

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

PRASAT
Enquête et analyse
Déclaration

Identification de l'employé

Employé: _____ Matricule: _____ Sexe M F
Titre d'emploi: _____
Service: _____ Temps supplémentaire: Oui Non

Description de l'événement

Date et heure de l'événement: _____ Hors temps du travail: Avant Repas Après
Date de la déclaration: _____ Lieu de l'événement: _____
Gestionnaire avisé: _____ Avisé le: _____
Horaire de travail: _____ De _____ à _____

Dommages matériels

Activité du travailleur au moment de l'événement

Description de l'événement par le travailleur

Type de contact	Type de blessure	Site lésionnel
<input type="checkbox"/> Agression psychologique <input type="checkbox"/> Agression physique <input type="checkbox"/> Choc électrique <input type="checkbox"/> Chute / glissade <input type="checkbox"/> Colné / écrasé <input type="checkbox"/> Contact avec produit chimique <input type="checkbox"/> Contact avec température extrême <input type="checkbox"/> Contrôle physique <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Faux mouvement <input type="checkbox"/> Frappé par / frappé contre <input type="checkbox"/> Frottement, pression, friction <input type="checkbox"/> Morsure, éclaboussure <input type="checkbox"/> Mouvements répétitifs <input type="checkbox"/> Piqure d'aiguille / objet contaminé <input type="checkbox"/> Radiation <input type="checkbox"/> Usager / mobilisation <input type="checkbox"/> Usager / éviter chute <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Atteinte psychologique <input type="checkbox"/> Blessure / tendon / ligament <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Contusion / ecchymose / morsure / lacération mineure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Dislocation / fracture <input type="checkbox"/> Entorse / foulure <input type="checkbox"/> Éraflure / coupure <input type="checkbox"/> Inflammation / infection <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Irritation de la peau / dermatite <input type="checkbox"/> Lacération majeure / amputation <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Psychologique Membres supérieurs <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Autres Main <input type="checkbox"/> Pouce <input type="checkbox"/> Annulaire <input type="checkbox"/> Index <input type="checkbox"/> Auriculaire <input type="checkbox"/> Majeur <input type="checkbox"/> Autres Membres inférieurs <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Mollet <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Hanche Autres (précisez) <input type="checkbox"/> Côté gauche <input type="checkbox"/> Côté droit <input type="checkbox"/> Les deux côtés <input type="checkbox"/> Multiples

Signature de l'employé: _____

Date: _____

Signature du responsable: _____

Date: _____

ENQUÊTE À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE

PRASAT
Enquête et analyse
Enquête sommaire

Description de l'enquête

Date et heure de l'enquête:

Événement: Avec perte de temps sans perte de temps

Premiers soins et premiers secours: Oui Non

Quart de travail:

Portion du quart:

Référé à un médecin: Oui Non

Témoins

Visite des lieux: Oui Non

Témoin:

Type de témoin:

Témoignage:

Analyse de l'événement

Agents causals: Identifier, selon vous, le ou les éléments qui expliquent la survenance de l'événement

Tâche	Équipement / matériel	Environnement (lieu)
<input type="checkbox"/> Cadence de travail <input type="checkbox"/> Geste dangereux / jeux <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail <input type="checkbox"/> Inobservance des règles de sécurité <input type="checkbox"/> Mobilisation du patient <input type="checkbox"/> Patient agressif <input type="checkbox"/> Patient confus <input type="checkbox"/> Posture inadéquate <input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> EPI inadéquat / défectueux <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente <input type="checkbox"/> Fiche signalétique non disponible <input type="checkbox"/> Identification inadéquate / défectueuse <input type="checkbox"/> Matériel présentant un risque élevé <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection inadéquat <input type="checkbox"/> Outils / équipement défectueux <input type="checkbox"/> Outils / équipement inadéquat <input type="checkbox"/> Produit toxique <input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat <input type="checkbox"/> Conditions ambiantes (gaz, fumée, bruits, chaleur) <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques (intempéries) <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Propreté / désordre <input type="checkbox"/> Sol Inégal <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate <input type="checkbox"/> Autres:
Organisation		Individu
<input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Affectation (tâche et employé) <input type="checkbox"/> AST (Inadéquate / absente) <input type="checkbox"/> Communication (info / affichage) <input type="checkbox"/> Conception (Ingénierie) <input type="checkbox"/> Description de tâche <input type="checkbox"/> Entretien <input type="checkbox"/> Entretien préventif <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT	<input type="checkbox"/> Formation (entraînement) <input type="checkbox"/> Inspection <input type="checkbox"/> Méthode de travail (inadéquate) <input type="checkbox"/> Planification <input type="checkbox"/> Procédure (inadéquate / absente) <input type="checkbox"/> Règlement (inadéquat / absent) <input type="checkbox"/> Supervision (surveillance / contrôle) <input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Condition physique <input type="checkbox"/> Connaissances <input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> EPI inutilisé <input type="checkbox"/> Inexpérience <input type="checkbox"/> Gestes dangereux <input type="checkbox"/> Inadvertance <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Autres:

Mesures correctives

Personne ayant effectuée l'enquête et analyse

Nom : _____
(Écrire en lettres moulées)

Titre: _____

Signature : _____

Date: _____

AST: Analyse sécuritaire de tâche EPI: Équipement de protection individuelle