

**RAPPORT D'ENQUÊTE
SUR UN ACCIDENT**

À faire remplir par le superviseur immédiat dans les 24 heures.

TYPE D'ACCIDENT <input type="checkbox"/> Explosion <input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Blessure invalidante (perte de temps) <input type="checkbox"/> Intervention d'urgence <input type="checkbox"/> Blessure nécessitant une intervention médicale <input type="checkbox"/> Blessure mineure <input type="checkbox"/> Accident évité de justesse <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	N° de dossier du service
	Bureau régional ou bureau de district
	N° d'identification de l'employé

Adresse postale locale de Radio-Canada		Code postal	
Lieu de l'accident		Conditions climatiques	
Date de l'accident	Heure de l'accident	Date du signalement	Heure du signalement
Témoins		Nom du superviseur	Numéro de téléphone
Nom de la victime (s'il y a lieu)		Âge	Sexe
Occupation actuelle		Service	Années d'expérience dans les fonctions actuelles
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Artiste <input type="checkbox"/> Pigiste <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser)		Jours de travail normaux	
Partie du corps touchée (indiqué gauche ou droit) (si doigts/orteils : indiquer lequel)			
Type de blessure	Si blessure avec perte de temps, dernier jour travaillé	Si blessure avec perte de temps, dernière heure de travail	Si la victime a été hospitalisée, nom de l'hôpital
Nom et adresse du médecin traitant			
Causes de la blessure			
La victime a-t-elle formée à la prévention des accidents (relativement aux tâches qu'elle était chargée d'exécuter) avant l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez préciser :			
Circonstances de l'accident			
Brève description et montant estimatif des dommages aux biens (s'il y a lieu)			
Causes directes de l'accident		Causes fondamentales	
Mesures correctives		Date d'exécution complète des mesures correctives	
S'il y a lieu, raisons pour lesquelles aucune mesure corrective n'est prise			
Mesures préventives supplémentaires			
Nom de l'enquêteur		Signature	Date
Titre		Numéro de téléphone	
Nom du chef de service		Signature	Date

Commentaires d'un membre ou d'un représentant du Comité de la santé et de la sécurité au travail		
Nom du membre ou du représentant du Comité		Signature
Titre		Numéro de téléphone
		Date

**Distribution : Original : Conseiller en Santé et Sécurité
Copies : Superviseur immédiat, Comité local de Santé et Sécurité**