CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

Déclaration, enquête et analyse d'un événement accidentel ou d'une situation dangereuse

☐**Événement accidentel** ☐**Situation dangereuse** **(aucun événement accidentel n'est survenu)** ☐**Maladie professionnelle**

I-Identification de l'employé(e) déclarant l'événement accidentel ou la situation dangereuse

Nom et prénom : …… N° d'employé(e) : ……

Titre d'emploi : …… Service : ……..

Installation : ☐Sainte-Justine ☐CRME ☐École

Nombre d'années d'expérience : dans l'établissement : …… dans ce titre d'emploi : ……..

Statut d'emploi : ☐temps complet ☐temps partiel ☐occasionnel

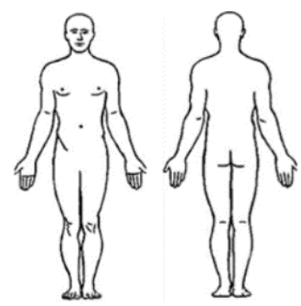
II-Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse (à remplir par l'employé(e))

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel ? ☐Jour ☐Soir ☐Nuit ☐TS

Date de l'événement : ……/……/…….. Heure (0-24h) : ……
AAAA MM JJ

Lieu exact : …….. **(veuillez préciser le # du local)** Unité/Service : ……..
(Ex. : salle de bain, # chambre, stationnement, etc.)

Indiquer sur le schéma le(s) siège(s) des lésions



Siège(s) des lésions : ……

Genre de blessure :
☐ douleur ☐ contusion ☐ irritation ☐ éclaboussure ☐ égratignure ☐ psychologique
☐ brûlure ☐ coupure ☐ inhalation ☐ virus/infection ☐ piqûre ☐ autres : ……

Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : ……

Avez-vous reçu des premiers soins : ☐Non ☐Oui Lesquels : ……

Nom de la personne qui a donné les premiers soins : ……

Nom du supérieur avisé **(en lettres moulées)** : ……

Date : ……/……/…….. Heure (0-24h) : ……
AAAA MM JJ

Description de l'événement accidentel ou de la situation dangereuse :

……
……
……
……
……
……
……
……

Que suggérez-vous pour qu'une situation semblable ne se reproduise pas ? ……
……

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit

Signature de l'employé(e) : …… Date : ……/……/……..
AAAA MM JJ

III-Enquête et analyse (à remplir par le ou la gestionnaire) en cas d'événement accidentel

À quelle activité était affecté l'employé(e) au moment de l'événement accidentel :

☐quart de travail complété ☐a quitté pour consultation médicale

Causes et facteurs ayant contribué à l'événement	Mesures préventives ou correctives	Responsable(s)	Échéancier (AAAA/MM/JJ)
Équipements :			
Tâches :			
Personnes :			
Environnement :			
Organisation du travail :			

Commentaires : ……
……

Nom du gestionnaire **(en lettres moulées)** : …… Signature : ……

☐ copie employé(e) ☐ copie service SST ☐ copie syndicat ☐ copie conseiller en prévention