

RAPPORT D'ENQUÊTE D'ACCIDENT

Prénom et Nom:	No employé:
Adresse Personnelle :	
Poste occupé :	No succursale ou Direction. :
Tel Résidence:	
Adresse du lieu de l'accident :	

HORAIRE DE TRAVAIL LE JOUR DE L'ACCIDENT	De:	à:	Temps Supplémentaire: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de L'accident:	Heure de l'accident:		Lieu de l'accident:
Accident déclaré à:	Date à laquelle l'accident a été rapporté :		<input type="checkbox"/> Poste de travail habituel <input type="checkbox"/> Autre poste (indiquer l'endroit) <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (Stationnement, cafétéria, etc.) <input type="checkbox"/> A l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client)

ARRÊT DE TRAVAIL: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SI OUI: Date: _____
Nom du témoin :	
Nom du témoin:	

NATURE DES LÉSIONS	SIÈGES DES LÉSIONS	
<input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Ecorchure <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Enflure <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Luxation <input type="checkbox"/> Déchirure musculaire <input type="checkbox"/> Lombalgie <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Hernie <input type="checkbox"/> Asphyxie <input type="checkbox"/> Autres lésions (précisez) _____ _____	Œil <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Epaule <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Bras <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Coude <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Poignet <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Main <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Pouce <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Index <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Majeur <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Annuaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Auriculaire <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Tronc <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Dos <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Jambe <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Genou <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Cheville <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D Pied <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	TÊTE <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Autres sièges (précisez) : _____ _____

Les premiers soins ont-ils été donnés?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Description:
Nom de la personne qui a donné les premiers soins ?		
Transport par ambulance ?	<input type="checkbox"/> Oui vers quel hôpital : _____ <input type="checkbox"/> Non	

DESCRIPTION DE CE QUI S'EST PRODUIT: (Que faisait le travailleur ? Que s'est-il produit juste avant la survenue de l'accident ? Comment l'accident est-il survenu ? Décrivez l'espace de travail, (encombrement, restreint, non habituel)

CAUSE DE L'ACCIDENT : (l'accident a-t-il été causé par l'organisation du lieu de travail, de l'équipement défectueux ou mal entretenu, la charge de travail, une tension répétée, un manque de formation, l'indisponibilité de l'équipement approprié, une situation dangereuse qui n'a pas été corrigée, un manque d'entretien, des dispositifs de sécurité manquants ou défectueux, la tenue des lieux de travail, etc. ? indiquez toutes les causes possibles.)

Le risque d'accident avait-il été rapporté à l'employeur ?

Oui Non

S'agit-il d'un risque récurrent ?

Oui Non

Rapport de l'employeur sur l'accident

Comment l'employeur a-t-il rapporté l'accident ? (par exemple, a-t-il blâmé le travailleur ou la travailleuse ?

L'information contenue dans le rapport de l'employeur diffère-t-elle de l'information contenue dans le présent rapport ?

Oui Non

Etes-vous d'accord avec le rapport de l'employeur ? (expliquez pourquoi)

Oui Non

CONCLUSION :

Demande d'indemnisation présentée à la commission des accidents du travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Approuvé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rejeté ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Demande d'assurance-invalidité ? <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ <input type="checkbox"/> Non		
Retour au travail avec tâches modifiées ? <input type="checkbox"/> Oui Date: _____ <input type="checkbox"/> Non	Heures perdues ? <input type="checkbox"/> Oui le ou les dates: _____ <input type="checkbox"/> Non	
Nom de la représentante ou du représentant de la Banque Laurentienne chargé de l'enquête ?	Poste occupé :	
Nom de la représentante ou du représentant du syndicat S.E.P.B. 434, chargé de l'enquête ?	SIGNATURE : _____	
La représentante ou le représentant syndical a-t-il participé directement à l'enquête ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

DATE DU PRÉSENT RAPPORT : _____	Copie envoyé au syndicat le : _____ Le travailleur ou la travailleuse accidenté (e) était présent (e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------------------------	--