



Formulaire de déclaration, d'analyse et de maîtrise d'un phénomène dangereux, d'une situation ou condition dangereuse

Identification du travailleur		
Travailleur	Nom et prénom : _____ Matricule de l'employé : _____	
	Fonction : _____ Poste téléphonique : _____	
	Installation : _____	
	Département ou unité : _____	
	Date de la déclaration verbale : _____ Date de la déclaration écrite : _____	
	Description du phénomène dangereux ou de la situation ou de la condition dangereuse (à remplir par le travailleur)	
Signature du travailleur : _____		
Gestionnaire	Analyse des mesures préventives et/ou de protection à prendre (plus d'un choix est possible) (✓)	
	<input type="checkbox"/> Éliminer le phénomène, la situation ou la condition	<input type="checkbox"/> Utiliser un signalement sécuritaire
	<input type="checkbox"/> Utiliser un substitut	<input type="checkbox"/> Utiliser une formation, une procédure
	<input type="checkbox"/> Avoir recours à un contrôle technique	<input type="checkbox"/> Utiliser un équipement de protection
	<input type="checkbox"/> Autres mesures: _____	
	Mesures temporaires (si nécessaire) : _____	
	Mesures permanentes : _____	
	Action(s) prise(s) par le gestionnaire pour s'assurer du traitement de l'action corrective ou préventive (à remplir par le gestionnaire)	
	Description : _____	
	Nom du service et de la personne responsable du traitement: _____	
	Gestionnaire avisé le (AAAA/MM/JJ) : _____ Mise en place du correctif (AAAA/MM/JJ) : _____	
Signature du gestionnaire : _____		
Suivi par le gestionnaire		
Suivi : _____ Mise en place du correctif (AAAA/MM/JJ) : _____		
Copies envoyées : <input type="checkbox"/> Bureau de santé <input type="checkbox"/> Employé		
Réservé au Bureau de santé		
Formulaire compilé pour rapport en date du (AAAA/MM/JJ) : _____		
Dépôt au CPSST en date du (AAAA/MM/JJ) : _____		