|  |
| --- |
| Identification de la personne accidentée |
| Prénom, nom | Fonction au moment de l’accident |
| Numéro d’employé | Arrondissement, service, division |
| premiers secours |
|[ ]  Oui |  |[ ]  Non | Donnés par (prénom, nom et fonction) |
| Nature de la blessure :  |
| Nature des premiers secours :  |
| description de l’accident |
| Date de l’accident (aaaa-mm-jj) :  | Heure de l’accident (hh:mm) : |
| Lieu précis de l’accident :  |
| Visite des lieux : [ ]  Oui [ ]  Non |
| par (prénom, nom, fonction) :  |
| Témoins : [ ]  Oui [ ]  Non |
| 1° | Prénom, nom et fonction : |  |  |
| 2° | Prénom, nom et fonction : |  |  |
|  |  |  |  |
| Décrivez clairement la série d’événements qui ont entraîné l’accident. Donnez des précisions sur les faits reliés au **MÉLITO** (**M**oment, **É**quipement, **L**ieu, **I**ndividu, **T**âche, **O**rganisation). |
| mesures correctives immédiates |
| Décrivez les mesures correctives mises en œuvre rapidement suite à l’accident. |
| Mesures correctives mises en œuvre par (prénom, nom, fonction) | Date (aaaa mm-jj) |
| confirmation de la déclaration |
| Déclaration remplie par (prénom, nom, fonction) | Signature | Date (aaaa-mm-jj) |
| Personne accidentée identifiée à la section 1 | Signature | Date (aaaa-mm-jj) |
| Témoins (s’il y a lieu) **NOTE :** Il n’est pas nécessaire d’inscrire de nouveau le nom des témoins puisque c’est déjà fait à la section 3; il suffit de les faire signer dans le même ordre. | Signature du témoin 1° | Date (aaaa-mm-jj) |
|  | Signature du témoin 2° | Date (aaaa-mm-jj) |

|  |
| --- |
| **Rappel** |
| **DÉFINITION D’UN ACCIDENT DU TRAVAIL**Un accident est un événement **imprévu et soudain** qui survient **par le fait ou à l’occasion du travail** et **qui perturbe le déroulement** normal des opérations. Il est dû à la rencontre d’un **ensemble de circonstances** qui **peuvent causer ou ont causé** soit une blessure, soit des dommages, ou les deux.Tous les accidents du travail doivent être rapportés immédiatement au supérieur immédiat. Ce dernier a notamment comme responsabilité d’enclencher le processus d’enquête. |
| Le formulaire **Déclaration d’accident du travail** doit être transmis à :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  (fonction + service + mode de transmission) |
|  |  |
|  | (fonction + service + mode de transmission) |
| **3.** |  |
|  | (fonction + service + mode de transmission) |

  |