## DÉTAILS GÉNÉRAUX SUR L'ÉVÈNEMENT – À REMPLIR PAR LE SUPERVISEUR

| Secteur d'activités | Assistance médicale nécessaire | Type d'évènement | Premiers soins |
|---|---|---|---|
| ☐Administration<br>☐Atelier mécanique<br>☐Civil et béton<br>☐Concassage (CIP)<br>☐ Industriel<br>☐Transport (TEL) | ☐Oui<br>☐Non<br><br>*Si oui : remettre au travailleur le formulaire d'assignation temporaire (FOR-SSE-002).* | ☐ Accident consignable (avec consultation médical)<br>☐ Blessure mineure (sans consultation)<br>☐ Dommage matériel<br>☐ Quasi | Ont-ils été apportés par un secouriste?<br><br>☐ Oui<br>☐ Non<br>☐ N/A |

## RENSEIGNEMENT SUR L'EMPLOYÉ – À REMPLIR PAR LE SUPERVISEUR

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nom de l'employé : | | | | Téléphone : | | |
| Titre du poste : | | | | Superviseur : | | |
| Nom de l'usine / chantier | | | | | | |
| Quart de travail : | ☐ Jour | ☐ Soir | ☐ Nuit | Heure de début du quart : | | |
| Avez-vous déjà eu une telle lésion ? | ☐ Oui | | ☐ Non | Si oui, quelle année? | | |
| Avez-vous déjà eu un dossier à la CNESST? | ☐ Oui | | ☐ Non | Si oui, quelle était la lésion ? | | |
| Statut de l'employé : | ☐ Employé | | ☐ Employé contractuel | | ☐ Sous-traitant | ☐ Visiteur |

## DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT DÉTAILLÉ (VERSION DU TRAVAILLEUR) – À REMPLIR PAR LE SUPERVISEUR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Date de l'évènement : | | Heure : | |
| Date de déclaration : | | Heure : | |
| Témoin (s) de l'évènement : | | | |
| Que s'est-il passé avant, pendant et après l'événement? Le travailleur parle en « je » Joindre des diagrammes, photos, etc. au besoin: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Signature du travailleur :** | | **Date :** | |

## PREMIERS SOINS PREMIERS SECOURS APPORTÉS :

| | |
|---|---|
| **Prénom et non du secouriste :** | |
| **Nature des premiers soins apportés :** | |
| **Signature du secouriste :** | |

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉVÈNEMENT – À REMPLIR PAR LE SUPERVISEUR

| Nature des lésions | Sièges des lésions | |
|---|---|---|
| ☐ Endroit douloureux / contusion<br>☐ Entorse / foulure / luxation<br>☐ Fracture<br>☐ Plaie superficielle (égratignure, éraflure, piqûre, écharde, corps étranger)<br>☐ Plaie profonde (coupure, lacération, déchirure plaie ouverte, abcès)<br>☐ Brûlure / gelure / radiation (flash)<br>☐ Étouffement / Asphyxie<br>☐ Amputation/perte d'un œil/d'ongles ou de dents<br>☐ Intoxication/empoisonnement<br>☐ Commotion / crise / perte de conscience<br>☐ Écrasement / contusion<br>☐ Choc électrique/électrocution<br>☐ Irritation de la peau/réaction allergique<br>☐ Décès<br>Autres lésions (précisez) : _____ | ☐ Tête<br>☐ Cou<br>☐ Nez<br>☐ Bouche / mâchoires / dents<br>☐ Gorge<br>☐ Visage<br>☐ Poitrine / Thorax<br>☐ Dos<br>☐ Côte<br>☐ Hanches / Bassin ☐ D ☐ G<br>☐ Aine ☐ D ☐ G<br>☐ Abdomen<br>☐ Jambe ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Cheville ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Pied ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Orteils ☐ Droit ☐ Gauche | ☐ Oeil ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Oreille ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Épaule ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Bras ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Coude ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Avant-bras ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Poignet ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Main ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Pouce ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Doigts ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Cuisse ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Genou ☐ Droit ☐ Gauche<br>☐ Autres (précisez) :<br>_____ |

## ENQUÊTE (inscrire les faits pour chacune des composantes) – À REMPLIR PAR LA CONSEILLÈRE SSE

| | |
|---|---|
| **Équipements :**<br>- Machinerie (marque, modèle)<br>- Outils manuels (description, longueur, grosseur)<br>- Présence de garde de protection<br>- Inspection avant utilisation | |
| **Tâches :**<br>- Méthode<br>- Procédure<br>- Planification<br>- Charge (poids)<br>- Travail répétitif<br>- Coactivité<br>- Communication (moyens) | |
| **Individu :**<br>- Nommez les ÉPIs porter par le travailleur<br>- Port de la ceinture de sécurité<br>- Posture<br>- Quart de travail (jour/ nuit)<br>- Heure de début du quart de travail<br>- Travail seul ou avec d'autres<br>- Expérience dans cette fonction<br>- État d'esprit | |
| **Environnement :**<br>- Tenue des lieux (P.B.O)<br>- Conditions météo<br>- État de la route<br>- Éclairage<br>- Sol (plancher de ciment, terre, sable, neige, etc.) | |

## ANALYSE (facteurs contributifs) – À REMPLIR PAR LA CONSEILLÈRE SSE

| QUELS SONT LES FAITS ANORMAUX ? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Tâche** | **Équipement/ Matériel** | **Environnement** | **Organisation** | **Individu** |
| ☐ Cadence de travail<br>☐ Non-respect des procédures de travail<br>☐ Non-respect des règlements de sécurité<br>☐ Travail répétitif<br>☐ Communication<br>☐ Position<br>☐ Autre<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | ☐ Outil / équipement défectueux<br>☐ Outil / équipement défectueux<br>☐ Mécanisme de protection (inadéquat ou absent)<br>☐ Produit toxique<br>☐ EPIs (inadéquat ou absent)<br>☐ Exposition énergies dangereuses<br>☐ Quantité / poids<br>☐ Autre<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | ☐ Aménagement inadéquat<br>☐ Topographie (pente forte, conditions de terrain)<br>☐ Conditions ambiantes (bruit, gaz, poussière)<br>☐ Éclairage inadéquat<br>☐ Condition climatique<br>☐ Espace restreint<br>☐ Mauvaise ventilation<br>☐ Allergie, piqure<br>☐ Radiation / exposition aux UV<br>☐ Chaleur ou froid excessive<br>☐ Vision obstruée<br>☐ Exposition au bruit<br>☐ Autre<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | ☐ Manque de communication<br>☐ Formation inadéquate<br>☐ Procédure de travail (inadéquate ou absente)<br>☐ Supervision (surveillance, tolérance, contrôle)<br>☐ Mauvaise affectation<br>☐ Mauvaise conception<br>☐ Entretien<br>☐ Inspection<br>☐ Planification<br>☐ Achat<br>☐ Autre<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ | ☐ Comportement (attitude, motivation)<br>☐ Condition physique (fatigue, restriction)<br>☐ Connaissance / Formation<br>☐ Geste dangereux<br>☐ Pratique individuelle<br>☐ Travail non autorisé<br>☐ Empressement<br>☐ Habillement personnel (cheveux long, bijoux, vêtements amples)<br>☐ Expérience<br>☐ Autre<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |

## CONCLUSION DES CAUSES FONDAMENTALES

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Responsabilité de l'employé / mauvaise conduite<br>☐ Catastrophe naturelle / Environnement travail<br>☐ Mauvais design équipement / Construction<br>☐ Absence ou mauvaise/ Reconnaissance des dangers / Panification avant tâche | ☐ Manque de / embauche/ stagiaire<br>☐ Absence de / politiques / procédures<br>☐ Absence de processus d'achat<br>☐ Absence ou insuffisance/ ressources pour les tâches | ☐ Absence ou mauvaise supervision / Mise en application<br>☐ Mauvaise action ou inaction d'une tierce personne<br>☐ Formation absente ou insuffisante |

## ACTIONS CORRECTVES / PRÉVENTIVES (Liste des actions à prendre pour éviter que cela ne se reproduise)

| Décrire les mesures correctives ou préventives | Responsable | Échéance |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ENQUÊTEUR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nom des témoins et des personnes interrogées :** | | | |
| **Enquête réalisée par :** | | | |
| **Signature de l'enquêteur :** | | **Date :** | |
| **Signature du directeur de secteur :** | | **Date :** | |