

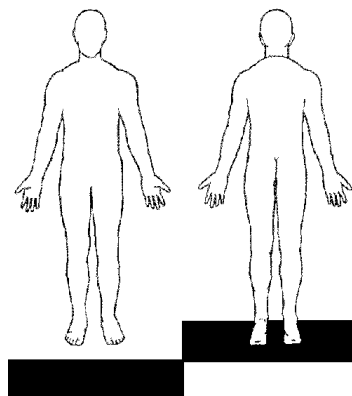
## PARTIE A : TRAVAILLEUR

### IDENTIFICATION (En lettres carrées)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

### PREMIERS SECOURS

Partie du corps affectée : \_\_\_\_\_  
Genre de lésion : \_\_\_\_\_  
Premiers secours reçus :  Oui  Non  
Nature des premiers secours reçus : \_\_\_\_\_



Identifiez le siège de la lésion :

Nom ou Signature secouriste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

### TYPE D'ÉVÈNEMENT (encercler le type d'évènement)

Frappé par	Corps étranger	Chuter /Glisser	Couper/enfoncer	Accident de voiture
Écrasé par	Effort	Mouvement	Contact avec substance	Contact électrique
Autre :				

### DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT

Date de l'évènement : \_\_\_\_\_

Lieux précis de  
l'évènement : \_\_\_\_\_

AVANT

DOS

Heure de l'évènement : \_\_\_\_\_

Activité ou tâche  
exercée : \_\_\_\_\_

Perte de temps :  Oui  Non

Description précise de l'évènement (précisez s'il y a lieu, l'étape de la tâche, les gestes effectués, les équipements et les outils, l'état des lieux, etc.) Vous pouvez joindre des photos ou croquis.

Témoins :

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE PORTÉ LORS DE L'ÉVÈNEMENT (cocher)							
Gant Anti-piqûre		Veste de flottaison		Harnais		Vêtement de protection ignifuge	
Casque de sécurité		Ceinture de sécurité		Gant de latex		Appareil respiratoire autonome	
Lunettes de sécurité		Pantalon de sécurité		Gants de travail		Coquilles ou bouchons	
Visièrre ou écran facial		Veste pare-balles		Dossard		Bottes ou soulier de sécurité	
Salopette de travail		Autres :					

**SUGGESTIONS DE L'EMPLOYÉ(E)** (Suggestions pour éviter qu'un autre événement du genre ne se reproduise)

---



---



---



---

**SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)**

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

Signature : \_\_\_\_\_

Date de la signature : \_\_\_\_\_

Heure de la signature : \_\_\_\_\_

**PARTIE B : SUPERVISEUR**

Déclaration reçue par : \_\_\_\_\_

Date reçue : \_\_\_\_\_

Mesure(s) immédiate(s) ou préventive(s) apportée(s) : \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**PARTIE C : RESSOURCES HUMAINES**

Déclaration reçue par : \_\_\_\_\_

Date reçue : \_\_\_\_\_

Rapport EAEA :  Oui  Non

---



---