx-07-19 Superviseur du travailleur : Caroline Jones | | Témoin(s) : Julie Gionet Lieu de l’accident / incident (y compris l’étage, le service et l’édifice) : Plancher de vente Superviseur du secteur où l’accident / incident est survenu :  Caroline Jones Durée du quart de travail du travailleur :  0 à 4 heures \_X\_\_\_\_\_ 4 à 8 heures 8 à 10 heures  10 à 12 heures Plus de 12 heures Nombre d’années de service : 3  Le superviseur a-t-il présenté un *Rapport de l’employeur sur la blessure ou la maladie* à Travail sécuritaire NB? \_X\_Oui\_\_\_\_Non  L’employé a-t-il présenté une demande de prestations?  \_X\_ Oui\_\_\_\_Non  Personnes avisées :  \_X\_ Superviseur X Gestionnaire du service  Coordonnateur de la santé et de la sécurité  Membre de la famille Autre (préciser) | | |
| **Type de blessure** | | | | |
| Type d’accident / incident : \_X Blessure Maladie  Exposition Réaction allergique Dommages matériels  Autre : | | | Soins médicaux : Premiers soins seulement  X Salle d’urgence  Quasi-accident  Aucun soin médical | |
| **Veuillez décrire l’accident / incident en donnant le plus de détails possible.** | | | | |
| Je me penchais sur le côté pour attacher une enseigne de vente sur les grosses lumières au plafond. La fixation des lumières sur laquelle je tenais s’est détaché du plafond en même temps que l’échelle a glissé. Quand j’ai tombé, j’ai atterris sur une de nos vitrines. Je me suis coupée profondément et j’ai cassé mon poignet. | | | | |
| **Veuillez cocher tous les éléments qui s’appliquent.** | | | | |
| Personne qui a subi l’accident / incident  \_X Travailleur  Bénévole  Entrepreneur / Sous-traitant  Visiteur  Autre (préciser) | Source de la blessure  Mouvement du corps  Brûlure chimique, électrique ou thermique  Condition contagieuse  Machines  Objet en mouvement  Véhicule (motorisé et non motorisé)  Personne  Outil portatif (à moteur et non mécanique)  X Équipement ou instrument  \_ \_ Surface de travail (toit, rampe, escalier, plancher)  X Meuble / Accessoire fixe  \_\_\_Autre (préciser)    Cause de la blessure  Exposition à des agents biologiques, chimiques ou physiques  Pris dans / entre  Contact avec une machine  X Glissement / Trébuchement / Chute  Effort excessif  X Grimper, se pencher, étendre les bras, se tordre  Réaction ou exposition  Mouvements répétitifs  Frappé contre  Frappé par  Autre (préciser ) | | | Partie du corps  \_ \_ Cheville  X Bras  \_ \_ Dos  Coude  Œil  Pied  Doigt / Pouce  Main (pas le poignet ni les doigts)  X Tête  Cou et épaule  Genou  Jambe  Parties multiples  Maladie professionnelle (système)  Tronc  \_X\_ Poignet  X Autre (préciser)  Visage  Gravité de la blessure  Aucune blessure  \_\_\_ Mineure à modérément grave  X Grave  Mortelle  Non disponible |
| Dommages matériels  Édifice  Machines  Convoyeurs  Équipement (mobile ou autre)  Équipement de protection individuelle  Outils  \_ \_ Véhicules  X Autre (préciser)  Une vitrine |
| Nature de la blessure  X Coupure / Amputation  Réaction allergique  Brûlure (chimique / électrique)  \_ \_ Brûlure (contact avec la chaleur)  \_X \_ Éraflure / Écrasement / Contusion  Pénétration par un objet  Inflammation  Maladie professionnelle  Entorse / Foulure / Déchirure  X Fractures et luxations  Autre (préciser) |
| **Suivi assuré par le surveillant ou son remplaçant** | | | | |
| Enquête commencée? Oui \_X Non | | Signature du travailleur : | | |
| Copies du rapport remises à : | | Date : | | |
|  | | Signature du superviseur : | | |
|  | | Date : | | |