



Rapport d'événement survenu au travail

IDENTIFICATION

Nom : _____	Date de naissance : _____
N° d'ass. sociale : _____	N° d'ass.-maladie : _____
Adresse : _____	N° de téléphone : _____
_____	Fonction : _____

Nom du responsable de l'activité où survient l'événement : _____

TÉMOIN(S) DE L'ÉVÉNEMENT (indiquez le ou les noms)

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ÉVÉNEMENT (à remplir par l'employée ou l'employé)

Date et heure : _____

Détails : _____

Signature : _____ Date : _____

DESCRIPTION PAR UN TÉMOIN (s'il y a lieu)

Signature : _____ Date : _____

LIEU DE L'ÉVÉNEMENT (s'il y a lieu, indiquez le numéro du local)

Local n° : _____ Corridor Escalier Extérieur ENPQ Autres

LORS DE BLESSURES, PARTIE DU CORPS BLESSÉE

Nature des lésions		Sièges des lésions		
<input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Écorchure <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Enflure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Entorse	<input type="checkbox"/> Luxation <input type="checkbox"/> Déchirure <input type="checkbox"/> Musculaire <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Hernie <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/> Autres lésions (précisez) _____ _____ _____ _____	Tête	<input type="checkbox"/>	
			Gauche	Droit
		Visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pouce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Index	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Majeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gauche	Droit
		Annulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Auriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tronc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Autres sièges (précisez)		
		<input type="checkbox"/>	_____	
		<input type="checkbox"/>	_____	
		<input type="checkbox"/>	_____	

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA BLESSURE OU DU MALAISE

NATURE DES PREMIERS SECOURS DISPENSÉS :

Les premiers secours ont été administrés
 par _____ le _____.

S'il y a lieu, où la personne accidentée a-t-elle été conduite?

Hôpital Clinique Domicile Quand? _____

Comment? Ambulance Taxi Personnel de l'ENPQ Autres

Nom de l'accompagnateur : _____

SUPÉRIEUR AVISÉ : Non Oui Quand? _____

Par qui? _____

Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____

Autres documents versés aux dossiers de l'employé ou l'employée : Oui Non

Veillez retourner ce rapport au directeur des ressources humaines dans les vingt-quatre (24) heures suivant l'incident.

c.c. Supérieur immédiat
 Registre des accidents du travail