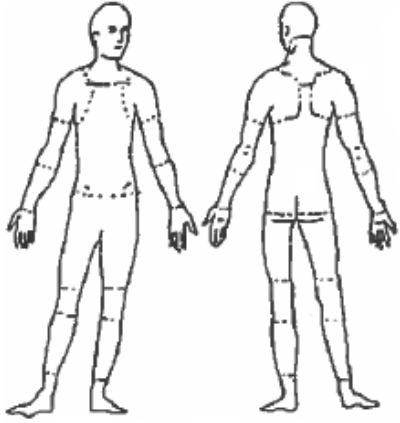




La personne qui déclare tout incident, accident ou maladie professionnelle doit remplir les sections A et B, inscrire la date sur le rapport, le signer et le soumettre à son superviseur immédiat ou au Services de Ressources humaines (RH) dans les 24 heures.

Section A : Renseignements généraux		
NOM	Prénom	
<input type="checkbox"/> Membres du personnel	N° d'identification UMCS :	
<input type="checkbox"/> Autres (stagiaire, conférencier, etc.)		
Numéro de téléphone jour	Numéro de téléphone le soir	
Section B : Description de l'incident/ accident/maladie professionnelle		
Quand (AAAA/MM/JJ) :	Heure :	
Date et heure à lesquelles l'incident/ accident/maladie professionnelle a été signalé au superviseur immédiat ou à RH:		
Partie de la journée de travail :		
<input type="checkbox"/> En arrivant ou partant du travail		
<input type="checkbox"/> Pendant les heures de travail		
<input type="checkbox"/> Durant le repas		
<input type="checkbox"/> Durant la pause		
<input type="checkbox"/> Heures supplémentaires		
<input type="checkbox"/> Autre :		
Où? Lieu (bureau, escalier, etc.)	Édifice	Local
Que s'est-il produit? (Description et déroulement de l'incident/ accident/maladie professionnelle)		

Avez-vous subi des blessures (Description des blessures en indiquant les parties du corps)

	<p>Nature de la blessure :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Éraflure, écorchure<input type="checkbox"/> Lacération, coupure,<input type="checkbox"/> Hernie<input type="checkbox"/> Malaise<input type="checkbox"/> Entorse<input type="checkbox"/> Amputation<input type="checkbox"/> Os cassé<input type="checkbox"/> Hématome<input type="checkbox"/> Brûlure (chaleur)<input type="checkbox"/> Brûlure (chimique)<input type="checkbox"/> Commotion<input type="checkbox"/> Autres :
---	---

Quels facteurs ont joué comme cause de l'incident/ accident/maladie professionnelle ?

Comment l'incident/ accident/maladie professionnelle aurait-il pu être évité?

Les premiers soins ont-ils été donnés? OUI Par qui? _____ NON

Signature

Date

Si une personne autre que la personne qui fait la déclaration remplit le formulaire, elle doit donner les renseignements suivants :

Formulaire rempli par :	N° téléphone
Signature	Date



Le superviseur immédiat doit remplir les sections C et D, inscrire la date sur le rapport, le signer et l'envoyer au Service des Ressources humaines (RH) dans les 24 heures.

Section C: Renseignements généraux du superviseur immédiat	
NOM	Prénom
Numéro de téléphone jour	Numéro de téléphone le soir
Si l'incident/ accident/maladie professionnelle n'a pas été signalé immédiatement, indiquez les raisons :	
Dommage matériel OUI <input type="checkbox"/> Valeur approximative : NON <input type="checkbox"/>	
Section D : Mesure de prévention	
Cause de l'incident – causes principales (Cochez toutes les causes qui s'appliquent.)	
<input type="checkbox"/> Garde inadéquat (rampe) <input type="checkbox"/> Équipement de sécurité défectueux <input type="checkbox"/> Équipement ou outils défectueux <input type="checkbox"/> Station de travail non sécuritaire <input type="checkbox"/> Mauvais éclairage <input type="checkbox"/> Mauvaise ventilation <input type="checkbox"/> Absence d'équipement de protection <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Vitesse inadéquate <input type="checkbox"/> Procédure de verrouillage non respecté <input type="checkbox"/> Position de travail non ergonomique <input type="checkbox"/> Distraction <input type="checkbox"/> Absence d'outils adéquats <input type="checkbox"/> Manque de formation <input type="checkbox"/> Vêtement non approprié
Quelles mesures correctives ont été prises pour prévenir un nouvel incident/ accident/maladie professionnelle ?	
Les personnes qui exécutent cette tâche ou activité ont-elles reçu une formation ou des directives? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

La tâche ou l'activité était-elle supervisée? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Commentaires du superviseur (renseignements additionnels sur l'incident/ accident/maladie professionnelle)	
Signature du superviseur	Date

Réservé au Service de ressources humaines

Revu par :

Date

S'il y a eu des blessures, veuillez cocher une case :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas de premiers soins, retour au travail | <input type="checkbox"/> Visite chez le médecin, retour au travail léger |
| <input type="checkbox"/> Premiers soins, retour au travail | <input type="checkbox"/> Visite chez le médecin, perte de temps de travail |
| <input type="checkbox"/> Visite chez le médecin, retour au travail | <input type="checkbox"/> Refus d'un traitement médical |

Distribution du rapport au conseiller en santé et sécurité.

Le formulaire 67 employeur est envoyé à Travail sécuritaire NB. Date de l'envoi: