



**IMPORTANT – Ce formulaire doit être rempli par la personne blessée.**

Date de l'événement :	
Heure de l'événement :	
Date de déclaration de l'événement :	
Y a-t-il des témoins ? Inscrive jusqu'à quatre personnes, ou laisser vide si aucun témoin.	1. 2. 3. 4.
Contremaître ou gestionnaire en place au moment de l'événement :	
<b>DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT AU VERSO</b>	
Avez-vous reçu des premiers soins ? Si oui, lesquels ?	
Nom du (de la) secouriste, le cas échéant :	
Poste occupé au moment de l'événement :	
Date à partir de laquelle vous avez commencé à occuper le poste : <small>Si vous ne la connaissez pas, vous pouvez inscrire une date approximative.</small>	
L'événement a-t-il été provoqué par une personne externe à la Coopérative ? Encerclez votre réponse.	OUI / NON / JE NE SAIS PAS
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, merci de préciser votre réponse :	

Selon vous, quelles sont les causes de l'événement ? Encerclez toutes celles qui vous semblent applicables.

Causes de l'événement				
Causes immédiates			Causes fondamentales	
Tâches	Équipement - Matériel	Lieu - Environnement	Organisation	Individu
<input type="checkbox"/> 1 Cadence de travail	<input type="checkbox"/> 12 ÉPI inadéquat	<input type="checkbox"/> 20 Aménagement inadéquat	<input type="checkbox"/> 28 Achat inadéquat	<input type="checkbox"/> 40 Conditions personnelles
<input type="checkbox"/> 2 Geste danger de l'employé	<input type="checkbox"/> 13 Identification absente ou inadéquate	<input type="checkbox"/> 21 Conditions ambiantes	<input type="checkbox"/> 29 Affectation (tâche-employé)	<input type="checkbox"/> 41 Condition physique
<input type="checkbox"/> 3 Geste danger tierce personne	<input type="checkbox"/> 14 Mécanisme de protection absent ou inadéquat	<input type="checkbox"/> 22 Conditions atmosphériques externes	<input type="checkbox"/> 30 Communication	<input type="checkbox"/> 42 Comportement
<input type="checkbox"/> 4 Inobservance méthodes de travail	<input type="checkbox"/> 15 Outil/équipement défectueux	<input type="checkbox"/> 23 Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/> 31 Conception	<input type="checkbox"/> 43 Connaissances du risque
<input type="checkbox"/> 5 Inobservance procédure de travail	<input type="checkbox"/> 16 Outil/équipement inadéquat	<input type="checkbox"/> 24 Ventilation inadéquate	<input type="checkbox"/> 32 Entretien inadéquat	<input type="checkbox"/> 44 Autre
<input type="checkbox"/> 6 Inobservance règlements sécurité	<input type="checkbox"/> 17 Matériel présentant des risques élevés	<input type="checkbox"/> 25 Espace restreint	<input type="checkbox"/> 33 Formation déficiente	
<input type="checkbox"/> 7 Instructions non suivies	<input type="checkbox"/> 18 Matières dangereuses	<input type="checkbox"/> 26 Malpropreté – Désordre	<input type="checkbox"/> 34 Méthode de travail inadéquate ou absente	
<input type="checkbox"/> 8 ÉPI non utilisé	<input type="checkbox"/> 19 Autre	<input type="checkbox"/> 27 Autre	<input type="checkbox"/> 35 Planification	
<input type="checkbox"/> 9 Posture inadéquate			<input type="checkbox"/> 36 Procédure inadéquate ou absente	
<input type="checkbox"/> 10 Réaction du corps			<input type="checkbox"/> 37 Règlement inadéquat ou absent	
<input type="checkbox"/> 11 Autre			<input type="checkbox"/> 38 Supervision absente	
			<input type="checkbox"/> 39 Autre	



Merci de décrire l'événement, en prenant soin de remplir toutes les cases (pour vous aider à répondre, vous pouvez prendre connaissance du tableau à la page suivante) :

Moment :	
Équipement :	
Lieu :	
Individu :	
Tâche :	
Organisation :	



<b>Moment</b>	Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi, Samedi, Dimanche, Avant une pause, après une pause, en temps supplémentaire, travail urgent demandé, au début du quart de travail, à la fin du quart de travail, avant ou après une annonce de mise à pied, période estivale, etc.
<b>Équipement</b>	Accessoires inadéquats, mal ajusté, mauvaise utilisation de l'équipement, absence de dispositif de sécurité ou défectueux, équipement non disponible, absence de protecteur, etc.
<b>Lieu</b>	Propreté des lieux, ordre, espace réservé aux contaminants, etc.  L'endroit de travail est-il encombré ou restreint ?  Température intérieure : _____ Température extérieure : _____
<b>Individu</b>	Capacités physiques insuffisantes (vision, audition, forme physique, entraînement physique), expérience de travail insuffisante, oubli ou absence des règles de sécurité, méthode de travail établie non utilisée, ÉPI non portés, etc.  Aviez-vous des limitations en termes de capacité physique ? Aviez-vous eu des douleurs similaires dans le passé ? Dans quelles circonstances ? Aviez-vous consulté ?  Les règles de sécurité sont-elles connues ?  Est-ce que le travail nécessitait le port d'un équipement de protection individuelle ? Pourquoi ne pas l'avoir utilisé, le cas échéant?
<b>Tâche</b>	Méthode de travail non expliquée, méthode de travail non sécuritaire, posture de travail inadéquate, méthode de travail existante non écrite ou méthode de travail inexistante, etc.  Est-ce que le travail s'effectuait selon les normes et les techniques enseignées ?  La fréquence du travail ? Combien de fois par jour effectuiez- vous ce mouvement ? Poids de la charge ? Est-ce une posture contraignante ? A-t-on des appareils de levage ou outils à utiliser pour faciliter le travail ? Les a-t-on utilisés ?  Chronologie de la tâche : (vidéo, photo et/ou description du poste de travail, si vous en avez)
<b>Organisation</b>	Sélection du personnel, supervision inappropriée, programme de formation, coordination des activités, etc.  Aviez-vous reçu une formation sur ce poste de travail ?



Par la présente, je confirme la véracité des informations que j'ai moi-même rapportées dans ce document. Je comprends que toute information fausse ou erronée pourrait mener à l'application de sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au congédiement.

Je m'engage par ailleurs à collaborer pleinement et promptement avec mon ou ma gestionnaire, ainsi qu'avec les ressources humaines, les agents de la CNESST, les médecins et toute autre personne susceptible d'intervenir de près ou de loin dans la gestion de ce dossier de lésion ou maladie professionnelle.

Signé à Saint-Elzéar-de-Bonaventure, le \_\_\_\_\_ (date)

NOM EN LETTRES MOULÉES : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

Merci d'apposer vos initiales dans le bas de chacune des quatre pages précédentes.

\_\_\_\_\_

SECTION RÉSERVÉE À L'USAGE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER À L'INTERNE	
<input type="checkbox"/> Date inscrite p. 4	
<input type="checkbox"/> Nom en lettres moulées p. 4	
<input type="checkbox"/> Signature p. 4	
<input type="checkbox"/> Initiales membre sur chacune des 4 pages	
Date de réception du document complété :	
Signature :	