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\_\_\_\_NonPersonnes 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 matérielsAutre :  | 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 :  |